

SAĞLIK TOPLUM VE KÜLTÜR  
SEMPOZYUMU  
KÜLTÜR VE SAĞLIK  
SEMPOZYUMU  
SAĞLIK TOPLUM VE KÜLTÜR  
SEMPOZYUMU  
KÜLTÜR VE SAĞLIK  
SEMPOZYUMU

IV. ULUSLARARASI KÜLTÜR SEMPOZYUMLARI:

ULUSLARARASI

# SAĞLIK TOPLUM VE KÜLTÜR SEMPOZYUMU

International  
Health Society and Culture  
Symposium

07-10 Mart 2019, AMASYA

## Sempozyum Bildirileri Tam Metin Kitabı

ISBN: 978-605-4598-54-0

Editörler:

Doç. Dr. Erkan ÇER - Dr. Öğr. Üyesi Nazan KAHRAMAN - Timur YILMAZ



**IV. ULUSLARARASI KÜLTÜR SEMPOZYUMLARI:**  
**ULUSLARARASI**  
**SAĞLIK TOPLUM VE KÜLTÜR**  
**SEMPOZYUMU**

**07-10 Mart 2019, Amasya-Türkiye**

**-Sempozyum Bildirileri Tam Metin Kitabı-**

# **IV. ULUSLARARASI KÜLTÜR SEMPOZYUMLARI: ULUSLARARASI SAĞLIK TOPLUM VE KÜLTÜR SEMPOZYUMU**

## **Editörler:**

Doç. Dr. Erkan Çer

Dr. Öğr. Üyesi Nazan Kahraman

Timur Yılmaz

**ISBN:** 978-605-4598-54-0

**Kapak** : Öğr. Gör. Mustafa Kırca

**Sayfa Düzeni** : Hakan Erol

**Yayın Tarihi** : Aralık 2019

## **KIBATEK**

**[Kıbrıs Balkanlar Avrasya Türk Edebiyatları Kurumu]**

Konur Sokak 36/13, Kızılay-Ankara

Tel: 0312. 425 39 20

**eposta: kibatek@gmail.com**

**www.kibatek.com.tr**

*Bu bildiri kitabının her hakkı saklıdır. Bu yayının tümü veya hiçbir bölümü önceden izin alınmaksızın çoğaltılamaz, basılıp yayınlanamaz, kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.*

*Bu yayında yer alan yazılarda öne sürülen görüşler yazarların kişisel görüşleridir; yazılar ile ilgili her türlü sorumluluk yazarlara aittir.*

*Sağlık, Toplum ve Kültür Sempozyumu*

*Amasya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi Tarafından Desteklenmiştir*

**Düzenleme Kurulu**

Prof. Dr. Metin Orbay (Amasya Üniversitesi)

Prof. Dr. Kemal Polat (Amasya Üniversitesi)

Dr. Öğretim Üyesi Nazan Kahraman (Amasya Üniversitesi)

Dr. Öğretim Üyesi Erkan Çer (Amasya Üniversitesi)

Metin Turan (KIBATEK Türkiye Başkanı)

İsmail Bozkurt (KKTC Eski Meclis ve KIBATEK Vakfı Başkanı)

Dr. Çiğdem Dürüst (Kıbrıs İlim Üniversitesi)

Timur Yılmaz (Amasya Üniversitesi)



## Bilim Kurulu

Prof. Dr. Abdülrezak Altun (Türkiye)	Prof. Dr. Maria Cikia (Gürcistan)
Prof. Dr. Akmatali Alimbekov (Kırgızistan)	Prof. Dr. Metin Ekici (Türkiye)
Prof. Dr. Ali Erol (Türkiye)	Prof. Dr. Metin Karadağ (KKTC)
Prof. Dr. Ali Yakıcı (Türkiye)	Prof. Dr. Mukhiddin Khayruddinov (Ukrayna)
Prof. Dr. Alikram Abdullayev (Azerbaycan)	Prof. Dr. Nevzat Yusuf Saragöl (Romanya)
Prof. Dr. Asker Kartarı (Türkiye)	Prof. Dr. Oğuz Karakartal (KKTC)
Prof. Dr. Babahan Muhammet Şerif (Özbekistan)	Prof. Dr. Osman Fadıl Kara (Türkiye)
Prof. Dr. Bernt Brendemeon (Norveç)	Prof. Dr. Rabiyet Aslonova (Azerbaycan)
Prof. Dr. Birsen Karaca (Türkiye)	Prof. Dr. Sebahat Gözüm (Türkiye)
Prof. Dr. Bünyamin Şahin (Türkiye)	Prof. Dr. Sevim Akten (Türkiye)
Prof. Dr. Cangoroz Kanimetov (Kırgızistan)	Prof. Dr. Suat Gezgin (Türkiye)
Prof. Dr. Celil Gariboğlu Nagiyev (Azerbaycan)	Prof. Dr. Tacida Hafız (Kosova)
Prof. Dr. Cengiz Tosun (Türkiye)	Prof. Dr. Tashtan Siyaev (Kırgızistan)
Prof. Dr. Dilek Batıslam (Türkiye)	Prof. Dr. Tatyana Petrova (Rusya Federasyonu)
Prof. Dr. Dilek Bostan-Budak (Türkiye)	Prof. Dr. Telhat Özdoğan (Türkiye)
Prof. Dr. Elena Oganova (Rusya Federasyonu)	Prof. Dr. Timur Kocaoğlu (ABD)
Prof. Dr. Erkin Nuriddinov (Özbekistan)	Prof. Dr. Tuğrul İnal (Türkiye)
Prof. Dr. Eunkyung Oh (Güney Kore)	Prof. Dr. Tülin Arseven (Türkiye)
Prof. Dr. Faruk Çolak (Türkiye)	Prof. Dr. Ulvi Keser (KKTC)
Prof. Dr. Ferhan Soyuer (Türkiye)	Prof. Dr. Uwe Blaesing (Hollanda)
Prof. Dr. Firdevs Husamatinova (Başkurtistan)	Prof. Dr. Abdullah Yalçın Tabak (Türkiye)
Prof. Dr. Gülbu Tanrıverdi (Türkiye)	Prof. Dr. Yaşar Demir (Fransa)
Prof. Dr. İzzet Rüstemov (Azerbaycan)	Prof. Dr. Yi Wanbeom (Güney Kore)
Prof. Dr. Kadırali Konkabayev (Kazakistan)	Prof. Dr. Zoltan Szendi (Macaristan)
Prof. Dr. Kaldibek Boleev (Kazakistan)	Doç. Dr. Ahmet Arif Eren (Türkiye)
Prof. Dr. Kemal Polat (Türkiye)	Doç. Dr. Aleksandra Porijazovska (Makedonya)
Prof. Dr. Kim Myungseop (Güney Kore)	Doç. Dr. Aleksandra Ristovska (Makedonya)
Prof. Dr. Kurtuluş Kayalı (Türkiye)	Doç. Dr. Apollanira Avrunti (Rusya)
Prof. Dr. Lemara Selendili (Kırım)	Doç. Dr. Bankova İvanna (Moldova)

Doç. Dr. Betül Mutlu (Türkiye)  
Doç. Dr. Elmira Memmedova-Kekeç (Azerbaycan)  
Doç. Dr. Emine Altunay Şam (Türkiye)  
Doç. Dr. Erdal Bay (Türkiye)  
Doç. Dr. Galina Miskinana (Litvanya)  
Doç. Dr. Grazyna Zajac (Polonya)  
Doç. Dr. Gulnoz Sattorova (Özbekistan)  
Doç. Dr. Hasan Samani (KKTC)  
Doç. Dr. Hiqmet Kamberaj (Makedonya)  
Doç. Dr. İrina Driga (Ukrayna)  
Doç. Dr. Kalman Kovacs (Macaristan)  
Doç. Dr. Mehmet Arslan (Kazakistan)  
Doç. Dr. Muhamedrahim Kursabaev (Kazakistan)  
Doç. Dr. Muhtor Nasirov (Özbekistan)  
Doç. Dr. Mürteza Hasanoğlu (Azerbaycan)  
Doç. Dr. Osman Murat Güvenir (Türkiye)  
Doç. Dr. Safura Boribaeva (Kazakistan)  
Doç. Dr. Snezana Bilic (Makedonya)  
Doç. Dr. Suzana Canhasi (Kosova)  
Doç. Dr. Vulgar Aliyeva (Azerbaycan)  
Doç. Dr. Zübeyit Turan (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan Nakiboğlu (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Behiye Akacan (KKTC)  
Dr. Öğr. Üyesi Berna Seren (KKTC)  
Dr. Öğr. Üyesi Emrah Koparan (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Erkan Çer (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Ersin Çağlar (KKTC)  
Dr. Öğr. Üyesi Eylem Topbaş (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Faruk Tonga (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi İkbale Miftari (Makedonya)  
Dr. Öğr. Üyesi İnan Akdağ (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Leyla Firuze Arda Özalp (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Macide Artaç Özdal (KKTC)  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Çevik (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Mesude Uluşen (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Natalija Shikova (Makedonya)  
Dr. Öğr. Üyesi Nazan Kahraman (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Özhan Öztuğ (KKTC)  
Dr. Öğr. Üyesi Selma Kahraman (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Shener Bilalli (Makedonya)  
Dr. Öğr. Üyesi Sibel Kaynakoğlu (KKTC)  
Dr. Öğr. Üyesi Sinan Bahadır (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Toktaş (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Kemal Öztürk (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi İlkyaz Ariz Yöndem (Türkiye)  
Dr. Öğr. Üyesi Apollinaria Avrutina  
Dr. Çiğdem Dürüst (KKTC)  
Dr. Emine Bayraktarova (Bulgaristan)  
Dr. Erdal Toprakyan (Almanya)  
Dr. Harun Bekir (Bulgaristan)  
Dr. İrina Kayan-Pokrovskaya (Ukrayna)  
Dr. Katalin Papp (Macaristan)  
Dr. Nazim Caferov (Azerbaycan)  
Dr. Serdan Kervan (Kosova)  
Dr. Stale Knudsen (Norveç)  
Dr. Şerife Özbilge (KKTC)  
Dr. Veronica Nedelcu (Romanya)

**Davetli Konuşmacılar**

Dr. Vasif İSMAİL (Azerbaijani)

Dr. Chousein BALTATZI (Greece)

Prof. Dr. Nino OKRİBELASHVİLİ (Georgia)

Katalin PAPP (Hungary)

Martin ČERVENÝ (Hungary)

Malgorzata NAGÓRSKA (Slovakia)

Lucia DIMUNOVÁ (Poland)

Zs. Hermányos NAGYNÉ (Slovakia)

## SUNUŞ

Uluslararası Sağlık, Toplum ve Kültür Sempozyumu, Üniversitemiz ev sahipliğinde ilki 2016 yılında "Göç", ikincisi 2017 yılında "Kültür" ve üçüncüsü 2019 yılında "Ekonomi" temalı sempozyumların dördüncüsüdür.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi." Osmanlı İmparatorluğu tahtının sahibi olarak dünyanın bütün gücü ve zenginliğini elinde bulunduran Kanuni Sultan Süleyman, sağlığın elde edilen tüm nimet ve zenginliklerden daha üstün olduğunu, insan hayatının en önemli ve en değerli yönünün sağlık olduğunu çok anlamlı bir biçimde ifade etmiştir. İlkçağlardan bugüne insanlar, hastalıklardan korunmak ve sağlıklı yaşamak için her türlü çabayı göstermiş ve her türlü koruyucu ve iyileştirici yöntemlere başvurmuştur.

Öte yandan Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre sağlık, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanıma göre sağlık, zihinsel ve sosyal yapılardan bağımsız olarak sadece bedenin fiziksel varlığı ile ve toplumsaldan bağımsız olarak sadece bireysel boyut ile sınırlı değildir. İnsanın yeryüzündeki varlığının ve toplumun sürdürülebilirliğinin temel unsurlarından birisi olması nedeniyle sağlık, yeryüzündeki tüm bireyleri, tüm farklılıklarına rağmen en çok ilgilendiren konulardan birisidir. Sağlık, insandan, toplumdan ve kültürden ayrı düşünülmemesi gereken bir alandır ve hemen her disiplin ile ilgili ya da ilişkili olarak tarihin her döneminde sosyal ve kültürel boyutuyla irdelenmiştir.

Uluslararası Sağlık, Toplum ve Kültür Sempozyumu, sağlık olgusunu istatistik, tıp, tarih, doğa bilimleri, felsefe, din, sosyoloji, hukuk, edebiyat, psikoloji, sağlık eğitimi ve antropoloji disiplinlerinin inceleme zemininde kültürel boyutlarıyla ele almış ve ülkemizde sağlık olgusuna ilişkin toplumsal farkındalığın artmasına katkı sağlanmıştır.

Ayrıca sadece döneminin değil, Türk ve dünya tıp tarihinin en önemli isimlerinden Sabuncuoğlu Şerefeddin'in yaşadığı şehir olan Amasya'da bilimsel bir etkinlikle sağlık konusunu tartışmaya açmak, Amasya Üniversitesi için oldukça anlamlı ve önemlidir. Bu büyük bilim insanının yaşadığı ve birçok hastalığa ilişkin ilk tedavileri yaptığı Amasya'da, beş yüz yılı aşkın bir süre sonra çok boyutlu olarak sağlık konusunu konuşmak, sadece ilimiz değil, ülkemiz ve dünya ölçeğinde katkı sağlayacak bir durumdur.

Bu etkinlikte birlikte çalıştığımız başta Macaristan Debrecen Üniversitesi Sağlık Fakültesi ve KIBATEK olmak üzere, Bilim Kuruluna ve organizasyona destek veren tüm taraflara teşekkür ediyor. Saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Süleyman ELMACI  
Amasya Üniversitesi Rektörü

## İÇİNDEKİLER

<b>Birsen Altay, Tuba Yılmaz Bulut</b> <i>Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı</i> .....	1
<b>Birsen Altay, Tuğba Solmaz,</b> <i>Sağlıklı Yaşlanma ve Çevre</i> .....	9
<b>Dilek Çelik Eren,</b> <i>Adölesan Gebelikler ve Hemşirelik</i> .....	17
<b>Ebru Sadiç, Birsen Altay,</b> <i>Kadınların Meme Kanseri Korkusu ve Erken Tanı Davranışları</i> .....	30
<b>Elif Özgen,</b> <i>Türk Toplumunda Hastane Mekanlarının Algısal Değişimi</i> .....	40
<b>Emel Güven, Birsen Altay,</b> <i>Meme Kanserinde Anksiyete, Depresyon ve Hemşirelik Üzerine Bir Derleme</i> .....	50
<b>Esra Saraçoğlu,</b> <i>Olağandışı Durumlarda Hemşirelik Risk Yaklaşımı: Sel ve Savaş</i> .....	58
<b>Faruk Tonga, Sinan Bahadır,</b> <i>Medikal Turizmin Olası İlk Kayıtları</i> .....	72
<b>Faruk Tonga,</b> <i>Hasta-Hekim İlişkileri ve Hasta Hakları Açısından Aydınlatılmış Onam: Avrupa ve Osmanlı Tarihi</i> .....	82
<b>Fatma Korkmaz, Mesiya Aydın, İlknur Aydın Avcı,</b> <i>Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Hastaları Konusundaki Önyargı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi</i> .....	99
<b>Ferhan Çınar,</b> <i>Kendini Topluma Adayan Bir Kültür Adamı: Mehmet Saadettin Aygen</i> .....	108
<b>Gizem Özer Baş, Elif Özgen,</b> <i>Hastane Yapılarında, Bağımsız Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Arttırılması Üzerine Değerlendirme</i> .....	119
<b>Hatice Keskin,</b> <i>Bir Sorunsal olarak Doğumun Tibbileşmesi</i> .....	134
<b>İhsan Çetin,</b> <i>Mitokondriyal NADH Dehidrojenaz Geninde Tek Nükleotid Polimorfizmlerinin İn Silico Analizi</i> .....	145
<b>İhsan Çetin,</b> <i>Neonatal Dönem Mitokondriyal DNA Mutasyonları: Sebepler ve Sonuçlar</i> .....	158
<b>Kadriye Özkol Kılınc, Havva Öztürk,</b> <i>Hemşirelikte Hizmetkâr Liderlik</i> .....	170
<b>Banu Çiçek Kurdoğlu, Elif Bayramoğlu, Sultan Sevinç Kurt Konakoğlu,</b> <i>Peyzaj Bileşenlerinin Trabzon Orta Mahalle Örneğinde İrdelenmesi</i> .....	181
<b>Sultan Sevinç Kurt Konakoğlu, Banu Çiçek Kurdoğlu, Elif Bayramoğlu</b> <i>Amasya Kentinin Kültürel Değerlerinin Planlanması</i> .....	191
<b>Mehmet Güler,</b> <i>Tıbbi Yönleriyle Divan Şirinde Bal ve Gül</i> .....	202
<b>Mehmet Korkmaz, İlknur Aydın Avcı,</b> <i>Göç Sürecinde Çocuk Olmak... Risk Yaklaşımı ile Göçmen Çocuklara Hemşirelik Bakımı</i> .....	222
<b>Mehmet Korkmaz, İlknur Aydın Avcı,</b> <i>Hemşirelik Öğrencilerinin Göç ve Göçmen Olgusuna Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi</i> .....	228

<b>Meliha Dögücü, İhmal Edilen Psikiyatrik Sosyal Hizmet: Kadına Yönelik Şiddet Vaka Örneği</b> .....	235
<b>Müge Arıkan, Karabük İlinde YBÜ'de İzlenen Zehirlenme Olgularının Geriye Yönelik Değerlendirmesi</b> ...	242
<b>Özal Keleş, Yasemin Aslan Keleş, Fabrika Çalışanlarında Ergonomi Bilgi Düzeyi ile Çalışma Postürü Arasındaki İlişkinin Araştırılması</b> .....	248
<b>Özge Öz Yıldırım, Şiddet ve İstismarda Halk Sağlığı Hemşireliği</b> .....	255
<b>Özge Öz Yıldırım, Afetlerde Halk Sağlığı Hemşireliği</b> .....	266
<b>Ramazan Biçer, Tasavvuf Âlimlerinin Tıbbi Çalışmaları: Erzurumlu İbrahim Hakkı Örneği</b> .....	279
<b>Ramazan Biçer, İmam Matürîdi'ye Göre Ruh Sağlığını Olumsuz Etkileyen Psikolojik Faktörler</b> .....	289
<b>Erkan Çer, İlkokul Öğrencilerinin Çocuk Kitaplarıyla Edindikleri "Doğa" Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi</b> .....	300
<b>Erkan Çer, Çevre Bilinci ve Duyarlılığı Edinirmede Çocuk Kitaplarının İşlevi</b> .....	308
<b>Tuğba Solmaz, Birsen Altay, Kültürlerarası Bakım ve Hemşirelik</b> .....	320
<b>Zekerya Batur, Ahmet Asar, 1-8. Sınıf Türkçe Ders Kitaplarında Sağlık</b> .....	327
<b>Ahmet Burhan Çakıcı, İbrahim Yücel, Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmet</b> .....	342
<b>Aslı Kurtgöz, Zeliha Koç, Hemşirelerin Çok Kültürlü Kişilik Özelliklerini Etkileyen Faktörler</b> .....	351
<b>Aslı Kurtgöz, Zeliha Koç, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Belirlenmesi</b> .....	366
<b>Ayşe Zeynep Akkoyun, Aile ve Bağımlılık Kavramı</b> .....	375
<b>Birsen Altay, Hatice Karakoç, Üniversite Öğrencilerinde Sigara İçme ile Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi</b> .....	387
<b>Güven Soner, Birsen Altay, Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin 'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' Konusuna Bakışlarının İncelenmesi: 'Benim Çocuğum' Filmi</b> .....	400
<b>Ayla Hendekçi, Kültürel Hemşirelik Modellerinden Biri: Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli</b> .....	410
<b>Ayla Hendekçi, İlknur Aydın Avcı, Adölesan Popülasyonda Risk Yaklaşımı ile Sağlığı Değerlendirme</b> ..	420
<b>Canan Tanrıseven, Asklepion'da Unutulan Galen</b> .....	431
<b>Emel Güven, Mesiya Aydın, İlknur Aydın Avcı, Bir Üniversitede Çalışan Personelin Kolorektal Kanser Farkındalıkları ve Korkularını Etkileyen Faktörler</b> .....	442
<b>Tuba Yılmaz Bulut, Yoksul ve Evsizlerin Toplumda Hemşirelik Bakımı</b> .....	456
<b>Nazan Kahraman, Yerel Basında Sağlık Haberleri Üzerine Bir Analiz: Amasya Örneği</b> .....	467
<b>Mustafa Kılınc, İbrahim Tennuri'de Mesleki Eğitim Bağlamında Geleneksel Tıp</b> .....	480
<b>Dursun Güler, Mustafa Kemal Atatürk'ün Beden Eğitimi ve Spor Düşüncesi ve Uygulamaları</b> .....	486
<b>Dursun Güler, Amasya'daki Öğretmenlerin Sigara İçme Alışkanlıklarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi</b> .....	498

<b>Mehmet Akbaş</b> , Son Peygamber'in Sağlığa Dair Mesajları.....	508
<b>Ferhat Yıldız, Gülay Yılmazel</b> , Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yeme Davranışları ve Beslenme Alışkanlıkları.....	519
<b>Meryem Arslan</b> , Eczâ-yı Lokman Hekim'de On İki Hayvanlı Türk Takvimi.....	527
<b>Nimet Yeşilçayır, Devrim Beyaz</b> , Medyanın Beslenme ve Sağlık Üzerine Etkileri.....	544
<b>Burcu Daysal, Gülay Yılmazel</b> , Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı, Depresyon ve İlişkili Faktörler.....	553
<b>Emre Keleş, Gülay Yılmazel</b> , Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Obezojenik Çevre İle İlişkili Faktörler .....	562
Sempozyum Programı .....	571



## -Sempozyum Bildirileri-





# Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı

## Cultural Sensitive Nursing Care

Birsen ALTAY<sup>1</sup>

Tuba YILMAZ BULUT<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu derlemenin amacı hemşirelerin kültüre duyarlı bakım verebilmeleri için literatür bilgisi oluşturmak, kültürel bakımla ilgili öneriler geliştirmek ve konu ile ilgili duyarlılıklarını artırmada katkıda bulunmaktır. Kültür: Öğrenilmiş, nesilden nesile geçen değerler, inanışlar ve davranış örüntüleri ile bir grup insanın yaşam biçimidir. Kültürel değerler, insanların düşünmesine, faaliyet göstermesine ve karar vermesine anlam ve yön veren itici güçlerdir. Kültürel farklılıklar bireylerin yaşam biçimindeki farklılıkları gösterir. Kültürel bağlamların bilincinde olmak, DSÖ'nün çalışmalarında her zaman merkezi olmuştur. Toplumların, kültürel açıdan farklı grupların gereksinimlerine yanıt verecek sağlık bakımını düzenleyebilmeleri için, tüm sağlık ekibi üyelerinin gerekli bilgi ve beceriler kazandırılarak eğitilmeleri gerekmektedir. Hemşirenin verdiği bakımın ve yaptığı uygulamaların hasta açısından kültürel olarak güvenli olabilmesi için hemşire, hastanın kültürünü yakından tanımalıdır. Örneğin; ağrı değerlendirmesi yapıyorsa bu değerlendirmenin kültürel olarak güvenli olabilmesi için ağrının, hastanın kültürü içine nasıl deneyimlendiğinin ya da nasıl ifade edildiğinin bilinmesi önemlidir. Hemşirelerin kültürel bakımla ilgili yeterli sayıda Türkçe literatür bulunmamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Kültür; duyarlılık; hemşirelik; bakım.

### ABSTRACT

Culture: Learned is a way of life of a group of people with values, beliefs and behavior patterns passed from generation to generation. Cultural values are the driving forces that give meaning and direction to people's thinking, activity and decision making. Cultural differences show differences in the way people live. Being aware of the cultural contexts has always been central to the work of WHO. Toplumların, kültürel açıdan farklı grupların gereksinimlerine yanıt verecek sağlık bakımını düzenleyebilmeleri için, tüm sağlık ekibi üyelerinin gerekli bilgi ve beceriler kazandırılarak eğitilmeleri gerekmektedir. The nurse should be familiar with the patient's culture so that the nursing care and practices can be culturally safe for the patient. For example; It is important to know how the pain is experienced or expressed in the patient's culture so that this assessment can be culturally safe if it is doing pain assessment. There are not enough Turkish literature on nurses' cultural care. The purpose of this review is to create a knowledge of the literature in order to provide nurses with culturally sensitive care, to develop suggestions for cultural care and to contribute to their sensitivity to the subject.

**Keywords:** Culture; sensitive; nursing; caring.

<sup>1</sup> Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr)

<sup>2</sup> Uzman Hemşire: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [tuba\\_yilmaz1991@hotmail.com](mailto:tuba_yilmaz1991@hotmail.com)

## Giriş

Kültür kelimesinin çeşitli tanımları bulunmaktadır. En geniş anlamıyla öğrenilmiş, nesilden nesile geçen değerler, inanışlar ve davranış örüntüleri ile bir grup insanın yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır. Kültürel değerler, insanların düşünmesine, faaliyet göstermesine ve karar vermesine anlam ve yön veren itici güçlerdir. Kültürel farklılıklar bireylerin yaşam biçimindeki farklılıkları gösterir (Pektekin, 2013:132; McFarland, 2014:430). Bütün hemşirelik kuramcıları bakım kavramını çeşitli yorumlarla açıklamıştır. Beck'e göre bakım: hemşirenin sağlık ve bütün kişilerarası ilişkilerin amacını gerçekleştirmekle birlikte profesyonel bakım olarak belirlenmiştir. her bireyin optimum sağlığını korumak için hemşirenin kişilerarası etkileşimde önemli rolü olduğuna inanılmaktadır (Masters,2015:143). Watson'a göre ise sağlık profesyonellerinin insanlığa sosyal, ahlaki ve bilimsel katkılar yaptığını ve hemşirelerin bakım idealinin insani gelişmeyi etkileyebileceğine inanılmaktadır (Watson, 2005). Ek olarak bakım verme-iyileştirme ve sevgi bilinçliliği, zaman ve yerden üstündür ve fiziksel boyuttan daha baskın olabilir. (Fawcett, 2005:555). Hemşirenin bakım uygulaması bağımsız olarak çalışmasını sağlayan muhteşem bir fonksiyondur.

Bireylerin sağlık bakımında önemli bir ekip üyesi olan hemşireyi ise Orlando çaresizlik duygusunu yaşayan, yetersizlik hisseden bireye yanıt verendir. Aslında bireyin çaresizlik hissettiği zamanlardan biride anlaşılmadığı zamanlardır. Bu zamanlara da kültürel olarak bakım verdiğimiz zamanı örnek verebiliriz. Hemşirelik fonksiyonunu; "hangi durumda olursa olsun bireyin çaresizlik hissinden uzaklaşma, kurtulma, yok etme veya kurtarmayı amaçlayan direkt yardım" olarak tanımlar (Schmieding 2002). Watson ise hemşireliği, insanın sağlık ve hastalık deneyimi arasındaki dengeyi sağlayan; kişisel, bilimsel, etik ve estetik uygulamalar yapan profesyonel bir meslek olarak tanımlanmaktadır (Fawcett, 2005:555). Leininger ise, bir bilim ve öğrenilmiş insancıl bir sanat olarak tanımlar. Hastalıktan kurtulma ya da sağlığı devam ettirme ve geliştirmeye odaklanan süreçler, işlevler, bireysel bakım davranışlarının tümü olarak tanımlamışlardır (McFarland, 2014:420).

Bireyler çevresiyle etkileşim halinde oldukları için, kültürel bakım verirken çevrenin önemi hemşirelere öğretilmesi gerekmektedir. Çevreyi Leininger çevresel bağlam olarak kullanmıştır. Çevresel bağlam ise: özellikle fiziksel, ekolojik, sosyo-politik veya kültürel ortamlarda kendilerine verilen anlam ve yorumlarla olayları içerir. Leininger toplum ya da çevre için spesifik bir terim kullanmaz, kültür kavramı toplum ve çevreyle yakından ilişkilidir ve onun teorisinin merkezi bu konudur (Tanrıverdi, 2017:495; McFarland, 2014:423). Bu bağlamda transkültürel hemşireliği Leininger'e göre metaparadigmalar ışığında tanımlarsak: farklı kültürleri ya da alt kültürleri analiz ederek kıyaslayan; hemşirelik bakımı veren; insani değerleri ön plana çıkararak, bilimsel bir yaklaşımla, inanç, davranış ve gelenekleri dikkate alan bir alan olarak tanımlar (Marriner ANN, 1986; Pektekin, 2013:130). Hemşire bireylere

kültürel bakım verirken kendi kültürünü de göz önünde bulundurmaktadır. Ve böyle bir durumda hemşirenin kültürü kavramı ise: Hemşirelerin kendi gelenek, inanç ve değerleri de transkültürel ilişki içinde önem taşır. Hemşirenin kendini anlaması, kültürel olarak hastayı anlamak için başlangıç noktası olabilir. Kültürel çatışma yaşayan hemşire, kültürel çatışmanın nedenini anlayabilmesi için, öncelikle kendi bilinçaltındaki kültürel davranışlarının farkına varmalıdır (Marriner ANN, 1986). Kültürlerarası hemşirelik bir uzmanlık alanı olarak 1950'li yıllarda Jean Paul Sartre'den etkilenen Madeleine Leininger tarafından ele alınmıştır. Leininger farklı kültürlerin ihtiyaç duydukları veya belirledikleri çeşitli hemşirelik bakımlarını profesyonel şekilde alabilen, insanlardaki kültürel farklılıkları temel alan Kültür Bakımı Çeşitliliği ve Evrensellik Teorisini geliştirmiştir (McFarland, 2014:435).

Kültürel olarak bakım verecek hemşire kültürel olarak her konuda yetkin olup bireye bütüncül bakım vermelidir. Bu bağlamda kültürel yeterlilik kavramı önemini giderek arttırdığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kavram yetenek, beceri ve bilgiyi ifade etmektedir. Bireyin kendi varlığının, hislerinin, düşüncelerinin, çevresinin farkında olmak ve özgünlüğüne saygı duymaktır (Kım&Kollak, 2006). Bir başka deyişle kültürel yeterlik dinamik, değişken, sürekli bir süreçtir. Çok kültürlü toplumlarda, sağlık bakım profesyonellerinin kültürel yeterliğe sahip olmaları gerekmektedir ve bu gereklilik toplum tarafından beklenmektedir (İz&Temel, 2009:54). Günümüzde hemşire farklılıklara dikkat etmeli ve entrosentrizmden kaçınarak bireylere yaklaşımda bulunmalıdır. Leininger hemşirelere, verecekleri bakımda kültürel farklılıkları dikkate almalarını ve gelecekte kültürel olarak tanımlanacak bir sınıflandırma (Taxonomy) geliştirmelerini önerir. Gelecekte bunların olacağına da kuvvetle inanır (Marriner ANN, 1986; Pektekin, 2013:132).

Geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlere ayak uydurmaya çalışarak kendini yenileyen birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini olan hemşirelik, meslekleşme sürecinde bir dizi hızlı ve çarpıcı değişim geçirmiştir. Yaşamdan beklenen ömrün uzaması, bireylerin sağlık hizmetine olan ihtiyacın artması, hastanede kalma süresi, bilimsel bilgi yükünde artış, teknolojideki hızlı ilerlemeler, toplumdaki hareketlilik, sosyal yapı, eşitlik ve adalet anlayışı, kültürel değerler, inançlar ve normlar, hemşireliğin gelişimi ve değişimini etkilemiştir (Tuna ve Yüksel, 2015:8). İnsan biyolojik, psikolojik, spiritüel, sosyal ve kültürel boyutları ile var olan karmaşık bir yapıdır. Çok boyutlu olan insanın temel gereksinimleri tabandan tavana doğru hiyerarşik bir düzende sıralanmıştır. Bireyin sağlıklı olabilmesi için tüm gereksinimlerin dengeli bir şekilde karşılanması gerekir (Tuna ve Yüksel, 2015:8). Bireyin kültürüne özgü bakım vermek ihtiyaç olunan bir yaklaşımdır. Karşısındaki tarafından anlaşılır olduğunu görmek bireyin iyilik halini yükseltecek ve böylece sağlığına katkıda bulunulması sağlanacaktır.

Kültürlerarası hemşirelik bakımı bireye yaklaşımda bir anahtar görevindedir. Çünkü hastalığın ve sağlığın sosyal, davranışsal ve dini ve manevi boyutları vardır. Hastalıklar ve sağlık durumu, kültürle göre ve buldukları topluma göre farklılıklar gösterir. Sağlık personelinin bireyin kültürünü iyi anlayamaması, tanımaması, iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılamalara neden olur. Bu durum bakımın niteliğini ve bireyin sağlığını olumsuz etkiler (Bayık Temel, 2007). Aslında hemşirenin bireyin kültürünü anlayarak bakım vermemesi hemşire tarafından kültürel şoka, hasta tarafından ise kültürel dayatmaya sebebiyet verecektir. Kültürlerarası ortamlarda fertlerin birbirleri ile kurdukları iletişime buzdağının sadece gözle görülebilen açısından bakınca, kişilerin davranışları duruma ve sonuca göre saygılı/saygısız, görgülü/görgüsüz vs. gibi bir çeşit basmakalıp etiketlerden oluşan yorumlara indirgenebilirler. Farklı kültürlerde yetişmiş insanlar bir araya gelince, çoğunlukla ilk önce kendi değerlerinin doğru olduğunu düşünerek davranırlar. Oysa, özellikle kültürlerarası çalışma ortamlarında bütün taraflar için etkili bir işbirliği atmosferinin yaratılması gerekmektedir. Hollandalı kültür bilimci Hofsted 'Kültür bir soğan gibi kat kattır. Anlayabilmek için soymak gerekir' ifadesini kullanmıştır. Söylediği bu ifade ile toplumların kültürlerini oluşturan unsurlar arasındaki ilişkileri kavrayabilmek adına güzel bir örnektir.

Hemşireler, birey ya da toplumdaki kültürel farklılıkları dikkate almazlarsa, verilecek bakımında etkin olamayacağını savunan Leininger; insanların yaşam felsefeleri, dünya görüşleri, bilgileri ve gelenekleri, örf ve adetleri, çevreleri, dilleri, ifade biçimleri ve sosyal yapılarının üzerinde durulması gerektiğini söyler. Bu düşüncesi onun hemşireliğe holistik bir bakış açısı ile baktığını göstermektedir (Pektekin, 2013:132). Örneğin Vietnamlı bir çocuğun başına dokunursanız annesi büyük bir korkuyla sıçrayacaktır. Çünkü Vietnamlılar çocuklarının başlarına yabancı biri dokunursa şeytani ruhların onları ziyaret edeceğine inanırlar. Ya da dünya geneli müslümanların büyük bir grubu sol elin temiz olmadığına inanırlar.

Kültüre uygun her bakımın desteklenemeyeceği de aşıkardır. Sağlığa zararlı olan kültürel uygulamaları hemşirenin elimine etmesi gerekmektedir. Koçak ve Sevil'in de 2015 yılında bu konu ile ilgili; sağlık bakım uygulayıcıları olan ebe ve hemşireler sadece öğretilerde bulunmayıp aynı zamanda bireyleri dinlemeli, olabildiğince esnek olmalı ve onları desteklemelidirler. Hemşire ve ebeler kültürel yaklaşım ile geleneksel uygulamalardan zararlı ve gecikmelere neden olanlar konusunda bireylere eğitim vermenin yanında onları gerekli durumlarda uyarmalı, yararlı geleneksel davranışları ise desteklemelidirler şeklinde ifade etmişlerdir. Leininger ise bu konuda, 'Eğer sağlığa faydalı bir kültürel uygulama bireyde varsa 'Kültürel bakımın korunması veya sürdürülmesi' kavramını kullanmıştır. Diğer bir taraftan belli bir kültürün insanların ideal sağlık sonucuna ulaşması için ortak bir amaç uyum ya da uzlaşma

çabası oluşturan yardımcı, yaratıcı hemşirelik uygulamaları için ise 'Kültürel bakım uyumu ve uzlaşma' kavramını, eğer topyekün kültürel davranışın değişmesi gerekiyorsa böyle bir durumda ise 'Kültürel bakımı yeniden şekillendirme ve yapılandırma' kavramını kullanmaktadır (Durmaz, 2013:15).

Toplumların, kültürel açıdan farklı grupların gereksinimlerine yanıt verecek sağlık bakımını düzenleyebilmeleri için, tüm sağlık ekibi üyelerinin gerekli bilgi ve beceriler kazandırılarak eğitilmeleri gerekmektedir (Papadopulos, 2003:6). Kültürel yeterliliği olan hemşireler, kültürel deneyimler ve kendi kişilikleri ile temas halinde olup, hemşirelik bakımına sosyo-kültürel bilgiyi katar ve bireyselleşmiş bir hasta bakımı sağlarlar (Domenig, 2004:214). Kültürel farklılıkları bilen ve bu farklılıkların bireyin sağlığı üzerine olan etkisinin farkında olan hemşireler, hastalarla daha doğru bir iletişim kurarak terapötik ortamı güçlendirirler (Tortumluoğlu, 2004:56).

Kültürel değerleri tanımak, bakım verilen hastanın sahip çıktığı, sağlık uygulamalarını etkileyen ve hastalık durumunda algılamalarını şekillendiren olguları bilmek ve bakımı ona göre uygulamak gerekmektedir. Örneğin, serviste Arabistandan gelen bir hasta olduğunu varsayalım. Arabista'nın bazı bölgelerinde hastaneye yatırılan bir kişinin yalnız bırakılması hoş karşılanmaz. Çoğunlukla birinin hastayla beraber beklemesi gerekir. Eğer böyle bir aileye hastalarının yanında sürekli birinin kalmasını isteyeceklerdir. İzin verilmedi ise hastalarına istenmeyen bir durum olduğunda bunun sebebini yalnız kalmakla ilişkilendireceklerdir. Hemşireler olarak sık kullanılan öneminin büyük olduğu 'Dokunma' da kültür ayırımına, özellikle dinsel inançlara göre kabul edilebilirliği vardır. Çünkü bazı dinlerde karşı cinsten herhangi bir şekilde tensel temas yasaklanmıştır. Bazı kültürler kişinin yaşam tarzını 'bana dokunma' şeklinde düzenler. Fakat bazı kültürlerde dokunmanın iyileştirici ve büyüsel etkisi hesaba katılır. Karşı cinsten olan Müslüman bir Afgan'a ya da Ortodoks bir Yahudi'ye tensel temas yasaklanmışken, Meksikalılar ve Hintliler için dokunma kötü büyüleri bozan, iyileşmeye yardım eden, hastalığı önleyen bir sembol olarak görürler.

Hemşirelik eğitimi açısından kültürlerarası hemşirelik bakımına baktığımızda, Kanada Aborjin Hemşireler Birliği (ANAC, 2009)'ne göre hastanın gereksinimlerini kültürel olarak güvenli bir biçimde karşılayabilmesi için öğrenci hemşirelerin eğitim ortamının kültürel olarak güvenli olmasından söz etmektedir. Kültürel olarak güvenli bir eğitim ortamı öğrencilerin kendilerini güvende ve saygın hizmetlerini sağlayacak ve sahip oldukları bakış açılarını ifade etmelerini kolaylaştıracaktır. ANAC, bu eğitim süresince hem program açısından hem de eğitimi veren eğitimciyle eğitimi alan öğrenci açısından kazanılması gereken 6 tane yetkinlik alanından söz etmiştir. Bunlar;

•Sömürgecilik anlayışı; Yani kültürel grupların toplumdaki diğer bireylerle eşit düzeyde sağlık hizmeti almalarını etkileyen süreçlerin anlaşılması.

•İletişim; Yan etkili ve kültürel olarak güvenli iletişim kuruması.

•Kapsamlılık; Bireylerle iletişim kurmada gerekli olan artmış farkındalık ve iç görüyü kapsayan eylemlerin harekete geçirilmesi.

•Saygı; Kültürel toplulukların biricikliğine ve farklılığına önem verilmesi ve saygı duyulması.

•Kültürel topluluk hakkında bilgi; Sağlıkla ve iyileşmeyle ilgili topluluğa ait geleneksel ilgilerin öğrenilmesi.

•Öğrencilerin kültürel güvenliği başarabilmesi için onlara rehberlik etme; Öğrencilere rol modeli olarak ve destekleyici bir yaklaşımla bulunarak iyi ve donanımlı bir hemşire olmalarının sağlanmasıdır.

Buna ilaveten hemşirenin verdiği bakımın ve yaptığı uygulamaların hasta açısından kültürel olarak güvenli olabilmesi için hemşire, hastanın kültürünü yakından tanımalıdır (Fenwick, 2006:6). Örneğin; ağrı değerlendirmesi yapıyorsa bu değerlendirmenin kültürel olarak güvenli olabilmesi için ağrının, hastanın kültürü içine nasıl deneyimlendiğinin ya da nasıl ifade edildiğinin bilinmesi önemlidir.

Son olarak da kültürün hemşirelik araştırmalarda kullanımında öncü olmak için Leininger tarafından Etnik araştırma yöntemi geliştirilmiştir. Leininger tarafından kültür bakımı teorisini incelemek üzere özel olarak tasarlanmıştır. Leininger ethnonursing araştırma yöntemini, insanların deneyimlerini belgelemek, tanımlamak, anlamak ve yorumlamak için çeşitli stratejiler, teknikler ve araçları kullanan doğalcı, açık keşfi ve kültürel süreçleri kullanan niteliksel bir araştırma yöntemi olarak tanımlamıştır (Leininger, 2005:321). Ethnonursing yöntemi bakım ve iyileştirme uygulamalarını, inançlarını ve değerleri farklı kültürel ve çevresel bağlamlarda incelemek için eşsiz ve temel nitelikte bir yöntemdir ve kültür bakımı teorisini gerçekleştirmek için özel olarak tasarlanmış en kapsamlı bütüncül bir yöntemdir (Leininger, 2005:321).

## **Sonuç**

Kültürlerarası hemşirelik bireylere bakım verirken hemşirelerin bütüncül olarak yaklaşmaları gereken çok boyutlu bir kavramdır. İnsan yaşadığı topluma göre şekil alır ve değer ve inançlarına göre davranışları şekillenir. Davranışlarının sonuçlarına göre de sağlığı belirlenir. Bireylerde sağlığı pozitif etkileyecek şekilde davranış değişikliği yapabilmek için hemşirelik bakımında kültür tamamlayıcı niteliktedir. Kültüre özgü bakım hemşireliğinin bir sanat olarak uygulanmasına destek sağlamaktadır. Kültürel olarak kendini geliştirmiş hemşireler, bireyin anlaşılabilirliğini ve bakımın kalitesini artırarak mesleğin görünürlüğünü ve sağlığını

gelişmesine katkı sağlamış olmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler kültürel farklılıkları olan bireyleri yargılamadan empati kurarak yaklaşılma ve onların uygun bakıma erişmelerini kolaylaştırmalıdır.

## Kaynakça

1. Bayık Temel A. (2008) Kùltùrlerarası (Çok Kùltùrlù) Hemşirelik Eğitimi, Atatùrk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı:11, s.2.
2. Çakır Koçak Y, Sevil Ü. (2015) Kadın Doğum Kliniklerinde Yatan Hastalara Kùltùrlerarası Yaklaşım Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics Sayı:1(3).
3. Domenig, D., (2004). Transcultural change: A challenge for the Public Health System. Applied Nursing Research, Sayı: 17(3), s. 213-216.
4. Durmaz A. (2013) Kùltür Bakım Çeşitlilik ve Evrensellik Kuramı. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. Editör: Ocağcı A.F., Alpar Ş.E. İstanbul Tıp Kitapevi, 1. Baskı, İstanbul, s. 13-30.
5. Fawcett J.(2005). Watson's theory of human care. In J. Fawcett (Ed). Contemporary nursing knowledge an analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F.A. Davis Company, s.553-599.
6. Fenwick C. (2006) Assessing pain across the culturel gap: central australian indigenous peoples pain assessment. Contemporary nurse, Sayı:22 (2), s. 218-227.
7. İz F & Temel A (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlilik. Aile ve Toplum, Sayı:11(5), s.51-58.
8. Kim H & Kollak I (2006). Nursing theories: Conceptual and philosophical foundations. Springer Publishing Company, New York, s. 236-254.
9. Leininger M., (2005) M. Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. Ed. Nursing Theories and Nursing Practice. Parker M.E. Davis company, USA, Second Edition, s. 309-333.
10. Marriner Ann., (1986) Nursing Theorists and Their Work. The C. V. Mosby Company, St. Louis, Toronto.
11. Masters K. (20015) Nursing Theories, A Framework for Professional Practice, Jonet and Bartlett, 2. Baskı, Burlington, s. 342-349.
12. McFarland M.R. (2014) Culture Care Theory of Diversity and Universality. Nursing Theorists and Their Work. (Eds) Alligood M.R. and Tomey A.M. Mosby Elsevier. USA. Eighth Edition, s. 417-441
13. Pektekin Ç. (2013) Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar, İstanbul tıp kitapevi, 1.Baskı, s. 129-134.
14. Papadopoulos I. (2003) The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for the development of cultural competence in nursing. Journal of Health, Social and Environmental Issues, Sayı: 4, s. 5-7.
15. Tanrıverdi G. (2017) Madeleine M. Leininger: Kültürel Bakımda Farklılıklar ve Benzerlik Teorisi. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. Editör: Karadağ A., Çalışkan N., Baykara Z.G., Akademi Basın, 1. Baskı, İstanbul, s. 490-503.
16. Tuna Oran N., Yüksel E. (2015) Kùltùrlerarası Hemşirelik ve Etik, Türkiye Klinikleri, Sayı: 1(3), s.7-13.
17. Tortumluoğlu G. (2004) Transkùltürel Hemşirelik ve Kültürel Bakım Modelleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı:8(2) s.48-56.
18. Schmieding N. J. (2002) Nursing Theorists And Their Work. In A.M. Tomey& M.R. Alligood (Eds) Fifth Edition, Nursing Process Theory. Mosby Inc
19. Watson J. (2005) Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1nd ed.



# Sağlıklı Yaşlanma ve Çevre

## Healthy Aging and Environment

Birsen ALTAY<sup>1</sup>

Tuğba SOLMAZ<sup>2</sup>

### ÖZET

Yaşlılık dönemi, yaşamı bağımsız bir biçimde sürdürebilmek için yardıma ve desteğe ihtiyacın arttığı bir dönemdir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan yetersizlikler, yaşlıların hareket alanlarını ve sosyal ilişkilerini olduğu kadar etkileşimde oldukları çevrenin boyutunu da çeşitli düzeylerde sınırlandırmaktadır. Özellikle bağımsız hareket edebilme yönünde kısıtlılıkları bulunan bireyler sosyal, kültürel, ekonomik, politik, dini yaşama diğer insanlardan farklı olarak daha az katılım sağlamaktadırlar. Bu nedenle yaşlı bireyin sağlıklı yaşlanması için fiziksel, biyolojik ve sosyo-kültürel çevrenin yaşının özelleşen gereksinimlerine göre düzenlenmesi gerekmektedir. Türkiye’de sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak çevresel düzenlemelerin bu açıdan yeterli olmadığı görülmektedir. Sağlıklı yaşlanma ile çevre arasındaki bağın doğru biçimde kurulabilmesi için, konunun çevresel risklerden hareketle değil “yaşlılar için çevre sağlığı” yaklaşımı ile ele alınması bütüncül yaklaşımı sağlayacaktır. Bu anlamda yapılacak eylem planları çevrenin tüm bileşenlerine yaşlılık penceresinden bakılmasını sağlayacak ve bu konuda yenilikçi uygulamalar geliştirmeyi olanaklı kılacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlı, Sağlıklı Yaşlanma, Çevre

### ABSTRACT

The old age, is a period in which the need for help and support increases in order to maintain life independently. Insufficiencies that emerge in this period limit range of motion and social relationship of elderly people as well as dimensions of the environment which they interact. Especially persons with restrictions to move independently provide less participation to social, cultural, economical, political, and religious life compared to other people. Therefore, physical, biological, and sociocultural environments should be organized according to specialized needs of elderly people in order to provide a healthy aging. Environmental regulations to provide healthy living seem insufficient in this regard in Turkey. Discussion of this issue not based on environmental risks, but with an approach of “environmental health for elderly” for correct establishment of the link between aging and environment will provide an integral approach. Actions plans in this sense would provide an insight to look for all components of the environment from an old age window, enabling development of innovative applications in this subject.

**Key Words:** Elderly, Healthy Aging, Environment

---

<sup>1</sup>Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr)

<sup>2</sup> Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Erbaa Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, [tugbasolmaz.gou@gmail.com](mailto:tugbasolmaz.gou@gmail.com)

## Giriş

Dünya genelinde ve Türkiye’de yaşlı nüfus oranı giderek artış göstermektedir. Tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi, doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması gibi faktörler yaşlı nüfus artışının önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir (Aslan ve Ertem, 2012; Bahar ve Savaş, 2009). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) oranının %8.5 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2018).

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir (Bertan ve Güler, 1997). Yaşlılıkla ilgili tanımlar çeşitlilik göstermektedir. Simone de Beauvoir (1970) yaşlılığı, “ilerleyen yaşla birlikte bireyin yeti yitiminin getirdiği çaresizlik duygusu ve ölümün belirsizliği ile yüz yüze gelmesidir” şeklinde tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre yaşlılık; morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak değerlendirilmektedir (Koptagel, 1992).

Normal yaşlanma, “hastalık söz konusu olmaksızın zamanın geçişine bağlı olarak anatomik yapıda ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerin yaşanması” olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanımda biyolojik yaşlılıktan söz edilerek, biyolojik yaşlılığın yumurtanın döllenenmesi ile başlayan, tüm yaşam boyu devam eden bir olgu olduğu ifade edilmektedir. Sosyal yaşlılık, kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen zaman akışı içinde edinilen sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik yaşlılık, bireyin davranışsal yeteneğindeki değişiklikler, ekonomik yaşlılık ise; parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanım da kronolojik yaşlılıktan söz edilerek; geçen zamana göre, birer yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır (Bertan & Güler, 1997). Yaşlanmayı konu edinen gerontoloji biliminde yaşlanma; “Kronolojik yaşın ilerlemesiyle, çevresel koşullar altında yaşayan organizmada ya da yetişkin insanda meydana gelen düzenli değişiklikler” olarak tanımlanır (Tuncay, 2012).

Her yaşlının bir biyolojik geçmişi, iş deneyimleri ve duygusal bir yaşamı vardır. Ayrıca, yaşlılık bir toplumdan diğerine ve çağdan çağa göre de farklılık gösterir. Bu nedenle yaşlılık göreceli bir kavramdır. Yaşlanma, bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlılığa verilen değeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (Taşçı, 2010).

## **Aktif Yaşlanma**

Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır. Eğer yaşlanma olumlu bir deneyimse, daha uzun bir hayat; sağlık, katılım ve güvenliğe yönelik fırsatların devam etmesi eşliğinde olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü, 1990'ların sonlarına doğru bu vizyonu gerçekleştirme sürecini açıklamak için "aktif yaşlanma" kavramını benimsemiştir. Bu kavram yaşlılıkta sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejilerin de ifadesidir.

Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerini ideal seviyelere çekmeyi hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içermek suretiyle daha geniş bir anlamı ifade etmektedir (Baran ve Bahar Özvarış, 2012).

Aktif yaşlanma anlayışı bağlamında, yaşlıların yaşlılık dönemini kendi ihtiyaçlarını gidererek ve başkasına muhtaç olmayarak geçirmelerinin sağlanması esas olmaktadır (Demirbilek ve Öktem Özgür, 2017). Yaşlılıkla ilgili politika ve programlar yaşam beklentisini uzatmaktan ziyade yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmıştır (Öztop, 2010).

## **Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre**

Yaşlılıkla birlikte, bireylerin çevresel etkilenebilirliğe karşı duyarlılığı artmaktadır. Konakçı savunma mekanizmasının zayıflaması; fizyolojik işlevlerde azalma; vücut bileşimindeki değişiklikler bu durumda rol oynamaktadır. Bunların sonucunda akut ya da kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, ruh sağlığı sorunları ve yaralanmalar görülebilmektedir. Yaşlanma bireyin çevreye uyum yeteneğinin azalmasıdır.

Sağlıklı yaşlanma için, fiziko-jeokimyasal, biyolojik ve sosyo-kültürel çevrenin yaşlıların özelleşen gereksinimlerine göre düzenlenmesi gerekmektedir. Yaşlılığa vurgu yapmak üzere Birleşmiş Milletler tarafından 1983 yılında, yaşlanma konusunda hükümetler ve toplumların kapasitesini güçlendirmek amacıyla "Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı" hazırlanmıştır. Bu eylem planı yaşlanma konusunda oluşturulmuş ilk uluslararası araç olup yaşlanma konusundaki politika ve programlar için bir rehber niteliğindedir.

Eylem planında yer alan başlıklardan biri de "Barınma ve Çevre" başlığıdır. Planda, insanların yeterli barınma ve iyi çevre koşullarına sahip olmasının tüm ülkelerde ve tüm yaş grupları için yaşam kalitesini etkileyen önemli bir durum olarak kabul gördüğü ifade edilmiştir.

Ayrıca; barınmanın sürekliliğinin yaşlılar için daha da önemli olduğu, mekanların yaşlı aktivitelerinin merkezini oluşturduğu; eve uyum, günlük yaşam için ev içi uygulamalar, evde kullanılan araçların kolay kullanımı sağlayacak biçimde düzenlenmesinin, morbiditeyi azaltacağı gibi, yaşlıların kısıtlılıklarıyla yaşamalarını kolaylaştıracağı vurgulanmıştır. İlerleyen süreçte, Birleşmiş Milletler tarafından 2002 yılında “Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” kabul edilmiştir. Bu eylem planında, barınma ve çevre koşullarının, yaşlıların kısıtlılıklarıyla yalnız yaşamalarını sağlayacak biçimde geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Yaşlı Dostu Çevre Programı” oluşturulmuştur. Yaşlı Dostu Çevre Programı, toplumlarda aktif ve sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunan çevresel ve sosyal faktörleri ele alan uluslararası bir girişimdir. Kentlerin ve toplumların yaşlı dostu haline getirilmesi, nüfusun yaşlanmasına karşı yanıt oluşturabilmek için en etkili politika yaklaşımlarından birisidir. Bu yaklaşım “Yaşlı Dostu Kentler” kavramının doğmasına neden olmuştur. Sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve sürdürülebilmesi için, tüm yaşam alanlarının tasarımı yaşlıların gereksinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Bu anlamda kent tasarımı yapılırken, açık alanlar ve binalar uygun biçimde tasarlanmalıdır (Çamur ve Acar, 2012).

Yaşam içerisinde, çocukluktan yaşlılık evresine kadar, bir mekânın kullanım amacı ile sıklığı ve kullanılabilirliği zamana bağlı değişkenlik göstermektedir. Yaş almakla birlikte değişen alışkanlıklar ve yeti kayıpları toplumu oluşturan bireylerin kamusal mekanları kullanım biçimlerini de farklılaştırmaktadır. Yaşlı bireyler, kronik hastalıklar ve fonksiyonel kısıtlanmalar nedeniyle kamusal mekanları kullanamadığında, günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenerek daha erken dönemde bağımlı bireyler haline gelebilmektedir.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler; yaşam biçimi, çevresel ve psikolojik faktörler, sosyo-kültürel düzey gibi pek çok etken sayılabilir. Yaşlılıkta çevresel mekan kalitesinin yaşam memnuniyetine etkisini araştıran bir çalışmada, Tokyo mega kentinin doğu ve batı bölgesinde yaşayan yaşlı bireylerin, 1992-1995 yılları arasında, yaşadıkları konut alanlarının çevresindeki yeşil alan ve yürüyüş yollarını kullanım sıklıkları ile yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Belirlenen süreç içerisinde gözlemlenen yaşlı bireylerin mevcut yürünebilir yeşil alan kullanımlarının sosyalleşmeye de olanak tanıdığı ve yaşam kalitesini arttırarak, sağlıklı uzun yaşamlarına katkı sağladığı tespit edilmiştir (Takano, Nakamuro ve Watanabe, 2002).

Kamusal dış mekan kullanımının yaşlı bireylerde olduğu kadar tüm yaş gruplarından bireylerin de sağlığı üzerine olumlu etkileri birçok araştırmanın konusu olmuştur. Özellikle doğal peyzaj elemanlarının mekanda varlığının insanın fiziksel, ruhsal sağlığını iyileştirici ve yenileyici etkileri olduğu ileri sürülmektedir Dış mekanlarda düzenli zaman geçirmenin yaşlı

bireylerde, uyku düzenini iyileştirdiği, ağrı şikayetlerini ve üriner sistem rahatsızlıklarını azalttığı, demans ve alzheimer gibi hastalıklarında semptomlarının ilerlemesini yavaşlattığı, literatürde yer almaktadır (Öztürk Çelen ve Kızıldoğan Turan, 2017).

Türkiye’de sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak çevresel düzenlemelerin gerek fiziksel, gerekse sosyal çevre olarak yeterli olmadığı görülmektedir. Çevresel etmenler ile yaşlı sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça azdır. Benzer biçimde yaşlılık ve ergonomi konusunda yapılmış çalışma sayısı da çok yetersizdir. Evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılması değerli bir çalışma yöntemi olabilir. Bu konuda aile bireylerinin katkısı gerekir. Denetim listeleri kullanılarak evlerdeki riskler belirlenip gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir. Denetim listeleri en önemli ergonomik değerlendirme ve uygulama araçlarından birisidir (Güner ve Güler, 2002).

Yaşlı sağlığı/sağlıklı yaşlanma ile çevre arasındaki bağın doğru biçimde kurulabilmesi için, konunun çevresel risklerden hareketle değil “Yaşlılar İçin Çevre Sağlığı” yaklaşımı ile ele alınması bütüncül yaklaşımı sağlayacaktır. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak “Yaşlılar İçin Çevre Sağlığı Eylem Planı” çevrenin tüm bileşenlerine yaşlılık penceresinden bakmayı, uygulamalar geliştirmeyi olanaklı kılacaktır. Böylelikle sağlıklı yaşlanma için çevresel düzenlemelerdeki eksiklikler ortaya konulabilecek, eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılabilecektir (Çamur ve Acar, 2012).

### **Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi**

Kültürel ve yapısal değişimlerin yanı sıra sektörler arası işbirliği yaklaşımında topluma, aileye ve bireye yönelik müdahaleleri kapsar. Kültürün sağlığı belirleyen bir etmen olması nedeniyle yaşlıya ve yaşlılığa yönelik tutumlarda değişim önemlidir. Toplumsal ve bireysel yoksulluk ile toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin yanında, yaşlılıkta yaşanan sorunlarla baş edebilmek için bireylerin kendine güven duyma ve davranışlarını kontrol etme yetilerini artırıcı çalışmalar ve yaşlıların yaşadıkları ortamların çevresel koşullarının düzeltilmesi de önemlidir. İleri yaşlarda sağlık söz konusu olduğunda, yapılan çalışmalar sosyal bağlılığın bilişsel işlevleri devam ettirmede doğrudan etkisinin olduğunu, hastalıklardan korunmadaki koruyucu etkisine ek olarak, kronik hastalıklarda stres ile başa çıkmada yardımcı olduğunu göstermiştir (Baran ve Bahar Özvarış, 2012).

Bu konuda uluslararası çalışmalar incelendiğinde; Kanada da 1997’den beri yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik “Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Kültüre Uygun İyi Uygulamalar”, “Yaşlıların Beslenmesini İyileştirilmesi: Farkındalıktan Harekete” gibi ulusal programlar yürütüldüğünü görülmektedir (Baran ve Bahar Özvarış, 2012).

Tayland’da 1986-2001 yıllarını kapsayan “Yaşlı Kişiler İçin Birinci Ulusal Plan”da toplumun yaşlı kişilerin bakımındaki sorumluluklarının farkına varmaları ve toplumun “aktif katılımcıları”

olarak rollerini sürdürmelerine teşvik etmeleri konusunda duyarlılıklarını artırmak amaçlanmıştır. Tayland'da 2002 araştırmasında yaşlı insanlar aktif yaşlanma indeksine göre değerlendirilmiş ve politika yapıcılara yaşlıların aktif yaşlanmasını güçlü bir şekilde geliştirmeleri ve desteklemeleri önerilmiştir. Tayland'ın 2002-2021 yıllarını kapsayan "Yaşlı Kişiler için İkinci Ulusal Plan"ında nitelikli yaşlanmaya hazırlığı içeren iyilik hali ve sosyal güvenlik geliştirilmesi amaçlanmıştır (Baran ve Bahar Özvarış, 2012).

Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Birliği tarafından 2012 yılı "Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı" olarak kabul edilmiştir. Bu yıl kapsamında, aktif yaşlanma konusunda farkındalık artırımı, iyi uygulamaların tespit edilerek paylaşılması, karar vericilerin ve ilgili tarafların aktif yaşlanmaya olanak sağlaması yönünde cesaretlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca yönelik; Avrupa genelinde yaşlı insanların sosyal ve ekonomik yaşamın içinde aktif bir şekilde yer almasının sağlanması yönünde birçok faaliyet düzenlenmekte, politikalar geliştirilmekte ve araştırmalar yürütülmektedir.

Bu çalışmalarda aktif yaşlanma konusunda çeşitli kesimlere yapılan önerilere bakıldığında, ulusal ve yerel yönetimlere, ruhsal sağlık, engellilik ve kronik hastalıkların tedavisi konularına odaklanmak yoluyla koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi; sağlık danışmanlığına, koruyucu hizmetlere, kaliteli sağlık hizmetlerine ve uzun dönemli bakım hizmetlerine evrensel ve eşit erişimin sağlanması; yaşlı kişilerin her türlü suistimalinin önlenmesi; bu kişilerin bağımsız yaşamalarını teşvik edecek barınma ve ulaşım olanaklarının yaşlıların erişimlerine uygun ve güvenli hale getirilmesi ve bu kişilere evlerinde yeterli düzeyde bakım ve destek sunacak araçların sağlanması önerilmektedir (AB, 2011).

Avrupa Birliği tarafından, aktif yaşlanmayı teşvik etmeyi amaçlayan birçok girişim başlatmıştır. Bunlar; Avrupa İstihdam Stratejisi, Avrupa Sosyal Fonu, PROGRESS (sağlıklı, aktif ve saygın yaşlanmayı destekleyici ve sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin ve faydalarının etkinlik ve verimliliğinin artırılmasına yönelik yenilikçi politikalar), Grundtvig Programı (bilginin sürekli yenilenmesi neticesinde oluşan gereksinimlerin karşılanması, yetişkin kişilere yaşamları boyunca, bilgi ve niteliklerini geliştirmek için olanaklar sunarak istihdam olanaklarını artırılması ve toplumda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamlarının kolaylaştırılması) ve "Avrupa Bilgi Toplumunda İyi Yaşlanmak Eylem Planı"dır (AB, 2011).

Yaşlıların kapasiteleri ve yaşa bağlı ihtiyaçlarına karşılık veren, kararları ve yaşam tarzlarına saygı gösteren, savunmasız olanları koruyan, toplum yaşamının her alanına katılmalarını teşvik eden; politika, hizmet, oluşum ve yapıların bulunduğu kentler "Yaşlı Dostu Kent" olarak tanımlanmaktadır. Aktif yaşlanma yaşam boyu süren bir süreç olduğundan yaşlı dostu kentler bu sürecin her aşamasına katkı sağlamaktadır.

Yaşlı dostu kentlerin ilgilendikleri temel alanlar; dış mekânlar ve binalar, ulaşım, konut, sosyal katılım, toplumsal yaşamaya dâhil edilme ve saygı, vatandaş olarak katılım ve istihdam, bilgi edinme ve iletişim, toplum desteği ve sağlık hizmetleridir. Kalkınma Bakanlığı'nın genel koordinasyonunda Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı tarafından yürütülen 2011 Yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı çerçevesinde "Yaşlı Dostu Kenti Amasya" projesi yapılmış ve raporu da yayınlanmıştır (Baran ve Bahar Özvarış, 2012).

### **Sonuç ve Öneriler**

Yaşlıları ayrımcılıktan koruyan ve toplumda aktif bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlayan sosyal değerler ile dayanışma ağlarının korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, sağlıklı bir toplum oluşturmaya yönelik politikalar geliştirilmesi ve bu politikaların sağlık etki değerlendirmelerinin yapılması da önemlidir. Sağlık çalışanlarının yaşlılara hizmet vermelerini sağlayacak şekilde eğitilmesi ve yönlendirilmesi ile yaşlıların evlerinde ziyaret edilmesi sağlık hizmetlerine ulaşmalarını ve kullanımlarını kolaylaştıracaktır. Yaşlıların toplum içinde yaşamasına olanak sağlayacak bakım hizmetlerinin geliştirilmesi de sağlanmalıdır. Toplumda sağlıklı bir yaşlanmayı gerçekleştirmek için davranış değişikliğine yönelik müdahaleler onların sosyokültürel özelliklerine yönelik olarak planlanmalıdır.

## Kaynakça

1. Aslan, D., Ertem, M. (2012). *Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler*. Ankara: Palme Yayıncılık.
2. Avrupa Birliği (AB) (2011). Avrupa aktif yaşlanma ve nesillerarası dayanışma yılı hakkında bilgi notu. Erişim Adresi: <http://www.abgs.gov.tr/> Erişim Tarihi: 21.02.2019.
3. Bahar, G., Bahar, A. & Savaş, H. (2009). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, 86-98.
4. Baran E. ve Bahar Özvarış Ş. (2012). *Yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi*. Ankara: Palme Yayıncılık.
5. Bertan, M. ve Güler, Ç. (1997). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Güneş Yayınevi.
6. Çamur, D. ve Acar Vaizoğlu, S. (2012). Sağlıklı yaşlanma için çevre. Ankara: Palme Yayıncılık.
7. Demirbilek, T. ve Öktem Özgür, A. (2017). Gümüş ekonomi ve aktif yaşlanma bağlamında yaşlı istihdamı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 14-28.
8. Gökçe Kutsal, Y. ve Aslan, D. (2007). *Temel geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
9. Güner, P. ve Güler, Ç. (2002). Yaşlıların ev güvenliği ve denetim listesi. *Geriatrici*, 5, 150-154.
10. Koptagel, İ.G. (1992). Yaşlılık sorunları ve hemşirelik yaklaşımları". *Nöropsikiyatri*, 29, 3-14.
11. Öztop, H. (2010). Yaşlılık dönemi ve tüketim. Ankara: TÜPADEM.
12. Öztürk Çelen, A. ve Kızıldoğan Turan, E. (2017). Yaşlı bireylerin kentsel/kamusal mekânları kullanım analizi: Eskişehir örneği. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10, 1-13.
13. Takano, T., Nakamuro, K. & Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: The importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiological Community Health*, 56, 913-918.
14. Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 1, 175-202.
15. Tuncay, A.C. (2012). Geciken Yaşlılık ve Zorunlu Emeklilik Üzerine. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2, 84-102.



# Adölesan Gebelikler ve Hemşirelik

## Adolescent Pregnancies and Nursing

Dilek ÇELİK EREN<sup>1</sup>

### ÖZET

Olgunlaşma anlamına gelen adölesanı, DSÖ 10-19 yaşları arasındaki bireyler olarak kabul eder ve bilgi ve becerilerinin geliştiği, duygu ve ilişkilerin yönetilmesinin öğrenildiği bu yaş dönemini adölesan dönem diye nitelendirir. Bu dönemde sekonder seks karakterlerinin gelişmeye başladığı ve seksüel reproduktif özelliğin kazanıldığı bilinmektedir; erken evlenme ve gebelik oluşumu adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli sorunlardandır. Dünyadaki doğumların %11'ini, Türkiye'deki doğumların ise %5'ini adölesan gebeler gerçekleştirmektedir. Yapılan araştırmalara göre adölesan gebeliklerin nedenleri; sosyoekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, ırk, ilk menarş yaşı, aile yapısı, erken evlenme, seksüel ilişki sıklığı, cinsel istismar, ailede madde bağımlılığı, aile içi şiddet gibi durumlardır. Adölesan gebeliklerin yol açtığı risk faktörleri ise, abortus/küretaj, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum eylemi, gebeliğe bağlı hipertansiyon/ preeklamsi, ölü doğum, anemi, konjenital anomali, müdahaleli doğum, HIV/ AIDS, yetersiz antenatal bakım, yetersiz kontrasepsiyon kullanımınıdır. Hemşireler, çeşitli eğitimler planlayıp gerçekleştirerek adölesan gebeliklerin önlenmesinde ve ev ziyaretleri ve yargılayıcı olmayan yaklaşımlarıyla meydana gelen gebeliğin tanılanarak izleminde rol alabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan gebe, hemşirelik, adölesan gebeliklerin önlenmesi.

### ABSTRACT

The adolescent, which means maturity, is regarded as an individual between the ages of 10-19 and describes this age as an adolescence period in which knowledge and skills develop, emotions and relationships are learned. It is known that during this period, sexon sex characters begin to develop and acquire sexual reproductive characteristics; early marriage and pregnancy formation are the most important problems that adolescents can encounter. The birth of the world 11% of births in Turkey is undertaking pregnant adolescents 5%. According to the researches carried out, the causes of adolescent pregnancies; socioeconomic level, low education level, race, first menarche age, family structure, early marriage, sexual relationship frequency, sexual abuse, family dependency, domestic violence. Risk factors caused by adolescent pregnancies are abortus / curettage, low birth weight, preterm delivery, pregnancy induced hypertension / preeclmia, stillbirth, anemia, congenital anomaly, intervention, HIV / AIDS, inadequate antenatal care, inadequate contraceptive use. Nurses can take part in the follow-up by identifying and implementing various trainings to prevent adolescent pregnancies and diagnose pregnancies that occur with home visits and non-judgmental approaches.

**Key Words:** Adolescent pregnant, nursing, prevention of adolescent pregnancies.

<sup>1</sup>Araştırma Görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [dilek-celik-61@hotmail.com](mailto:dilek-celik-61@hotmail.com)

## **Giriş:**

### **Adölesan Dönem**

Adölesan, gelişerek olgunlaşma anlamına gelen Latince bir terimdir. Dilimizde ergenlik ya da delikanlılık olarak bilinen bu dönem bedensel, ruhsal ve sosyal yönden ayrı ayrı incelenebilecek bir çok dönemin iç içe yaşandığı, birey ve çevresi için çalkantılı ve sıkıntılı bir dönemdir (Pekcan, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), adölesan dönemin 10–19 yaşlar arası olduğunu bildirir. Ayrıca bilgi ve becerilerin geliştirildiği, duygular ve ilişkilerin yönetilmesi öğrenilirken, adölesan önemin tadını çıkarmak ve yetişkin rolleri üstlenmek için önemli nitelikler ve yetenekler kazanmanın öğrenildiği bir zamandır. Tüm toplumlar, çocuk olma ve yetişkin olma arasında bir fark olduğunu kabul etmektedir. Çocukluktan erişkinliğe geçişin tanımlanması kültürlere göre ve zamana göre farklılık gösterir. Geçmişte nispeten hızlıdır ve bazı toplumlarda halen geçerlidir. Ancak birçok ülkede bu durum değişmektedir (DSÖ, 2017).

Dünya nüfusunun %16'sını 10-19 yaş grubu oluşturmakta ve bu dönemdeki nüfusun yarısından fazlası Asya kıtasında yaşamaktadır (UNICEF, 2017). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de adölesan dönemdeki bireylerin toplam nüfusa oranı 17.2'dir (TNSA, 2014).

Adölesan dönem ayrıca sekonder seks karakterlerinin gelişmeye başladığı ve seksüel reproduktif özelliğin kazanıldığı dönem olarak da bilinmektedir. Doğurganlık çağında üreme özellikleri, korunma yöntemleri ve yolları, gebelik oluşumu ve önlenmesi hususunda yeteri kadar bilgisi olmayan adölesanların karşılaşabilecekleri en önemli sağlık sorunları; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan abortuslar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlardır (Güngörmüş, 2015).

### **Adölesan Gebelikler**

Günümüzde sayıları hızla artan adölesanların, üreme sağlığı gereksinimleri özel dikkat gerektirmektedir. Çünkü adölesan dönemde fiziksel gelişim, psikolojik ve toplumsal olgunlaşmadan daha önce meydana gelmektedir. Adölesanın kendini keşfetmesi, cinsel kişilik ve rollerinin gelişmesi ile bu dönemde cinsel yaşam başlamaktadır. Cinsel aktivite yaşının erkene kayması, cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği nedeniyle adölesanlar, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara sıklıkla maruz kalmaktadır (Pekcan, 2015). Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde toplumsal sağlık sorunlardan biri olan adölesan gebelikler hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemekte olup adölesan gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer almakta, önemli sosyal ve sağlık problemlerine neden olabilmektedir (Kumcağız, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 16 milyon kız ve 15 yaş altı yaklaşık 1 milyon kız her yıl düşük ve orta gelirli ülkelerde doğum yapmaktadır. 1990 yılından bu güne kadar adölesan kızlarda doğum oranlarının belirgin, ancak orantılı olmayan bir şekilde azalması söz konusudur; ancak tüm dünyadaki doğumların % 11'i hala 15-19 yaşlarındaki kızlara aittir. Bu doğumların büyük çoğunluğu (% 95) düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (DSÖ, 2017).

TNSA-2013 sonuçlarına göre, adölesan dönemde olan kadınların neredeyse yüzde 5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların yüzde 3'ünün bir canlı doğumu olmuştur; yüzde 1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir (TNSA, 2014).

### **Adölesanlarda Gebelik Tanisi**

Adölesanlarda diğer yaştaki gebeliklerden daha farklı bir tanı yöntemi yoktur. En önemli bulgu adet gecikmesidir. Adölesanlar, adet günlerini yetişkin kadınlar kadar iyi izleyemeyeceklerinden gecikmiş adet öyküsünü ortaya koymak zor olabilmektedir. Ayrıca menarştan sonraki ilk bir kaç yıl adet döngüsü düzenli değildir. Gebeliğin olduğu ayda beklenen adet zamanına uyan dönemde adet benzeri kanama görülebilmektedir ve bu kanama da gebeliğin erken dönemde tespit edilmesini zorlaştırmaktadır. Gebelik 8 haftalık iken pelvik incelemeyle, 11-12 haftalık gebelik ise pubis hizasında palpasyonla tespit edilebilmekte; evde yapılacak gebelik testleri ise adölesanların yanlış yapma ya da yanlış değerlendirmesine sebep olabileceğinden güvenli bulunmamaktadır (Pekcan, 2015).

### **Adölesan Gebeliklere Neden Olan Faktörler**

Adölesan gebeliklere neden olan pek çok faktör vardır. Gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi cinsel deneyim, bunun sonucunda yaşanan istenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşükler daha çok görülürken, gelişmekte olan ülkelerde kültürel yapı ve gelenekler nedeniyle erken yaş evlilikleri ve buna bağlı erken gebelikler daha çok görülmektedir (DSÖ, 2017).

Düşük ve orta düzeyli gelire sahip gelişmekte olan ülkelerde kız çocuklarının % 30'a yakını 18 yaşından önce ve % 14'ü ise 15 yaşından önce evlenmekte ve çocuk sahibi olmaktadır. Bu ülkelerin sosyal, kültürel ve dini değerleri araştırıldığında adölesan yaşta evliliğin bu toplumlarda kabul edilebilir olduğu anlaşılmaktadır (DSÖ, 2017). Aile Yapısı Araştırması'nda farklı sosyo ekonomik düzey gruplarının ilk evlenme yaşlarına bakıldığında, sosyo ekonomik düzey seviyesi arttıkça ilk evlenme yaşının yükseldiği ortaya çıkmıştır (Beşpınar, 2013).

Eğitimin de adölesan gebelikleri önemli ölçüde azalttığı ve eğitim süresi uzadıkça erken yaşta evliliklerin azaldığı bilinmektedir. Ortaokul ve liseye devam etme oranı arttıkça adölesan gebelik oranı düşmektedir (DSÖ, 2017). Yapılan çalışmalarda erken evlenenlerin

eğitim düzeyleri ile 18 yaşından sonra evlenenlerin eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardı (Klingberg-Allvin, ve ark., 2010; Young ve ark., 2011). Aile Yapısı Araştırması'nda 2011 yılında, herhangi bir okul bitirmemiş olanların %48'inin 18 yaş altında evlilik yaptıkları, niversite ve lisansüstü eğitim yapanların ise sadece binde %'inin, 18 yaş altında evlilik yaptığı görülmektedir (Beşpınar, 2013).

TNSA 2013 verilerine göre Kırsal alanlardaki adölesanlarda ocuk sahibi olma oranı, kentsel alanlara göre daha yüksektir (sırasıyla,%6 ve %4). Bölgesel farklılıklarda bu oranları etkilemekte Batı'da %3 olan bu oran, Güney, Orta ve Doğu Anadolu'da %6'ya yükselmektedir (TNSA, 2014). Young ve arkadaşlarının çalışmasında erken evlenme ve adölesan gebelik yaşama nedenlerinden birisi de cinsel istismar ve tecavüz olarak bulunmuştur (Young ve ark., 2010).

Adölesan gebeliklerin oluşumunda rol oynayan diğer etmenler; ailenin sosyokültürel ve sosyoekonomik durumunun kötü olması, ailenin eğitim düzeyinin düşüklüğü, aile içi iletişimin bozukluğu, ailede suça eğilimli veya suç işlemiş, madde bağımlılığı olan birey varlığı, ailede mental sorunların varlığı, ailede cinsel istismar varlığı, anne-babanın boşanmış olması ve aile içi şiddetin varlığı gibi ailesel nedenlerdir (Chandra-Mouli ve ark., 2013).

### **Adölesan Gebelikler İçin Risk Faktörleri**

Erken yaşta ocuk sahibi olmak hem anne, hem de bebek için yüksek risk taşımaktadır. Ergen kadınlar fiziksel olarak ocuk doğurmaya hazırlıklı olmayıp, yirmili yaşlarındaki kadınlardan daha fazla anne-bebek ölümü riski, düşük, erken doğum, preeklamsi, anemi, konjenital anomali, düşük doğum ağırlıklı bebek, yetersiz antenatal bakım, gibi gebelik ve doğum komplikasyonları taşımaktadırlar (Taşkın, 2009). Hamilelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar 15-19 yaşlarındaki kızların küresel olarak ikinci ölüm nedenidir. Adölesan annelerden doğan bebekler, 20-24 yaşlarındaki kadınlara göre ölüm riskinde daha yüksektir (DSÖ, 2017).

**Abortus/Küretaj:** Dünya Sağlık rgt'ne göre her yıl 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 3 milyon çocuğa güvensiz kürtaj yapılmaktadır (DSÖ, 2017). Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre adölesan gebelerde l doğum ve müdahaleli küretaj görülme sıklığının diğer gebelere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Klingberg-Allvin ve ark., 2010, Ayyıldız ve ark., 2015). Sedgh ve arkadaşlarının 2015 yılında gerçekleştirdikleri bir çalışmada kretajların yasal olduğu 21 ülke arasında en yüksek adolesan düşük oranı İngiltere ve Galler'de (20) ve İsveç'te (20) gerçekleştiği bildirilmiştir. Meksika'da ve kürtajın yasak olduğu Sahraaltı Afrika'daki ülkelerde adölesanların kürtaj oranı, 11 (Etiyopya) ila 44 (Meksika) arasında değişiyordu. (Sedgh ve ark., 2015).

**Preterm Doğum Eylemi:** Perinatal ve neonatal mortalitenin en önemli nedenlerinden biri gebeliğin 37. haftadan önce son bulmasıdır. Preterm doğum eyleminin anne üzerindeki en yaygın etkisi, bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik streştir. Vücut gelişimini tamamlamamış bir bebek doğum travması ve ekstrauterin hayata uyum sağlayamama riski ile karşı karşıyadır (Stanhope ve Lancaster, 2015). Yapılan çalışmalara göre adölesan olan grupta, olmayan gruba oranla erken doğum sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Kurth ve ark., 2010; Melekoğlu ve ark., 2013; Kurt ve ark., 2014).

**Gebelikte Hipertansiyon (Preeklamsi):** Gebelikte en sık ortaya çıkan hipertansif hastalıktır. Gebeliğin 20. Haftasından sonra görülmektedir. Gebelikte hipertansiyon insidansı %5-10'dur ve anne ölüm nedenlerinden ilk üçü arasında birinci sırada yer almakta, daha sonra da tabloya proteinüri ve/veya ödem de eklenerek preeklamsiye dönüşmektedir. Adölesan gebelik; gebelikte hipertansiyon/ preeklamsi insidansını artıran durumlardan birisidir (Taşkın, 2009). Yapılan bazı çalışmalarda adölesan gebeler ile normal gebelerde gebeliğe bağlı hipertansiyon (preeklamsi) gelişme açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (Ganchimeg ve ak., 2014; Ayyıldız ve ark., 2015; Brosens ve ark., 2017).

**Anemi:** Anemi, kanda hemoglobinin düzeyinin normal sınırın altına düştüğüne işaret etmektedir. Hemoglobin düzeyinin birinci ve üçüncü trimestirlerde 11g/dl'den, ikinci trimestirde 10.5 g/dl'den daha az olması gebelikte anemi olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de gebelerin yaklaşık %50'sinde anemi görüldüğü bilinmektedir (Taşkın, 2009). Adölesanların hem kendi vücutlarının hem de bebek büyümesinin aynı anda olması nedeniyle vücudun demir kaynakları hızla tükenmektedir. Literatürdeki bazı çalışmalarda adölesanlar gebelerde anemi görülme sıklığının yüksek olduğu (%10-80) saptanmıştır (Melekoğlu ve ark., 2013; Kurt ve ark., 2014; Ayyıldız ve ark., 2015; Naik ve ark., 2017).

**Düşük Doğum Ağırlığı:** Düşük doğum ağırlığı fetüsün 2500 gramın altında olması olarak tanımlanmaktadır. Adölesan dönem büyümenin hızlandığı ve bu nedenle beslenme ihtiyacının arttığı bir dönemdir. Bu dönemde kendi fizyolojik ve anatomik olgunlaşmasını henüz tamamlayamamış gebeler aynı zamanda fetüsün de beslenme ihtiyacını karşılamak durumundadır. Adölesan gebeler genellikle gebeliğin başlangıcında normalden daha düşük kilodadır ve gebelikte de yetersiz kilo almaya eğilimlidirler. Gebelikte yetersiz kilo alma ile düşük doğum ağırlığı arasında pozitif bir ilişki vardır (Taşkın, 2009). Yapılan çalışmalarda annelerin bebeklerinin doğum kiloları ortalamaları incelendiğinde, adölesan yaş grubundaki kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı ile, adölesan olmayan kadınların bebeklerinin doğum ağırlığı karşılaştırılmış; iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Taner ve ark., 2012; Kurt ve ark., 2014; Ayyıldız ve ark., 2015; Sukhato ve ark., 2015).

**Konjenital Anomali:** Adölesan gebeliklerde merkezi sinir sistemi anomalilerinden olan anensefali, spinabifida/meningosel, hidrosefali/mikrosefali oluşma riski, gastrointestinal sistem anomalilerinden omfalosel, oluşma riski, kas-iskelet sistemi anomalilerinden yarı dudak/damak, polidaktili, sindaktili ve adadaktili oluşma riskinin arttığı bildirilmektedir (Stanhope ve Lancaster, 2015). Bazı çalışmalarda adölesan olan grup ile olmayan grup karşılaştırılmış, adölesan olan gruptaki annelerin bebeklerinde başta kardiyak ve ürogenital anomaliler olmak üzere konjenital anomali sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Melekoğlu ve ark., 2013; Ayyıldız ve ark., 2015; Brosens ve ark., 2017).

**Müdahaleli/Operatif Doğum:** Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğurulmasıdır. Sezaryene bağlı maternal mortalite 4-8/10000 arasındadır. Bu olasılık vajinal doğuma göre 26 kat fazladır. Yapılan bazı araştırmalar adölesan gebeliklerde de sezaryen riskinin arttığını göstermekle birlikte bazı araştırmalarda sezaryen riskinin yetişkinlerden farklı olmadığını göstermiştir (Taşkın, 2009). Operatif doğum ise vajinal doğumlarda çocuğun çıkmasını kolaylaştırmak için uygun endikasyonlarda yapılan forseps ve vakum uygulamalarıdır. Adölesanların doğumları daha fazla müdahale (forseps, vakum vb.) edilmeyi gerektirmektedir. Müdahalenin en sık nedeni pelvik uyumsuzluktur ve bu müdahalelerden sonra fistül riski artmaktadır (Hockenberry ve Wilson, 2014)).

**Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS):** HIV, çok sayıda immünolojik fonksiyonları olan, lenfositlere karşı patolojik etkisi olan bir virüstür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl, her 20 gençten biri cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmaktadır. Her yıl 2.4 milyon yeni HIV enfeksiyonu oluşmaktadır. Dünyanın birçok yerinde yeni HIV enfeksiyonunun çoğu, özellikle güvensiz ilişki nedeniyle 15–24 yaş grubunda görülmektedir (DSÖ, 2017).

**Yetersiz Antenatal Bakım:** WHO' ya göre gebeler gebelikleri süresince sağlık personeli tarafından en az 4 kez ziyaret edilmelidir. Bu ziyaretler 16. haftaya, 24- 28. haftalar arası, 32. hafta ve 36. hafta arasında yapılmalıdır. Antenatal bakımla gebelik öncesi ve sonrası oluşabilecek birçok komplikasyon önlenilmekte ve zamanında kontrol altına alınabilmektedir. Adölesanların gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının gelişmemiş olması ve duygusal durumlarının çok değişken olması antenatal bakımın önemini bir kat daha arttırmaktadır. Yeterli antenatal bakım alınması gebeliğin istenme durumuna bağlı değildir. Yapılan bir araştırmada gebelik istense dahi yetersiz antenatal bakım alındığı tespit edilmiştir. Araştırmalarda adölesan gebelerde oluşabilecek komplikasyonlarla yetersiz antenatal bakım arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

**Yetersiz Kontrasepsiyon Kullanımı:** Evlilik öncesi cinsel deneyim ve gebelik, sosyal ve kültürel açıdan bir çok ülkede kabul edilmemekte ve bu kültürel olgu adölesanın gebelik önleyici yöntem kullanımına engel olmaktadır. Özellikle evli olmayan adölesanlar aile planlaması hizmeti alabilecekleri merkezlere rahatlıkla başvuramamakta, sağlık personelinin önyargılı davranışları nedeniyle ve adölesanlar gerekli olan gebelik önleyici yöntemlere kolayca ulaşamamaktadırlar (Güngörmüş, 2015).

## **Hemşirelik**

Hemşireler, hastalarına bütüncül bir yaklaşım sergileyerek, onları etkileyen problemi önceden tanıyarak problemi ortadan kaldırmak için gerekli müdahalelerde bulunur (Batmaz, 2011). Günümüzde insanların sağlık hizmetlerine olan gereksinimleri artmıştır ve artık hemşirelik, hastalığa değil hastaya yaklaşım yapan, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri ile bir bütün olarak ele alan bir kavram haline gelmiştir (Hacıoğlu, 2012). Resmi gazetede yayınlanan 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı 'Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte' halk sağlığı hemşirelerinin görev yetki ve sorumlulukları hemşirelik bakımı, tıbbi tanı ve tedaviye katılma, eğitim ve danışmanlık olarak belirlenmiştir ayrıca bu yönetmeliğe "Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar" fıkrası eklenmiştir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

## **Adölesan Gebelikler ve Hemşirelik**

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) 2011- 2020 yılları arasında 140 milyondan fazla erken evlilik görüleceğini ve bunların yaklaşık 50 milyonunun 15 yaşından küçük olacağını ön görmektedir. Mevcut eğilimler devam eder ve olumsuz koşullar düzeltilmez ise 2030 yılına kadar 15.1 milyon erken evlilik gerçekleşeceği yani erken evliliklerin dolayısıyla adölesan gebeliklerin giderek artacağını ifade etmektedir (UNFA, 2012).

DSÖ'nün Cenevre toplantısında birçok delege, erken evlilik ve gebeliklerin önlenmesinin önemi üzerinde durmuşlardır. Erken evliliklerin dezavantajları konusunda halkı bilinçlendirmeye devam edilmesi, çeşitli yasa ve politikalar uygulanması ve mevcutların geliştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışının desteklenmesi, üreme ve cinsel sağlık eğitimlerinin her yaş grubu için yaygınlaştırılmasının önemine işaret etmişlerdir. Delegeler, her ülkenin toplumsal değerlerinin farklı olduğunu ve bu değerler doğrultusunda politikalar geliştirilmesi gerekliliğini ifade etmişlerdir (Chandra-Mouli ve ark., 2013). Erken evlilikler ve adölesan gebelikleri önlemede disiplinler arası işbirliği kaçınılmazdır. Bu kapsamda sağlık bakım hizmet sunucuları, önemli sorumluluk üstlenen disiplin üyeleridir. Özellikle kadınlarla

en fazla ve yakın iletişim içinde bulunan hemşire ve ebelerin, erken evlilikler ve adölesan gebeliklerle mücadelede önemli rol alabilecekleri ve risk yönetiminden sorumludur.

**Adölesan Gebeliklerin Önlenmesi:** Adölesan gebeliklerin yaygın olmasının başlıca nedenleri arasında, kültürel nedenlerle meydana gelen evlilikler, kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi eksikliği, okul ve aile tarafından yeterli bilgilendirilme yapılmaması, düşük gelir durumu, şehirleşme etkileri, etnik durum, eğitim durumunun düşük olması yer almaktadır (Kumcağız, 2016).

Hemşirelerin meslekleriyle ilgili uygulayıcı, eğitici, yönetici ve araştırmacı rollerinin dışında insan ve kadın hakları savunuculuğu, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayıcı, genç kız ve kadınların toplumsal konum ve rollerini güçlendirici vb. çağdaş rolleri de tanımlanmıştır. Bunların, yoksulluk, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, insan onuru ve saygısının korunması, kadın ve insan haklarının savunuculuğu vb. toplumsal sorunlarla ilgili olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin toplumun genel sorunlarıyla ilgilenmesi ve bakışlarını, hizmet alanlarını genişletmesi önemlidir. Hemşireler için özel gündem maddelerinden biri de Uluslararası Hemşireler Konfederasyonu'nun da belirlediği (ICN=International Confederation Nursing) erken yaşta yapılan evlilikler ve adölesan gebeliklerdir. Özellikle adölesan gebelikleri önlemede hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Onlara gebelikten korunma ile ilgili doğal yöntemler ve var olan modern yöntemler hakkında bilgi ve danışmanlık verebilirler (Jain ve Kurz, 2007).

Hemşirelerin, adölesanların cinsel sağlıklarını korumak ve gebelik önleyici yöntemlerin kullanımına ilişkin olumsuz algılarını değiştirmek amacıyla danışmanlık hizmeti vermeleri çok önemlidir. Bu hizmetin etkinliği cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve istenmeyen gebelikleri önlemeyi sağlayabilir (Stanhope ve Lancaster, 2015). Danışmanlık hizmeti, eğitim görmekte olan adölesanlara okullarda tüm eğitimleri süresine yayılarak, dışında kalan adölesanlara ulusal eğitim kampanyaları düzenlenerek kitle iletişim araçları ile bilinçlendirme sağlanmalıdır (Hockenberry ve Wilson, 2014). Danışmanlıkta gebelik önleyici yöntemler tüm detayları ile anlatılmalı ve aktif cinsel hayatı olanlar yöntem kullanmaya teşvik edilmelidir (Hockenberry ve Wilson, 2014).

Hemşire adölesanlara karşı yargılayıcı tutum ve davranış içine girmemeli, onların korku ve endişelerini gidermeye çalışmalı ve onların çekinmeden bu kurumlardan faydalanmasını sağlamalıdır. Büyük şehir merkezlerine eğitim, araştırma ve danışmanlık hizmeti vermek üzere adölesan sağlık merkezleri kurularak bu kurumların yaygınlaştırılması sağlanabilir. Ayrıca bu merkezlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında kapsamlı danışmanlık ve HIV testi yapılabilir (Ayyıldız ve ark., 2015). Adölesanlara ulaşmak amacıyla mahalle muhtarlarına bilgilendirme toplantıları düzenlenebilir. Aynı amaçla toplu taşıma araçları,



kurslar, internet kafeler gibi gençlerin sık gittikleri yerlere afişler asılabilir broşürler dağıtılabilir. Sağlık personelinin yaklaşımı adölesanları sevmek, açık iletişim tekniklerini kullanmak, iyi bir muayenenin sadece bilgi toplamak için değil, gelecekte pozitif bir ilişkinin oluşmasını da bir fırsat olduğunu bilmek, yargılayıcı tutum ve davranış içine girmemek, onların korku ve endişelerini gidermeye çalışmak ve onların çekinmeden bu kurumlardan faydalanmasını sağlamak amacına yönelik olmalıdır (Pekcan, 2015). Gebelik söz konusu ise istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması; yok devam etme kararı verilmiş ise antenatal kontrollerin sağlanması konusunda danışmanlık, yol gösterici ve uygulayıcı görevler üstlenebilir (Güngörmüş, 2015).

**Adölesan Gebeliklerin Takibi:** Adölesan gebeler, resmi nikâhları olmadığı için eşlerinin sağlık güvencesinden yararlanamamaktadır. Gebe izlemi ve doğum hizmetlerinden yararlanamamanın bir başka boyutu da yaşının evlilik için yasal sınır altında olan resmi nikâhsız genç kızların, sağlık personeli tarafından bildirim zorunluluğu taşımasıdır. Hatta böyle bir durum gündeme geldiğinde eş ve aileler cezalandırılabilir. İşte tüm bu nedenler sonucu, her an riskli bir durumla karşılaşabilecek olan adölesan gebe, doğumunu evde güvensiz koşullarda yapmak zorunda bırakılabilmektedir (Hockenberry ve Wilson, 2014). Sonuç olarak erken evliliklerde genç kız, güvenli annelik hizmetlerinden yoksun bırakılmakta ve önlenemez nedenlerle hastalanabilmekte, daha da acısı ölebilmektedir. Toplumun saygısını ve güvenini kazanmış olmaları nedenleriyle ebe ve hemşirelerin ev ziyaretlerinde bulunarak bu genç çiftlere ulaşmaları mümkündür. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin gebe ve lohusa tespitinde ev ziyaretlerin önemi tartışılmaz. Güvenli annelik hizmetlerinin karşılanması yanı sıra kadınların yaşam boyu sağlık durumları ve kontrollerinin yapılması önem taşımaktadır. Kadına bu hizmetleri götürebilecek konuma ve güce sahip sağlık personelinin ebe ve hemşire olduğu bilinmektedir (Stanhope ve Lancaster, 2015). Başlangıçta iyi bir öykü ve fizikmuayene ile gebeliğin büyüklüğü ve gebelikte komplikasyona neden olabilecek bir hastalığın olup olmadığı belirlenir. Komplike gebelikler yönlendirilir komplikasyonsuz gebelikler ise prenatal izlem için kontrole çağrılmalıdır (Pekcan, 2015). Adölesan gebenin hem adölesan çağına uyumu, hem evliliğe uyumu, hem de annelik rolüne uyumu üç önemli ve güç olaydır, bu nedenle adölesan gebeliğin psikolojik riskleri de gözardı edilmemelidir (Taşkın, 2009).

**Adölesan Gebeliklere Genel Yaklaşım:** Adölesan gebeliklerin çoğu planlı gebelikler değildir. Gebelik süphesi ile gebelik testi yaptıran adölesanların yalnızca %36'sında gebelik tespit edilmiştir. Geri kalan gebelik testi negatif olan adölesanlar ilerisi için gebe kalma riski olan bir grubu oluştururlar. Bu riskli grup yakından izlenerek, gerekli eğitimler verilmeli ve kontrasepsiyon olanakları sunularak gebeliklerin önlenmesi sağlanmalıdır. Cinsel yönden

aktif olan adölesanlarda herhangi bir ameliyat, radyografi, ilaç kullanımı ve aşılardan önce gebelik testi yapılmalıdır (Pekcan).

Gebelik tecavüz ya da ensest ilişki sonucu da olabilir. Bu durumda da hemşirenin Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, adli kurumlar, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile ilişkileri sağlaması gerekmektedir.

## Kaynakça

1. Arkan, D. C., Kaplanoğlu, M., Kran, H., Ozer, A., Coşkun, A., & Turgut, E. (2010). Adolescent pregnancies and obstetric outcomes in southeast Turkey: data from two regional centers. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 37(2), 144-147.
2. Ayyıldız ve ark. DEUHFED 2015, 8(2), 61-66 Adölesan Gebeliklerin Obstetrik Sonuçları Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org> 61.
3. Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., & Kulakçı, H. (2015). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2).
4. Batmaz M. Uyku ve Dinlenme. Sabuncu N. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı. Ankara. Alter Yayıncılık Ltd. Şti. 2011; 453-461.
5. Brosens, I., Muter, J., Gargett, C., Puttemans, P., Benagiano, G., & Brosens, J. J. (2017). The Impact of Uterine Immaturity on Obstetrical Syndromes During Adolescence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
6. Burcu, E., Yildirim, F., Sirma, Ç. S., & Sanıyaman, S. (2015). Çiçeklerin Kaderi: Türkiye'de Kadınların Erken Evliliği Üzerine Nitel Bir Arastırma. *Bilig*, 73, 63.
7. Casares, W. N., Lahiff, M., Eskenazi, B., & Halpern-Felsher, B. L. (2010). Unpredicted trajectories: the relationship between race/ethnicity, pregnancy during adolescence, and young women's outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 47(2), 143-150.
8. Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 517-522.
9. Dünya Sağlık Örgütü (2017). Erişim Adresi: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/development/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/) Erişim Tarihi: 24.11.2017.
10. Dünya Sağlık Örgütü (2017). Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> Erişim Tarihi: 24.11.2017.
11. Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... & Vogel, J. P. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s1), 40-48.
12. Güngörmüş Z. (2015), Adölesan Dönemi ve Aile, ed. Kuşuoğlu S. ve Demirbağ B. C. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara. S. 216-224.

13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014) "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. s70-72.
14. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete 19 Nisan 2011/27910. Erişim: 01.01.2018.  
<http://www.tiredh.saglik.gov.tr/userfiles/files/hemsirelik%20%202011.pdf>
15. Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong's Nursing Care of Infants and Children- E-Book. Elsevier Health Sciences.
16. Jain, S., & Kurz, K. (2007). New insights on preventing child marriage: A global analysis of factors and programs. International Center for Research on Women (ICRW).
17. Klingberg-Allvin, M., Graner, S., Phuc, H. D., Höjer, B., & Johansson, A. (2010). Pregnancies and births among adolescents: a population-based prospective study in rural Vietnam. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(1), 15-19.
18. Kumcağız H. (2016). Üreme Sağlığı ve Sorunları. Ed. Ersanlı K. ve Kumcağız H. Cinsel Sağlık Eğitimi Kitabı. Pegem Akademi, Ankara. S. 117-162.
19. Kurt, R. K., Karateke, A., Aras, Z., Gül, A., Özkaya, D., & Dede, M. (2014). Hatay ilinde adölesan gebeliklerinin maternal ve fetal sonuçları. *ODTÜ Tıp Dergisi*, 2, 68-71.
20. Kurth, F., Bélard, S., Mombongo, G., Schuster, K., Adegnika, A. A., Bouyou-Akotet, M. K., ... & Ramharter, M. (2010). Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa—a cross-sectional study. *PloS one*, 5(12), e14367.
21. Lindberg, L., Santelli, J., & Desai, S. (2016). Understanding the decline in adolescent fertility in the United States, 2007–2012. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 577-583.
22. Melekoğlu, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mırsirlioğlu, S., Büyükkurt, S., & Özgünen, F. T. (2013). Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology*, 10(4).
23. Mueller, T., Tevendale, H. D., Fuller, T. R., House, L. D., Romero, L. M., Brittain, A., & Varanasi, B. (2017). Teen pregnancy prevention: Implementation of a multicomponent, community-wide approach. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), S9-S17.
24. Mushwana, L., Monareng, L., Richter, S., & Muller, H. (2015). Factors influencing the adolescent pregnancy rate in the greater Giyani Municipality, Limpopo Province—South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2, 10-18.
25. Naik, K., Rita, D., Tungal, S., & Desai, R. M. (2017). Study of fetomaternal outcome of teenage pregnancy at tertiary care hospital. [dSPACE.sdmmedicalcollege.org](http://dSPACE.sdmmedicalcollege.org)
26. Pekcan H., 2015, Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. Cilt, syf. 486.

- 27.** Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), 223-230.
- 28.** Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public Health Nursing-E-Book: Population-Centered Health Care in the Community*. Elsevier Health Sciences.
- 29.** Sukhato, K., Wongrathanandha, C., Thakkinstian, A., Dellow, A., Horsuwansak, P., & Anothaisintawee, T. (2015). Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of adolescence, 44*, 106-116.
- 30.** T.C Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, , 2011; Ankara 2013: 122. Erişim Adresi: <http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5550af1d369dc51954e43522/taya2013trk.pdf>
- 31.** Taner, C. E., Kırmızı, D. A., İriş, A., & Başoğul, Ö. (2012). Adölesan gebeliklerin sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi, 27*(1), 6-10.
- 32.** Taşkın L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*. S: 243-244.
- 33.** UNICEF (2017). Erişim Adrsi: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/adolescent-demographics/> Erişim Tarihi: 24.11.2017.
- 34.** Young, M. E. D., Deardorff, J., Ozer, E., & Lahiff, M. (2011). Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18–22. *Journal of Adolescent Health, 49*(3), 287-293.

# Kadınların Meme Kanseri Korkusu ve Erken Tanı Davranışları

## Women's Fear of Breast Cancer and Early Diagnosis Behaviours

Ebru SADIÇ<sup>1</sup>

Birsen ALTAY<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Kadınların meme kanseri korkusu ve erken tanı davranışlarını literatür doğrultusunda inceleyerek literatüre katkı sağlamaktır. Meme kanseri, morbidite ve mortalite oranları bakımından kadınlar arasında çok görülen kanser türlerinden biri olup önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Birincil ve ikincil korunma yöntemleri sayesinde meme kanseri insidansı ve mortalite oranlarının düşürülmesi hedeflenmelidir. Kadınların meme kanseri risk düzeylerinin belirlenmesi, birincil korumaya yönelik tedbirlerin alınmasına, ikincil korumaya yönelik etkili tarama yöntemlerinin uygulanmasıyla erken dönemde meme kanserinin teşhis edilmesi yönünden hayat kurtarıcı olabilir. Kadınların, meme kanseri erken tanı uygulamalarını yapmama sebepleri arasında; erken tanı uygulamalarına karşı ihmaller, unutkanlık, yeterli bilgiye sahip olamama, eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması gibi birçok sebeplerin yanı sıra korku, meme kanserinin kendisinde çıkacağı ve meme kaybının korkusu kadınlarda erken tanı davranışlarını saptamada son derece önemli bir etkidir.

**Sonuç:** Kadınların meme kanseri korkusu erken tanı davranışlarını olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Meme kanseri, Erken tanı, Meme kanseri korkusu

### ABSTRACT

**Objective:** This paper aims at contributing to the literature by investigating the fear of breast cancer and early diagnosis of women in the literature. Breast cancer is one of the most common cancers among women in terms of morbidity and mortality rates and continues to be an important public health problem. Primary and secondary prevention methods should aim to reduce the incidence and mortality rates of breast cancer. Determination of breast cancer risk levels of women can be life-saving in terms of diagnosing breast cancer at an early stage by applying effective screening methods for secondary prevention and taking measures for primary prevention. The reasons why women do not perform breast cancer early diagnosis includes lack of knowledge and ignorance of early diagnosis methods, forgetfulness, low levels of education and income, fear of breast loss in women are very important factors in detecting early diagnosis behavior.

**Conclusion:** Fear of breast cancer affects the early diagnosis behaviors positively and negatively.

**Key words:** Breast cancer, Early diagnosis, Breast cancer fear

<sup>1</sup> Ebe, Tokat Erbaa Devlet Hastanesi, [ebrubuyukkal@gmail.com](mailto:ebrubuyukkal@gmail.com)

<sup>2</sup>Doç. Dr. Ondokuzmayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr)

## **Giriş**

Kanser, vücudumuzdaki herhangi bir hücrenin değişime uğrayıp kontrolden çıkarak ve anormal derecede çoğalması ile oluşan bir hastalıktır. Temelinde Deoksiribonükleik asit(DNA)'nın doğru eşleşmemesinden kaynaklanmaktadır(Can, 2014; Dalay ve Buyru, 2015). Kanser, çağımızın önemli bir halk sağlığı sorunu olup, sebebi bilinen ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir. Yeni yayınlanan dünya kanser istatistiklerine göre; küresel kanser verileri, küresel kanser yükünün 18,1 milyon vaka ve 9,6 milyon kanserden sebepli ölümün olduğunu göstermektedir (Globocan, 2018). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), dünya çapında beşte bir erkeğin ve altı da bir kadının yaşamları boyunca kanser hastalığını yaşayacağını ve sekiz de birinin ve on bir kişiden birinin kanser tanısı alacağı tahmin edilmektedir (Globocan, 2018).

Meme kanseri, memedeki hücrelerin değişime uğrayıp kontrolden çıkması ile ortaya çıkar. Kontrolden çıkan bu hücreler çoğunlukla bir röntgende görülebilen veya bir yumru şeklinde hissedilen bir tümör oluşturabilir. Bu hücreler etrafındaki dokulara yayılırsa veya vücudun diğer yerlerine yayılırsa tümör kötü huylu olarak kabul edilir. Meme kanseri her iki cinsiyette de görülebilmektedir (Kaynakçı, 2011; ACS, 2017). Birçok meme kanseri türü memede yumruya yol açabileceği gibi birçoğu da belirti göstermeyip mamaografi taramalarıyla tespit edilebilmektedir. Ayrıca, memede görülen yumruların çoğu iyi huylu olup, anormal derecede büyüme göstermeyip yayılmazlar. Ancak bazı iyi huylu meme yumruları, bir kadının meme kanseri riskini artırabilir(ACS, 2017). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın amacı Kadınların meme kanseri korkusu ve erken tanı davranışlarını literatür doğrultusunda inceleyerek literatüre katkı sağlamaktır.

## **Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Meme kanseri tüm dünyada kadınlar arasında en çok tanı alan malignitesi olan ve kanser sebepli ölümlerin sıralamasında ikinci sırada kendini göstermektedir (Torre ve ark., 2015 ). Meme kanseri, morbidite ve mortalite oranları bakımından kadınlar arasında çok görülen kanser türlerinden biri olup önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. (Seçginli 2012; Lodi et al. 2017; Coleman 2017). 2015 yılında yaklaşık olarak 570,000 kadının ölmesine sebep olan meme kanseri, kadınlar arasında görülen kanserlerin dörtte birini oluşturmaktadır. Amerika'da 2017 senesinde, kadınlar arasında görülen yeni kanser olgularının %30,0'u meme kanserinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Sun et al. 2017; Coleman 2017). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın raporladığı; Globocan (2018) verilerine göre, dünyada 2018 yılındaki her iki cinsiyette yeni vaka sayısı %11,6 olup, ölüm oranı ise %6,6 olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de meme kanseri insidansı 100 binde 43 olup her yıl yaklaşık olarak 15,000 kadına meme kanseri tanısı konulmaktadır (Türkiye

Kanser Kontrol Planı, 2018). Türkiye Kanser İstatistiği (TÜİK)2017 raporuna göre, kanser tanısı alan her dört kadın kanserlerinden biri meme kanseri olup bu oranın giderek yükseleceği tahmin edilmektedir. Meme kanseri tanısı ya asemptomatik dönemde yapılan erken tanı taramalarıyla ya da en çok görülen ağrısız ele gelen kitle ile belirti veren dönemde yapılan tetkiklerle doğrulanır. Meme derisinin kalınlaşması, ödem, ülserasyon, portakal kabuğu şeklindeki görüntü, meme ucunda çekilme , memedeki renk değişikliği, meme ucundaki akıntı gibi birçok belirti ile kendini gösterir ( Yarış ve ark., 2014).

### **Meme Kanseri Risk Faktörleri**

Meme kanserinin birçok risk faktörü vardır. Yaşın ileri olması, kadın olmak, ailede meme kanseri öyküsünün varlığı, over kanseri, genetik mutasyon, beyaz ırk, yüksek östrojen seviyesi ve maruziyet zamanı ( erken menarş, geç menapoz, menapoz sonrası hormon tedavisi, oral kontraseptif kullanımı), doğum yapmamış olmak, insülin faktörü-1 artışı, atipili meme lezyonları ve karsinoma in situ durumu, hiç emzirmeme, obezite, alkol tüketimi, sigara kullanımı, 30 yaş öncesi göğüs bölgesine aşırı dozda radyasyona maruz kalma, fiziksel aktivite azlığı, dengesiz beslenme meme kanseri riskleri arasındadır (Siegel ve Jemal, 2018.; Siegel ve ark., 2018.; Ritte ve ark., 2013; Hormones Group BCC. 2010; Farhat ve ark. 2011; Nelson ve ark., 2012).

### **Meme Kanserinin Belirtileri**

Meme kanseri genellikle ilk aşamada belirti vermemektedir. Meme kanseri belirtileri kanserin ilerlemesiyle ve kişiye özgü olarak değişiklik göstermektedir. Bu sebepten kadınların kendilerinin normal meme dokusunu bilmeleri, memelerinin normal dokusunu incelemeleri, gelişen değişiklikleri bilmeleri önerilmektedir. Kadınların yaşlarıyla orantılı tarama programlarına katılmaları sağlanmalıdır (Somunoğlu, 2009). Meme kanserinin en belirgin belirtisi memede ağrısız, sert ve düzensiz sınırlar içinde olmasıdır.

Diğer belirtiler ise;

- Meme ya da koltuk altında şişlikler ve içe çökmeler,
- Meme ucunda akıntı
- Memede çökme, çukurlaşma,
- Memede portakal kabuğu görünümü,
- Ağrı,
- Deride ülserasyon,
- Enflamasyon belirtileri,
- Üst kolda anormal şişme,



- Memede şekil bozukluğu, büyüme veya asimetri (Koçak ve ark., 2011; ACS, 2014; ACS, 2018).

### **Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı**

Meme kanseri erken tanı çalışmalarının amacı, meme kanseri tanısı konmadan erken evrede belirlenmesidir. American Cancer Society (2017), 40-44 yaş aralığındaki kadınların isterlerse yıllık mamografi ile meme kanseri taramasına başlayabileceklerini; 45 ile 54 yaş arası kadınların her yıl mamografi yaptırmalarını; 55 yaş ve üstü kadınların ise her 2 yılda bir mamografi çektirmelerini veya yıllık taramaya devam etmelerini ve taramanın, bir kadının sağlığı iyi olduğu ve 10 yıl ya da daha uzun yaşayacağı sürece devam etmelerini önermektedir.

Meme kanseri, kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Birincil ve ikincil korunma yöntemleri sayesinde meme kanseri insidans ve mortalite oranlarının aşağı seviyelere çekilmesi hedeflenmelidir. Birincil korumadaki önlemler meme kanseri riskini %5-10 arasında azalma sağlamakta olup, ikincil korunma yöntemleri meme kanserinin erken evrede saptanması için erken tanı ve tarama yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir (Andıç, 2011; Kayhan ve Arıbal, 2014; Yılmaz ve Atak, 2014). Gelişmiş ülkelerde, erken tanı ve tarama yöntemlerinin etkin uygulanmasıyla birlikte ve etkinli tedavi yöntemleri ile meme kanseri sağ kalım oranlarının arttığı bilinmektedir (Gençtürk, 2013; Kayhan ve Arıbal, 2014; Kozan ve Tekgöz, 2016; Masoudiyekta et al., 2018). Meme kanserinin önlenmesi ve erken evrede tespit edilebilmesi için riski daha çok olan kadınlara bilgilendirme yapılarak sıkı takip edilmeleri önemlidir. Kadınların meme kanseri risk oranlarının saptanması, birincil korumaya yönelik gereken önlemlerin alınmasına, ikincil korumaya yönelik etkili tarama yöntemlerinin uygulanmasıyla erken evrede meme kanserinin teşhis edilmesi hayat kurtarıcı olabilir (Koçak ve ark., 2011; Açıkgöz ve Ergör, 2013; Dinçel ve ark., 2014). Meme kanserinin %61,0'ı erken tanı ve tarama yöntemleriyle erken evrede saptanabilmektedir. Bu dönemde hastaların beş yıllık sağ kalım oranları %99,0'dır.

Türkiye Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre, 20 yaşından beri kadınların her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmaları, 20-40 yaş aralığında iki senede bir, 40-69 yaş aralığında ise her yıl klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmaları, 40-69 yaş arasında ise kadınların iki senede bir mamografi çektirmeleri önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini yeterli oranda yapmadıkları gözlenmiştir (Yıldırım ve Özaydın, 2014; Açıkgöz ve ark., 2015; Kartal ve ark., 2017). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 yılındaki raporuna göre Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki kadınların %19,7'sinin her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %60,9'unun kendi kendine meme

muayenesini hiçbir zaman yapmadığı, 40 yaş ve üzerindeki kadınların ise %71,1'inin hiçbir zaman mamografi çekmediği saptanmıştır (Başaran ve ark., 2017). Özçam ve arkadaşları (2014), sağlık personelleri ile yaptıkları araştırmalarında, katılımcıların %21,0'ünün kendi kendine meme muayenesi yapmadıkları ve %56,0'ünün mamografi veya meme ultrasonu yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Avcı ve arkadaşlarının (2014), yapmış oldukları araştırmalarında akademisyen kadınların %78,6'sının kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olmasına karşın %83,8'inin düzenli olarak KKMM yapmadığı, %17,9'unun mamografi çektiği ve %30,3'ünün KMM yaptırdığı belirtilmiştir. Yapılan bir araştırmada kadınların %41,8'inin klinik meme muayenesi hakkında bilgisi olmasına rağmen %68,7'sinin klinik meme muayenesi yaptırmadığı gözlenmiştir (Donnelly ve ark., 2013).

Kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulamama sebeplerine bakıldığında; erken tanı uygulamalarına karşı ihmaller, unutkanlıklar, yeterli olmayan bilgi, eğitim ve gelir seviyesi düşüklüğü gibi bir çok sebebin yanı sıra, korku, meme kanserinin kendisinde olacağı ve memeyi kaybetme korkusu kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının uygulanmasında önemli bir etkidir (Ersin ve Zuhail, 2011; Kıssal ve Beşer, 2011).

### **Meme Kanseri Korkusu ve Erken Tanı Davranışları**

Meme kanseri korkusu; meme kanserine yönelik algılanan tehdide karşı oluşan kişilerin bu tehdide karşı verdiği olumsuz, ruhsal ve fizyolojik uyarılar anlamına gelmektedir. Meme kanseri erken tanı davranışlarını yapmaya engel olan korku; memeyi kaybetme düşüncesi, meme kanseri tanısını alma, ölüm, acı, ağrı hissi gibi düşünceler ile ortaya çıkmaktadır (Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, 2013). Ailelerinde meme kanseri öyküsü olan bir grup kadınla yapılan bir araştırmada; kadınların %18,0'ında meme kanseri korku düzeylerinin yüksek olduğu, %48,0'ında orta düzeyde ve %34,0'ında düşük düzeyde olduğu saptanmış olup yüksek ve düşük düzeyde meme kanseri korkusu hisseden kadınların, orta seviyede meme kanseri korkusu yaşayan kadınlara göre daha az KMM ve mamografi yaptırdıkları belirtilmiştir (Zhang ve ark., 2012).

Meme kanseri korkusunun erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini belirten çalışmaların olduğu gibi olumlu yönde etkisi olduğunu belirten çalışmalarında olduğu gözlenmektedir. Champion ve arkadaşları (2004), yapmış oldukları çalışmalarında orta seviyede meme kanseri korkusu yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulama oranlarının yüksek olduğu, düşük ve yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşayan kadınların ise erken tanı davranışlarını uygulama durumlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Kim ve Kim (2008) Kore'de bir grup kadınlarla yapmış oldukları çalışmada, Malezya'da yapılan bir çalışmada (Al-Naggar ve Bobryshev, 2012) ve Miller ve

arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları araştırmada, meme kanseri korkusu yaşayan kadınların mamografi çekirme oranlarının düşük olduğu ya da korkunun meme kanseri erken tanı davranışlarına engel olduğu saptanmıştır.

Meme kanseri korkusu, meme kanseri erken tanı davranışlarına her zaman engel olarak değil bazı zaman da bu davranışları olumlu yönde etkilemekte ve meme kanseri erken tanı davranışlarını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Kıssal ve Beşer, 2011). Yavan, Akyüz ve ark., (2010), 188 kadın ile yaptığı araştırmalarında, kadınların %85,1'inin meme kanseri tanısı alma ve aile öyküsünde meme kanseri öyküsü ve risk faktörlerinin olmasından kaynaklı meme kanseri korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan başka bir araştırmada ise kadınların çoğunluğunun meme kanserini ölümcül bir hastalık olarak gördüklerinden sebeple meme kanseri korkusu yaşadıkları belirtilmiştir (Gürsoy, 2011). Aydoğdu ve Bahar'ın (2012) yapmış olduğu araştırmalarında kadınların KKMM yaptıklarında kitle bulma, KMM ve mamografi yaptırdıklarında ise kötü sonuç alma düşüncesinden dolayı korktukları belirtilmiş olup, meme kanseri teşhisi alacakları korkusuyla meme kanseri erken tanı davranışlarını erteledikleri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, kadınların %82,6'sının meme kanseri korkusu hissettiği ve bundan dolayı kadınların KKMM'si yapma, KMM'si ve mamografi yaptırmada oranlarında düşüş olduğu saptanmıştır (Norouznia, 2014). Bahar ve Tuzcu (2014), göçmen kadınlar ile yaptıkları araştırmalarında kadınların memelerinde kitle bulma, radyasyona maruz kalma, meme kaybı ve meme kanseri tanısı alma korkusu nedeniyle erken tanı uygulamalarını etkilediği ve engellediği saptanmıştır.

## **Sonuç**

Kadınların meme kanseri korkusu erken tanı davranışlarını olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlar erken tanı uygulamalarını yapabilmek için doğru ve etkin bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Ebe ve hemşirelerin rolleri arasında bakım, danışmanlık, eğitim, araştırma olmakla birlikte öncelikli olarak kişi, aile ve toplumun sağlığının korunması ve iyilik halinin devam ettirilmesi yer almaktadır. Ebe ve hemşireler eğitici- danışmanlık rollerini kullanarak kadınların kendi meme dokusunu tanımalarına, doğru ve etkin bilgi verme ve erken tanı yöntemlerinin yararları ve sınırlılıkları konusunda danışmanlık yaparak erken tarama programları konusunda kadınlara bilgilendirme çalışmalarını sürdürmelidir. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmamasının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu sebeplerden biri olan meme kanseri korkusu kadınların erken tanı davranışlarını, uygulamalarını engelleyebildiği gibi kolaylaştırıcı etkisi de olmaktadır. Ebe ve hemşireler kadınlardaki bu meme kanseri korkusuna sebep olan etkenleri bularak ve bu sebeplerle başa çıkma yöntemlerini kişiyle beraber arayarak danışmanlık vermeli ve desteklemelidir.

## Kaynakça

1. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellıdokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. The Journal of Breast Health, 2015;11:31-8.
2. Açıkgöz A, Ergör G. Kadınlarda meme kanseri risk algısını etkileyen etmenler ve Gail modeli ile risk düzeyinin karşılaştırılması. Journal of Breast Health, 2013; 9(3):156-162.
3. Al –Naggar RA, Bobryshev, YV. Pracice and barriers of mammograghy among alaysian womem in the general population. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(8): 359-600
4. American Cancer Society, 2017. American cancer society recommendations for early breast cancer detection in womwn without breast symptoms. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydeletion/breast-cancer-early-deletion-acs-recs>. Erişim Tarihi: 24.06.2017
5. American Cancer Society, 2017. Breast cancer. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>, 2018
6. American Cancer Society, 2017. What are the risk factors for breast cancer? <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>. Erişim Tarihi: 27.06.2017
7. American Cancer Society, 2017. Breast Cancer Screening Guideline.
8. <https://www.cancer.org/research/infographics-gallery/breast-cancer-screening-guideline/breast-cancer-screening-guideline-text-alternative.html>. Erişim Tarihi:12.12.2018
9. American Cancer Society, 2018. Breast Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/risk-and-prevention.html>. Erişim Tarihi: 10.02.2018
10. Avcı IA, Kumcağız H, Altinel B, Caloğlu A. Turkish female academician self-esteem and health beliefs for breast cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15(1): 155-160.
11. Aydoğdu G.G, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin yoksul kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir, Doktora Tezi, 2012; 48-101.
12. Başaran BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir AT. (Eds). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara.2017; 38-40.
13. Can G. Onkolojik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı, İstanbul, 50. Yıl Yayınları, 2014: 365-411.
14. Coleman C. Early Detection and Screening For Breast Cancer. Seminars in Oncology Nursing.2017; 33(2):141-155.
15. Dalay N. Buyru, N. Kanser Biyolojisi. İçinde: Can G. Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015; 7-17.
16. Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. J Kartal TR, 2014; 25(3):181-186.
17. Donnelly TT, Al Khate A, Al Bader SB, Al Kuwari MG. Ve ark. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening pratice among arab womwn living in qatar: a cross-sectional study. BMC Women's Health 2013; 13(49): 2-16.

18. Farhat GN, Cummings SR, Chlebowski RT, Parimi N, Cauley JA, et al. Sex hormone levels and risks of estrogen receptor-negative and estrogen receptor-positive breast cancers. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:562-70.
19. Gençtürk N. Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi Journal of Breast Health* 2013; 9(1).
20. Globocon 2018. Breast cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf,2018>
21. Gürsoy AA, Mumcu HK, Çelik KY, Bulut HK ve ark. Attitude and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among turkish women. *Journal of Transcultural Nursing* 2011;22(4):368-375.
22. Hormanes TE, Group BCC. Insulin-Like Growth Factor 1(IGF1), IGF binding protein 3and breast cancer risk: pooled individual data analysis of 17 prospective studies. *Lancet Oncol* 2012;11:530.
23. Kayhan A, Arıbal E. Meme kanseri taraması: neden yapıyoruz? ne zaman? değerlendirmede yaşanan sorunlar. *Türk Radyoloji Seminerleri* 2014; 2: 230-40.
24. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. 1. Baskı, Adana, Adana Nobel Kitapevi, 2011; 973-985.
25. Kartal A, İnci FH, Koşt N, Çınar Öİ. Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2017;1:7-13.
26. Kissal A, Beşer A. Knowledge, Facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly turkish women. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011; 12:975-984.
27. Kim J, Kim O. Predictors of perceived barriers to mammography in korean women. *Asian Nursing Research* 2008; 2(2): 74-81.
28. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay SS, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *The Journal of Breast Health*, 2011;7(2):47-67
29. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 4:185-188.
30. Lodi M, Scheer L, Reix N, Heitz D, Carin AJ, Thiébaud N, Neuberger K, Tomasetto C, Mathelin C. Breast cancer in elderly women and altered clinicopathological characteristics: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*.2017; 166(3):657-668.
31. Masoudiyekta L, Bayatiyani HR, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, Moradi M. Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2018;5(1):114-120.
32. Miller SJ, O'Hea EL, Lerner JB, Moon S. ve ark. The relationshipbetween breast cancer anxiety and mammography: experinteral avoidance as a moderator. *Behavioral Medicine* 2011; 37:113-118.
33. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2012;156:635-48.
34. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:7-30.
35. Norouznia S. Meme kanseri korkusunun kadınların erken tanı davranışları üzerine etkisinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2014;28-43.

36. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. İstanbul Med J 2014; 15: 154-60.
37. Ritte R, Lukanova A, Tjonneland A, Olsen A, Overvad K, et al. Height age menarche and risk of hormone receptor-positive and-negative breast cancer: a cohort study. Int J Cancer 2013;132:2619-29.
38. Sağlık Bakanlığı, 2017. Kanser taramaları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>. Erişim Tarihi: 25.06.2017
39. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı [www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk.pdf](http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk.pdf).2012. Erişim Tarihi: 23.06.2017
40. Sağlık Bakanlığı, 2016. İstatistikleri Yıllığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/pdf>.Erişim Tarihi:22.06.2018
41. Sağlık Bakanlığı, 2017. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları. <http://www.thsk.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi:23.05.2017
42. Seçginli S. Meme kanseri taraması: son yenilikler neler? TAF Preventive Medicine Bulletin 2012; 10(2):193-200.
43. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 2017;67:7-30.
44. Somunoğlu S. Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4: 10.
45. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jiang J, Yao PP, Zhu HP. Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences*. 13(11): 1387-1397.
46. Yarış F, Şahin MK, Dikici MF. Aile hekimliğinde meme kanserlerine yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2014; (2):46-54.
47. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, İyigün E. Women's breast cancer risk perception and attitude to ward screening tests. Journal of Psychosocial Oncology 2010; 28:189-201.
48. Yıldırım DA, Özaydın AN. İstanbul / Moda'da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. J Breast Health, 2014;10(1):47-56.
49. Yılmaz SM, Atak N. Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. Turk J Public Health,2014; 12(1):51-60.
50. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet- Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics. Cancer J Clin 2015; 65:87-108.
51. Türk jinekolojik onkoloji derneği 2013. Kanser psikolojisi ve basetme yolları. <http://www.trsgo.org/menu/158/kanser-psikolojisi-ve-basetme-yollari>.Erişim tarihi:14.06.2017
52. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Meme Kanseri Taramaları. [http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP\\_2013-2018.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf). Erişim Tarihi: 24.01.2018
53. Türkiye İstatistik Kurumu 2015. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 27.09.2017
54. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Ankara,2018 <http://hsgm.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 30.12.2018

**55.** Zhang LR, Chiarelli AM, Glendon G, Mires L. ve ark. Worry is good for breast cancer screening: a study of female relatives from the ontario site of breast cancer family registry. *Jornal of Cancer Epidemiology* 2012;1-10.

# Türk Toplumunda Hastane Mekanlarının Algısal Değişimi

## Spatial Changes of Healthcare Perception in Turkish Society

Elif ÖZGEN<sup>1</sup>

### ÖZET

Sağlık yapıları, neredeyse her toplum (bilinç) için olumsuz hisleri çağrıştırmaktadır. Hastane, kişi için önceden geçirdiği hastalıkları ya da yakınının başına gelen kötü olayları anımsatacak bir mekân olarak bilinçte yer etmektedir. Hastane kokusu, kalabalığı, sıra bekleme eylemi gibi olumsuzlar öncelikle kişilerde, zamanla toplumsal olarak yer edinmektedir. Mekâna dair olumsuz algının kırılması ve toplumsal anlamda duygusal bağ kurulmasına izin verecek ortamların oluşturulması, tasarımcının en önemli görevlerinden biri olarak kabul edilebilir. İyileşme mekanları özellikle de hastaneler pek çok disipline ait bilgi ve birikimin bir araya gelmesi ile oluşturulan, kompleks yapılardır. Hastane tasarımcılarının, insanı makina olarak görmekten vazgeçerek; iyileşmenin yalnızca doktor ve tıbbi aletlerin varlığından çıkartılıp, bütüncül olarak ele alması gerekmektedir. Çalışmada; toplumdaki sağlık yapılarının algı değişimini tarihsel olarak mekân bağlamında incelenecektir. Çalışma, kalitatif araştırma yöntemi ile; duygu ve davranış biçimlerini ve tekrarlanan davranış kalıplarını sorgulayarak, sebep ve sonuç ilişkisi ile analiz etmeyi hedeflenmektedir. Bu doğrultuda literatür taraması ile, mekânsal analizler gerçekleştirilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Yapıları, İyileştirme Mekanları, İnsan ve Mekan, Deneyim, Duygusal Ortam, Aidiyet.

### ABSTRACT

Health structures evoke negative feelings for almost every society. The hospital is conscious of a place to remind the human of previous illnesses or the incidents that have happened to his / her relative. Negative negativity such as hospital crowd, queue and waiting is first and foremost in society. The healing of this building perception who users of healthcare facility is so important. Besides the designers have got tasks about society. The creation of environments that allow the establishment of an emotional connection in the social sense can be considered as one of the most important tasks for architects and designers. The healing spaces, especially the hospitals, are complex structures formed by the combination of knowledge and accumulation of many disciplines. Hospital designers, giving up to see people as machinery; recovery should only be removed from the presence of physicians and medical instruments and should be considered as holistic. In study, the change of perception of health structures in society will be examined historically in the context of the space. The study was conducted by qualitative research method; The aim of this study is to analyze the emotions and behaviors and repetitive behavior patterns by analyzing the cause and effect relationship. In this direction, spatial analysis will be performed by literature review.

---

<sup>1</sup> Araş. Gör. Hacettepe Üniversitesi İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Ana Bilim Dalı, [elifozgen@outlook.com](mailto:elifozgen@outlook.com), [elif.ozgen@hacettepe.edu.tr](mailto:elif.ozgen@hacettepe.edu.tr).



**Keywords:** Healthcare Facility, Healing Place, Human and Space, Experience, Emotional Place, Belonging.

## Giriş

Topluma kamusal olarak hizmet eden sağlık yapıları içerisinde kapasite ve teknik donanım olarak, hastane yapıları diğer organizasyon biçimlerinden ayrılmaktadır. Özellikle literatür anlamında yapılacak olan incelemeler ele alındığında sağlık yapılarının tarihsel süreçleri hastane yapıları üzerinden ele alınmaktadır. Çalışmanın özellikle hastane özelinde kurgulanmasının temel sebeplerinin başında bu durumlar yer almaktadır.

Toplumsal olarak gözlemleyebileceğimiz davranış biçimlerinin, yaklaşımların, reaksiyonların; topluma sunulan değişimler, imkanlar ve çok daha fazlasının birleşiminin bir sonucu olduğu düşünülebilir. Hastane mekanları için ise; sağlığın temel bir gereksinim olması sebebiyle; mekan ihtiyacı oluşur, ihtiyaçları karşılamak üzere yer, kapasite, standartlar gibi pek çok alanda incelemeler yapılarak mekan tasarlanmaktadır. Tasarlanan yapı içerisindeki organizasyonlar oluşturulmakta, çalışan ihtiyaçları karşılanmakta ve pek çok kompleks altyapının düzenlenmesinden sonra, yapı ile insan etkileşim haline geçmektedir.

Tasarımların odağında insan ve temel ihtiyaçlardan biri olan sağlığın korunması temel amacıyla bakıldığında, hastane “ 1. hasta olan kişilerin; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyileşme hizmeti almak amacıyla başvurdukları. 2. yakınlarını ziyaret etmek veya refakat etmek amacıyla gelen kişilerin; bir süreliğine barındığı veya misafir olarak karşılandığı. 3. sağlık personeli ve çalışan kişilerin ise; günlerinin büyük kısımlarını geçirdikleri ve sağlık hizmeti sunmak amacıyla destek sundukları kamusal bir yapı” olarak değerlendirilebilir. Ancak yine de hastaneyi yalnızca bu üç kullanıcı tipi ile sınırlandırarak tanımlamaya çalışmak eksik bir yaklaşım olacaktır. Bu noktada hastane mekanlarının toplumsal bir mekan olarak sosyal bir rol oynadığını belirtmek gerekmektedir. Hastane bazen bir şehrin imajı, bazen toplumsal davranışların arkasındaki nedenlere bir etken olabilir. Kısacası mekanın odağında hastanelerin, kamusal bir mekan olmasından da kaynaklı, insan ve onun iyileşmesi üzerine bir amaç mevcuttur. TDK (2019) hastaneyi “Hastalara yatarak veya ayakta tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından verildiği sağlık kuruluşu” olarak, Hasol (2008) ise; “Hastaların yatırılarak bakıldığı sağlık kurumu” olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda tanımlamalar incelendiğinde yazın ve mimarlık arasındaki ilişkiye dair tasarımcıya yön belirtecek güçte olduğu söylenebilir.

Toplumsal olarak algıyı, mekan biçimlenişinin de etkilediği düşünülmektedir. Yani yapılan tanımlamalar incelendiğinde günümüz hastanelerinin; iyileştirici bir yer olmaktan çok, ihtiyacın sağlık personeli ve sağlık sektörü araç ve gereçleri vasıtasıyla karşılandığı, kişinin itici bir güçle mekanı bir an önce terk etmeye çalıştığı bir mekan olarak bilinçte yer ettiği söylenebilir. Modern

hastane yaklaşımları, kişinin hasta olduktan sonra tedavi edilmesi değil, hasta olmadan koruyucu sağlık önlemlerinin sunulması neticesinde sağlıklı fertlerden oluşacak bir toplum olması üzerinedir (Soyluoğlu, 2019). Çağdaş dünya ülkeleri; insanların hasta olduktan sonra iyileştirilmesinin çok büyük kayıplara (İş gücü, para, sakatlıklar, ölüm vs.) neden olduğu tespitinden yola çıkarak tedavi edici hizmetlerden çok, insanların hasta olmalarını engelleyen koruyucu hizmetleri öne çıkaran bir sağlık politikası geliştirmişlerdir (Bulun & Demirbaş F, 2019) (Aktan & Işık, 2006).

Her birimiz sağlık ihtiyacımız sebebiyle hastane mekanlarını kullanmaktayız. Dahası hastane sözcüğünün telaffuzunda dahi her birimizin zihninde; bir takım imgeler, çağrıştırdığı kokular, sesler ve birbirinden farklı oluşmaktadır. İnsanlarda korkuyu önceki korku deneyimlerinin etkilediği bilinmektedir (Craske & G., 1997, spring 61(2)). Korku ve gerginlik deneyimlerinin başında "vücut yaralanması, düşme, hastalık, ameliyat olma, ağrı" gibi vücuda zarar veren tehlikeler gelmektedir (Karagöz, 1990). Toplumsal olarak hastane mekanlarının algısı, belirtilen bu kavramların önce tek bir birey, devamında ise bir bütün üzerinden ele alınarak insanlarda uyandırdığı hisler bütünü olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple çalışmada odaklanılan bilinç kelimesi ile ilişkili olarak değinilen "algı" kavramı, kuramsal olarak ele alınmamaktadır. "Algı" kavramı, mekanların kullanıcı üzerinde oluşturduğu ruhsal ve davranışsal etki olarak değerlendirilmiştir.

Toplumsal olarak hastane yapılarının algısının, tarihsel süreçte gerçekleşen değişimler ile ilişkili değişiklik gösterdiği düşünülmektedir. Günümüzde tedirgin olarak gidilen ve kişilerin kendilerini ait hissetmedikleri hastane yapılarının biçimlenişi tarihte farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple çalışma tarihsel araştırma yöntemi kullanılarak mekânsal analizler vasıtasıyla, günümüz hastanelerine ait bilinç ve algı durumumuzun değişim sebeplerine ulaşmayı hedeflemektedir.

## **Yöntem**

Çalışma tarihsel bir yaklaşımla kalitatif yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tarihsel olarak inceleme; hastane mekanlarına ait literatür bilgisini ve bu bağlamda mekânsal olarak yapılacak değerlendirmeleri kapsamaktadır. Genel anlamda tümevarımdan faydalandığı söylenebilir. Hastane mekanlarına ait kırılma noktaları ve mekânsal biçimlenmelerine dönemselsel olarak odaklanılmış ve günümüz yapılanmasının sebepleri ile ilişkilendirilmek üzere analizler gerçekleştirilmiştir.

## **Bulgular**

Sağlık yapıları, neredeyse her toplum (bilinç) için olumsuz hisleri çağrıştırmaktadır. Hastane, kişi için önceden geçirdiği hastalıkları ya da yakınının başına gelen kötü olayları anımsatacak

bir mekan olarak bilinçte yer etmektedir. Hastane kokusu, kalabalığı, sıra bekleme eylemi gibi olumsuzlar öncelikle kişilerde, zamanla toplumsal olarak yer edinmektedir.

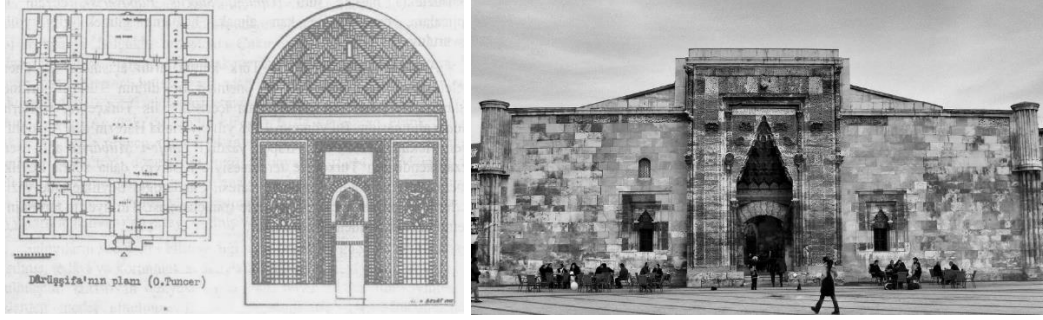
Hastaneler dünya tarihinde ilk olarak evsel nitelikte ortaya çıkmış, ihtiyaç ve bilimin yenilikleriyle yorumlanarak günümüzdeki halini almıştır. Dünya tarihinde yaşanan siyasi, toplumsal önemli olaylar, sağlık yapıları üzerinde mimari anlamda değişimlere sebep olmuştur.

Türkiye'deki sağlık yapıları yaklaşımı, tarihsel süreçte değişikliklere uğrayarak günümüzdeki halini almıştır. Bu yapılardan özellikle "Darüşşifa" önemli yere sahiptir. 19. yüzyılda ilk hastaneler kurulmadan önce Türkiye coğrafyasında sağlık hizmetleri darüşşifalarda verilmiştir. Darüşşifalar hayırseverler tarafından vakıf olarak inşa edilmiştir. Darüşşifalar çoğunlukla bir bütün olarak ele alınmıştır. Bu şifahaneler; medrese, cami, hamam gibi yapıları da içinde bulundurmaktadır ve külliye olarak adlandırılan yerleşkelerde konumlanmıştır. Bu noktada "şifa" ifadesi önemlidir. Daha önce de belirtildiği gibi tanımlamalar ve ifadeler, konu ile ilgili yaklaşımın yansımaları sunabilirler. Bu anlamda sağlık yapıları "şifa" kavramı ile iyileştiren bir etkide görülerek isimlendirilmiştir. Toplumsal olarak olumlu bir yaklaşımı temsil ettiği öngörülmektedir. Ancak bu tanımlamanın sağlık hizmetleri yaklaşımı ile ilişkili olarak değerlendirilmesi gerekliliği unutulmamalıdır. Döneme ait iyileşme mekanları; su, müzik ve doğa ile etkileşim gibi olanaklardan faydalanarak, iyileşmeye katkı sağlayacak biçimde inşa edilmiştir.



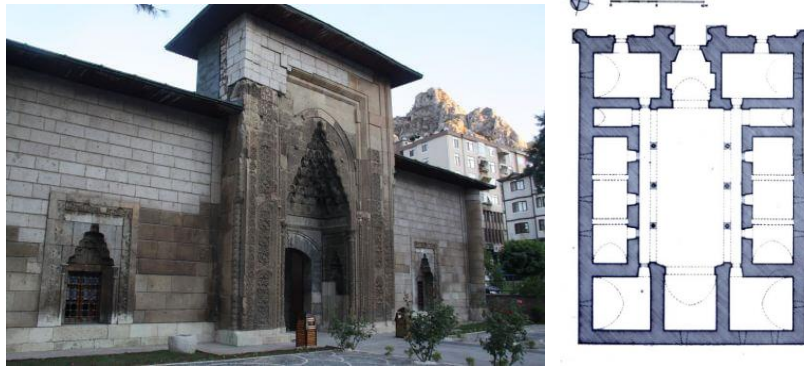
**Görsel 1: Gevher Nesibe Şifahane ve Medresesi Kayseri, 1204 (kayseri.bel.tr, Erişim Tarihi:01.09.2018).**

Osmanlı *Darüşşifaları*; padişahlar, valide sultanlar ve hasekiler tarafından yoksulların yataklı tedavi görebilmeleri amacıyla yaptırılan hastanelerdir. Hastalardan para alınmaz hatta bulunduğu darüşşifada ölenlerin masrafları dahi karşılanmaktadır. Bu anlamda belirtilen sağlık yapılarının önemli bir sosyal misyon üstlendiğini belirtmek gerekmektedir. Darüşşifalar şehir ölçeğinde genellikle merkezde yer alan, pek çok fonksiyonu barındıran mekanlar olması sebebiyle de toplumun bilincinde bir merkez olarak yer edindiği söylenebilir. Zamanla vakıflarının bulunduğu toprakların elden çıkmasıyla hasta masrafları ödenemez hale gelmiştir. Bu sebeple yardım, paylaşım ve destek fikirleri odağında hizmet veren hastaneler olan "Darüşşifa"lar, "*Bimarhane*" ismini almıştır (Yıldırım, 2014 s. 272-362).



**Görsel 2: Sivas Darüşşifası, 1217 (sivaskulturenvanteri.com, Erişim Tarihi: 30.01.2019).**

Osmanlı Devleti'nin genel hastaneleri olan darüşşifalar, 18. ve 19. Yüzyılda ihtişamını kaybederek akıl hastalarına mekan olmuşlardır. 1890'larda hastaneler, akıl hastaları için ayrılmaya başlamıştır. Bu değişimle branşlaşma eğiliminin görülmeye başladığı söylenebilir. Ayrıca darüşşifanın yerini alan bimarhane, hastane anlamını yitirmiş ve *timarhane* (*akıl hastanesi*) anlamı ile yeniden adlandırılmıştır (Yıldırım, 2014 s. 272-362).

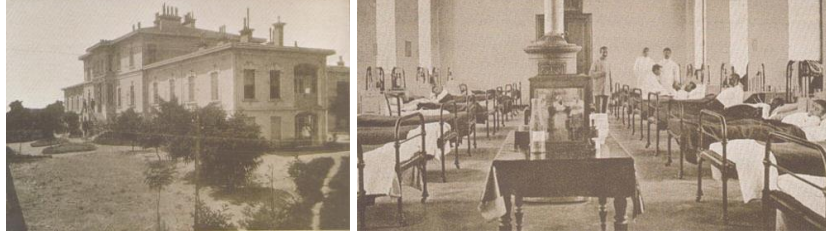


**Görsel 3: Amasya Bimarhanesi, 1309 (theearthhistoryjournal.blogspot.com, Erişim Tarihi: 14.03.2019).**

Hastanelerin değişimleri; siyasi, toplumsal olayların ekseninde gerçekleştiği gözlemlenebilir. Hastanelerin isimlerinin siyasi dönemlere göre değişiklik göstermesi de bunun bir göstergesidir. "Gureba Hastaneleri" ve Abdülhamid zamanında "Hamidiye Hastanesi" adıyla kurulan hastaneler İttihat ve Terakki dönemi ile birlikte ve Cumhuriyet'in ilk yıllarında "Memleket Hastanesi" adını almışlardır. Bir kısmının ismi 1940'larda "Millet Hastanesi" olarak değişmiş, çoğununki de 1950'lerde Sağlık Bakanlığı'nın kurulması ile "Devlet Hastanesi" olmuştur (Tonbul ve Forta, 2009, s.23).

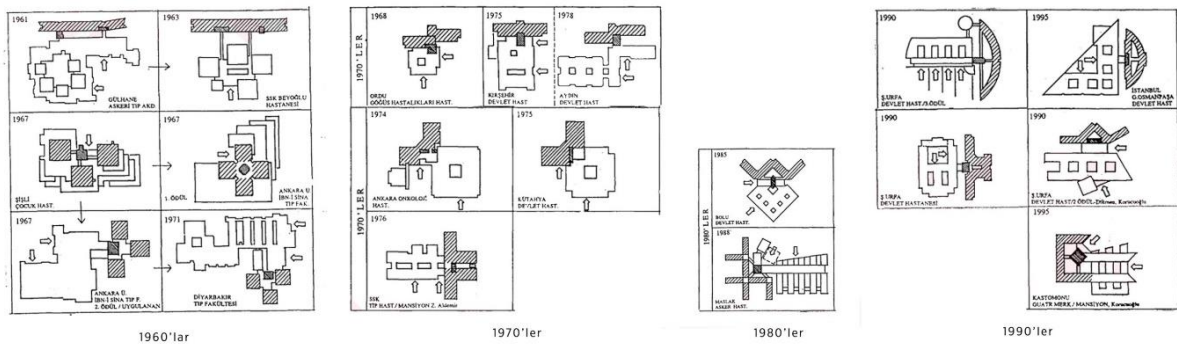
Osmanlı İmparatorluğu ve Erken Cumhuriyet Dönemi'nde ihtiyaçlara cevap verebilecek nitelikte hastaneler yeni bir anlayışla yapılaşmaya başlamıştır. Dönem içerisinde gerçekleşen; savaş ve salgın hastalıklar, hastanelerin yer ve biçimlerini etkilemektedir. Ancak içinde bulunulan dönem gereği; maddi ve personel yetersizliği (hatta noksanlığı) gibi sebepler, hastanelerin kurulmalarını zorlaştırmıştır. Yetersizliklerin aksine milli bir beraberlik mücadelesine katkı sağlayacak biçimde varoluş mücadelesi verilmiştir. Bu durum hastane kültürünün; dayanışma ve çok kültürlülükle birleşmesine katkı sağlamıştır.

Erken Cumhuriyet Dönemi ile birlikte “yeni tarzda ve yeni ihtiyaçlara” göre kurulan ilk sivil hastaneler ortaya çıkmaktadır. Cumhuriyetin ilanı ile beraber, sağlık bilimlerindeki gelişmeler hız kazanmıştır. Mustafa Kemal Atatürk kurtuluş savaşı sonrasında yetersiz olanaklara rağmen sağlık hizmetine çok önem vermiş ve gelişimine destek sağlamıştır. Bu amaçla 2 Mayıs 1920 tarihinde *Sağlık Bakanlığı*'ni kurulmuştur.



**Görsel 4: İlk sivil hastaneler, Balıklı Rum Hastanesi 1839 (baliklirum.com, Erişim Tarihi: 19.03.2019).**

1937 yılında Sağlık Merkezleri adı altında halkın sağlık hizmeti alması sağlanmaya başlamıştır. Sağlık merkezlerinin sosyalleştirilmesi için adımlar atılmış ve 1961 yılından sonra sağlık merkezleri “*Sağlık Ocakları*” adını almıştır. Daha sonra sağlık yapıları, şehir hastaneleri olarak görülen, “*Numune*” hastaneleri olarak daha kapsamlı hale gelmiştir (Aydın, 2006). Ancak bu gelişmelere rağmen belirgin bir hastane plan tipinden bahsetmek güçtür. Yaklaşık olarak, her 10 yılda plan şemalarında farklı eğilimler olduğu görülmektedir (Altan, 2013). Eğilimlerin farklılaşması üzerinde; tarihsel süreçte önemli kabul edilen (Nightingale) doğal aydınlatma, havalandırma gibi yaklaşımlar önemli rol oynamıştır. Ayrıca Türkiye coğrafyası için Cumhuriyet Sonrası önemde; zamanına ait popüler yaklaşımlar ve ödül kazanan projelerin, farklı şehirlerde yeniden inşa edilmesi biçiminde uygulamalar da, hastane mekanlarının biçimlenişinde önemli rol oynamaktadır.



**Görsel 5: Türkiye hastane tipolojisi (Altan, 2013).**

Günümüze geldiğimizde ise; özellikle devlete ait kurumlar ve özel hastaneler arasında uygulama ve mekânsal farklılıklarla karşılaşmaktayız. Ancak modern tıp ve yeni gelişmelerin izinde genel olarak, otel konseptli ve butik hastane mekanları, üzerine bir genel tasarım yaklaşımı olduğu söylenebilir. Büyük ölçekteki hastaneler için ise; şehir hastaneleri ve hastane

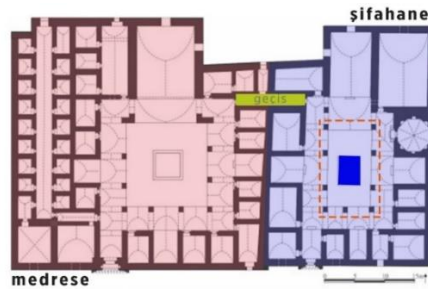
kampüsleri olarak sağlık yapılarının tasarlandığı görülmektedir. Teorik olarak yapılan uygulamaların avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Ancak çalışma; günümüz toplumsal hastane algısı üzerindeki, geçmiş yaklaşımların değişimleri üzerinden değerlendirmede bulunmayı hedeflemektedir.

## Sonuç ve Tartışma

Sağlık yapılarının tarihsel bilgisi, hastane tarihsel süreci üzerinden ele alınmıştır. Türkiye'deki hastane yapılarının biçimlenişi ve toplumsal olarak imajı dünya tarihi ile ilişkilidir. Genel olarak bakıldığında, modern tıp öncesinde dünyadaki yaklaşım doğu ve batı olarak farklılaşmış bir yapıdadır. Modern tıp ile beraber hastane yaklaşımları birbirlerine benzer hale gelmiş ve dönemsel olarak değişiklik göstermiştir. Türkiye coğrafyasında bulunan sağlık yapısı anlayışı ise modern sonrası dönemle beraber büyük bir değişikliğe uğramış, geleneksel hastane algısı etkisini yitirmeye başlamıştır.

Çalışmanın odağında “şifa” ifadesinden “hasta” ifadesine değişim gösteren hastane yapıları bulunmaktadır. Hastane algısının ve toplumsal imajının da kelime karşılıkları gibi değişim gösterdiği düşünülmektedir.

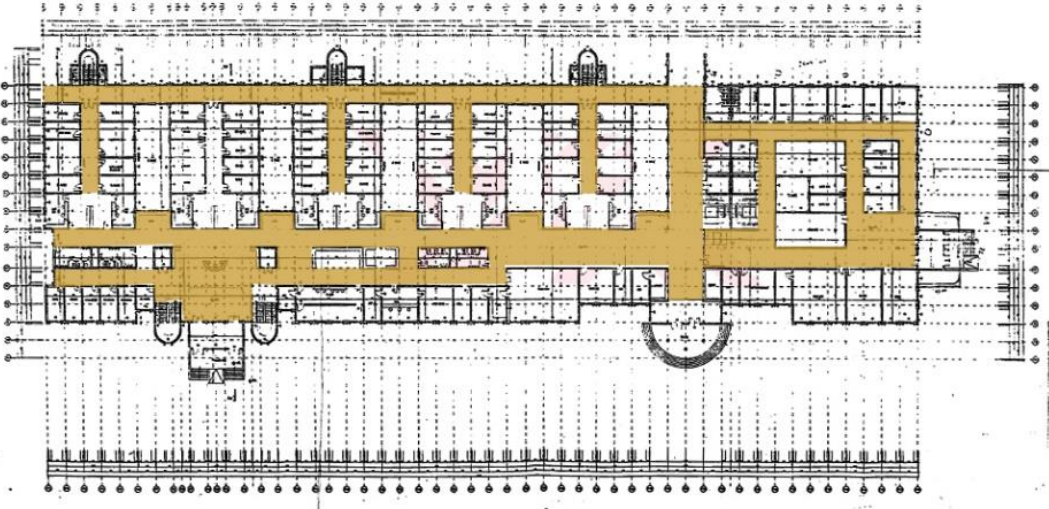
Bu anlamda tartışma 3 mekan üzerinden planları incelenerek gerçekleştirilmiştir. Örnekler tarihsel olarak eskiden yeniye / geleneksel örnekten modern örneğe biçiminde sıralanmıştır. Ancak örneklerin ortak bir yaklaşımı yoktur. İnceleme tamamen sağlık yapılarının bilgilerine erişilebilirlik ve farklı dönem yaklaşımlarını ele almak üzere gruplandırılmıştır. Tarihsel olarak önemli örneklerden biri olan “Darüşşifa” ilk örneği oluşturmaktadır. Aşağıda planı bulunan yapı Kayseri’de yere alan Gevher Nesibe Şifahane ve Medresesine aittir. Döneminin özelliği ile uygun olarak yalnızca sağlık yapısından oluşmamaktadır. Medrese ve Şifahane birimleri iç içedir. Mekanlar arasında geçiş mevcuttur. Şifahane kısmında; yatan hastalar için oda, tedavi mekanları bulunmaktadır. Ayrıca plandan da anlaşılacağı üzere, yapı dışarıya kapalı gibi gözükse de; iç ve dış ilişkisini kurmak için merkezinde avlu ile yapılanmıştır. Yapı merkezinde havuz yer almaktadır. Kısacası yapının evsel bir niteliği vardır, küçük ölçekli ve yatayda kurgulanmıştır. Gün ışığı alımı önemsenmiş ve su ögesi ile tedavi desteklenmek istenmiştir. Yapının yalnızca hastaları iyileştirme amacıyla kurgulanmadığı, insanı bir bütün olarak ele alınarak; ruhsal, fiziksel ve sosyal anlamda değerlendirilmiş olduğu söylenebilir.



**Görsel 6: Gevher Nesibe Şifahane ve Medresesi, Kayseri, Selçuklu Dönemi.**



Çalışmanın ikinci örneği Manisa şehrinde bulunan Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hastanesi'dir. Hastane 2012 yılında Hafsa Sultan Hastanesi ismini almış ve 2015 yılı itibariyle yeni yerleşkesinde hizmet vermeye başlamıştır (URL1, 2019). Yatan hasta blokları ve poliklinikler birbirinden farklı olarak kurgulanmıştır. Yapı blok plan tipi olarak tasarlanmıştır. Polikliniklerin bulunduğu yapı yatay etkili, yatan hastalar için ayrılan blok ise dikey etkilidir. İlk örnek ile kıyasladığımızda ise; iyileştirici bir mekan veya sosyal bir yapı olarak değerlendirebileceğimiz odaklar seçmek gerekmektedir. Bu anlamda iç-dış mekan etkileşimi konusunda zayıf olduğu düşünülmektedir. Yapı organizasyonu iç çekirdekte sağlanmış, genel olarak sirkülasyon çevresel olarak tasarlanmıştır. Mekanın mekanik bir hale geldiği ve tek düze bir yaklaşımla hizmet sunulduğu izlenimi ortaya çıkmaktadır. Bu durum, döneme ait özelliklerden ve yaklaşımlardan biridir.



**Görsel 7: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hastanesi Polikliniği Zemin Kat Planı, Manisa (Altan,2013).**

Son olarak çalışmanın üçüncü örneği Avustralya Melbourne'de yer alan Royal Children Hospital'dır. Örneğin Türkiye'de yer almamasının sebebi, günümüz (benzer) büyük ölçekli hastanelerin yeni bir yaklaşımla insan-mekan ilişkisi anlamında çok güçlü bağlantılarının bulunmamasıdır. Günümüz şehir hastaneleri ve kampüs hastaneleri, son zamanlarda yayılmaya başlamış ve deneyim sonuçlarının çıktıkları henüz bilinmemektedir. Bu sebeple son örnek, tasarım ödülü almış, insan-mekan etkileşimi konusunda olumlu bir mekandan verilmek istenmiştir.

Yapı şehrin merkezinde, ulaşımı kolay bir lokasyonda konumlandırılmıştır. Yatan hastalar için odaların bulunduğu alan poliklinik ile ilişkilidir ve dikey karakter sahiptir. Poliklinik alanı ise sosyal bir yapı olarak kurgulanmış, yatay etkiye sahip bir yapıdır. Yapıya ait iç mekânlarda konumlandırılmış yeşil alanlar bulunmaktadır. Yakın olarak konumlandırılmış havuzlar bulunmaktadır. Yapıya ait sirkülasyon birimlere göre farklı yaklaşımlarda çözülmüştür. Yakın çevresi ve yeşil ile yapının ilişkisi, gün ışığı alımını artırmak için yapının ana kütlelerinden çıkan

kütlelerin kullanımı önemlidir. Kısacası yapının insan-mekan etkileşimi konusunda duyarlı biçimde tasarlandığı düşünülmektedir.



**Görsel 8: Royal Children Hastanesi Zemin Kat Planı, Melbourne, Avustralya** (Turner, 2011).

Genel anlamda tarihsel süreçte hastanelerin sosyal işlev üstlenme misyonu, değişen toplum ve bireyselleşme ile fabrikalaşmış ve özünü kaybetme noktasına gelmiştir. Turner (2011) bu durumu modern hastanelerin ortaya çıkması ile kentsel sanayi kapitalizminin etkisiyle dinsel kültürlerin laikleşmesinin önemli bir örneği olarak değerlendirmiştir. Sağlık hizmetleri özellikle Rönesans döneminden sonra din etkisinden sıyrılmış ve Endüstri Devrimiyle bambaşka bir anlayışla günümüze ulaşmıştır. Çalışmada yapılan örnek incelemeleri ile evsel niteliği bulunan sosyal bir yapı, mekanın insan odağında uzaklaştığı mekanik bir hastane yapısı ve son olarak günümüze en yakın örnek olmasına rağmen, mekanın iyileştirici gücünden faydalanan bir iyileştirme mekanı ele alınmıştır. Yapılan incelemeler plan üzerinden gerçekleştirilmiştir. Daha detaylı bir analiz ve dönemlere ait daha geniş bir analizin çok daha detaylı bir çalışmanın konusunu oluşturduğu düşünülmektedir.

Hastaneler sosyal bir mekan olmaktan uzak, hızla terk edilmesi gereken bir mekan tanımıyla, hizmet sektörü adı altında yer alan büyük bir bütçe olarak adlandırılabilir. Toplumsal olarak algının değişmesi ve iyileştirme mekanlarının insan merkezli hizmetine devamı için; köklü sağlık geleneğimizden faydalanmamız ve insanı sosyal bir varlık olarak odağımıza almamız, gelecek nesillere bırakılabilecek iyileştiren mekan örnekleri sunmamıza fayda sağlayacaktır. Bu anlamda hastane algısı konusunda, Türk toplumunu diğer toplum anlayışlarından ayıran önemli bir zenginliğe sahip olduğumuzu belirtmek gerekmektedir. Geleneğimizde mekânsal olarak insanı merkeze alan bir biçimlenişin olumlu özelliklerinden faydalanmak ve sosyal olarak kamusal yapılarımızdan biri olan hastane algısını olumlu yönde değiştirebiliriz.



## Kaynakça

1. Aktan, C., & Işık, K. (2006, 5 10). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf> adresinden alındı
2. Altan, A. (2013). Hastane Yapıları. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Mimarlık Anabilim Dalı.
3. Bulun, M., & Demirbaş F, K. M. (2019, 1 21). *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi*. ab.org.tr: <http://www.ab.org.tr> adresinden alındı
4. Craske, M. G., & G., M. (1997, spring 61(2)). Fear and Anxiety in Children and Adolescent. *Bulletin of the Mennirger Clinic*, 32.
5. Hasol, D. (2008). *Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü*. İstanbul: YEM Yayın.
6. Karagöz, S. (1990). Kronik Olan Hastalarda Ağrının Hafifletilmesinde Psikolojik Yaklaşımlar. *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, (s. 105). İzmir.
7. Soyluoğlu, S. B. (2019, 3 6). *Çağdaş Sağlık Anlayışı*. bilheal.bilkent.edu.tr: <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html> adresinden alındı
8. Turner, B. S. (2011). *Toplumsal Güç ve Tıbbi Bilgi (çev. Ümit Tatlıcan)*. Sentez Yayınevi.
9. URL1. (2019, 03 24). <http://hastane.cbu.edu.tr/hastanemiz/tanitim-ve-tarihce.1773.tr.html> adresinden alındı
10. URL2. (2019, 02 13). [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&view=gts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&view=gts) adresinden alındı

# **Meme Kanserinde Anksiyete, Depresyon ve Hemşirelik Üzerine Bir Derleme**

## **A Compilation on Anxiety, Depression and Nursing in Breast Cancer**

Emel GÜVEN<sup>1</sup>

Birsen ALTAY<sup>2</sup>

### **ÖZET**

Dünya çapında kadınlarda teşhis edilen bütün yeni kanser vakalarının yaklaşık dörtte biri meme kanseridir. Türkiye’de tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Meme kanseri, zorlu hastalık sürecinin yanında bireylerde psikolojik sorunlara da neden olabilmektedir. Kanser hastalarının tanı aşamasında, tetkik sonuçlarını beklerken, yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişimi, belirti ve bulgunun ortaya çıkması, nüks görülmesi, hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi durumlarında anksiyete düzeyleri artmaktadır. Anksiyete gibi depresyon da meme kanseri tanısında diğer yaygın bir tepkidir. Kanser depresyon ile ilişkili tıbbi durumlar arasındadır ve bazı kemoterapötik ilaçlar depresyona neden olan ilaçlar arasındadır. Kansere uyum güçlüğü ve çaresizlik algısı depresyon gelişiminde en önemli unsurlardır. Hemşireler meme kanserli kadınlar için sadece fiziksel olarak bakım sağlamada değil aynı zamanda psikolojik konularda da destek sağlamada büyük rolleri vardır. Bu çalışmanın amacı, meme kanserinde anksiyete, depresyon ve hemşirelik üzerine yapılan çalışmaları inceleyerek, hemşirelere bu konuda farkındalık ve bakış açısı oluşturmaktır.

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete, depresyon, hemşirelik, meme kanseri.

### **ABSTRACT**

Nearly a quarter of all new cancer cases diagnosed in women worldwide are breast cancer. Types of cancer in breast cancer among women of all age groups in Turkey ranks first. Breast cancer can cause psychological problems in individuals as well as the difficult disease process. The level of anxiety increases in the diagnosis stage of cancer patients, while waiting for the results of the examination, before new treatment, change of treatment, the appearance of signs and symptoms, recurrence, and the feeling of evoking changes. Anxiety as well as depression is another common reaction in the diagnosis of breast cancer. Cancer is one of the medical conditions associated with depression and some chemotherapeutic drugs are among the drugs that cause depression. The difficulty in adapting to cancer and the perception of helplessness are the most important factors in the development of depression. Nurses have a large role in providing support not only in physical care for women with breast cancer but also in psychological issues. The aim of this study is to examine the

---

<sup>1</sup> Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [emel.guven@omu.edu.tr](mailto:emel.guven@omu.edu.tr)

<sup>2</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr).

studies on anxiety, depression and nursing in breast cancer and to create awareness and point of view about nurses.

**Key Words:** Anxiety, breast cancer, depression, nursing.

## Giriş

Dünya genelinde kadınlarda tanı koyulan bütün yeni kanser vakalarının yaklaşık dörtte biri meme kanseridir. Meme kanseri kadınlarda ölüm nedenleri sıralamasında % 6,6'lık oran ile beşinci sıradadır. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %15'ini oluşturan meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2018).

GLOBOCAN'a göre 2018 yılında ülkelere göre kadınlarda görülen meme kanseri görülme sayısı Kuzey Afrika'da 53 917, Güney Amerika'da 150 288, Kuzey Amerika'da 262 347, Doğu Asya'da 476 509, Batı Avrupa'da 169 640, Avustralya (Yeni Zelanda)'da 22 062'dir. Dünya çapında kadınlarda yaşa standardize meme kanseri insidans oranları (100 000'de) Avustralya (Yeni Zelanda)'da 94,2, Batı Avrupa'da 92,6, Kuzey Avrupa'da 90,1, Kuzey Amerika'da 84,8, Güney Avrupa'da 80,3, Polinezya'da 70,5 ve Güney Amerika'da 56,8'dir. Yaşa standardize meme kanseri mortalite oranları (100 000'de) Melanezya'da 25,5, Polinezya'da 21,6, Kuzey Afrika'da 18,4, Karayip'te 18,1 ve Batı Afrika'da 17,8'dir.

Türkiye'de meme kanseri evrelerinin %45,5'i lokalize, %43'ü bölgesel ve %11,5'i de uzak metastazdır. Türkiye'de meme kanserinin yaşa standardize edilmiş hızı 43,8 olup kadınlarda en çok görülen kanser türüdür (Dünya Standart Nüfusu, 100,000 kişide). Türkiye'de tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde %24,6 oranı ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. 15-24 yaş aralığındaki kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde %4,5 ile meme kanseri 6.sırada yer almaktadır. 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda ise %34,6 oranı ile birinci sıradadır. 50-69 yaş aralığındaki kadınlarda %24,7 ile ilk sıradadır. 70 yaş üzerinde ise %15,1 oranı ile ilk sıradadır. Tanı koyulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanserine aittir. Meme kanseri tanısı alma yaşı 53 olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Kadınlarda prevalansı yüksek olan meme kanseri, hastalık sürecinde bireylerde psikolojik sorunlara da neden olabilmektedir (Krychman ve ark., 2011; Amerikan Psychological Association, 2018). Psiko-onkoloji ve psikiyatrik onkoloji alanlarında yapılan araştırmalar, kanserde psikososyal ve psikiyatrik problemlerin daha sık görüldüğünü ve bu sorunların hastaların tedaviye uyumu ile yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilediğini saptamıştır (Özkan, 2012).

Kanser; korku, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, terk edilme ve ölüm gibi duygular ve düşüncelerle anılan dünyada en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanser sadece fiziksel olarak değil psikososyal açıdan da ele alınması gereken bir hastalıktır (Bayraktar, 2011).

Elizabeth Kübler Ross, kanser tanısını aldıktan sonra hastanın geliştirdiği psikolojik süreçleri yadsıma (inkar), öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralamaktadır. (Bayraktar, 2011). Kanser hastalarında tanı, tedavi ve tedavi sonrasındaki süreçlere karşı duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkiler gelişmektedir. Kanser tanısı alındığında ilk aşamada bireylerde şok tepkisine neden olabilmektedir. İnkâr; bazı hastalar için anksiyete, panik ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. İnkardan sonra öfke ve depresyon gelişmektedir. Hastanın öfkesini ifade edemediği durumlarda depresyonun görülme riski artmaktadır (Özkan, 2012).

Kanser süreci ile yaşamının duygusal yükü ve tekrarlama korkusu ile yaşamının oluşturduğu sıkıntı, bireylerin psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir (Bayraktar, 2011). Meme kanserinde de kadınlar uzun tedavi sürecine başlarken yeni sorunlarla karşılaşabilmektedir. Hastalığın belirtileri, tedavisi ve prognozu hastalarda endişeye ve yorgunluğa neden olabilmektedir. Çalıştıkları yerlerde hastalar ayrımcılık ile karşılaşabilmektedir. Bu tür olumsuzluklar hastalarda kronik strese, anksiyeteye ve depresyona neden olabilmektedir (Amerikan Psychological Association, 2018).

Anksiyete, depresyon ve uyum bozuklukları, kanser hastalarında potansiyel kalıcılığı yüksek psikolojik zorluklara neden olabilmektedir (Towers, 2016). Araştırmalara göre kanserde, inflamatuvar sitokinler beyne girebilmekte ve beyni etkilemektedir. Bu kimyasallar depresyon, anksiyete, yorgunluk, hafıza ve konsantrasyon bozukluğuna neden olmaktadır (Ramani ve ark., 2017).

### **Meme Kanserinde Anksiyete**

Anksiyete, gerginlik, endişeli düşünceler ve artmış kan basıncı gibi fiziksel özelliklerle karakterize bir duygudur. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde genelde tekrarlı rahatsız edici düşünceler ya da endişeler görülmektedir. Bunların dışında terleme, titreme, baş dönmesi ya da hızlı kalp atışı gibi fiziksel belirtiler de olabilmektedir (American Psychological Association, 2018).

Meme kanseri tanısı alan çoğu hastada kanser tanısının neden olduğu şok durumu anksiyeteyi tetiklemektedir. Anksiyete durumunu tanılamak zor olsa da uyku bozukluğu, sinirlilik, terleme, titreme, mide bulantısı, çarpıntı, bozulmuş konsantrasyon, kararsızlık ve spontan panik ataklar anksiyetenin belirtileridir. Tanı koyulmadan önce belirtiler bir ay süresince mevcut olmalıdır fakat çoğu kadın meme kanseri tanısı aldığı anda akut bir anksiyete yaşar ve bu durum acil tedaviyi gerektirebilmektedir (Rogers and Turner, 2011; Ramani ve ark., 2017). Kanser hastalarının teşhis sürecinde, tetkik sonuçlarını beklerken,

yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişimi, belirti ve bulgunun ortaya çıkması, hastalığın tekrarlaması, hastalığı çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi durumları anksiyeteyi artıran süreçlerdir. (Rogers ve Turner, 2011).

Tsaras ve arkadaşlarının (2018) ayaktan tedavi alan onkoloji bölümüne başvuran 18 ve üzeri yaşta 152 meme kanseri hastasına yaptığı bir araştırmada, kadınların %32,2'sinde anksiyete saptanmıştır, 70 ve üzeri yaş grubunun %50'sinde, kırsalda yaşayanların %51,7'sinde, boşanmış kadınların %42,3'ünde, hiç çocuğu olmayanların %37,5'inde, eğitim düzeyi 9 yıl ve altı olanların %45,9'unda, mastektomi olanların %34'ünde, kemoterapi alanların %68,6'sında anksiyete saptanmıştır. Kore'de bulunan beş kanser merkezini kapsayan ve 400 kanser hastasının katıldığı araştırmaya göre anksiyete prevalansı %17,1 bulunmuştur (Shim ve ark., 2018). Li ve arkadaşlarının 2018 yılında 290 meme kanserli hasta ile yaptığı çalışmaya göre hastaların anksiyete puanlarının %79,0'ı hasta olmayan, %15,0'ı sınırdaki hasta ve %5,3'ü belirgin hasta olarak değerlendirilmiştir.

### **Meme Kanseri Depresyon**

Kanserde görülen en sık ruhsal sorunlardan biri de depresyondur. Kanser hastalarında depresyon görülme riski üç kat daha fazladır (Mental Health Foundation, 2018). Kansere uyum zorluğu, ölüm korkusu, çaresizlik, yaşam beklentilerinin tehlikede olması, bireyin otonomisini kaybedeceği, çevreye bağımlı olacağı, fiziksel yıkım olacağı gibi düşünce ve kaygılar depresyona neden olan faktörlerin başında gelmektedir (Bayraktar, 2011). Meme kanseri teşhisi konulduktan sonra majör depresyon riski genç hastalarda, öncesinde psikiyatrik bir hastalık varlığı ve sosyoekonomik düzeyi düşük olup çalışmayanlarda daha fazladır. (Runowicz ve ark., 2016).

Meme kanseri süreci, üzgün, yorgun ya da depresif hissetmeye neden olabilmektedir. Bu duygular kanser teşhis ve tedavisi, yaşlanma, hormonal değişiklikler, yaşantı ve genetik faktörlerden etkilenmektedir. Kadınların yaklaşık üçte birinde meme kanseri tanısı ile ilgili, bir yıl içinde şiddetli anksiyete ya da depresif bir hastalık geliştiği bilinmektedir. Dolayısı ile psikolojik destek kanserin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Rogers ve Turner, 2011).

Depresyon sadece bir üzüntü hali değildir bu durumdan çok daha fazla duyguyu kapsamaktadır. Depresyonun belirtileri arasında, günlük aktivitelerde ilgi ve memnuniyet azlığı, ciddi kilo kaybı veya alımı, uykusuzluk ya da aşırı uyku, enerji azlığı, dikkat eksikliği, değersiz hissetme, aşırı suçluluk hissi, tekrarlayan ölüm ya da intihar düşünceleri yer almaktadır (American Psychological Association, 2018; American Psychiatric Association, 2017; National Institute of Mental Health, 2018).

Beyinde bulunan bazı kimyasallardaki farklılıklar, genetik yapı, kişilik özellikler ve çevresel faktörler depresyon için risk faktörleri arasında yer almaktadır. Depresyon tedavisinde ilaç,

psikoterapi ve Elektrokonvülsif Terapi (EKT) kullanılmaktadır (American Psychiatric Assosiation, 2017).

Her 4 kanser hastasından birinde klinik depresyon bulunmaktadır (American Canser Society, 2016). Depresyon hem kadınları hem de erkekleri etkilemektedir ancak kadınları daha fazla etkilemektedir (National Institute of Mental Health, 2018). Depresyonun kanser hastalarında en az tanınan durumlardan birisi olduğu söylenilebilmektedir. Bu durum kanser hastası ve ailesi için zor bir süreç oluşturmaktadır (Cancer Research UK, 2017).

Kim ve arkadaşlarının (2017) mastektomi olan ve olmayan meme kanserli iki grupta yaptığı araştırmaya göre mastektomi olan kadınlarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Cvetković ve Nenadović'in (2016) 30-78 yaş aralığında 84 meme kanserli hasta ile yaptıkları bir araştırmada depresyon sitotoksik tedavinin ilk döngüsünü alan hastalarda ikinci döngüsünü alanlara göre önemli derecede daha sık görülmüştür. 40 yaş ve altı 54 metastatik meme kanserli hastalara yapılan kesitsel bir araştırmada depresyon alt boyut puanı kadınların %20'sinde yüksek saptanmıştır ve depresyon için tarama önerilmiştir (Park ve ark., 2018). 18 yaş ve üzeri 270 meme kanserli kadınlara yapılan bir araştırmada ise hastaların %6'sında hafif, %7'sinde orta, %4'ünde orta şiddette ve %4'ünde şiddetli düzeyde depresyon saptanmıştır (Purkayastra ve ark., 2017).

### **Meme Kanserinde Hemşirelik**

Hemşirelik her yaştan, aileden, gruptan ve toplumdaki hasta ya da sağlıklı tüm bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsamaktadır. Aynı zamanda sağlığın teşviki, hastalığın önlenmesi, hasta, engelli ve ölen kişilerin bakımını da içermektedir. (DSÖ, 2018). Hemşireler halk sağlığının korunmasında kilit noktadadır (ANA, 2018).

İngiltere'de 1996 yılında 120 kişi ile Meme Kanseri Hemşireliği Derneği kurulmuştur. Dernek meme kanseri ve uygulama alanları doğrultusunda gerekli olan kuralları belirlemiştir. 2007 yılında Royal Hemşirelik Koleji bu alanda çalışanlara yol gösterme amacı ile uygulama ve sağlık politikaları ile ilgili gelişmeleri belirleyen klinik standartlarla ilgili bir rehber yayınlamıştır. Bu rehber kapsamında meme kanseri hemşireleri, görev alanlarına yönelik uygulamalar doğrultusunda mezun hemşire, deneyimli hemşire, üst düzey uzman klinik hemşire ve danışman hemşire olarak sınıflandırılmıştır (Fadioğlu ve ark., 2011).

Meme hemşiresi Kanada Onkoloji Hemşireliği Derneği'nin geliştirdiği standartlar doğrultusunda her düzeyde bakım vermektedir. Hemşireler profesyonel görevlerini bu standartlar doğrultusunda gerçekleştirmekte ve standartlardan birisi de psikososyal olarak hastayı değerlendirmeyi içermektedir (Fadioğlu ve ark., 2011).

Resmi gazetede yayınlanan 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı "Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte" Halk Sağlığı Hemşireliği, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumluluklarından birisi, ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir ve hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir, risk faktörü analizi yapar, ifadesi yer almaktadır.

### **Sonuç**

Hemşireler hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında meme kanserli hastalarla karşılaşmaktadır. Hemşireler meme kanseri olan kadınlar için fiziksel bakımın yanında duygusal konularda da psikososyal destek sağlamada da büyük rolleri vardır. Hemşireler meme kanseri tanısı alan bireylerde anksiyete ve depresyona yönelik sorunlara yönelik dikkatli olmalıdır çünkü bu tür sorunlar birbiri ile ilişkili olup hastaları olumsuz etkilemektedir (Sumner, 2011; Vural 2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi, meme kanserinde anksiyete ve depresyona neden olabilecek faktörlere ve erken belirtilerine yönelik riskleri değerlendirerek hastalara psikososyal destek sağlamalıdır.

## Kaynakça

1. American Cancer Society, 2016. Anxiety, fear, and depression having cancer affects your emotional health. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/anxiety-fear-depression.html>, Erişim Tarihi: 03.11.2018
2. American Nurses Association, 2018. What is nursing?. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>, Erişim Tarihi: 30.10.2018.
3. American Psychological Association, 2018. Anxiety. <https://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>, Erişim Tarihi: 02.11.2018.
4. American Psychological Association, 2018. Breast cancer. <https://www.apa.org/helpcenter/breast-cancer.aspx>, Erişim Tarihi: 02.09.2018.
5. American Psychological Association, 2018. Depression. <https://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>, Erişim Tarihi: 02.11.2018.
6. Bayraktar S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Korkulu Rüyamız Kanser. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 26-27.
7. Cancer Research UK, 2017. Depression. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/emotionally/cancer-and-your-emotions/depression>, Erişim Tarihi: 03.11.2018.
8. Cvetković J, Nenadović M. Depression in breast cancer patients. Psychiatry Research 2016; 240: 343-347.
9. DSÖ, 2018. Nursing. <https://www.who.int/topics/nursing/en/>, Erişim Tarihi:04.11.2018.
10. Fadıoğlu Ç, Yeşilbakan ÖU, Yıldırım Y. Meme kanseri hemşireliği. Fadıoğlu Ç, Editör, Meme Kanseri Hastaya Yaklaşım. Adana, Adana Nobel Kitabevi. 2011;1-6.
11. GLOBOCAN, 2018. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>, Erişim Tarihi: 05.10.2018.
12. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete 19 Nisan 2011/27910. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.html>, Erişim Tarihi: 30.10.2018.
13. Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study. PloS One 2017; 12(4):1-11.
14. Krychman M, Spadt SK, Finestone S. 100 Questions & Answers About Breast Cancer Sensuality, Sexuality and Intimacy. Canada, Jones & Bartlett Learning. 2011; 91-138
15. Li Z, Geng W, Yin J, Zhang J. Effect of one comprehensive education course to lower anxiety and depression among Chinese breast cancer patients during the postoperative radiotherapy period-one randomized clinical trial. Radiation Oncology 2018; 13(11):1-10.
16. Mental Health Foundation, 2018. Supporting the emotional and mental health needs of people with cancer. <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/supporting-mental-health-needs-of-people-with-cancer>, Erişim Tarihi: 04.10.2018.



17. National Institute of Mental Health, 2018. Depression. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>, Erişim Tarihi: 16.10.2018.
18. Özkan S. Meme kanseri ve liyezon psikiyatrisi. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z, Editörler. Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2012; 611-618.
19. Öz F. Hemşireliğin psikososyal yönleri. Öz F, Demiralp M, Çeviri Editörleri. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014; 1-6.
20. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Davinia Seah D, Schapira L, Steven E. Come SE, Partridge AH. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. Psychosomatics 2018; 59(3):251–258.
21. Purkayastha D, Venkateswaran C, Nayar K, Unnikrishnan UG. Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: a cross-sectional observational study. Indian J Palliat Care 2017; 23(3):268-273.
22. Rogers J, Turner M. Psychological issues for the patient with breast cancer. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 309-328.
23. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Karen S. Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, Cannady RS, Mandi L. Pratt-Chapman ML, Edge SB, Jacobs LA, Hurria A, Marks LB, LaMonte SJ, Ellen Warner E, Lyman GH, Ganz PA. American cancer society/american society of clinical oncology breast cancer survivorship care guideline. Journal Clin Oncol 2016; 66:43-73.
24. Sağlık Bakanlığı, 2017. Meme kanseri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/400-meme-kanseri.html>, Erişim Tarihi: 06.10.2018.
25. Shim EJ, Lee JW, Min YH. Does depression decrease the moderating effect of self efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer?. Psychooncology 2018; 27:539-547.
26. Sumner E. Advanced disease. Harmer V, Editor. Breast Cancer Nursing Care and Management. Second Edition, London, Blackwell Publishing. 2011; 251-281.
27. Towers R. Psychological issues in breast cancer survivorship. Ring A, Parton M, Editors. Breast Cancer Survivorship Consequences of Early Breast Cancer and Its Treatment. Switzerland, Springer International Publishing. 2016; 249-2.
28. Tsaras K, Papatheanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos EC. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. Asian Pac J Cancer Prev 2018; 19 (6):1661-1669.
29. Vural G. Meme kanseri, beden imajı, cinsel sorunlar ve fertilitite. Fadıoğlu Ç, Editör, Meme Kanseri Hastaya Yaklaşım. Adana, Adana Nobel Kitabevi. 2011;115-121.

# Olağandışı Durumlarda Hemşirelik Risk Yaklaşımı: Sel ve Savaş Nursing Risk Approach in Extraordinary Situations: Flood and War

Esra SARAÇOĞLU<sup>1</sup>

## ÖZET

Dünyada sayı, çeşit ve etkileri değişen, milyonlarca insanı etkileyen olağandışı durumlar yaşanmaktadır. Doğal afetlerden olan seller, insan faktörüyle oluşan terörizm, silahlı çatışmalar beklenmedik ve aniden meydana gelmektedir.

Halk Sağlığı Hemşireliği' nin bir bölümü olarak bireylerin, toplumların ve kurumların afetin her aşamasında olabileceklere karşı hazır olmaları için Afet Hemşireliği alanı gelişmiştir. Florence Nightingale'den bu yana eleştirel düşünme, değerlendirme, iletişim kurma ve teknik beceriler gibi temel beceri sahibi olan hemşirelerin, kişilerin sağlık sorununu çözümü aşamasında, sistematik şekilde hemşirelik bakımını sunmayı sağlayan birbirini izleyen aşamaların oluşturduğu hemşirelik süreci bağlamında afetlere yaklaşması beklenir. Hemşirelerin iyi bir ekip üyesi, vaka yöneticisi, eğitimci, bakım verici, araştırmacı, yönetici olarak afetlerin tüm aşamalarında bu rollere ve yetkinliklerine uygun sorumluluk üstlenmesi beklenmektedir. Olağandışı durumlardan olan sel ve savaşı konu alan bu derleme yazısında hemşirelik risk yaklaşımları tartışılacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Sel, Savaş, Olağandışı durum, hemşirelik, afet hemşireliği

## ABSTRACT

There are unusual situations affecting the millions of people in the world that vary in number, variety and effect. Natural disasters of floods, terrorism and armed conflicts with the human factor occur unexpectedly and suddenly.

As a part of Public Health Nursing, the field of Disaster Nursing has been developed so that individuals, societies and institutions can be ready for all stages of disaster.

Since Florence Nightingale, nurses who have basic skills such as critical thinking, evaluating, communicating and technical skills are expected to approach disasters in the context of the nursing process, which consists of successive stages, which provide systematic nursing care in the stage of analyzing the health problem of individuals. As a good team member, case manager, educator, caregiver, researcher and manager, nurses are expected to take responsibility in all stages of disasters in accordance with these roles and competencies. In this review article on the flood and war which is one of the unusual situations, nursing risk approaches will be discussed.

**Key Words:** Flood, War, Unusual condition, nursing, disaster nursing

---

<sup>1</sup> Uzman Hemşire, SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, [esrasaracoglu@outlook.com](mailto:esrasaracoglu@outlook.com)

## **Giriş**

Tarih boyunca dünyada sayı, çeşit ve etkileri değişen, her yıl milyonlarca insanı etkileyen olağanüstü durumlar yaşanmaktadır. Doğal afetlerden olan seller beklenmedik ve aniden olmaktadır ve insan faktörüyle ortaya çıkan terörizm, silahlı çatışmalar da afetler kapsamında değerlendirilmektedir (Kalanlar, 2013).

Florence Nightingale' den bu yana hemşireler afetlerde değerlendirme yapma, eleştirel düşünme, öncelikleri belirleme, işbirliği sağlama ve iletişim becerilerine sahip olduklarından afet zamanlarında çeşitli roller üstlenmişlerdir. Bu sebeplerden dolayı afet yönetimlerinde hemşireler; afetlere önceden hazırlıklı olma ve afet anında gerekli olacak bilgi ve becerileri kazanmakta sorumlu tutulmaktadır (Kalanlar, 2013). Olağandışı durumların sayı ve etkilerinin fazla olmasını farkına varılmasıyla uluslararası örgütler olağandışı durumlara hazırlıklı olmak ve etkilerini en aza indirmek için bu konunun tıp eğitimi içine alınmasını önermektedir (Civaner ve ark, 2011).

Halk Sağlığı Hemşireliği' nin bir bölümü olarak bireylerin, toplumların ve kurumların afetin her aşamasında olabileceklere karşı hazır olmaları için Afet Hemşireliği alanı gelişmiştir (Kalanlar, 2013).

### **1. Olağandışı Durum**

Stres, bireysel yaralanma, fiziksel hasar ve büyük çaplı ekonomik sorunlara nedenolan çevresel etkilere veya silahlı çatışmalara olağandışı/olağanüstü durum denir. Aynı zamanda ortaya çıkan yıkımın ani ve şiddetli olması, yerel olanaklarla karşılanamayacak düzeyde olması ve ulusal ya da uluslar arası yardım edilmesini gerektiren durumlar olması kavramları tanıma eklenebilir (Karababa, 2002).

Olağandışı durumun bir başka tanımlanması da; yaygın bir biçimde meydana gelen ve ağır hasar, yaralanma, can ve mal kaybına sebep olan, toplumların kendi olanaklarıyla baş edemeyeceği büyüklükte bir yıkıma neden olan, ulusal ve uluslararası yardımı gerektiren olay ya da duruma olağandışı durumlardır olarak yapılabilir(Karababa, 2002).

#### **1.1. Olağandışı Durumların Sınıflandırılması**

##### **1. Doğal Olaylar Sonucu Ortaya Çıkan Olağandışı Durumlar**

a) Ani etkili ve ya akut başlangıçlı olağandışı durumlar. (deprem, tsunami, sel baskını, toprak kayması, çığ düşmesi) Bu sınıfa su ve besinlerle, vektörlerle ya da insandan insana bulaşan hastalıklar da girmektedir

b) Yavaş ya da kronik başlangıçlı olağandışı durumlar (kuraklık, açlık, toksik maddelere kronik maruziyet, çölleşme, ormanların yok olması)(Karababa, 2002).

## 2. İnsan Eliyle Ortaya Çıkan Olağandışı Durumlar

- Endüstriyel / teknolojik (kazalar, kimyasal/radyoaktif sızıntılar, patlamalar, yangınlar)
- Çevre kirliliği
- Çölleşme, ormanların yok olması
- İnsan yerleşim alanlarında ortaya çıkan felaketler
- Savaş, iç çatışmalar, silahlı saldırılar
- Etnik ayrımcılık veya etnik temizlik amaçlı “Göç”e zorlanma

## 3. Karmaşık İnsani Aciller (CHE-Complex Humanitarian Emergency)

- Bölgesel/ iç savaşlar (Irak-Kuveyt savaşı)
- Alt düzeyde sınır ötesi çatışmalar (Lübnan- İsrail çatışmaları)
- Yasal otoriteye karşı silahlı mücadeleler (Kamboçya’da Khmer’ler)
- Bölgesel ayrılık yanlısı sivil savaşlar (Bosna, Eritre,vb.)
- Etnik sivil savaşlar (Ruanda, Afganistan, vb.)
- Bölgesel otoritenin yıkılması/ çöküşü (Somali) (Karababa, 2002).

### 1.2. Olağandışı durumların (ODD) sağlık sistemine etkisi ve eğitilmiş sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim

Olağandışı durumlar sağlık hizmetlerini önemli derecede etkileyerek var olan kurumlar aniden artan gereksinimi karşılamakta yetersiz kalabilmektedir. Bu durumlarda sağlık çalışanları hayatlarını kaybedebilmekte, yaralanma ya da psikolojik travmanın etkisiyle çalışamaz hale gelebilmektedir. Çalışabilecek durumda olanlar ise yeterli mesleki bilgiden yoksun olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının olağanüstü durumlarda kendilerini en az hazırlıklı hissettikleri alanlar; öfkeli toplumla baş etme; güvensiz ve tehlikeli ortamda çalışma, alçı, sutur, damar yolu açma gibi tıbbi girişimler; çevre değerlendirmesi, ölümlerin saklanması ya da olay yeri yönetimi gibi olağanüstü durumlara özgü becerilerdir (Slepski, 2007).

Olağanüstü durumların sayısı ve etkilerindeki artışın farkına varılmasıyla birlikte sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde olağanüstü durumlarla ilgili konuların yer alması gerektiği daha çok gündeme gelmektedir. Dünya Tabipler Birliği’ nin 2006 yılında “Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters” bildirisinde -Dünya Tabipler Birliği olağandışı durumlara özgü eğitimin hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitim programlarına alınmasını önerir- ifadesine yer vermiştir. Ayrıca, Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) olağanüstü durumların sağlık eğitiminin temel konusu olarak kabul edilmesinin önemli bir engel olduğunu ve olağanüstü durumlarda sağlık yönetimi konusunun eğitimin farklı aşamalarında özel bir alan olarak verilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Civaner ve ark, 2011).

Tarih boyunca tüm dünyada sayı, çeşit ve etkileri değişen, her yıl milyonlarca insanı etkileyen olağanüstü durumlar yaşanmaktadır. Doğal afetlerden olan seller beklenmedik ve aniden olmaktadır ve insan faktörüyle ortaya çıkan terörizm, silahlı çatışmalar da afetler kapsamında değerlendirilmektedir (Kalanlar, 2013).

Florence Nightingale' den bu yana hemşireler afetlerde değerlendirme yapma, eleştirel düşünme, öncelikleri belirleme, işbirliği sağlama ve iletişim becerilerine sahip olduklarından afet zamanlarında çeşitli roller üstlenmişlerdir. Bu sebeplerden dolayı afet yönetimlerinde hemşireler; afetlere önceden hazırlıklı olma ve afet anında gerekli olacak bilgi ve becerileri kazanmakta sorumlu tutulmaktadır (Kalanlar, 2013).

Toplum temelli rollerinden dolayı afet durumlarında Halk Sağlığı Hemşireleri diğer hemşirelik alanlarından daha özel yer almaktadır fakat; afet koşullarında çalışma ve belirli bilgi birikimine duyulan ihtiyaçtan dolayı Afet Hemşireliği alanı gelişmiştir (Kalanlar, 2013).

## **2. Afetlerde Hemşirelik**

Sağlık hizmetleri afet anında toplum tarafından en çok talep edilen ve nitelikli olarak sunulması beklenen hizmetlerdendir (Erci, 2016). Eleştirel düşünme, değerlendirme, iletişim kurma ve teknik beceriler gibi temel beceri sahibi olan hemşirelerin, kişilerin sağlık sorununu çözümlenme aşamasında, sistematik şekilde hemşirelik bakımını sunmayı sağlayan birbirini izleyen aşamaların oluşturduğu hemşirelik süreci bağlamında afetlere yaklaşması beklenir. Hemşirelerin iyi bir ekip üyesi, vaka yöneticisi, eğitimci, bakım verici, araştırmacı, yönetici olarak afetlerin tüm aşamalarında bu rollere ve yetkinliklerine uygun sorumluluk üstlenmesi beklenmektedir. Hemşireler Florence Nightingale' den bu yana değerlendirme, öncelik belirleme, iletişim, işbirlikçilik ve eleştirel düşünme becerileriyle afet yönetimine katılarak rol ve sorumluluklar üstlenmiştir (Kalanlar ve Kubilay, 2015). Hemşirenin afetlere karşı sorumlulukları sadece afet olduğunda değil; afet öncesinde (kişisel, kurumsal ve toplumsal hazırlık), afet anında (kurtarma, triaj, ilkyardım, tedavi) ve afet olayı bittikten sonrası dönemi de (rehabilitasyonu) kapsamaktadır (Erci, 2016). ICN' e göre hemşirelik kişilere her ortamda hastalık ya da sağlıkta, her yaş dönemindeki bireye, aile, topluma bakım verir. Hemşirelerin uzmanlık alanı ne olursa olsun her hemşirenin afetlerde bakımı planlama, yürütme yeteneğine sahip olması gerektiğini, afete hazırlık ve afet zamanında müdahalenin bütün hemşirelerin bilgi ve becerilerinin bir parçası olması gerektiğinin önemli olduğunu vurgulamıştır (Kalanlar ve Kubilay, 2015).

Halk sağlığı hemşireleri afetlerin her aşamasında, hastanelerde çalışan hemşirelerden farklı görev ve sorumluluklara sahiptir. Bu sorumlulukları afetin evrelerine göre incelediğimizde;

**Hazırlık aşaması;** afet gerçekleşmeden önce, afetin etkilerinin azaltılması için afet yönetim planının oluşturulduğu dönemdir. Afet yönetim planları hazırlanırken sivil toplum örgütleri,

polis, itfaiye, medya, hastaneler ve kurtarma ekiplerinin işbirliği içinde olması gerekmektedir. Planlama yapılırken sağlık profesyonellerinin afetteki sorumluluk alanlarının belirlenmesi, afet öncesi çalışanların eğitimi, afet anında iletişim planının oluşturulması, afet durumunda gerekli malzemelerin temin edilmesi, mobil sağlık hizmetlerinin planlamalarının yapılması gerekmektedir. Halk sağlığı hemşiresinin hazırlık aşamasındaki başarısı devam edecek diğer aşamaların başarısının belirleyicisi olduğundan bu aşamadaki hazırlıklar önemlidir. Halk sağlığı hemşiresi; daha önce yaşanan afetlerde yapılan uygulamaları bilip, bu bilgilerden yararlanmalı, afetlerin sağlık sistemini nasıl etkilediğini bilmelidir. Halk sağlığı hemşiresi sorumlu olduğu bölgedeki okullarda, evlerde ve iş yerlerinde hazırlıkla ilgili eğitim, tatbikat yaparak toplumun farkındalığının artmasını ve bilinçlenmesini sağlamalıdır (Demirbaş ve ark, 2013).

**Yanıt aşaması;** hedefi afet nedeniyle toplumda meydana gelecek hastalık ve ölümleri en alt düzeyde tutmaktır. Bu aşamada triaj, ilk yardım, acil müdahale ve hayat kurtarma önemlidir. Afet durumu bittikten sonra hemşire hemen kurtarma ekipleriyle birlikte etkilenen kişilerin hayat kurtarma çalışmalarına başlamalıdır. Halk sağlığı hemşireleri afet bölgesindeki tahliye işlemlerinden sonra barınma, yiyecek sağlama, temiz su sağlama, aşılama, psikolojik destek, iletişim ve toplumdaki bulaşıcı hastalıklarının erken teşhisinde yer alır (Demirbaş ve ark, 2013).

**İyileşme aşaması;** afetten sonraki dönemde hayatın normale dönmeye başladığı, yeniden yapılanma ve rehabilitasyon evresidir. Temel amaç, etkilenen gören toplumun ve sağlık bakım sisteminin en kısa sürede normale dönmesi, gelecekte olabilecek afetlerin yönetim planının oluşturulması, çalışanların ve toplumun güçlendirilmesidir. Bu aşamada enfeksiyon ve sakatlıkların yanında ruhsal sorunlar da yaşanabilir. Depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlar yaşayan kişiler olabilir. Güvenli çevre gereksiniminin sağlanması da önemlidir. Halk sağlığı hemşirelerinin bu aşamadaki rolleri daha geniştir; afet sebebiyle oluşan sakatlık ve yaralanmalarda hem fiziksel hem de psikolojik hemşirelik bakımını sunar, birey ve toplum için olası sağlık tehlikelerini belirleyerek diğer disiplinlerle işbirliğini sağlar, afet bölgesindeki bağışıklama hizmetinden sorumludur, mental problem yaşayan bireyler için destek ve danışmanlık hizmeti verir (Demirbaş ve ark, 2013).

### **3. Savaş ve İnsan Sağlığına Etkileri**

Savaş (harp);barış yoluyla sorunlarını çözemeyen devlet ya da devlet gruplarının, milli güçlerinin hepsini ya da bir kısmını kullanarak birbirleriyle yaptıkları mücadeledir. Savaşlar, tarihi boyunca iki kabile arasındaki küçük çatışmalar ya da dünyadaki nüfusun çoğunluğunu etkileyen düzenli ordular arasında geçen dünya savaşları haline dönüşen büyük etkilerdir.

Yapılan araştırmalarda ilk savaş; yedi bin yıl önceye ait iskeletlerde bulunan ok kalıntılarıyla Nil Nehri kıyılarında tespit edilmiştir (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Savaşlar ve terör, dünya genelinde ölüm sebepleri arasında önemli bir etken ve sağ kalan insanların ise biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını kötü yönde etkileyen evrensel bir halk sağlığı sorunudur (Kılınç ve ark, 2017).

Savaşlar okulları, alışveriş merkezlerini, otopar ve otoyolları, bankaları, spor salonlarını hedef alarak, ateşli silahlar, bombalar, kimyasallar, biyolojik ya da nükleer ajanlar kullanılarak terörist eylemler şeklinde devam etmektedir. Savaşlar son yıllarda düzenli orduların birbiriyle yaptıkları çatışmalardan çok baskınlar, eylemler, ayaklanmalar ve terörist saldırılar şeklinde teknolojinin de kullanıldığı karmaşık olaylara dönüşmüştür (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Dünya'da;

- 2001 Amerika'da 11 Eylül ikiz kule terörist eylemi (binlerce kişi yaralandı ve öldü).
- 2004 İspanya Madrid tren istasyonu bombalanması (yüzlerce yaralı, 191 kişi öldü)
- 2005 Londra kent metrosu saldırısı (700 kişi yaralandı).
- 2007 Pakistan Karaiçi saldırısı
- 2016 Brüksel havaalanı bombalı saldırı (34 kişi öldü, 250 kişi yaralandı).
- Türkiye' de;
- 2003 İstanbul banka saldırısı (27 kişi öldü, 450 kişi yaralandı).
- 2015 Ankara Gar'ı patlaması (103 kişi öldü).
- 2016 İstanbul Beşiktaş stadyum patlaması (38 şehit, 155 yaralı).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) savaşları da; insan eliyle oluşturulan, toplumların normal hayatlarını etkileyen, baş etme sistemi kaynaklarını yok eden, çok fazla insanın hayatını tehlikeye attığı için sağlık kuruluşlarına da zarar veren, ilk ve acil bakımı, hasta sevk sistemlerini, ileri tetkik ve tedaviyi etkileyen durumlar olarak tanımlamıştır (WHO,2006). Sağlık hizmetlerinin savaş/terörizm anında kesintisiz ve etkili devam etmesi için hemşirelerin kişisel ve profesyonel niteliklerini geliştirmeleri gerekmektedir (Bebiş ve Özdemir, 2013).

### **3.1. Savaş/Terör Sürecinde Hemşirelik**

Savaşlarda fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilenen kadınlar yaralıların bakımlarını üstlenmişlerdir. İslamiyet'in ilk yıllarında Rufeyde, Selçuklu döneminde Gevher Nesibe Hatun savaş yaralılarına ve halka sağlık hizmeti sunmuştur (Ökdem ve ark, 2000). Modern hemşireliğin başlangıcı olarak tanınan FlorenceNightingale Kırım Savaşı' nda (1854) yaralı askerlerin bakımında etkili olmuştur (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Devam eden yıllarda I. ve II.Dünya Savaşları, Çanakkale Savaşı, Vietnam Savaşı, Irak Savaşı, Afganistan Savaşı' nda hemşireler görev almışlar ve kadınların ev dışında yaptıkları bakım hizmetleriyle hemşirelik mesleğinin temelleri atılmıştır (Bebiş ve Özdemir, 2013)

Savaşların, coğrafi keşiflerin, doğal afetlerin, dini, siyasi ve ekonomik durumların, sanayi devriminin neden olduğu göçler insanlık tarihi boyunca önemli yer tutmuş ve dünyayı demografik, ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi açıdan ciddi şekilde etkilemiştir (Atak, 2016).

Yakın zamanda başlayıp devam eden Suriye, Filistin, Yemen savaşlarıyla yeryüzünde yaşayan pek çok insan savaştan etkilenmeye devam etmektedir. Türkiye jeopolitik konumu sebebiyle komşu ülke Irak ve Suriye'deki iç savaşlardan etkilenmeye devam etmektedir (Atak, 2016).

Savaşlar ve sonucunda meydana gelen göçler sonucunda enfeksiyon hastalılarının etkili tedavi edilmesi, önlenmesi ve kontrolü göçmenlerle birlikte göç alan ülke vatandaşları için halk sağlığı açısından önemli bir sorundur (Öztürk, 2016).

Savaş ve çatışma bölgelerinde aşılama oranlarının azalması, yerinden olmuş insanların duyarlılığı, su sağlama ve sanitasyon koşullarındaki çöküntü, kalabalık yaşam, göç edilen ülkelerdeki sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler düşünüldüğünde, göç eden bireyleri bulaşıcı hastalıklar yönünden tehlikelerin beklediği söylenebilir (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017).

DSÖ'nün raporuna göre; Suriye' de savaştan önce çocukların %90'dan fazlası kızamık ve çocuk felcine karşı aşılanmış ve 1990'dan beri Suriye'de çocuk felci görülmemiştir. Ancak; 2014 yılından itibaren Suriye'de kızamık ve boğmacı salgını yeniden ortaya çıkmıştır. 2013 yılında 35 çocukta çocuk felci görülmüş ve salgın Irak'ı da etkilemiştir. Çoğu çatışma alanında yaşayan toplam 8 ülkede 25 milyon çocuğa çocuk felci aşısı yapılması gerekmektedir. Ürdün'de 2013 yılında kızamık salgını yaşanmıştır. Salgınların ana nedeni savaşa bağlanabilir. Çatışma öncesi iyi durumda olan sağlık kuruluşları savaş nedeniyle ilaç ve tıbbi malzeme yetersizliği içinde olmasından dolayı salgın hastalıkların sebebin savaşlar olduğu düşünülmektedir. (WHO,2015).

Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki 22 ülkenin yaklaşık olarak yarısında insanlar şiddet ve güvensizlik nedeniyle erişilemeyen alanlarda yaşamakta ve hastalık riski altındadırlar. Çatışmalardan etkilenen 20 milyondan fazla insan komşu ülkelerde yaşamak için sınırları aşmıştır. Ürdün'ün mülteci nüfusu iki kat artmış, Lübnan nüfusunun neredeyse %30'nu mülteciler oluşturmaktadır. Bu değişim sağlık, eğitim, su ve sıhhi hizmetlere yönelik bir artışa neden olmuştur. Yemen'de 15 milyondan fazla insan sağlık hizmetlerine erişime ihtiyaç duymaktadır ama yaklaşık 5 milyon insan sağlık hizmet sağlayıcıları için erişilemez alanlardadır. Ulaşılamayan insanların aşılanmamış olmaları muhtemeldir; bu bölgelerdeki



hastalık salgınlarının erken teşhis edilmesi daha zordur, fark edilmesi güçtür ve daha fazla yayılması olasıdır (WHO, 2015).

Halen dünyanın birçok yerinde savaşlar, terör saldırıları gerçekleşmektedir. Bu olaylarla karşılaşan toplumlar sıkıntı, kaygı düzeyi, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bakımından oldukça riskli durumdadırlar. Bu risklerle birlikte savaş zamanında kaybolan veya yaşamını yitiren aile üyelerinin geride kalan yakınlarında baş etmede güçsüzlük, anksiyete, depresyon, ve somatik bozukluklarının ortaya çıktığı bildirilmiştir (Kılınç ve ark, 2017).

Savaşlar sonucunda meydana gelen toplumsal değişmelerle aileler mülteci konumuna gelmiş ve birçok insan koşulları uygun olmayan yerlerde yaşamak zorunda kalmıştır. Psikolojik sorunlar mülteci ailelerin yaşadığı en önemli sağlık problemlerindedir. Acil durumların ortaya çıktığı zamanlarda yaşanan tehdit ve tehlikeler, yeni ülkedeki koşullara uyum zorluğu, kötü barınma koşulları, mülteci olmaktan utanma duygusu psikolojik sorunları ortaya çıkarmakta ve TSSB ile karşı karşıya kalınmaktadır. Ailelerin yaşadığı korku, dehşet ve çaresizlik duyguları da TSSB na neden olmaktadır (Kılınç ve ark, 2017).

Toplam 4365 küçük çocuğu kapsayan 35 çalışmadan oluşan bu sistematik derlemede, savaş, çatışma ve teröre maruz kalmanın küçük çocuklar üzerindeki etkileri ve ebeveyn faktörlerinin bu etkiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuçlar, etkilerin TSSB ve travma sonrası stres belirtileri, davranışsal ve duygusal belirtiler, uyku sorunları, rahatsız edici oyun, ve psikosomatik semptomlar olarak belirlenmiştir (Slone ve Mann, 2016).

Körfez Savaşı'ndan (Irak'ın Kuveyt'i işgaline karşılık ABD, Birleşik Krallık, Kanada, Avusturalya ve Fransa'nın askeri personelinin katıldığı çok uluslu bir savaş, 1991) bir yıl sonrasında gazi olan askerlerde tipik tıbbi bir hastalık ortaya çıkmıştır. Yorgunluk, yaygın ağrı, bilişsel ve hafıza problemleri, deri döküntüleri, gastrointestinal ve solunum güçlüğü sıkça rastlanan semptomlardır. Yapılan çalışmalar sonucu kimyasal ajanlara maruz kalan askerlerde Körfez Savaşı Hastalığı (GWI) olarak adlandırılan bir hastalık ortaya çıkmıştır (White ve ark, 2016).

Türkiye konumu itibariyle tarihin belirli dönemlerinde göç alan ülkelerden olmuştur. 15yy da İspanya' dan kaçan Yahudililer, I.Dünya Savaşı ve Balkan Savaşları'ndan Balkanlardan gelenler, Cumhuriyet döneminde mübadele ile ülkemize göç edenler olmuştur. Yakın tarihte Irak'tan, Suriye'den, Orta Asya Cumhuriyetleri'nden oldukça fazla göç almaya devam etmektedir. Ülke içinde de terör, ekonomik ve siyasi sebeplerden dolayı doğudan batıya, köyden kente göçler artmıştır (Atak, 2016).

Türkiye 1968 yılında Birleşmiş Milletlerle, Mültecilerin Hukuki Durumlarına Dair Cenevre Sözleşmesini imzalayarak, sadece Avrupa ülkelerinden gelenlere mülteci statüsü

sağlanmaktadır. Türkiye' ye Avrupa dışından gelen göçmenler için Türk hukukunda Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile geçici koruma statüsü düzenlenmiştir(Erdem, 2017).

İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 6 Aralık 2018 tarihi itibariyle 3 milyon 611 bin 834 kayıtlı Suriyeli'nin Türkiye' de yaşadığını bildirmiştir. Göçmenlerin 144 bin 36 sı geçici barınma merkezlerinde kalmaktadır. Suriyelilerin %47,5'i (1 milyon 717 bin 390) 0-18 yaş grubundadır. (İçişleri Bakanlığı, 2018). Kayıt dışı göçmenlerle birlikte yaklaşık 5 milyon Suriyeli Türkiye' de yaşamaktadır (Erdem, 2017).

### **3.1. Göçmen Grupların Karşılaştığı Sağlık Sorunları**

Göçmenler genel olarak; barınma, beslenme, eğitim, iş, ayrımcılık, ötekileştirme, dil, psikosoyal sorunlar yaşamaktadır. Sağlık sorunları göçmen grupların yaşadığı en önemli sorunlardandır. Göç eylemine başladıklarında yolda karşı karşıya kaldıkları şiddet, yaralanmalar, kazalar ve olumsuz şartlar göç edenlerin sağlığını etkilemektedir. Göçmenler gittikleri yerde daha birçok açıdan ve sağlık açısından hassas grupta yer almaktadır. Temel ihtiyaçlar olan güvenlik, barınma, temiz suya erişimin güç olması daha büyük sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir (Atak, 2016).

- Fiziksel şiddet ve yaralanmalar
- Beslenme bozuklukları
- Malnütrasyon
- Anemi
- Cinsel istismar
- Çocuklara büyüme ve gelişme geriliği
- Kızamık, sıtma, ishal, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar

#### **Üreme sağlığı sorunları**

- İstenmeyen gebelikler
- Yetersiz doğum öncesi bakım
- Anne ve çocuk ölümlerinde artış

#### **Psikolojik sorunları**

- Depresyon
- Anksiyete
- Uyku bozuklukları
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kronik hastalıklarda sağlığa erişimin güçleşmesi ve yaşanan olumsuzluklara bağlı tetiklenmektedir. (Atak, 2016). Sağlığı birçok açıdan etkileyen ve küresel bir sorun olan göç,

bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerinin gelişmesini de etkilemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya çapında ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır ve küresel ölüm nedenlerinin %63'ünden sorumlu olup yaklaşık 14 milyon kişi 70 yaşından önce yaşamını yitirmektedir. Göçmenler ve mülteciler, göç sırasındaki seyahat koşulları ve göç sonrası uzun süreli ve yüksek maliyetli tedavi gerektirmesi nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip olma açısından daha savunmasız gruplardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik akciğer hastalıkları gelmektedir. Bu hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan stres, çoğunlukla göçmenlerin sahip olduğu kronik anksiyete, memleket özlemi ve izolasyon ile ilişkilidir (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017).

Kadınlar ve çocuklar, göç hareketlerinde en savunmasız grupları oluşturmaktadır ve istenmeyen gebelikler ile ev içi şiddete karşı daha yüksek risk altında oldukları vurgulanmaktadır. Ayrıca, kadınlar ve çocuklar, cinsel istismar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve cinsel şiddet riski altındadır (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017).

#### **4. Sel ve Sağlık**

İnsanoğlunu tarih boyunca etkileyen doğal afetlerden birisi de su/sel baskınlarıdır. Sel ve taşkın olayları hem Türkiye'de hem de dünya üzerinde sık yaşanan, insan ölümlerine ve ciddi ekonomik kayıplara yol açan doğal afetlerin en önemlileri arasında yer almaktadır (Bodur, 2018).

Türkiye'de yıllar itibariyle meydana gelen taşkınlar incelendiğinde 1975-2015 döneminde yaşanan 1.209 adet taşkın neticesinde 720 vatandaşımız hayatını kaybetmiş, 893.933 ha alan zarar görmüştür (Bodur, 2018). Seller iklim değişikliğinin de etkisiyle günümüzde daha çok sayıda ve daha büyük ölçekte afetlere dönüşmektedir. Bunun sonucunda özellikle toplumun hassas gruplarını ve yaşam alanları tehdit etmektedir (Eryılmaz ve Kayıs, 2017).

Seller, dünyadaki tüm doğal afetlerin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır ve tüm ölümlerin yarısına neden olmaktadır. En büyük potansiyel sel tehlikesi Asya kıtasındadır. Her yıl son yirmi yılda ortalama 400 milyondan fazla insan doğrudan sellere maruz kalmaktadır. (Bich ve ark, 2011).

Sellerin oluşturduğu sağlık sorunları zamana bağlı olarak tanımlanabilir. Acil dönem; boğulma, yaralanma, akut astım, deri döküntüleri, gastroenterit salgınları, solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Orta dönem etkileri enfekte olmuş yaralar, yaralanma komplikasyonları, zehirlenmeler, bulaşıcı hastalıklar ve açlıktır. Uzun vadeli kronik hastalıklar, zihinsel yetersizlikler, yetersiz beslenme ve yoksullukla ilişkili sağlık sorunları sıralanabilir (Bich ve ark, 2011).

Uzun süreli taşkınlık, yerel halk için, özellikle de sınırlı gıda stokları, hijyenik olmayan su kaynakları ve sağlık koşullarının yetersiz olduğu kötü koşullarda yaşayan yaşlı ve engelli aile üyeleri için ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Dang humması, ishal gibi epidemik hastalıklar sellerden sonra ortaya çıkmaktadır (Bich ve ark, 2011).

Yapılan çalışmalarda sel ve ishali hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Levy ve ark, 2016; Hashizumi ve ark,2008). İshal, yılda iki milyondan fazla insanın ölümünden sorumludur ve dünya genelinde toplam ölümlerin yüzde dördünü temsil etmektedir. Ayrıca, diyare çocuklarda yılda 1,3 milyon ölüme neden olmaktadır (Abu ve Codjoe, 2018).

Sellerin uzun vadede sağlık üzerine olan etkisi tam olarak bilinmemektedir. İngiltere' de 2013-2014 yılında yaygın olarak meydana gelen sel felaketlerinden iki yıl sonra yapılan çalışmada, selden bir yıl sonrasında psikolojik morbiditeprevalansınıyüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya 1064 kişi katılmıştır ve katılanlarda ikinci yılda depresyon% 10.6, anksiyete %13.6, TSSB% 24.5 belirlenmiştir. Engelli katılımcılar arasında (n=512) depresyon% 4,1, anksiyete% 6,4, TSSB% 8,9 olduğu saptanmıştır. Yaşanan kayıplar ve evlerdeki kalıcı hasarların selin uzun süreli etkisinin görülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (Jermacane ve ark, 2018).

## **Sonuç**

Küresel iklim değişiklikleriyle artan sel felaketleri ve insan eliyle oluşturulan savaşlar/terörist saldırılar aniden meydana gelen olağandışı durumlardandır. Sel felaketlerinin ve savaşların acil, orta vadede ve uzun vadede görülen sağlık üzerine olumsuz etkileri vardır. Olağandışı durumlarda meydana gelen bu sağlık sorunları küresel halk sağlığı sorunlarıdır. Son zamanlarda olağandışı durumların görülmesinin artması afet yönetimi, afet hemşireliği kavramlarını ortaya çıkarmaktadır. Uluslar ve uluslar arası olarak olağandışı durumlara karşı hazırlıklı olmak gerekmektedir. Olası olağandışı durumlar gerçekleştiğinde yapılacakların önceden belirlenmesi toplum açısından daha az zararla atlatılmasına yardımcı olabilir. Afetlere karşı hazırlıklı olmak için ülke halkı, sivil toplum örgütleri, tüm kamu kurumlarının iş birliği içinde olması gerekmektedir.

Savaşların sonucunda ilk olarak acil olarak müdahale edilmesi gereken, yaralılar ve hayatının son döneminde olanların bakımınıdır. Savaşlar sonucunda sadece savaş olan ülke değil tüm ülkeler göç nedeniyle etkilenmektedir. Göçmenlerin öncelikli sağlık problemleri güvenlik, barınma, beslenme, temiz suya erişimle birlikte anne çocuk sağlığı, fiziksel cinsel taciz, bulaşıcı enfeksiyon hastalıkları, kronik hastalıklar psikolojik sorunlar olarak sıralanabilir.

Seller sonucunda; sağlık profesyonelleri acil olarak yaralıların bakımının ardından orta vadede barınma, beslenme, temiz su, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi ve uzun vadede deri hastalıkları, psikolojik sorunlarla baş etmede toplumlara yardımcı olmaları gerekmektedir.

## Kaynakça

1. Abu, M., & Codjoe, A. S. (2018). Experience and Future Perceived Risk of Floods and Diarrheal Disease in Urban Poor Communities in Accra, Ghana. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 15 (12), 2830.
2. Ala, A. (2015 ). *The cost of war*. Kasım 23, 2018 tarihinde World Health Orgnization : <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/war-cost/en/> adresinden alındı
3. Atak, M. (2016). Göçmen Gruplarında Halk Sağlığı Sorunları ve Yönetimi. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi* (40), 24-25.
4. Bahadır, E. (2017). Geçici Koruma Statüsündeki Suriyelilerin Sosyal, Siyasi Ve Vatandaşlık Hukuku Bakımından Türkiye'deki Durumları. *Public and Private International Law Bulletin*, 37 (2), 332-351.
5. Bebiş, H., & Özdemir, S. (2013). Savaş, Terör ve Hemşirelik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21 (1), 57-68.
6. Beşer, A., & Tekkaş Kerman, K. (2017). Göç Eden Bireylerin Öncelikli Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetine Ulaşımındaki Engeller. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing Special Topics*, 3 (3), 143-148.
7. Bich, T. H., Quang, L. N., Ha, T. L., Hanh, D. T., & Guha-Sapir, D. (2011). Impacts of flood on health: epidemiologic evidence from Hanoi, Vietnam. *Global Health Action*, 4 (10), 6356.
- Bodur, A. Sel ve İstanbul: Sel Riskine Karşı Yapılan Dere Islah Çalışmaları ile İlgili Bir Değerlendirme. *Dirençlilik Dergisi*, 2 (1), 2018, (57-68).
8. Civaner, M., Vatanserver, K., Balcıoğlu, H., Yavuz, C. I., & Sarıkaya, Ö. (2011). Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Eğitimi: Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi İçin Önemli Bir Gereklilik. *Balkan Medical Journal*, 28, 344-350.
9. Demirbaş H, Sezer A, Ergun A. Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2013, Cilt:21, Sayı:2:122-128.
10. Erci B. (Mart, 2016). Halk Sağlığı Hemşireliği. Bölüm: Afetlerde Halk Sağlığı Hemşireliği .Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri. Elazığ. Sayfa: 382-394.
11. Eryılmaz, Ç., & Kayış, A. C. (2017). Mağdurların Gözüne Hopa Sel Felaketi. *Journal of Black Sea Studies*, 14 (56), 201-220.
12. Hashizume, M.; Armstrong, B.; Hajat, S.; Wagatsuma, Y.; Faruque, A.S.; Hayashi, T.; Sack, D.A. (2008). The effect of rainfall on the incidence of cholera in Bangladesh. *Epidemiology* . 19, 103–110
13. *İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü* . (2018). Aralık 25, 2018 tarihinde [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik) adresinden alındı

14. Jermacane, D., Waite, T. D., Beck, C. R., Bone, A., Amlô, R., Reache, M., et al. (2018). The English National Cohort Study of Flooding and Health: the change in the prevalence of psychological morbidity at year two. *BMC Public Health*, 18 (1), 2-8.
15. Kalanlar, B. (2013). Afet Hemşireliği ve Yönetimi'nin Hemşire Öğrencilere Öğretimi: Jennings'in Hemşirelikte Afet Yönetim Modeli'nin Kullanılması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi*. Ankara .
16. Kalanlar B, Kubilay G. (2015). Afetlerde Toplum Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Afet Hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. Cilt 23, Sayı 1: 57-65.
17. Karababa, A. O. (2002). *Olağan dışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı*. Ankara: Türk Tabipler Birliği .
18. Kılınç, G., Yıldız, E., & Harmancı, P. (2017). Toplumsal Travmatik Olaylar ve Aile Ruh Sağlığı. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing*, 3 (2), 182-188.
19. Levy, K.; Woeter, P.A.; Goldstein, S.R.; Callton, J.E.(2016). Untangling the impacts of climate change on waterborne disease: A systematic review of relationships between diarrheal disease and temperature, rainfall, flooding, and drought. *Environ. Science. Technology*. 50, 4905–4922.
20. Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., & Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1 (1), 5-11.
21. Öztürk, R. (2016). Göç Sorunu ve Enfeksiyon Hastalıkları: Yapılması Gerekenler. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi* (40), 22-23.
22. Slepski, L. A. (2007). Emergency preparedness and professional competency among health care providers during hurricanes Katrina and Rita: pilot study results. *Disaster Managment Response*, 5, 99-110.
23. Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *An International Journal Child Psychiatry & Human Development*, 47 (6), 950-965.
24. White, R. F., Steele, L., O'Callaghan, J. P., Sullivan, K., Binns, J. H., Golomb, B. A., et al. (2016). Recent research on Gulf War illness and other health problems inveterans of the 1991 Gulf War: Effects of toxicant exposures during deployment. *Cortex*, 74, 449-475.
25. *World Health Organization Health Topics*. (2006). Aralık 23, 2018 tarihinde [http://who.int/health\\_topics/en](http://who.int/health_topics/en) adresinden alındı

# Medikal Turizmin Olası İlk Kayıtları

## Possible Early Records of Medical Tourism

Faruk TONGA<sup>1</sup>

Sinan BAHADIR<sup>2</sup>

### ÖZET

Sağlık turizmi yüzyıllarca geçmişi olan bir turizm çeşidi olup neredeyse tamamı termal turizm şeklindedir. Medikal turizm ise, son çeyrek yüzyılda hızla gelişen bir sağlık turizmi türü olup hastaların medikal tedavi amacıyla yurt dışındaki sağlık merkezlerine seyahati şeklinde tanımlanmaktadır. Medikal turizmin, son çeyrek yüzyıl öncesindeki geçmişi ve ne kadar eskiye uzandığı bilinmemektedir. Osmanlı Devlet'inde medikal tedavi öncesinde alınan rıza belgelerinin resmi kayıtlara geçirildiği bilinmektedir. Mevcut Osmanlı arşivleri içerisindeki rıza belgelerinde, Osmanlı vatandaşı olmayıp tedavi için Osmanlı Devleti'ne gelen yabancı ülke vatandaşlarını araştırdık. Konya Şer'i kayıtlarında yaptığımız taramada 17. yüzyılda 3 yabancı uyruklu hasta için Konya'da rıza belgesi düzenlendiğini saptadık. Hastaların hepsinin benzer hastalık nedeniyle tedavi edilmesinden yola çıkarak hastaların özellikle söz konusu hastalık konusunda yetkin doktorların ismini öğrenerek Konya'ya geldiği varsayımına ulaştık. Mevcut çalışma, medikal turizmin geçmişinin 20. yüzyıldan daha önceye uzanmakta olduğuna işaret etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Medikal Turizm, Osmanlı Devleti, Sağlık, Rıza Belgesi

### ABSTRACT

Health tourism has a centuries old history, albeit almost always in the form of thermal tourism. Medical tourism, a new and rapidly growing subtype of health tourism in last quarter century, is described as travel of patients to the health centers in foreign countries. It is unknown how far medical tourism history goes back beyond 20th century. It is known that informed consents were registered in official records in Ottoman Empire. We performed a search in informed consent documents in available Ottoman archives for patients who are not Ottoman citizen but searched medical treatment in Ottoman Empire. Our review of Konya Sheria Court Registers revealed informed consent documents for 3 foreign patients in 17th century. The fact that all patients received treatment for similar diseases suggests that patients knowingly visited Konya to admit to these doctors. The present study suggests that history of medical tourism dates back before 20th century.

**Keywords:** Medical Tourism, Ottoman Empire, Health, Informed Consent

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, [ftonga68@gmail.com](mailto:ftonga68@gmail.com)

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, [sinanbahadir@windowslive.com](mailto:sinanbahadir@windowslive.com)



## **Giriş**

Sağlık Turizmi; son yıllarda hızla yükselen ve yakın gelecekte de hızını kesmeyecek gibi gözükten bir turizm çeşididir. Bu sektörde 2006 yılında dünya genelinde 20 milyar ABD doları harcama yapıldığı ve ilerleyen dönemlerde bu rakamın artacağı öngörülmüştür. 2010 yılında sadece ABD'deki sağlık turizmi sektörünün büyüklüğü yaklaşık 400 milyon-1 milyar ABD doları civarında hesaplanmıştır (Lunt, 2014). Bu ekonomik potansiyeli nedeniyle tüm ülkelerin ilgisini çekmektedir.

Sağlık turizmi, bireylerin sağlık hizmeti almak için yaşadıkları ülkeden farklı bir ülkeye tedavi amacıyla yaptıkları seyahat olarak tanımlanır. 3 çeşit sağlık turizmi vardır. Termal Turizm, Medikal Turizm, Yaşlı ve Engelli Turizmi (Aydın, 2012).

Sağlık turizmi yüzyıllar öncesine uzanan bir geçmişe sahiptir, ancak bilinen tamamı termal turizm şeklinde gerçekleşmiştir. 18 ve 19. yüzyıllarda Avrupa'da sağlık turizmi uygulamaları artsa da, spa dışında gerçek tedavi uygulanmamıştır. Medikal Turizm çok yeni bir olgu olarak, daha çok gelişmiş ülkelerde tedavi masraflarının artması, tedavi sıralarının oluşması, hava yolculuğunun ucuzlamasının sonucu olarak son 20-30 yılda ortaya çıkmış ve hızla yaygınlaşmıştır (Connell, 2006). Medikal Turizm; hastaların büyük çoğunlukla cerrahi müdahale veya daha az olarak tıbbi tedavi amaçlı yurt dışına yapmış oldukları seyahatler olarak kabul edilmektedir (Byron, 2006; Lunt, 2014).

Yetersiz kayıtlar nedeniyle, daha eski tarihlerde gerçek tıbbi tedavi almak için yapılmış turistik seyahatlere dair delil bulmak oldukça güçtür. Ancak, Osmanlı Devleti döneminde 15. yüzyıla ait resmi kayıtlarda cerrahi rıza belgelerine rastlanmıştır (Çetin, 1993). Bundan yola çıkarak Osmanlı arşivlerinde medikal turizm ile ilgili bulgular olabileceğini düşündük ve mevcut kayıtları araştırdık.

## **Yöntem**

Bu çalışma Osmanlı Devleti'ne ait Şer'i Sicil Kayıtları incelenerek yapılmıştır. Bu kayıtlar, büyük şehirlerde görev yapan Kadı'lar tarafından yazılıp arşivlenen resmi belgelerden oluşmaktadır ve İstanbul, Bursa, Konya, Kayseri, Antep vb. gibi büyük şehirlerde tutulmaktadır. Bu kayıtlarda Osmanlı sınırları içinde ikamet eden şahısların detaylı kimlik ve adres bilgileri bulunmakta, yabancı ülkelerde ikamet edenlerin ise sadece kimlik bilgileri belirtilip detaylı adres bilgileri belirtilmemektedir. Medikal Turizm için gelen hastalar araştırılırken detaylı adres bilgileri olmayan kişilerin tespit edilmesi hedeflenmiştir. Araştırmamızda Türkiye Diyanet Vakfı İslam Araştırmaları Merkezi ([www.isam.org.tr](http://www.isam.org.tr)) dijital arşivinde bulunan Konya Şer'i sicil kayıtlarından rastgele seçilen 5890 demirbaş sayılı 16 numaralı defter, 5895 demirbaş sayılı 21 numaralı defter, 5899 demirbaş sayılı 25 numaralı defter ve 5916 demirbaş sayılı 42 numaralı defter tarandı. 16 numaralı defterde 40 adet, 21 numaralı defterde 20 adet, 25

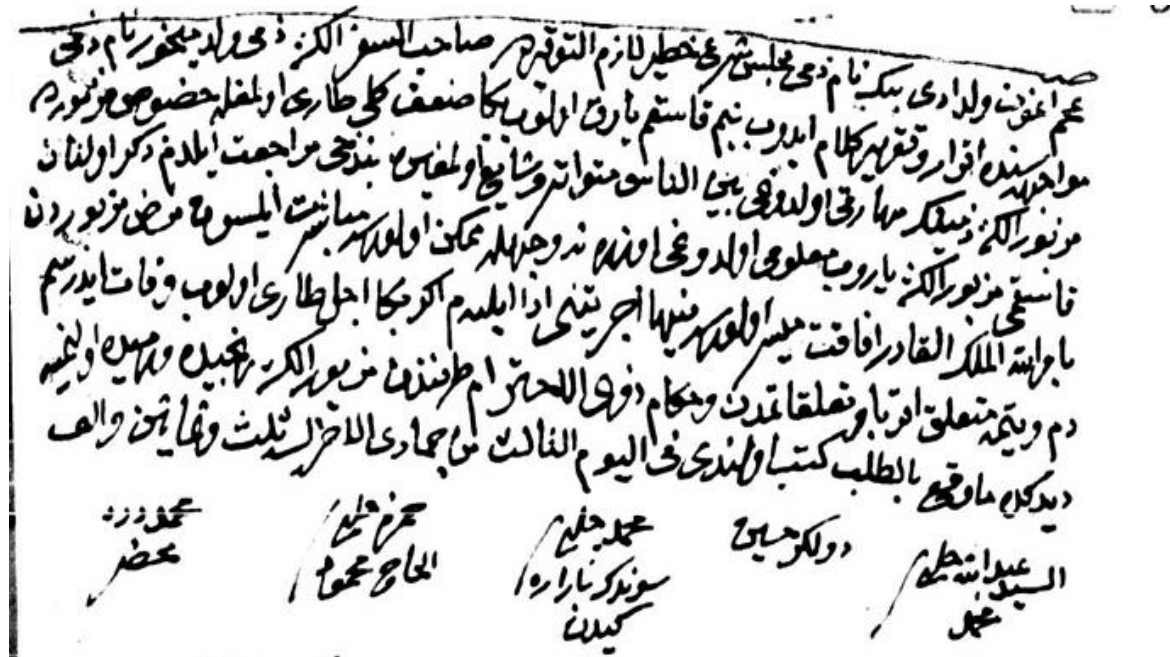
numaralı defterde 41 adet, 42 numaralı defterde ise 34 adet olmak üzere toplam 135 adet kayıt incelendi. Tüm belgeler orijinal Osmanlıca metinler olup bizzat yazar tarafından tercüme edildi.

## Bulgular

İncelenen Konya Şer'i sicil kayıtlarından 16 numaralı defterde 11 adet, 21 numaralı defterde 6 adet, 25 numaralı defterde 8 adet, 42 numaralı defterde 4 adet olmak üzere toplamda 29 adet rıza senedi tespit edildi. Rıza senetlerindeki hastaların 3 tanesi hariç diğerlerinin hepsinin adresleri (şehir, ilçe-kasaba, mahalle-köy vb), isimleri, anne veya baba isimleri tüm detayları ile mevcuttu. Diğer 3 hasta ise Acem (İranlı-TDK) hastalar olup adres bilgileri yoktu.

3 Acem hastanın resmi belgeleri 16 numaralı defter 56/1 (Resim 1, Tablo 1), 49/3 (Resim 2, Tablo 2) ve 25 numaralı defter 260/3'deki (Resim 3, Tablo 3) kayıtlardadır. Hasta isimleri ve belge tarihleri sırasıyla; Agon veled-i adıbeg 26 Eylül 1672 (Hicri 3 cemaziy-el ahir 1083), Güzel veled-i güzel 15 Eylül 1672 (Hicri 22 cemaziy-el evvel 1083), Safer veled-i mardoros 25 Temmuz 1681 (Hicri 9 recep 1092). İranlı Agon ve Güzel isimli hastalar "kasık yarığı" (kasık fıtığı) nedeniyle ameliyat yapması için cerrah Elkeşe veled-i mihor'a, Safer isimli hasta ise "fıtık" nedeniyle ilaç tedavisi uygulaması için cerrah Andon veled-i todro'ya mahkemede Kadı ve şahitler huzurunda rıza senedi vermişlerdir. Agon ve Güzel isimli hastaların Konya'da nerede konakladıkları ile ilgili herhangi bir bilgi olmamasına rağmen Safer isimli hasta Konya'da Şeyh Ahmet Efendi Hanı'nda konaklamıştır.

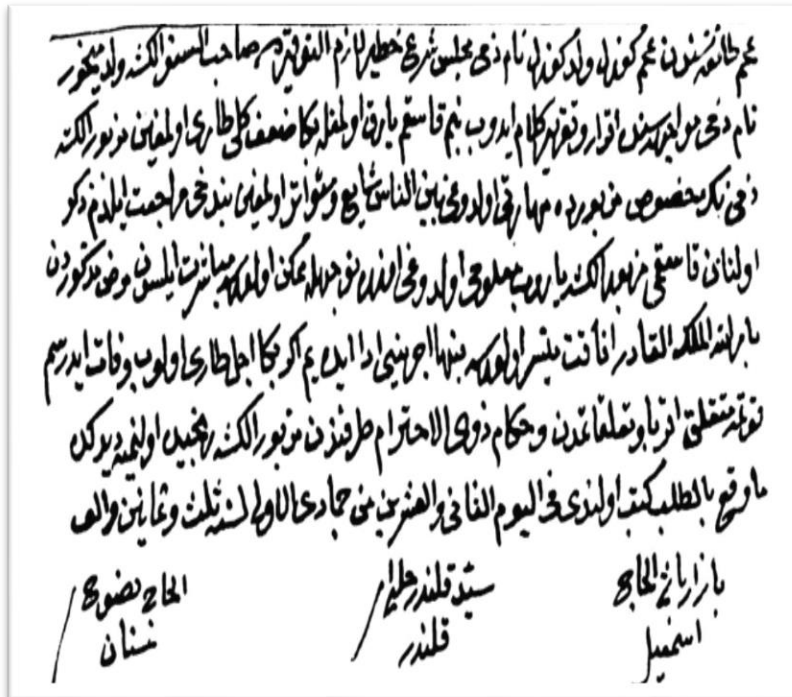
Resim 1. 16 numaralı defter 56/1



Tablo 1. 16 numaralı defter 56/1 transkripsiyonu ve günümüz Türkçesi

Transkripsiyon	Günümüz Türkçesi
<p>Acem aĝon veled-i adıbeg nâm zımmî, meclîs-i şer'i hañîr-i lâzım-üt-tevkîrde sâhib-üs-sifr elkeşe veled-i mihor nâm zımmî müvâcehesinde ikrâr ve takrîr-ü kelâm idüp benim kısığım yarığ olup bana za'fi küllî tarî olmağla husûs-u merkûmde mezbûr elkeşe zımmînin mahâretli olduĝu beyn-en-nâs mütevâtir ve şâyî' olmağın ben dahî mürâca'ât eyledim. zikrolunan kısığımı mezbûr elkeşe yarıp ma'lûmu olduĝu üzre ne vech-ile mümkün olursa mübâşeret eylesün. marağ-ı mezbûrdan bi-emrillâh-il-melik-il-ğâdir ifâkât müyesser olursa fihâ ücretini edâ eyleyim. eger bana ecel tarî olup vefât idersem dem ve diyetime müte'allik akrabâ ve te'allükâtımdan ve hükkâm-ı zev-il-ihtirâm tarafından mezbûr elkeşe rencide ve remîde olunmaya dedik de mâ-vağa' bi-ğ-ı taleb ketb olundu. bin seksen üç senesi, cemâziy-el-âhir, üçüncü günü. şâhitler: Es-seyyid 'abdullah ĥalîl muħammed, dülger ĥayri, muħammed ĥalîl, ĥamza ali el-ĥâc maħmûd.</p>	<p>İrânlı Adıbeg oĝlu Agon isimli gayri müslim, belge sahibi Mihor oĝlu Elkeşe isimli gayri müslimin huzurunda mahkemede kabul ve tasdik edip söylediklerini resmi olarak yazıya dökerek "Benim kasık fitiğim olup bu konuda Elkeşe'nin insanlar arasında şüphe götürmeyecek derecede becerikli olduĝu yaygın olarak bilindiğinden ben de ona müracaat ettim. Elkeşe, bildiği şekilde kısığımı ameliyat edip başarılı olsun. Bu hastalıktan iyileşirsem ücretini ödeyeyim. Eger ölürsem şikayet ve kan paramla alakalı olarak Elkeşe, akraba ve yakınlarım ve siz hakimler tarafından incitilmesin ürkütölüp korkutulmasın (ceza ve tazminat davası açılmasın)." dedi. Bu olay Bin seksen üç senesi, cemaziy-el-ahir, üçüncü günü kayıt edildi. Şahitler: Es-Seyyid Abdullah Halil Muhammed, Dülger Hayri, Muhammed Halil, Hamza Ali El-Hac Mahmud.</p>

Resim 2. 16 numaralı defter 49/3



**Tablo 2. 16 numaralı defter 49/3 transkripsiyonu ve günümüz Türkçesi**

Transkripsiyon	Günümüz Türkçesi
<p>Acem t̤âifesinden güzel veled-i güzel nâm zımmî, meclîs-i şer'î hañîr-i lâzım-üt-tevkîrde sâhib-üs-sifr elkeşe veled-i mihor nâm zımmî müvâcehesinde ikrâr ve takrîr-ü kelâm idüp benim k̤asığım yarık olmakla bana za'fî küllî tarî olmağın mezbûr elkeşe zımmînin h̤usûs-u mezbûrde mahâretli olduğu beyn-en-nâs mütevâtir ve şâyi' olmağın ben dañî mürâca'ât eyledim. zikrolunan k̤asığımı mezbûr elkeşe yarıp ma'lûmu olduğu üzre ne vech-ile mümkün olursa mübâşeret eylesün. maraž-ı mezkûrdan bi-emrillâh-il-melik-il-kâdir ifâkât müyesser olursa fihâ ücretini edâ edeyim. eger bana ecel tarî olup vefât idersem fevtime mûte'allik akrabâ ve te'allükâtımdan ve hükkâm-ı zev-il-ihtirâm tarafından mezbûr elkeşe rencide olunmaya dedik de mâ-vaqa' bi-ñ-ñaleb ketb olundu. bin seksen üç senesi, cemâziy-el-evvel, yirmi ikinci gün. şâhitler: pazarbâşı el-hâc isma'il, seyyid k̤alender halîm el-k̤alender, el-hâc nasûh sinân.</p>	<p>İran halkından Güzel kızı Güzel isimli gayri müslim, belge sahibi Mihor oğlu Elkeşe isimli gayri müslimin huzurunda mahkemede kabul ve tasdik edip söylediklerini resmi olarak yazıya dökerek "Benim kasık fıtığımla olup bu konuda Elkeşe'nin insanlar arasında şüphe götürmeyecek derecede becerikli olduğu yaygın olarak bilindiğinden ben de ona müracaat ettim. Elkeşe, bildiği şekilde kasığımı ameliyat edip başarılı olsun. Bu hastalıktan iyileşirsem ücretini ödeyeyim. Eğer ölürsem ölümümle alakalı olarak Elkeşe, akraba ve yakınlarım ve siz hakimler tarafından incitilmesin (dava açılmasın)." dedi. Bu olay bin seksen üç senesi, cemâziy-el-evvel, yirmi ikinci günü kayıt edildi. Şahitler: Pazarbaşı El-Hac İsmail, Seyyid Kalender Halim El-Kalender, El-Hac Nasuh Sinan.</p>

**Resim 3. 25 numaralı defter 260/3**



**Tablo 3. 25 numaralı defter 260/3 transkripsiyonu ve günümüz Türkçesi**

Transkripsiyon	Günümüz Türkçesi
Maḥmiye-i konyada şeyḫ aḥmed efendi ḥânında misâfîren sâkin olan safer veled-i mardoros nâm acem zımmî, meclîs-i şer'i ḥaḫîr-i lâzım-üt-tevḫîrde ḥâmil-i hâze-sifr andon veled-i todro nâm zımmî cerraḫ müvâcehesinde iḫrâr-ı tâm ve taḫrîr-ü kelâm idüp, ben fıtık marazına mübtelâ olup bana küllî za'fi ḫârî olmakla mezkûr andon'un maraz-ı mezbûr mu'âlecesinde ḥazâḫat ve mahâreti beyn-en-nâs şâyi' ve mütevâtir olmakla ücretle mürâca'ât eyledim. ne vech-ile mümkün olursa 'ilâç eylesun. eger ifâḫat müyesser olursa minhâ ve eger mevt ḫârî olup esnây-ı mu'âlecede helâk olursam merḫûm andon ile dem ve diyetime müte'allik da'vâ ve nizâḫım yoktur. zımmetini ibrâ ve isḫâḫ eyledüm. veresem taraflarından ve ḥükkâm-ı kirâm câniblerinden cerraḫ-ı mezkûr rencide olunmaḫa dedik de ḡıbb-üt-tasḫîḫ mâ vaka' bi-ḫ-ḫalep ketb olundu. Bin doksan iki senesi, recep, dokuzuncu gün. şahitler: molla ḥüseyin ebû bekir, ḥasan muḫammed, maḫmud aḫmet.	Büyükşehir Konya'da Şeyh Ahmet Efendi Hanı'nda misafir olarak kalan İranlı Mardoros oğlu Safer isimli gayri müslim, belge sahibi gayri müslim Todro oğlu Andon isimli cerrah huzurunda mahkemede kabul ve tasdik edip söylediklerini resmi olarak yazıya dökerek "Ben fıtık hastalığına yakalandım, Andon'un bu hastalığın tedavisinde uzman ve becerikli olduğu insanlar arasında şüphe götürmeyecek derecede yaygın olarak bilindiğinden ben de ona müracaat ettim. Bana ilaç tedavisi yapsın, iyileşirsem ücretini ödeyim, eğer ilaç tedavisi sırasında ölürsem şikayet ve kan paramla alakalı Andon ile dava ve çekişmem yoktur, borcunu temize çıkardım ve hükümsüz bıraktım. Varislerim ve siz hakimler tarafından incitilmesin (dava açılmasın)." dedi. Bu olay bin doksan iki senesi recep ayının dokuzuncu günü kayıt edildi. Şahitler: Molla Hüseyin Ebu Bekir, Hasan Muhammed, Mahmud Ahmet.

### Sonuç ve Tartışma

İnsanlar sağlıkları için tarihin her döneminde daha iyi tedavi alabilecekleri yerlere yolculuk etmişlerdir. Bu bağlamda sağlık turizminin eski çağlardan beri mevcut olduğu söylenebilir. Modern tıbbın gelişiminden önce, sağlık turizmi mineral termal kaplıcalar ve hamamlardan oluşmaktaydı. Eski çağlarda, bu kaynaklar aynı zamanda kutsal sayılıyordu. Yunan medeniyetinin zirvede olduğu dönemde, kıtanın her yerinden insanlar Yunanlıların şifalı tapınaklarına geliyordu. Zaman içinde dinin yeri azalsa da sağlık turizmi kaplıcalar üzerinden devam etti. 1326 yılında Fransa'da demirden zengin kaplıcaların keşfi, bu bölgeye ziyaretçi çekmeye başladı. 1700'lerde İngiltere'deki spa merkezleri ön plana çıkmış ve hastaları için cazibe merkezi oldu (Li, 2014). Bu tedavi türü, günümüzde sağlık turizminin alt kolu olarak termal turizm şeklinde sınıflandırılmaktadır (Aslanova, 2013). 19. yüzyıldan itibaren modern tıbbın gelişmesi ve etkin tedavi çözümleri sunması üzerine özellikle 2. Dünya Savaşı sonrasında termal turizme olan talep yok olmasa da asırlardır devam eden cazibesini büyük ölçüde kaybetmiştir (Li, 2014).

Hastaların cerrahi müdahale veya tıbbi tedavi amaçlı yurt dışına seyahat yapmaları olarak tanımlanan medikal turizm, 19. yüzyılda modern tıbbın ve teknolojinin gelişmesi ile başlamıştır. 20. yüzyılın sonlarına kadar medikal turizm, yaşadığı ülkede tedavi olanağı olmayan hastaların tedavi amacıyla dış ülkelere gitmesi ile sınırlı kalmıştır. 1980 ve 1990'larda Küba, göz, kalp ve estetik cerrahi gereksinimi olan yabancı hastaları ülkeye çekmek için bir program başlatmış ve daha ucuz ve hızlı tedavi seçenekleri sunmuştur. 1997 Asya krizi sonrasında Tayland, krizden çıkmak için medikal turizme yatırım yapmış ve plastik cerrahi alanında yabancı hastalara daha ucuz çözümler sunmuştur. İlk başlarda batılı zenginlere hitap eden medikal turizm, taleple birlikte olanakların artmasıyla orta sınıfın da ulaşabilmesine uygun hale gelmiştir (Li, 2014). Günümüzde medikal turizm iki yönlüdür. Teknoloji yetersizliği nedeniyle az gelişmiş ülkelerdeki hastalar Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerini tercih ederken bu ülkelerdeki hastalar ise ucuz tedavi olanakları nedeniyle Asya ve Latin Amerika ülkelerini tercih etmektedir (Aslanova, 2013).

Bildiğimiz kadarıyla, günümüzde hızla büyüyen medikal turizmin 19. yüzyıl öncesindeki mevcudiyeti hakkında yapılmış bir çalışma yoktur. Çalışmamızda, içinde bulunduğumuz coğrafyada hüküm sürmüş Osmanlı dönemi değerlendirilmiştir. Osmanlı Devleti'nin idari taksimatı içinde yer alan eyaletler, vilayetler ve kazalar aynı zamanda yargı merkeziydi. Her yargı merkezinde bir kadı görevli olup Şer'i mahkeme adı verilen kurumda görev yapmaktaydı. Genel olarak İslam Hukukunun uygulandığı şer'i mahkemeler, devletin son bulması ile birlikte tarihe karışmışlarsa da bu mahkemelerden kalan defterler, yaşanan döneme ait hukuki, iktisadi, dini, askeri, tarihi ve idari müesseseler ve o zamanki toplumun yapısı hakkında bize çok değerli tarihi belgeler sunmaktadır. Şer'i mahkemelerde tutulan bu defterler genellikle "sicillat-ı şer'iyeye" "defatir-i şer'iyeye" "kadı sicilleri" ve "sicillat-ı mahkeme" olarak anılmakta, en yaygın olarak da "şer'iyeye sicilleri" tabiri kullanılmaktadır. 15. yüzyılın ikinci yarısından 20. yüzyılın ilk çeyreğine uzanan şer'i siciller, insanlarla ilgili olan tüm hukuki olayları, kadıların karar suretlerini ve yargıyı ilgilendiren çeşitli belgeleri ihtiva edip Osmanlı toplumunun en üstünü ilgilendiren olaylardan (padişahların vefatı, şehzade ve hanım sultanların doğumu vb.) fetva suretleri, tayin emirleri, yangın, sel, fırtına, zelzele, kar, dolu gibi günlük olaylara kadar pek çok bilgiyi barındırmaktadır (Yılmaz, 2000). Tıp tarihi, tıp deontolojisi ve tıbbi folklorumuzu ilgilendiren kayıtlara da rastlanmış, sicillerin bu bakımdan ele alınıp incelenmesi sonucunda tedavi öncesinde düzenlenen rıza senetlerinin Osmanlı'da 1486 yılından itibaren kullanıldığı saptanmıştır (Çetin, 1993). Yapılan diğer çalışmalarda Bursa'ya ek olarak Ayıntab (Antep), İstanbul, Kayseri ve Konya, şer'i sicillerinde de rıza belgelerine rastlanması, bu uygulamanın Osmanlı Devleti'nde genel kabul görmüş bir uygulama olduğunu göstermektedir (Arda, 2014; Aslan, 2018; Demir, 2012). Bu nedenle, çalışmamızı günümüzden 600 yıl önceye kadar kayıtlara sahip bu defterler üzerinden gerçekleştirdik.

İncelediğimiz Konya şer'i sicillerinde 29 rıza senedi saptanmış olup bunların üçü yabancı ülke vatandaşlarına ait rıza senedi idi. Bu hastaların üçü de İranlı olup iki farklı gayri müslim doktora başvurdukları anlaşılmıştır.

Demir'in yaptığı çalışmada 1659-1749 yılları arasında 58 adet rıza senedine rastlanmıştır (Demir, 2012). Bildiğimiz kadarıyla, daha önce Osmanlı tarihinde medikal turizm varlığı ile ilgili hiçbir çalışma yapılmamıştır. Bulduğumuz üç kayıttan ikisi, Demir tarafından yapılan rıza belgesi taramaları sırasında da bulunmuş, hastaların Acem diyarından (İran) oldukları belirtilmiştir. Demir, bu hastaların Konya'da tedavi olmasını, Konya'nın dönemin en işlek yollarından biri olan Üsküdar ile Mekke-Medine arasındaki ana yol üzerinde olmasına bağlamıştır. Yolculuk sırasında rahatsızlanan bu kişilerin Konya gibi büyük bir şehirde hastalıklarına çare aramış oldukları varsayılmıştır. Ancak, 17.yüzyıl Osmanlı-İran sınır hattındaki barış halinde bile devam eden gerginlikler göz önüne alınırsa İranlı bir kişinin bahsi geçen yola seyahat amaçlı dahil olması teorik olarak mümkünse de çok mantıklı değildir. Ayrıca, Demir'in yorumu kabul edilse bile, söz konusu sağlık hizmeti, medikal turizm değil, farklı bir kavram olan turist sağlığı kapsamına girmektedir. Medikal turizm, asıl amacı sağlık nedeniyle tedavi almak üzere yapılan seyahatle ilgili olup turist sağlığı ise turistik bir faaliyet sırasında ortaya çıkan hastalık nedeniyle alınan temel sağlık hizmetleri, ilk yardım, acil tedavi ve yoğun bakım gibi tedavi hizmetleri ile her çeşit kaza ve bulaşıcı hastalıklardan korunma amaçlı önlemleri ifade etmektedir (Gülmez, 2012). Bu açıdan bakıldığında, fitik özellikleri itibari ile turist sağlığı kapsamında değerlendirilebilecek bir sağlık sorunu değildir. Nitekim hastaların kasık fitiğinden rahatsız olmaları ve şahitlerle birlikte mahkemeye giderek kadı huzurunda ilgili cerraha rıza senedi vermeleri durumun acil bir tedavi olmayıp elektif olduğunu göstermektedir. Son olarak, her iki şahıs da aynı doktora aynı hastalık nedeniyle başvurmuş bulunmakta, bu da bu hastaların söz konusu doktorun bu hastalık konusunda yetkin olduğunu duyarak bu doktora başvurduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde, üçüncü hastamız da Acem diyarından gelmiş olup aynı hastalık için bir diğer doktora başvurmuş bulunmaktadır. Kadı kayıtlarında bu kişinin Konya'daki bir handa konaklamakta olduğu belirtilmiştir ki; seyahat etmekte olan bir yolcunun uzun süreli handa konaklaması pratik gözükmemektedir. Bu nedenlerden ötürü bu hastaların turistik ziyaretleri sırasında hastalandıklarını değil, özellikle sağlık sorunlarına şifa bulmak için Konya'ya seyahat ettiklerini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki hastaların, günümüzün aksine daha ucuz olduğu için değil, daha iyi tedavi almak için bu seyahati gerçekleştirdiklerini düşünüyoruz. Uygun maliyet, medikal turizmin yaygınlaşmasının sebeplerinden biri olmakla beraber, medikal turizmin daha az olduğu dönemlerde az gelişmiş ülkelerdeki zengin insanların, daha iyi tedavi olmak için gelişmiş ülkelere gittikleri bilinmektedir (Connell, 2006). Bu nedenle, çalışmamızdaki hastalar, 1980'lere kadar olan daha iyi tedavi için yapılan seyahat eğilimiyle de uyum içindedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle, bu kişilerin özellikle sağlık hizmeti almak için Konya'ya geldiklerine dair kesin kanıt yoktur. Ancak bu kişilerin sürekli çatışma içinde buldukları bir ülkeye gelip benzer hastalık için aynı doktora başvurmaları, bu hastaların bilerek bu doktorlara geldiklerine işaret etmektedir. Bir diğer kısıtlılık, yaptığımız çalışmada mevcut Şer'i sicil defterlerinin çok küçük bir bölümünü değerlendirmiş olmamızdır. Diğer defterlerde daha eski tarihli başka benzer kayıtların da olabileceği unutulmamalıdır. Yine de bu çalışma, bilinen anlamda medikal turizme işaret eden hâli hazırda en erken tarihli belgeleri ortaya çıkarması açısından anlamlıdır.

Bulgularımız, orta doğuda tıbbi tedavi veya cerrahi müdahale amaçlı medikal turizmin (şimdiki kadar yaygın olmamakla beraber) çok daha eski tarihlere dayandığını göstermektedir. İranlı hastaların tedavi için Osmanlı devletine seyahat etmeyi seçmiş olması, Osmanlı devletinde tababet seviyesinin çevre ülkelerden ileri olduğunu düşündüren dolaylı bir bulgudur.

Sonuç olarak, bulgularımız medikal turizmin 20. asırdan çok daha önceleri başladığına işaret etmektedir. Medikal turizm ile ilgili araştırmalar 20. yüzyıl ile sınırlanmamalı, daha eski tarih ve farklı coğrafyalardaki varlığı da araştırılmalıdır.



## Kaynakça

1. Arda, B., Aciduman, A. (2014) "Ayıntab Şer'î Mahkeme Sicilleri'nden örneklerle tıp ve hekimlik üzerine gözlemler", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 4, 283-287.
2. Aslan, N., Korkmaz, Ö. (2018) "Hekim Sorumluluğu Bağlamında Aydınlatılmış Onam - İslam/Osmanlı Hukuku Uygulamaları-", Turkish Studies, 15, 9-20.
3. Aslanova, K. (2013) "Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku", Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 3, 129-145.
4. Aydın, D. (2012) Sağlık Turizmi El Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları
5. Connell, J. (2006) "Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery", Tourism Management, 27, 1093-1100.
6. Çetin, O. (1993) "Bursa Şer'iyye Sicilleri Işığında Osmanlılarda İlk Tıp Fakültesi Bursa Darüşşifası ve Tıbbî Faaliyetler", Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, 4, 121-150.
7. Demir, A. (2012) "Konya Şer'iyye Sicillerinde Rıza Senedi Örnekleri (1659-1749)", International Journal of History, Özel sayı, 31-46.
8. Gülmez, Z. (2012) "Türkiye'de ve Dünya'da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
9. Li, H., Cui, W. (2014) "Patients without borders: The historical changes of medical tourism", University of Western Ontario Medical Journal, 2, 20-22.
10. Lunt, N., Smith, R.D., Mannion, R., Green, S.T., Exworthy, M., Hanefeld, J., Horsfall, D., Machin, L., King, H. (2014) "Implications for the NHS of Inward and Outward Medical Tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed methods approaches", Health Serv Deliv Res, 2.
11. Newman, B.Y. (2006) "Medical Tourism", Optometry-Journal of the American Optometric Association, 12, 581.
12. Yılmaz, Y. (2000) "Trabzon'un 1967/153 Numaralı H.1257-1260 Tarihli Şer'iyeye Sicil Defteri" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.

# Hasta-Hekim İlişkileri ve Hasta Hakları Açısından Aydınlatılmış Onam: Avrupa ve Osmanlı Tarihi

## Informed Consent Regarding Patient-Doctor Relationship and Patient Rights: European and Ottoman History

Faruk TONGA<sup>1</sup>

### ÖZET

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilme ve onaylarının alınması, tarih boyunca sıkıntılı süreçlerden geçmiştir. Günümüzde Aydınlatılmış Onam veya Rıza Belgeleri; tıbbi tedavi öncesi hasta ve hekim arasında imzalanan bir belge olup, hastalığın seyri, tedavi seçenekleri, tedavi ve müdahalenin amacı ve olası riskleri içermektedir. Çalışmada aydınlatılmış onamın Avrupa ve Osmanlı tarihindeki gelişimini ve aradaki farkları değerlendirdik. Avrupa tarihine bakıldığında, hastaların hastalıkları ve tedaviler konusunda bilgi alma hakları 18. yüzyılda kabul edilmeye başlanmış, 19. yüzyılda hastalardan izin alınmaya başlanmış ve 20. yüzyılda yasal zemine oturmuştur. Osmanlı tarihine bakıldığında, İslam hukukunun da etkisiyle devletin kuruluşundan itibaren hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi ve tedavide onaylarının alınması kabul edilmiş, bulabildiğimiz kadarıyla da 15. yüzyıldan itibaren hasta rızaları resmi kayıtlara geçirilmiştir. Hasta-hekim ilişkisinde, hastaların hakları ve onaylarının alınması farklı coğrafya ve kültürlerde farklı zamanlarda gelişmiş olmakla birlikte gelenen aşamalar benzer olmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Aydınlatılmış Onam, Osmanlı Devleti, Avrupa, Hasta Hakları, Rıza Belgesi

### ABSTRACT

Informing the patients about their diseases and getting their consents have endured a troubled process throughout history. Today, informed consent, a document signed between the patient and physician before a medical treatment, include the course of the disease, treatment options, the purpose of the treatment and intervention and the possible risks. In this study, we evaluated the evolution of the informed consent in European and Ottoman history and the differences between them. When we look at the European history, patients' right to be informed about their disease and treatment began to be accepted in the 18th century, granting permissions from patients began in 19th century and were placed on a legal ground in the 20th century. When we look at the Ottoman history, patients' right to be informed about their diseases and give consents was accepted from the beginning due to influence of Islamic law, and patients' consents have been recorded as early as 15th century according to our findings. In the patient-doctor relationship, the rights of the patients and getting their consents were developed at different times in different geographies and cultures, but the stages were similar.

**Key Words:** Informed consent, Ottoman Empire, Europe, Patient Rights, Consent Form

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, [ftonga68@gmail.com](mailto:ftonga68@gmail.com)

## Giriş

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de hastaların bilgilendirilmesi ve tıbbi girişimlerden önce rızasının alınması için yasal düzenlemeler mevcuttur. Cumhuriyet döneminin ilk kanunlarından olan 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesiyle hekimlere her çeşit girişimden önce hastanın kendisinden ya da veli/vasisinden izin almaları zorunluluğu getirilmiş olup, eğer bu girişim büyük bir ameliyat ise bu iznin yazılı olarak alınması gerektiği belirtilmiştir. Anayasamızın 17. Maddesi'ndeki "Herkes, yaşama ve manevi varlığını geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" hükmü ile de T.C. vatandaşlarının vücut dokunulmazlığı güvence altına alınmıştır. 01.08.1998 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgi alma hakkını detaylandırmıştır. Bu bilgilendirmenin kapsamı;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarını içermelidir.

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir. Mevcut yönetmelikle hastanın rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamayacağı hüküm altına alınmış, tıbbi müdahalede hastanın rızası ve izin hakkı, tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı, rıza formu (onam belgesi), rızanın şekli ve geçerliliği detayları ile yasal zemine oturtulmuştur. Buna göre tıbbi müdahalelerde bizzat hastanın rızasını almak esastır. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Tıbbi müdahaleler için Sağlık kurum ve kuruluşunca 15inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Her tıbbi müdahale ve tedavi için ayrı onam alınmalıdır, genel rıza almak geçerli değildir.

## Resim 1. Halen kullanmakta olduğumuz onam belgelerinden bir örnek

	<b>KRANİOSİNESTOZ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ</b>	DOKÜMAN NO	HD.RB.023
		İLK YAYIN TARİHİ	25.11.2015
		REVİZYON TARİHİ	
		REVİZYON NO	00
		SAYFA NO	1 / 2

Sayın hasta/vekilli yasal temsilcisi;

Sağlık durumunuz/hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/hastanıza önerilen tıbbi, cerrahi yada teşhis yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları yada bir kısmını reddetmek veya kabul etmek,yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahiptir.

Sizden okuyup, anlamazı istediğimiz bu belge, sizi ürktürmek yada yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

### 1-İşlemin Adı: Kraniosinestoz Ameliyatı;

**Yöntem:** Kraniosinestoz kafa kemikleri arasındaki eklem yerlerinin gelişmemiş olması ile ilgili doğumsal bir hastalıktır..

Bu duruma ameliyat ile kesin olmamakla birlikte kısmen çözüm getirilebilir. Ameliyatta kafa ve yüzü oluşturan kemikler cilt kesisi veya kesileri ile ortaya konacak, kemik alınarak kemik boşlukları yaratılabilir, kafa ve yüzü oluşturan kemikler yerlerinden çıkartılıp düzleştirilerek uygun yeni pozisyonlarda yerleştirilecek, bu kemiklerin tesbiti için plak ve vida, tel veya dikici ipliği dahil olmak üzere çeşitli malzemeler kullanılabilir.

**2-İşlem Dr.....tarafından gerçekleştirilecektir.**

### 3-İşlemden Beklenen Faydalar:

Yapılacak olan ameliyat bu sorun karşısında ancak kısmen bir çözüme ulaşabilir. Ameliyat sonrası kafa kemikleri arasında geniş kemik boşlukları olabilir. Bu uygulanan cerrahi tekniğin gereğidir. Uygulanacak ameliyat arzu edilen amaca ancak zaman içinde ulaşabilir, yöntemin de garantisizdir. Ameliyat sonrasında büyük kemik parçaları ortaya konacak, bazıları çıkartılacak ve ciddi kanamalar kan naklini gerektirebilir. Yapılacak ameliyatın uygulama zorlukları bulunup garantisi yoktur. Ameliyat sonrası cilt altında biriken kan birkaç gün süre ile yüzde, kafada şişmeye neden olacak, kan naklini gerektirebilir.

### 4-İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Olumsuzluklar:

İşlemin uygulanmaması durumunda, hastanın eklem yerleri gelişmemiş olduğundan dolayı yüz ve kafa yapısı etkilenerek, estetik veya işlevsel bozukluklara yol açacaktır. Bu bozukluklar arasında görme ve beyin gelişimi ile ilgili geri dönüşümsüz durumlara karşılaşılabılır

### 5-İşlemin Alternatif Yöntemleri:

• Her türlü riski göze alıp kraniosinestoz ameliyatını yaptırmamak.

**Alternatif yöntemlerin başarısı cerrah kadere etkilidir ve ölüm riski daha yüksektir.**

### 6-İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları:

**Ameliyatın Riskleri:** Yapılacak cerrahi uygulamanın faydaları yanında oluşabilecek riskler de bulunmaktadır.

Oluşabilecek risk ve komplikasyonların bazıları;

• **Anestezi riski:** Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında (ameliyatta hastaya verilen pozisyon nedeniyle) riskler vardır. Ayrıca, anestezinin her şekilde ve sedasyonda da ilaçlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlar ve zararlar bulunmaktadır.

• **Kanama:** Çok nadir olsa da ameliyat sırasında veya ameliyat sonrasında ileri derecede olabilecek bir kanama riski vardır. Kanama durumunda ek bir tedaviye veya kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulabilir. Antienflamatuar ilaçlar gibi medikasyonların kullanımı kanama riskini artırabilir.

• **Kan pıhtısı oluşumu:** Kan pıhtısı her çeşit ameliyat sonrası oluşabilir. Kanama bölgesinde oluşan pıhtılar kan akımını engelleyip ağrı, ödem, inflamasyon veya doku hasarı gibi komplikasyonlara yol açabilir.

• **Beyin yaralanması:** Nadir de olsa uygulanacak işlemin alttaki beyin dokusuna hasar verme gibi bir riski mevcuttur. Bu hasardan kaynaklanan semptomlar ameliyat alanının yerine göre değişiklik gösterebilir.

	<b>KRANİOSİNESTOZ AMELİYATI HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ</b>	DOKÜMAN NO	HD.RB.023
		İLK YAYIN TARİHİ	25.11.2015
		REVİZYON TARİHİ	
		REVİZYON NO	00
		SAYFA NO	1 / 2

• **Kardiyak komplikasyonlar:** Ameliyatın, düzensiz kalp ritmine veya kalp krizine yol açma gibi düşük bir riski bulunmaktadır.

• **Ölüm:** Çok nadir olsa da ameliyat sırasında veya sonrasında ölüm riski mevcuttur.

• **İnfeksiyon:** İnfeksiyon cilt kesi bölgesinde olabileceği gibi kemik flebinden de kaynaklanabilir. İnfeksiyona bağlı riskler arasında menenjit oluşumu (beyin ve omuriliği saran zarların iltihabı) ve beyin apsesi (irin birikimi) bulunur.

• **Ameliyat sonrası nörolojik fonksiyonlarda gerileme:** Ameliyat sonrası olabilecek kanama veya serebral ödem (beyine baskı yapacak kadar bölgede sıvı toplanması) nedeniyle nörolojik fonksiyonlarda gerileme riski az da olsa mevcuttur.

• **Solunum problemleri:** Ameliyat sonrası, genelde geçici olan solunum sıkıntısı veya pnömoni görülebilir. Pulmoner emboli (akciğerlerin damarlarının tıkanması) görülebilir.

• **Nöbet (havale):** Beyindeki anormal bir elektriksel olay nöbet/havale geçirmeye neden olabilir ve bu durum kafa içi kanaması, doku hasarı gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

### Önemli Hususlar:

**Alerji/Kullanılan İlaçlar:** Hastanın Doktora bilinen tüm alerjileri hakkında bilgi vermesi gerekir. Ayrıca kullanılan reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasası ilaçlar, alkol ve uyutucu/uyuşturucular konusunda da bilgilendirme yapılmalıdır.

**Tütün ve Tütün Mamülleri:** Ameliyat öncesinde veya sonrasında tütün ve tütün mamülleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmenin iyileşme sürecini uzatmasına neden olabilir. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsa yara iyileşme sorunlarıyla daha büyük bir oranda karşılaşma riski vardır.

**Dokunun Kullanımı:** Hastanın durumunu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı süreçte medikal literatürde yayınlanabilir.

**Tıbbi Araştırma:** Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlardan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla yapılabilir.

**Fotoğraf/İzleyiciler:** Yapılacak ameliyatın, hasta vücudunun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kayda resimleri alınabilir. Bu kayıtlarda hasta kimliğini ortaya koymaması için özen gösterilir.Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemciler alınabilir.

Yukarıdaki çalışmalara katılmayı reddedebilir ve bu reddin herhangi bir şekilde hastanın tedavisini olumsuz yönde etkilemeyeceği bilinmelidir. Formu imzladıktan sonra bile hasta yada yakınının fikrini değiştirme imkanı vardır.

### 7-İşlemin Tahmini Süresi:

**8- (Hasta kendi el yazısı ile işlemleriyle yapılmasını kabul ettiği yazmalıdır.)**

9-Hastanın/Yasal vasisinin Adı-Soyadı-İmza Doktor Adı-Soyadı-İmza

10-Rızanın Alındığı Tarih:...../...../..... Saat:.....

Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılır ve rıza formu hem hasta veya kanuni temsilcisi tarafından, hem de bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Bir nüsha hastanın dosyasına konular, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir.

Kendi kliniğimizde de 2005 yılından beri yukarıda belirttiğimiz yasal mevzuata uygun şekilde her hastalık için ayrı "Hasta Bilgilendirme ve Rıza Formu" kullanılmaktadır (Resim 1).

## Avrupa'da Hekim-Hasta İlişkileri ve Rıza Belgeleri

Antik Yunan'da hekim-hasta ilişkisi hekim tarafına baskındı. Hekimler, hastalarının güveni doğrultusunda tıbbi tedavileri uyguluyorlardı. Bu nedenle muhtemel komplikasyonlar konusunda hastaların bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine dahil olmaları hekime karşı güven

duygusunu sarsacağı görüşü hakimdi. Hekimler için Pirimum Non Nocere (Öncelikle zarar verme), hastalar için de tedavide hekime boyun eğmek çok güçlü bir ilkeydi (Yıldırım, 2010).

Ortaçağ ve erken aydınlanma çağında, birkaç istisna dışında tedavi sürecinde hastaların bilgilendirilmesi ve onaylarının alınması ile ilgili ciddi bir gelişme olmamıştır. Hastanın hekimi dinleme kapasitesi olduğuna dair yeni fikirler Aydınlanma Çağı'nda ortaya çıkmaya başlamış, hastaları bilgilendirme ve etik ilkeler dönemin bilim adamları tarafından tartışılmıştır. Bu tartışmalar; hastalıklarının ve uygulanacak tedavinin zorluklarını öğrenecek olan hastaların nasıl bir tepki verecekleri ve bu durumun hekime olan güveni nasıl etkileyeceği endişelerini taşımaktaydı. Dr. Samuel de Sorbiere (ölüm 1670) genç doktorlara, akıllı bir doktorun her zaman zihninin bir köşesinde, hastayı rahatlatmak için söyleyeceği bir kaç saçmalığı hazır tutması gerektiğini ve hastalara karşı dürüstlüğü kaçınılması gereken bir tehlike olduğunu öğütlemesi; hekimlerde hastalarına gerçekleri açıklamama fikrini teşvik etmiştir (Jones, 2007).

Birleşik Krallıktan John Gregory (1724-1773) ile ABD'den Benjamin Rush (1746-1813); hastaların tedavi süreçlerine katılmaları konusundaki endişelerini dile getirmiş, hastalara doktorun talimatlarını anlayacak, bunlara uymaya motive olacak kadar eğitim verilmesini istemiştir. Hatta Benjamin Rush hekimlere, ciddi durumlarda tavizsiz otorite sergilemelerini önermiştir (Beauchamp, 1995).

Aynı dönemde, eğitim düzeyinin yükselmesiyle beraber hastalar da haklarını aramak için mahkemeye başvurmaya başlamıştı. İngiltere'de 1767 yılında Slater isimli hasta, kırılan ayağının tedavisi için müracaat ettiği cerrahları (Baker ve Stapleton); iyileşmekte olan kemiğini yeniden kırarak kemiğine metal bir parça koyduklarından dolayı mahkemeye verdi. Mahkemede dönemin tanınmış 3 cerrahı bilirkişi olarak dinlendi. Bu cerrahlar hastaya yapılan işlemin deneysel bir işlem olduğunu ve kemiğine takılan demirin gerekli olmadığını beyan etti. Mahkeme hastanın onayına gerek olmamakla birlikte yapılacak işlem hakkında hastanın detaylıca bilgilendirilmesi gerektiğine karar vererek Baker ve Stapleton'a 500 sterlin (şu an karşılığı 80.000 sterlin) tazminat ödemeye hükmetti (Conti, 2017).

Öte yandan Thomas Percival, Tıp Etiği (Medical Ethics, 1803) kitabında; ciddi sonuçlar doğurabilecek sorular soran hastalara doğru cevap verilmesinin ve gerçeklerin açıklanmasının çok büyük hata olduğunu savunur. Hatta bu görüşü, Amerikan Tıp Cemiyeti (The American Medical Association - AMA) tarafından da benimsenir ve ilk etik koda (Code of Medical Ethics, 1847) girer. Hemen hemen aynı yıllarda Rev. Thomas Gisborne ise Percival'in aksine hekimlere; hastalıklar ve tedavi süreçleri hakkında muhtemel tehlikelerin ve sonuçlar hakkındaki belirsizliğin asla hafif gösterilmeye çalışılmamasını öğütüyordu. Tüm bu tartışmalara rağmen Avrupa'da 18.yüzyıl ve 19.yüzyılda bile genel kanaat, büyük oranda tıbbi bilgilerin dikkatle yönetilmesi yoluyla tıbbi çıkarların maksimize edilmesiydi (Yıldırım, 2010).

Avrupa'da 19.yüzyıl ortalarından itibaren hastalardan kısmen onay alınmaya başlanmış olsa da halen aydınlatılmış onam konusunda bir düzenleme yoktu. 1851 yılında Dr. Daven, pelvik bölgede siyatik nevralliden şikâyetçi hastasına, kulak içi koterizasyonla bu hastalığı tedavi edebileceğini söylemiş ancak hastayı yeteri kadar ikna edemediği için onayını almak için bu tedavi ile ilgili literatürden örnekler göstermek zorunda kalmıştır (Ülman, 2006).

Cerrahi onam alınmasını yaygınlaştıran bir faktör de İngiliz Medeni Hukuku olmuştur. Hastanın izni olmadan yapılan bir ameliyat sonrası muhtemel olumsuzluklarda mahkeme kararları İngiliz Medeni Hukuku'ndaki "saldırı ve darp" kavramlarına dayandırılıyordu. Zamanla görevi suistimal kavramı hukuka dâhil edildi. Hastasından izinsiz müdahalede bulunan hekimler görevi kötüye kullanmaktan sorumlu tutulmaya başlandılar. Bu da cerrahların operasyondan önce hastadan rıza belgeleri almalarına yol açtı. Etik tarihçileri cerrahi girişimlerden önce alınan bu onam belgeleri/rıza senetlerini, tıbbi şöhrat, malpraktis davaları ve tıbbi kurumlarda çıkabilecek sorunlara karşı alınmış pragmatik önlemler olarak değerlendirmekte ve 20. yüzyılın aydınlatılmış onam kavramının öncülleri olarak kabul etmektedir (Yıldırım, 2010).

Zamanla, tedavi doğru olsa bile hastanın onayının alınması gerektiği mahkemelerce kabul edilmeye başlamıştır. 1905 yılında sağ kulağına yapılacak olan ameliyat için onam veren bir hasta, anestezi altındayken sağ kulaktan daha çok sol kulağın ameliyat edilmesi gerektiğine karar verilir ve sol kulağı ameliyat edilir. Hasta mahkemeye müracaat ederek onamı dışında yapılan bu cerrahi müdahaleden davacı olur. Dava sonucu mahkeme, sol kulak ameliyatının gerekli olduğuna ve ustaca yapıldığına karar verir ancak aynı zamanda da hastanın izni dışında yapılan bir işlem olduğu hasta üzerinde kötü davranış ve saldırı oluşturduğunu kabul eder. Yine 1914'de New York Hastanesinin taraf olduğu Schloendorff davasında ise hakim Cardoza; akli başında yetişkin her insanın kendi vücuduna ne yapılacağına karar verme hakkına sahip olduğuna ve hastanın izni olmadan bedeni üzerinde herhangi bir müdahalede bulunan cerrahın yaptığı bu işlemin zararlarından sorumlu tutulacağına karar verir (Özgüç, 2013).

Avrupa'da aydınlatılmış onam tarihi yukarıda da detaylandırdığımız gibi 19.yüzyıl ortalarından itibaren "yetkilendirilmemiş dokunma", "yeterlilik", "bilginin açıklanması" evrelerinden geçmiş, 1900'den 1950'lere kadar da hastalarını yeteri kadar bilgilendirmeyen ve rızasını almayan hekimler yetkilendirilmemiş dokunma, saldırı veya kötü davranışla suçlanmışlardır. II. Dünya savaşında Nazi kamplarındaki esirlere vahşice deney yapan doktorların yargılandığı Nuremberg Mahkemeleri (1947), hasta bilgilendirilmesinin ve onay alınmasının temel kriterlerine karar vermiştir (Ersoy, 1995).

Aydınlatılmış onamın 1949 Nuremberg Kodu ile hukukî statüye kavuşmasından sonra "bilginin ne kadarı açıklanmalı" sorusu tartışılmaya başlanmıştır. 1957'de aortografiden sonra felç olan

bir hastanın böyle bir riskin var olduğu konusunda hiçbir zaman bilgilendirilmediği için Stanford Üniversitesi'ne açtığı Stanford Salgo Davasında (USA); mahkeme tedavinin yararlarının, olası risklerin ve tehlikelerin ve varsa alternatif tedavilerin hastalara detaylıca anlatılması gerektiğine kararı vermiştir. Yine 1960'da Irma Nathanson isimli hastanın, meme kanseri tedavisi sırasında kendisine olası riskleri açıklamadan Kobalt tedavisi uygulayan Dr. Kline için açtığı Nathanson-Kline davasında (USA) mahkeme; tıbbi uygulayıcının yaptığı müdahalenin veya uyguladığı tedavinin her türlü risklerini hastaya açıklaması ve ondan sonra rızasını alması gerektiğine hükmetmiştir (Green, 2007).

İnsan Hakları Bildirgeleri (1948), Dünya Tıp Birliği (WMA-World Medical Association)'nin pek çok bildirgesi; Uluslararası Tıp Etiği Kodları (1949), Cenevre (1948), Nuremberg Kodu (1949), Helsinki (1964), Tokyo (1975), Hawaii (1977) ve Lizbon (1977) Bildirgeleri (23.24,21) ile kuralları, koşulları belirlenmiş olan aydınlatılmış onam, evrensel boyuta getirilmiş oldu (Ersoy, 1995).

Avrupa'da günümüzdeki son haliyle aydınlatılmış onam kavramına mahkemeler haricinde Tıbbi Etik Uzmanlarının da katkısı olmuştur. Mahkemelerin en bariz katkıları; her insana kendi bedenine yapılacak işlemlere karar verme hakkını tanıması ve doktorların önerilen tedavinin doğasını, faydalarını, olası zarar ve tehlikelerini, başarı olasılığını ve alternatifleri hastaya açıklama yükümlülüğü getirmiş olmalarıdır. Tıbbi etik uzmanları ise kapasite (hastanın tanıyı ve tedavi seçeneklerini anlama yeteneği), gönüllülük (süreci çevreleyen koşulların başkalarının aşırı etkilerini en aza indirmesi gerektiği düşüncesi), bilgi (hastanın ailesi, arkadaşları veya diğer bakım sağlayıcıları ile düşünebileceği ve tartışabileceği önerilen bir tedaviye ilişkin veriler) ve rıza kavramları konusunda katkıda bulunmuşlardır (Green, 2007).

### **Osmanlı'da Hekim-Hasta İlişkileri ve Rıza Belgeleri**

Osmanlı'da tıp tarihi ve tıp etiği İslam tarihinin devamı niteliğindedir. Hekimin sorumluluğu ve yapılan tedavi ve cerrâhî müdahaleden doğabilecek problemlerin çözüme kavuşturulması İslam hukuku doktrininde 10. asırda çok erken denilebilecek bir zamanda tartışılmış ve hukukî statüye kavuşturulmaya çalışılmıştır (Aslan, 2018). İslâm hukukçuları, tedavi hizmeti sunan kişileri ecîr-i müşterek (ücret karşılığı iş yapan) olarak kabul etmiştir. Çünkü hasta ile hekim arasında genellikle bir tedavi sözleşmesi bulunur ve sorumluluk gerektiren durumlar çoğunlukla sözleşmenin ihlalden ileri gelir. Bu bakımdan, İslâm hukukunda tabip, bezzâğ, haccâm vb, sağlık görevlilerin tedavi amaçlı fiillerinden doğan sorumluluk akdî sorumluluk kapsamı içinde ele alınmıştır. İslam hukukuna göre sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk, üstlenilen yükümlülüklerin yerine getirilmediğinde ortaya çıkar. Sözleşme ile hekim, hastayı muayene edip hastalığı teşhis etme, uygun tedavi yöntemini seçip uygulama ve özen gösterme yükümlülüğünü üstlenmiş olmaktadır. Bunlardan herhangi birini yerine getirmeyen hekim

kusurlu davranmış sayılmaktadır. Yarayı gereğinden fazla açan, uygun olmayan ilacı öneren, cerrahi müdahalenin sınırını aşan, ağrımayan bir dişi çeken ve uygun olmayan zamanda cerrahi müdahalede bulunan hekimin durumu böyledir (Valiyev, 2010).

Yukarıda bahsettiğimiz gibi İslam hukukunda hekimin sorumlu tutulabilmesi için ya sözleşmenin olmaması (hastanın rızasının alınmamış olması) ya da kusurlu davranılmış olması gibi bir gereklilikten bahsedilmektedir. Hastanın rızası ile yapılan bir tedavi veya müdahaleden dolayı ortaya çıkan zarardan hekimin sorumlu tutulamayacağı genel kabul görmüştür. Zira hekimin elinden gelen tedaviyi gerçekleştirdikten sonra kişinin iyileşmesi insanın gücü dâhilinde değildir. Dolayısıyla hekimin tedavisinden sonra hasta hayatını kaybetse bile hekimin tazmin sorumluluğu bulunmamaktadır. Ancak tedavinin sorumluluk doğurmaması için usulüne uygun yapılması ve mutad sınırları aşmaması gerekmektedir. Esasen hekimin sorumluluğunun bulunmamasının yapılan iş akdi sözleşmesi nedeniyle hekim tarafından uygulanacak olan tedavinin artık göreve dönüşmüş olmasıyla bağlantılı olduğu görülmektedir. Zira yapılan icare akdi her iki taraf için de bağlayıcı olduğu için hekim tedavi sözleşmesinden doğan borçlarını yerine getirmek zorundadır. Bu nedenle sözleşmeden doğan bir borcu yerine getiren hekimin de tazmin sorumluluğu bulunmamalıdır. Ancak hekimin belirgin bir hatasının bulunması, hastanın rızasının ve izninin olmaması ve hekimin yetkili/ruhsatlı olmaması gibi durumlarda hekim tedavinin verdiği zarardan sorumlu olur. Hukuken geçerli bir rızadan bahsedebilmek için rıza ile ilgili belli şartlar gerekir. Bu şartlar şunlardır:

- a) Rızanın bizzat hasta tarafından verilmesi, kişi ehil değilse kanuni temsilcisinin onayının bulunması,
- b) Rızanın özgürce verilmesi
- c) Hastaya hastalığı ve yapılacak tedavi ile ilgili tüm detayların anlatılmış olması gerekir.

Hastanın rızası, neye rıza gösterdiğini bildiği takdirde geçerli olacaktır. Hastanın hangi tedaviye veya müdahaleye rıza göstereceği söz konusu aydınlatmadan sonra ortaya çıkar. Bu iki şart sağlandığında hekim tarafından uygulanacak olan tedavi hukuka uygun hale gelir. Dolayısıyla doktor, söz konusu tedavi esnasında herhangi bir zarara sebebiyet verse bile tazminle sorumlu tutulmaz (Aslan, 2018).

Yukarıda bahsedilen İslam Hukuk kuralları doğrultusunda Osmanlı Devletinde hekimler, cerrahlar ve diğer sağlık uygulayıcıları, operasyonlar veya riskli tedavilerden önce hastalarından rıza senedi alıyorlardı. Muhtemel ölüm veya sakatlıklardan sorumlu tutulmama esasına dayanan rıza senetleri, Şer'i mahkemelerde, günümüzün hakimleri sayılan kadılar huzurunda hasta, hekim ve şahitler tarafından yazılı olarak kayıt altına alınıyordu. Hekimi, tedavi sırasında hastasında oluşabilecek en ciddi komplikasyonlara karşı güvence altına alma



esasına dayanan bu rıza senetleri sadece müslümanlara özgü değildi. Hıristiyan ve yahudi tebaa için de geçerliydi. Osmanlı'da bu şekildeki rıza senetleri, 15. yüzyıl sonu ile 19. yüzyıl ortasına kadar Şer'iyye sicilleri denilen mahkeme kayıtlarında mevcuttur (Yıldırım, 2010).

Osmanlı'da hekimin/cerrahın yapılacak tıbbi girişim öncesinde yerine getirmesi zorunlu olan izin alma işlemi ya da bilinen adıyla rıza senedi uygulamasına dair Şer'iyye Sicillerinde pek çok kayıt bulunmaktadır. Bu kayıtlarda sıklıkla yer aldığı biçimiyle hastanın kendisi ya da hastanın velisi ya da vasisi yapılacak bu girişim sonucu eğer kötü bir sonuç ortaya çıkacak olursa, kendisinin ve akrabalarının hekimden/cerrahtan davacı olmayacaklarını bildirmektedirler. Osmanlı'da rıza senedi için çocukların velisi olarak anne ya da baba veya karı-koca birlikte mahkemeye başvurabilmekteydi (Demir, 2012). Osmanlı tıp tarihinde Bursa, İstanbul, Galata, Üsküdar, Eyüp, Hasköy, Konya, Kayseri, Ayıntap (Gaziantep) vb. mahkeme kayıtlarında rıza senetlerine rastlanması, bu uygulamanın Osmanlı tıp etiğinde ve Osmanlı hukukunda vazgeçilmez bir kural olduğunun göstergesidir. Bu anlamda bulabildiğimiz en eski rıza senedi Bursa Şer'iyye Sicilleri A5/5-74a numaralı kayıttır. Bu kayıta Hicri 25 Rebiy-ül ahir 891 (Miladi 30 Nisan 1486) tarihinde Abdullah kızı Kadem isimli kadının oğlu Halil Mehmet'in mesanesindeki taşı ameliyatla alması için kadı huzurunda cerrah Musa oğlu Hayrettin'e yasal olarak izin verdiğini, ayrıca aksi bir durumda davacı olmayacağını beyan etmektedir (Resim 2) (Çetin, 1993).

Bazı kayıtlarda doktorun alacağı ücretlerden de bahsedilmiş ve böylece bir anlamda o dönemlerde serbest meslek icra eden doktorların el emeği de mahkemece koruma altına alınmıştır (Tok, 2008).

**Resim 2.** Miladi 1486 yılına ait Bursa Şer'iyye Sicilleri A5/5-74a numaralı kayıt

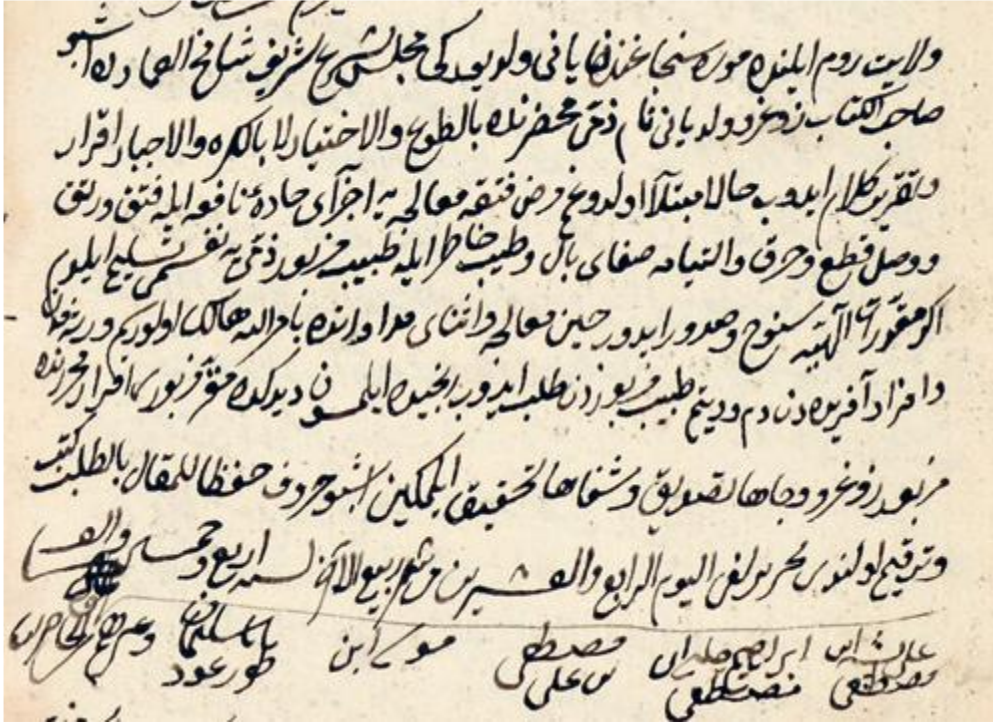
سند در حج اولاد که قدح شد عشره آرزو محمد شریف فعلند انرا را بدرون ابته که او معلوم خلیل محمد کفا و و غندر طاش اولاد و غی  
چندتا و غی موی انعلی حزالدرنه لقه و درهم که فا و و غن بایرون اذلان طاش اولاد ابدن اکثره کرا اولور، بولکا و کولم  
ذراجم اذلم و بدنه اذلان لقی بعدلین ابلدکا  
مولانا علی حاکم و مولانا صاحب کازنه و مولانا ابراهیم محمد و مولانا ابراهیم و حسن باهره اعلی شایق

Transkripsiyon	Günümüz Türkçesi
<p>Sebeb-i tahrîr-i hüküm oldur ki kader bint-i abdullah âzâde mehmet şerî'at meclisinde ikrâr edüp istedi ki oğlum halil mehmedin kavuğunda taş olduğu cihetten cerrahı musa oğlu hayrettine nefsinin verdim ki kavuğun yarup olan taşı ihrâç ede eğer helâk olursa buna davalığım ve nizâğım olmaz dedi ol cerrahı nefsinde eyledi Mevlâna ömer ali, mevlâna mübârek, mevlâna el-hâc mehmed, hüseyin ali</p>	<p>Bu hükmün yazılmasının sebebi şudur: Abdullah kızı Kader (Mehmet'in azat ettiği) mahkemede kabul ve tasdik ederek; oğlum Halil Mehmed'in mesanesinde taş olduğundan cerrah Musa oğlu Hayrettin'e mesanesindeki taşı ameliyat edip çıkarsın diye oğlumun teslim ettim. Eğer oğlum ölürse bu konuda o cerrahı dava etmem ve çekişmem dedi. Şahitler; Mevlana Ömer Ali, Mevlana Mübarek, Mevlana el-hac Mehmet, Hüseyin Ali.</p>

Rızanın tam gerçekleşip gerçekleşmediği noktasında oluşabilecek şüpheleri bertaraf etmek için bazı kayıtlarda hastanın özellikle ikrah (bir işi istemeyerek yapma) ve icbar (zorlama) altında kalmadığını vurgulayarak beyanını açık şekilde tescil ettirdiği müşahede edilmektedir. Nitekim Resim 3'teki miladi 30 Haziran 1644 tarihli kayıta yer alan "bi't-tav' (gönüllü olarak) ve'l-ihityâr (istekli)" ifadesi diğer hukukî muamelelerde mutad olduğu halde burada ilaveten "lâ bi'l-kerh ve'l-icbâr" şeklinde yani rızanın tam gerçekleştiği ve bu konuda ikrah ve icbarın (zorlamanın) bulunmadığı mübalağalı bir şekilde ifade edilmektedir. Bu da aydınlatılmış onamda rızanın aşikâr bir biçimde tecelli etmesinin ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir (Aslan, 2018).

Şer'iyye Sicillerinde sadece cerrahi müdahaleler için değil, aynı zamanda tıbbi/ medikal tedaviler için de rıza senetlerine rastlanılmaktadır (Resim 4). Konya Şer'iyye Sicillerindeki miladi 21 Eylül 1749 tarihli kayıta; sağ gözünün çerasına su inmesi sonucu görememe şikayeti olan bir hasta herkes tarafından mütehasıslığı bilinen cerrah Name veled-i Simon tarafından ücret karşılığında ilaç hazırlanmasını istemiş, ilaç kullanımına bağlı olarak hastalığı daha fazla ilerler, tamamen kör olur veya ölürse cerrahı şikayetçi olmayacağını ifade etmiştir (Demir, 2012).

Resim 3. Eyüb Şer'iyye Sicilleri 26b-3 numaralı kayıt



Transkripsiyon	Günümüz Türkçesi
<p>Vilâyet-i Rumeli'nde Mora sancağından Yani v. Yorgi meclis-i şer'-i şerîf-i şâmiyhü'l-imâdda işbu sâhibü'l-kitâb Zogro v. Yani nâm zimmî mahzarında bi'ttav' ve'l-ihtiyâr lâ bi'l-kerh ve'l-icbâr ikrâr ve taqrîr-i kelâm edip hâlen mübtelâ olduğum maraz-ı fıtığa mu'âleceye eczâ-i hâdde-i nâfi'a ile fatk u ratk ve vasl-ı kaṭ' ve hark u iltiyâma safâ-yı bâl ve tîb-i hâtîr ile ṭabîb-i mezbûr zimmîye nefsimi teslîm eyledim eğer muḳadderât-ı ilâhiyye sünûh ve sudûr edip hîn-i mu'âlece ve esnâ-yı müdâvâtda bi-emrillâh hâlik olursam veresemden ve efrâd-ı âferîdeden</p>	<p>Rumeli ili Mora sancağından Yorgi oğlu Yani, gayri müslim Yani oğlu Zogro huzurunda mahkemede zorlama altında olmadan gönüllü ve istekli olarak kabul ve tasdikte bulunarak "Halen mübtela olduğum fıtık hastalığımın tedavisi için faydalı ilaçları kullanması, yarararak ve keserek fıtığımı iyileştirmesi için gönüllü olarak kendimi adı geçen doktora teslim ettim. Eğer takdiri ilahi gerçekleşir ilaç uygulaması veya tedavi sırasında ölürsem varislerim tarafından tazminat ve kan param doktordan talep edilip rencide edilmesin" dedi. Doktor Zogro da bu</p>

dem ve diyetim tabîb-i mezbûrdan taleb edip rencide eylesin dedik de muşır-ı mezbûru ikrâr-ı muharrerinde mezbûr Zogro vicâhen tasdik ve şifâhen taşkıq eylemeğın iş bu hurûf hıfzan li'l-mağal bi't-taleb ketb ve terşim olundu. Tahriren fi'l-yevmi'r-râbi' ve'l-ışrın min şehri Rebî'ilâhır li sene erba'a ve hamsın ve elf. Şuhûdü'l-hâl: Ali Beşe b. Mustafa, İbrahim Çelebi b. Mustafa, Mustafa b. Ali, Musa b. ( ), Baba Süleyman [b.] Turgud ve gayruhüm mine'l-huzzâr (EYÜB 49 cilt:26, sayfa:141,Hüküm no:137, Orijinal metin no: [26b-3]).	durumu yüz yüze onayladı ve bu hüküm bin elli dört senesi, rebi-ül ahir ayının yirmi dördüncü günü kayıt edildi. Şahitler: Ali Beşe b. Mustafa, İbrahim Çelebi b. Mustafa, Mustafa b. Ali, Musa b. ( ), Baba Süleyman (b.) Turgud ve diğer hazır bulunanlar.
---	--

Rıza belgeleri, sadece Osmanlı tebaası için değil, Osmanlı Devleti'nde tedavisi yapılan yabancı uyruklu hastalar için de düzenlenmiştir. Konya Şer'i Sicilleri'nde İranlı Safer veled-i mardoros isimli hastanın miladi Temmuz 1681 tarihinde "fitik" nedeniyle ilaç tedavisi uygulaması için cerrah Andon veled-i Todro'ya mahkemede Kadı ve şahitler huzurunda verdiği rıza senedi bulunmaktadır (Resim 5) (Konya Şer'i sicil kayıtları, 1681).

Osmanlı hukukunda tedaviyle ilgili gelişen komplike durumlar ve bunun neticesinde doğabilecek olumsuz sonuçlarla (tıbbi kötü uygulama) ilgili olarak hekime teminat verilmiş olması bu noktada hastanın maruz kalacağı mağduriyetle ilgili dava açılmasına da engel olmamıştır. Bu konuda literatürde bulabildiğimiz en erken kayıt Bursa Şer'iyye Sicillerindeki miladi 1478 tarihli A 3/3 14b numaralı belgedir. Bu belgede; bir hastanın kulağını tedavi ederken hastanın kulağına mil soktuğu ve ölmesine sebep olduğu gerekçesiyle hekimden davacı olduğu görülmektedir (Çetin, 1993).

Tıbbi Kötü uygulama sonucu tazminat ve sulh davaları da kayıtlarda mevcuttur. Bu konuda bulabildiğimiz en eski kayıt Bursa Şer'iyye sicilleri C 1/53 nolu defterdedir. Zilhicce 962/Ekim 1554 tarihini taşıyan bu kayıta , Bursa'da Hisar Camii'nde imam olan Ebubekir Efendi, cerrah Ahmet oğlu Halil Çelebi'nin, küçük oğlu Mustafa'yı sünnet ederken zekerinin haşefesinden bir miktarını kat' eylediği iddiasıyla cerrahtan davacı olmuş, dava devam ederken 50 kuruş karşılığında cerrahla sulh olmuş ve tazminat davasından vazgeçtiğini bildirmiştir (Çetin, 1993).

Ayıntap (Gaziantep) Şer'iyye Sicillerindeki Hicri 15 Şaban 1178 (Miladi 8 Şubat 1765) tarihli kayıta; Ömer ve Ayşe çocuklarının sırtında ortaya çıkan bir şişliğin tedavisi amacıyla Cerrah

Mehmet'e başvurmuşlardır. Cerrah Mehmet çocuğa cerrahi bir girişim yapmış ve bu girişimden 4 gün sonra hasta ölmüştür. Bunun üzerine ölen çocuğun anne ve babası mahkemeye başvurarak cerrah aleyhine dava açmışlardır. Mahkeme cerrahı savunma istemiştir. Buna göre; hastalık "ümmüsiyen" ya da büzümcü/düzüncü" adıyla bilinen bir hastalıktır. Tedavisi önce şişin neşterle delinerek içindeki mâ-i cedîd" adı verilen sıvının boşaltılması ve bundan sonra yaranın tedavisidir. Bu tedavi usulü eskiden beri cerrahlarca maharetle uygulanmaktadır. Davalılar cerraha şişi delip tedavi etmek üzere izin vermişlerdir ki, cerrah bunu doğrulayan bir belge sunmuştur. Davacılar izin vermediklerini bildirmişlerdir. Bunun üzerine cerrahın dinlettiği tanıklar ameliyatın izinle yapıldığını bildirmişlerdir. Tanıklar yine Molla Mehmet'in usta bir cerrah olduğunu bildirmişlerdir. Mahkeme sonucu dava reddedilmiştir (Arda, 2014).

Resim 4. Konya Şer'iyye Sicilleri 57, 122/2

Medîne-i Konya'da Şahibağa mahallesi  
 sükkânından es-Seyyid Ahmed bin Mehmed  
 nâm kimesne meclis-i şer'-i enverde medîne-  
 i mezbûrede misâfîren sâkin olan iş bu  
 râfi'ü's-sifr Name veled-i Simon nâm şabîb  
 zımmî maḥzarında ikrâr ve taqrîr-i kelâm idüb  
 sağ gözümün çerasına su inüb görmez olub

Transkripsiyon	Günümüz Türkçesi
Medîne-i Konya'da Şahibağa mahallesi sükkânından es-Seyyid Ahmed bin Mehmed nâm kimesne meclis-i şer'-i enverde medîne-i mezbûrede misâfîren sâkin olan iş bu râfi'ü's-sifr Name veled-i Simon nâm şabîb zımmî maḥzarında ikrâr ve taqrîr-i kelâm idüb sağ gözümün çerasına su inüb görmez olub	Büyük Şehir Konya'nın Sahib ata mahallesinde oturan Mehmet oğlu Seyyit Ahmet, Konya'da misafir olarak bulunan (bu belgenin sahibi) gayri müslim doktor Simon oğlu Namen'in huzurunda mahkemede kabul ve tasdik ederek sözlü olarak da söyledi ki; "Sağ gözümün cildi su toplayıp göremez

<p>mesfûr Name'nin 'illet-i mezkûrede hâzâkâtı beyne'n-nâs meşhûr olmağla ücret-i ma'lûme ile tabîb-i mesfûra mürâca'at eyledim müktezâ-yı san'atı üzre gözûme 'ilâç eylesün esnâ-yı mu'âlecede gözümün 'illeti daği ziyâde olub bi'l-küllîye 'amâ 'ârîz olub veyâhûd fevt olursam 'illet-i ziyâdesine ve dem ve diyetime müte'allık 'âmme-i da'vâdan mesfûr Name'nin zimmetini ibrâ ve iskât eyledim dedikde gibbû't-tasdîki's-şer'î mâ-vağ'a bi't-taleb ketb olundu fi'l-yevmi's-sâmin min şevvâli'l-mükerrerem li-sene isnâ ve sittîn ve mi'e ve elf.</p> <p>es-Seyyid Salih bin es-Seyyid el-hâc Hüseyin; es-Seyyid el-hâc Süleyman ibn-i Mehmed; el-hâc Osman Ağa ibn-i Veli; es-Seyyid Mustafa bin es-Seyyid Ahmed; es-Seyyid Mehmed bin es-seyyid Mustafa</p>	<p>oldum, bu hastalıkta uzman olduğu herkes tarafından bilinen Name'ye ücreti karşılığında müracaat ettim. Sanatının gerektirdiği şekilde gözûme ilaç uygulasin. İlaç tedavisi sırasında gözümün hastalığı artıp tamamen kör olur isem veya ölür isem şikayet ve kan paramla alakalı Name isimli doktorun borcunu temize çıkardım ve hükümsüz bıraktım” dedi. Bu evrak bin yüz altmış iki senesi şevval ayının sekizinci günü kayıt altına alındı. Şahitler; es-Seyyid Salih bin es-Seyyid el-hâc Hüseyin; es-Seyyid el-hâc Süleyman ibn-i Mehmed; el-hâc Osman Ağa ibn-i Veli; es-Seyyid Mustafa bin es-Seyyid Ahmed; es-Seyyid Mehmed bin es-seyyid Mustafa</p>
--	---

Osmanlı'da hekim-hasta ilişkileri çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutulması gereken konulardan birisi de yanlış tedavi ve uygulamaların sonuçları hakkındadır. Bununla ilgili sicillerde yer alan örneklerde mağdurun mağduriyetinin giderilmesi yönünde davacı olmaları söz konusu olmuştur. Nitekim Kayseri Kadı Sicillerindeki, miladi 8 Subat 1741 tarihli kayıt buna örnek olarak verilebilir. Bu kayıta göre, bir kadın hasta mahkemede, Yagob veled-i Kabris adlı zimmi huzurunda ikrarda bulunmuştur. Buna göre, 3 ay önce sağ tarafındaki üst dişinin ağrımından dolayı Yagob'tan çekmesini talep etmiştir. Yagob ise Şerhibanu'nun ağrıyan dişini değil de, yanında olan sağlam dişini çekmiştir. Bunun üzerine dişinin diyetini taleple 8 kuruş almış ve diyet davasından Yagob'un zimmetini ibra (temize çıkarma) ve iskat (silme) etmiştir (Tok, 2008).

19. yüzyıl ortalarından itibaren, şer'î mahkemelerde kadı huzurunda düzenlenen rıza senetlerinin yerini, operasyonlardan önce hastanede bizzat hekim tarafından hastanın bilgilendirilmesi ve gönüllü onayını alma esasına dayanan hüsn-i rıza senetleri almıştır. Bu hüsn-i rıza senetleri hastanelerin kayıtlarında muhafaza edilmiştir. Ceza Kanunname-i Humayunu'nun 182. maddesiyle (1857-1858); hastasının bilgisi olmaksızın onun üzerinde yeni



<p>mardoros nâm acem zımmî,meclîs-i şer'i hañîr-i lâzım-üt-tevķîrde hâmil-i hâze-sifr andon veled-i todro nâm zımmî cerraħ müvâcehesinde iķrâr-ı tâm ve takrîr-ü kelâm idüp,ben fitik maraźına mübtelâ olup bana küllî za'fi țârî olmakla mezkûr andon'un maraź-ı mezbûr mu'âlecesinde ĥazâķat ve mahâreti beyn-en-nâs şâyi' ve mütevâtir olmakla ücretle mürâca'ât eyledim.ne vech-ile mümkün olursa 'ilâķ eylesun.eğer ifâķat müyesser olursa minhâ ve eğer mevt țârî olup esnây-ı mu'âlecede helâk olursam merķûm andon ile dem ve diyetime müte'allik da'vâ ve nizâģım yoktur. zımmetini ibrâ ve iskâķ eyledüm.veresem taraflarından ve ĥükkâm-ı kirâm câniblerinden cerraħ-ı mezkûr rencide olunmaģa dedik de ĥıbb-üt-tasdîķ mâ vaķa' bi-ț-talep ketb olundu.Bin doksan iki senesi, recep,dokuzuncu gün.şahitler:molla ĥüseyin ebû bekir, ĥasan muĥammed,maĥmud aĥmet.</p>	<p>oğlu Safer isimli gayri müslim, belge sahibi gayri müslim Todro oğlu Andon isimli cerraħ huzurunda mahkemede kabul ve tasdik edip söylediklerini resmi olarak yazıya dökerek "Ben fitik hastalığına yakalandım, Andon'un bu hastalığın tedavisinde uzman ve becerikli olduğu insanlar arasında şüphe götürmeyecek derecede yaygın olarak bilindiğinden ben de ona müracaat ettim. Bana ilaķ tedavisi yapsın, iyileşirsem ücretini ödeyim, eğer ilaķ tedavisi sırasında ölürsem şikayet ve kan paramla alakalı Andon ile dava ve çekişmem yoktur, borcunu temize çıkardım ve hükümsüz bıraktım. Varislerim ve siz hakimler tarafından incitilmesin (dava açılmasın)" dedi. Bu olay bin doksan iki senesi recep ayının dokuzuncu günü kayıt edildi. Şahitler: Molla Hüseyin Ebu Bekir, Hasan Muhammed, Mahmud Ahmet.</p>
---	---

Osmanlı tıbbında 1850'lerden itibaren onay alma pratiğine baktığımızda, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin cerrahi kliniğinde, Hadide, Haydarpaşa, Yıldız ve Gümüşsuyu gibi askeri hastanelerde cerrahi girişimlerden önce bilgilendirilen hastalardan gönüllü olarak onay verenlerin ameliyat edildiği anlaşılmaktadır. Hastaların reddetme haklarının bulunması, hastanelerde özgür bir birey olarak bedenleri hakkında özgür iradeleri ile karar verdiklerini göstermektedir (Yıldırım, 2010). Örneğin; 1850-1851 öğretim yılında, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin Dr. Konstantin Karatodori (1802-1879) yönetimindeki cerrahi kliniğinde, sol testis kanserli hasta, kastrasyonu reddetmişti. Sağ el dorsal yüzünde mantarsı hematodlar şeklinde kanserli oluşumlar bulunan başka bir hasta da ekstremite ampütasyonunu reddetmişti. Cerrahi girişimi reddeden bu hastalar taburcu edilmişlerdi (Ülman, 2006).



## Sonuç ve Tartışma

Hekim-hasta ilişkileri ve hasta hakları açısından hastalıkların teşhisi ve tıbbi tedavilerin süreci ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması; Avrupa ve Osmanlı'da çok farklı özellikler taşımaktadır.

1. Bu süreç Avrupa'da daha çok tıbbi kötü uygulamalara karşı açılan davalarda alınan mahkeme kararları ile gündeme gelmişken Osmanlı'da ise en baştan itibaren uygulanan bir hukuk kuralı olarak karşımıza çıkmaktadır.
2. Bilgilendirme ve onay alma kavramları Avrupa'da tıp etikçileri tarafından 17. ve 18. asırda, Osmanlı'da ise hakim olan İslam hukuku gereği 10. asırda İslam hukukçularınca tartışılmıştır.
3. Avrupa'da bulabildiğimiz ilk onam kaydı 19. yüzyıla aittir. Osmanlı'da ise 15.yüzyıl.
4. Avrupa'da hastanın onamı hekimle hasta arasında yapılırken, Osmanlı'da bu yeterli görülmemiş onam belgeleri mahkemede şahitler ve hekimin huzurunda yazılı olarak düzenlenmiş ve mahkeme kayıtlarında muhafaza edilmiştir.

Yaptığımız araştırmada, başka ülkelerde 20. yüzyıl öncesine ait bir resmi onam belgesine ulaşamadık. Eğer bulabilseydik, bu onam belgeleriyle Osmanlı'daki rıza senetlerini karşılaştıracak ve daha kesin sonuçlar elde edecektik. Osmanlı mahkemelerindeki rıza senetleri ve tıbbi kötü uygulamalara ait tazminat, sulh ve ceza dava kayıtları gerek Osmanlı gerekse dünya tıp tarihi açısından çok değerli belgelerdir. Bu belgeler 15. yüzyıl sonlarından itibaren Osmanlı'nın hakim olduğu tüm büyük şehirlerin mahkeme kayıtlarında mevcuttur. Bu konuda özellikle Avrupa tarihi hayal kırıklıkları ile dolu olmakla birlikte şüphesiz ki daha çok tarihi araştırma yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Yine de şu anda bilinen tarihsel süreçler karşılaştırıldığında aynı süreçlerden geçmiş olmasına rağmen, hekim-hasta ilişkileri ve hasta hakları açısından Osmanlı tıbbi ve Osmanlı hukukunun Avrupa'dan 3-4 asır daha önce olgunlaştığını göstermektedir.

## Kaynakça

1. Arda, B., Acıduman, A. (2014) "Ayıntab Şer'î Mahkeme Sicilleri'nden örneklerle tıp ve hekimlik üzerine gözlemler", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 4, 283-287.
2. Aslan, N., Korkmaz, Ö. (2018) "Hekim Sorumluluğu Bağlamında Aydınlatılmış Onam-İslam/Osmanlı Hukuku Uygulamaları-", Turkish Studies, 15, 9-20.
3. Beauchamp T.L., Faden R.R. (1995) "History of Informed Consent", W.T. Reich (Ed.) Encyclopedia of Bioethics, 3, 1232-1237. New York.
4. Conti, A.A. (2017) "From Informed Consent to Informed Dissent in the Healthcare: Historical Evolution in the Twentieth Century", Acta Biomed, 2, 201-203.
5. Çetin, O. (1993) "Bursa Şer'iyye Sicilleri Işığında Osmanlılarda İlk Tıp Fakültesi Bursa Darüşşifası ve Tıbbî Faaliyetler", Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, 4, 121-150.
6. Demir, A. (2012) "Konya Şer'iyye Sicillerinde Rıza Senedi Örnekleri (1659-1749)", International Journal of History, Özel sayı, 31-46.
7. Ersoy, N. (1995) "Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi", T Klin Tıbbi Etik, 1, 1-5.
8. Green, D.S.T. (2007) "Nuances of Informed Consent: The Paradigm of Regional Anesthesia", HSS Journal, 1, 115-118.
9. Jones, K.B. (2007) "Surgeons' Silence: A History of Informed Consent in Orthopaedics", Iowa Orthop J, 27, 115-120.
10. Konya Şer'i Kayıtları, Türkiye Diyanet Vakfı İslam Araştırmaları Merkezi (www.isam.org.tr) dijital arşivi, 25, 260.
11. Özgüç, A. (2013) "Dış Hekimliğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olan Olguların Adli Ve Tıbbi Açından Değerlendirilmesi." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
12. Tok, Ö. (2008) "Osmanlı Dönemi Hekim-Hasta İlişkileri (Kadı Sicillerine Göre XVII. Ve XVIII. Yüzyıllarda Kayseri Örneği)", Turkish Studies, 3/4, 788-805.
13. Ülman, Y.I. (2006) "Tarihimizde Tıbbi Etik: Geçen Yüzyıl Tıp Pratiğinde Tıbbi Etik Vaka Örnekleri", Hastane, 38, 24-26.
14. Valiyev, A. (2010) "İslam Hukuku Açısından Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
15. Yıldırım, N. (2010) "Aydınlatılmış Onamın Osmanlı Devleti'ndeki Öncülleri ve 1897 Türk-Yunan Savaşı Yaralılarına Ait Onam Belgeleri Hüsn-i Rıza Senetleri", Toplumal Tarih, 202s. 46-53.

# Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Hastaları Konusundaki Önyargı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

## Determination of Prejudice and Knowledge Levels of Health Personnel on HIV/AIDS Patients

Fatma KORKMAZ<sup>1</sup>

Mesiya AYDIN<sup>2</sup>

İlknur AYDIN AVCI<sup>3</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma Karadeniz bölgesinde bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin HIV/AIDS hastaları konusundaki ön yargı ve bilgi durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Metod:** Araştırma Nisan-Mayıs 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılmaya gönüllü 213 sağlık personeli çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada veriler anket formu ile elde edilmiştir. Analizler SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaş ortalaması 37,2±0,5, %21,7'si erkek, %80,2'i evli, %64,2'si üniversite mezunu, %79,2'sinin hemşire olduğu ve %58,0'ının HIV/AIDS konusunda herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %57,5'inin 'AIDS/HIV tedavisi olan bir hastalıktır' ifadesine evet cevabını verdiği saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %65,6'sının 'AIDS/HIV'li birey ile aynı yemek malzemelerini kullanmak istemem' maddesine evet cevabını verdiği bulunmuştur.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan sağlık personelinin bilgi düzeyinin eğitim düzeyleri ve HIV/AIDS hakkında eğitim alma durumundan etkilendiği eğitim seviyesi yüksel olanların ve konu hakkında eğitim alanların bilgi düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** AIDS, HIV, Önyargı.

### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to determine the prejudice and information status of health care workers working in a state hospital in the Black Sea region.

**Materials and methods:** The search was carried out between April and May 2018. Sample selection was not made in the study. The study was completed with 213 health care workers who accepted to

<sup>1</sup> Hemşire, Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hemşiresi, [fatma.korkmaz8@sağlik.gov.tr](mailto:fatma.korkmaz8@sağlik.gov.tr).

<sup>2</sup> Araştırma Görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Halk Sağlığı Hemşireliği, [mesiya235@gmail.com](mailto:mesiya235@gmail.com).

<sup>3</sup> Profesör Doktor, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Halk Sağlığı Hemşireliği, [ilknura@omu.edu.tr](mailto:ilknura@omu.edu.tr)

participate in the study at the time of the study. The data were obtained with the questionnaire. Analyses were evaluated with SPSS 20.0 package program. Percentages, mean and standard deviation were used in the evaluation of the data.

**Results:** The average age of the health care personnel in the study was  $37.2 \pm 0.5$ , 21.7% male, 80.2% married, 64.2% university graduates, 79.2% nurses and 58.0% of them did not receive any training on HIV/AIDS. It was found that 57.5% of the respondents answered yes to the expression "AIDS/HIV treatment is a disease". It was found that 65.6% of these respondents answered yes to the article, "I don't want to use the same food ingredient as the person with AIDS/HIV".

**Conclusion:** It was found that the level of the health personnel involved in the study was influenced by the level of education and the level of education about HIV/AIDS.

**Keywords:** AIDS, HIV, Prejudice

## Giriş

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) etkeni human immunodeficiency virüsü (HIV) önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bulaşıcı enfeksiyon hastalığıdır (Barre-Sinoussi ve ark., 1983:869; Friedman ve ark., 2014:1823; Bayrak ve ark., 2014:103). HIV korunmasız cinsel ilişki (vajinal veya anal), enfekte bir kişiyle oral seks yoluyla enfekte kanın transfüzyonu, kirli iğneler, cerrahi ekipman veya diğer keskin aletlerin paylaşımı yoluyla bulaşmaktadır. Aynı zamanda bir anneden bebeğine hamilelik, doğum ve emzirme sırasında da bulaşabilmektedir (WHO, 2017). Dünya'da salgının başlangıcından bu yana, 70 milyondan fazla insanın HIV virüsü ile enfekte olduğu ve yaklaşık 35 milyon insanın HIV'den öldüğü ortaya konmuştur. Dünya genelinde 2017 yılında 36.9 milyon kişinin HIV enfeksiyonu ile yaşadığı 940 000 kişinin ise HIV enfeksiyonu nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Ülkeler ve bölgeler arasında önemli değişiklikler olmakla birlikte 15-49 yaş arası yetişkinlerin tahmini 0.8'i (% 0.6-0.9) HIV ile yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Afrika HIV' den en fazla etkilenen bölgedir ve HIV enfekte bireylerin üçte ikisinin burada yaşadığı bilinmektedir (WHO, 2019). Türkiye'de 1985 yılından 31 Aralık 2018 tarihine kadar doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirim yapılan 19.748 HIV(+) kişi ve 1772 AIDS vakası mevcuttur. Vakaların % 79,9'u erkek, % 20,1 kadın olup % 15,4'ü yabancı uyruklu kişilerden oluşmaktadır. Vakaların en fazla görüldüğü yaş grubu 30-34 ve 25-29 yaş grubudur. Bulaş yoluna göre dağılımına bakıldığında, vakaların % 49,4'ünün cinsel yolla bulaşmakta olduğu, cinsel yolla bulaştığı bildirilen bu vakaların % 70.8'inin bulaşma yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu bilinmektedir. Ayrıca, vakaların %1,3'ünün bulaşma yolu damar içi madde kullanımı olup % 48,6'nının bulaş yolu bilinmemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

AIDS'in öncelikli olarak cinsel yolla bulaşması enfekte kişilere karşı toplumun önyargılı davranmasına ve durum da AIDS'li kişilerin temel sağlık hakkını elde etmede zorluk

yaşamasına yol açmaktadır. Bu da hastalığın yayılmasını kolaylaştırmaktadır (Friedman ve ark., 2014:1829).

Sağlık çalışanlarının AIDS/HIV' in önlenmesinde ve tedavisinde bireylere karşı önyargılı yaklaşması önemli bir problemdir. Bu durum AIDS/HIV'li kişilerin danışma, destek ve tedavi kuruluşlarına başvuru sürecini etkiler (Hossain ve Kippax, 2011:397). Sağlık çalışanlarının AIDS/HIV'li hastalara ön yargısının sebebi; AIDS/HIV hakkında bilgi eksikliğine bağlı enfekte bireylerle sıradan temastan dahi korkulması ve hastalığın ahlak dışı davranışlarla ilişkilendirmesidir (Bayrak ve ark., 2014:104).

Bu nedenle araştırma bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin HIV/AIDS hastaları konusundaki ön yargı ve bilgi durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **Materyal ve Metot**

### **Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Samsun ili merkezinde bulunan bir devlet hastanesinde Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesinde gündüz çalışan toplam 285 sağlık çalışanının araştırmaya dahil edilmesi planlanmış olup araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmaya kabul eden (08-16 vardiyasında çalışan toplam 154 hemşire 49 hekim) 213 sağlık çalışanı ile araştırma tamamlanmıştır.

**Veri Toplama Araçları:** Araştırmada veriler anket formu ile elde edilmiştir.

**Anket Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan 5sorudan oluşan tanıtıcı özellikler anket formu; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini, mesleğini ve AIDS/HIV ile ilgili eğitime katılma durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Ankette çalışmaya katılanların AIDS/HIV hakkında bilgi düzeylerini ölçen 9 soru ve AIDS/HIV hakkındaki önyargıyı ölçen 10 soru araştırmacı tarafından hazırlandı. HIV/AIDS bilgi puanı, bilgi ölçmeye yönelik olan soruları doğru bilme durumlarına göre hesaplanmıştır. Hesaplama yapılırken sorulara doğru cevap verenlere 1 (bir) puan, yanlış ve "Bilmiyorum" diyenlere ise 0 (sıfır) puan verilmiştir. Buna göre, HIV/AIDS bilgi puanı en düşük 0, en yüksek ise 9 puan olabilir.

## Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanede çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden tüm sağlık çalışanları ayrı bir odada 24 sorudan oluşan anket formu bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile cevaplanması sağlanmıştır. Her bir formun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler SPSS 20.0 paket programı, ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

## Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli yasal izinler alınmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca katılımcılara ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve "bilgilendirilmiş onam" koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

## Bulgular

Tablo 1. Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş(Ortalama±StandartSapma):	37,2±0,5	( min 18, max 57 yaş)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	166	78,3
Erkek	46	21,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	170	80,2
Bekar	42	19,8
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	9	4,4
Ön-lisans	29	13,7
Lisans	136	64,2
Lisansüstü	38	17,9
<b>Meslek</b>		
Hemşire	168	79,2

Doktor	44	20,8
<b>Eğitime Katılma Durumu</b>		
Katıldı	89	42,0
Katılmadı	123	58,0

Katılımcıların % 78,3'ünün kadın, %21,7'sinin erkek olduğu, %80,2'sinin evli, %19,8'inin bekar olduğu, %4,4'ünün eğitim durumunun lise, %13,7'sinin ön-lisans, %64,2'sinin lisans ve %17,9'unun lisans-üstü olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %79,2'sinin hemşire %20,8'inin doktor olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 2. Anket Soruları ve Cevapları**

**Cevap (%)**

Anket soruları	Evet	Hayır
AIDS/HIV tedavisi olan bir hastalıktır.	42,5	57,5
AIDS/HIV aşısı vardır.	18,4	81,6
AIDS/HIV bulaşma yolu tuvaletlerdir.	8,0	92,0
AIDS/HIV cinsel yolla bulaşır.	97,6	2,4
AIDS/HIV kontrolsüz kan transfüzyonuyla bulaşır.	96,2	3,8
AIDS/HIV cansız ortamda yaşar.	24,1	75,9
Dövmeli bir hastaya hizmet verirken AIDS/HIV'li olduğunu düşünürüm.	47,2	52,8
AIDS/HIV'li hastaya hizmet vermek istemem.	34,0	66,0
AIDS/HIV'li sağlık çalışanı ile aynı ortamda bulunmak istemem.	29,7	70,3
AIDS/HIV'li birey ile aynı yemek malzemelerini kullanmak istemem.	65,6	34,4
AIDS/HIV cinsel bulaşı kondom kullanmak önler.	79,2	20,8
AIDS/HIV'li hastaların kimlik bilgileri saklanmalıdır.	70,8	29,2
AIDS/HIV'li hastalar bilgilendirilmeli.	98,6	1,4
AIDS/HIV'li hastanın homoseksüel olduğunu düşünürüm.	17,5	82,5

<b>AIDS/HIV tükürük ile bulaşır.</b>	41,5	58,5
<b>AIDS/HIV gebeden çocuğuna bulaşır.</b>	92,0	8,0
<b>AIDS/HIV'li hastanın odasının ayrı olması gerekir.</b>	55,2	44,8
<b>AIDS/HIV'li hastanın tedavisini yapmak istemem.</b>	29,7	70,3
<b>AIDS/HIV'li kişilerin ayrımcılığa maruz kalmamaları için yasalar düzenlenmesine gerek yoktur.</b>	26,4	73,6

#### **HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyini ölçen sorular:**

Araştırmaya katılanların %57,5'inin 'AIDS/HIV tedavisi olan bir hastalıktır' ifadesine hayır cevabını verdiği araştırmaya katılanların %81,6' sının 'AIDS/HIV aşısı vardır' maddesine hayır cevabını verdiği saptanmıştır.

Katılımcıların %92,0'sinin 'AIDS/HIV bulaşma yolu tuvaletlerdir' maddesine hayır cevabını verdiği belirtilmiştir. Araştırmaya katılanların %97,6'sının 'AIDS/HIV cinsel yolla bulaşır' maddesine evet %96,2'sinin de 'AIDS/HIV kontrolsüz kan transfüzyonuyla bulaşır' maddesine evet cevabı verdiği bulunmuştur. Katılımcıların %75,9'unun 'AIDS/HIV cansız ortamda yaşar' maddesine hayır cevabını verdiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %79,2'sinin 'AIDS/HIV cinsel bulaşma kondom kullanmak önler' maddesine evet cevabını verdiği saptanmıştır. Katılımcıların %41,5'inin 'AIDS/HIV tükürük ile bulaşır' maddesine evet cevabı verirken %92,0'sinin 'AIDS/HIV gebeden çocuğuna bulaşır' sorusuna evet cevabını verdiği saptanmıştır.

#### **Önyargıyla ilgili sorular:**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %52,8'inin 'Dövmeli bir hastaya hizmet verirken AIDS/HIV'li olduğunu düşünürüm' maddesine hayır cevabını verdiği bulunmuştur. Katılımcıların %66,0'sinin 'AIDS/HIV'li hastaya hizmet vermek istemem' maddesine, %70,3'ünün 'AIDS/HIV'li sağlık çalışanı ile aynı ortamda bulunmak istemem' maddesine hayır cevabını verdiği saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %65,6'sının 'AIDS/HIV'li birey ile aynı yemek malzemelerini kullanmak istemem' maddesine evet cevabını verdiği bulunmuştur. Katılımcıların %70,8'inin 'AIDS/HIV'li hastaların kimlik bilgileri saklanmalıdır' maddesine %98,6'sının AIDS/HIV'li hastalar bilgilendirilmeli maddesine evet cevabını verdiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %82,5'inin 'AIDS/HIV'li hastanın homoseksüel olduğunu düşünürüm' maddesine hayır cevabı verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların %55,2'sinin 'AIDS/HIV'li hastanın odasının ayrı olması gerekir' maddesine evet cevabı verdiği saptanmıştır. Katılımcıların %70,3'ü 'AIDS/HIV'li hastanın tedavisini yapmak istemem' maddesine, %73,6'sını ise 'AIDS/HIV'li kişilerin ayrımcılığa maruz kalmamaları için yasalar düzenlenmesine gerek yoktur' maddesine hayır cevabı verdiği bulunmuştur (Tablo 2).



## Tartışma ve Sonuç

Karadeniz bölgesinde bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin HIV/AIDS hastaları konusundaki ön yargı ve bilgi durumunu belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular bu bölümde tartışılacaktır.

Bu araştırmada katılımcıların %42'sinin AIDS/HIV hakkında eğitime katıldığı, %57,5'inin 'AIDS/HIV tedavisi olan bir hastalıktır' ifadesine hayır cevabını verdiği saptanmıştır. Bayrak ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %57'sinin AIDS/HIV hakkında eğitim aldığı, %56'sının AIDS/HIV tedavisi olan bir hastalıktır ifadesine hayır cevabını verdiği bulunmuştur (Bayrak, 2014:105). Literatür bu çalışma ile benzerdir. Dünya ve Türkiye genelinde AIDS/HIV vakalarının her geçen gün artış göstermesi sağlık çalışanlarının eğitim oranlarının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının %81,6'sı bu hastalığın aşısının olmadığını ifade etmişlerdir. Kaya ve ark., (2007) çalışmasında öğrencilerin %75,8'i aşının olmadığını ifade etmişlerdir (Kaya ve ark., 2007:177). Uzer-Ekinin yaptığı çalışmada öğrencilerin %47,7'si hastalığın aşısının olmadığını ifade etmiştir. Bu çalışma sağlık çalışanlarına yapılmıştır ve bu çalışmada ki oranın mesleki tecrübeden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (Uzer-Ekin, 2014:25).

Katılımcıların %92,0'sinin 'AIDS/HIV bulaşma yolu tuvaletlerdir' maddesine hayır cevabını verdiği belirtilmiştir. Araştırmaya katılanların %97,6'sının 'AIDS/HIV cinsel yolla bulaşır' maddesine evet %96,2'sinin de 'AIDS/HIV kontrolsüz kan transfüzyonuyla bulaşır' maddesine evet cevabı verdiği bulunmuştur. Bayrak ve ark. çalışmasında sağlık çalışanlarının %85'i AIDS/HIV'in bulaşma yolunun tuvalet olmadığını, %96,8'i hastalığın cinsel ilişkiyle, %99,2'sinin kontrolsüz kan transfüzyonuyla bulaştığını ifade etmiştir (Bayrak, 2014:105). Bu çalışmanın sonucu literatürle uyum göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %47,2'si dövmeli hastaya bakım verirken hastanın AIDS/HIV'li olduğunu düşündüğünü, %34'ü AIDS/HIV'li hastaya bakım vermek istemediğini %29,7'si AIDS/HIV'li hastanın tedavisini yapmak istemediğini, %29,7'si ise AIDS/HIV'li sağlık çalışanı ile aynı ortamda bulunmak istemediğini ifade etmiştir. Bayrak ve ark. çalışmasında sağlık çalışanlarının %50'si AIDS/HIV'li hastaları takip etmeyi tercih etmeyeceklerini, %19'u bu hastaların tedavisini yapmaktan kaçınacaklarını katılımcıların %26'sı ise AIDS/HIV'li biriyle aynı yerde çalışmayı istemeyeceğini ifade etmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının %17,5'li AIDS/HIV'li bireylerin homoseksüel olduklarını düşündüklerini ifade ederken Bayrak ve ark., çalışmasında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %29'u bu cevabı vermiştir (Bayrak, 2014:105). İnci'nin araştırmasında sağlık çalışanlarının %25'i AIDS/HIV'i sadece homoseksüel hastalığı olarak bildiğini %41,3'ü ise AIDS/HIV'li biri ile aynı ortamda çalışamayacağını belirtmiştir (İnci, 2012:395). Bu sonucun sağlık çalışanlarının AIDS/HIV

hakkındaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının ön yargısını da ortaya koymaktadır.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, sağlık alışanlarının HIV/AIDS ile ilgili eğitimine büyük önem verilmesi gerektiği görölmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanları arasında var olan önyargının nedenleri aydınlatılarak bunu ortadan kaldırmaya yönelik önlemler alınabilir.

## Kaynakça

1. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dauguet C, Axler-Blin C, Vézinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L. (1983). Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220 (4599): 868-871
2. Bayrak B, Keten S, Fincancı M. (2014).Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Olgularına Yaklaşımları. *Klimik Dergisi*. 27(3): 103-8.
3. Friedman SR, Downing MJ Jr, Smyrnov P, Nikolopoulos G, Schneider JA, Livak B, Magiorkinis G, Slobodiany L, Vasylyeva TI, Paraskevis D, Psychogiou M, Sypsa V, Malliori MM, Hatzakis A. (2014).Socially-integrated transdisciplinary HIV prevention. *AIDS Behav*. 18(10): 1821-34.
4. Hossain MB, Kippax S. (2011). Stigmatized attitudes toward people living with HIV in Bangladesh: health care workers' perspectives. *Asia Pac J Public Health*. 23(2): 171-82.
5. İnci, A. (2014). Knowledge Level and Attitude of Health Care Workers About HIV/AIDS. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 5(5): 394-6.
6. Kaya, M., Aylaz, R., Yağmur, Y., Güneş, G. (2007). Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin HIV/AIDS'le İlgili Bilgi ve Tutumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6 (3).
7. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı (2018). HIV/AIDS İstatistik. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatislik.html>. 02.03.2019.
8. Uzer-Ekin, G. 2014. Lise Öğrencilerinin HIV/AIDS İle İlgili Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 10:24-26
9. WHO. (2019). Global Sağlık Gözlemevi (GHO) verileri HIV / AIDS. <https://www.who.int/gho/hiv/en/>. 02.03.2019.
10. WHO. (2017). HIV / AIDS <https://www.who.int/features/qa/71/en/02.03.2019>

## **Kendini Topluma Adayan Bir Kùltür Adamı:**

**Mehmet Saadettin Aygen**

## **The Cultural Man Who Dedicated Himself to Society:**

**Mehmet Saadettin Aygen**

Ferhan ÇINAR<sup>1</sup>

### **ÖZET**

İnsanlık tarihinin en eski mesleklerinden olan hekimlik, toplum üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. İnsanın ruh ve beden sağlığına katkı sunan hekimler tevazu, kanaatkârlık, vefa ve iyimserlik gibi erdemlere sahip olduğunda topluma mal olmuş, minnet duyulan örnek şahsiyet haline gelerek kültürel değerlerin korunmasına katkı sağlamaktadır. Bu erdemlere sahip olup kendini topluma adanmış bir hekim olan M. Saadettin Aygen, 1922'de Çanakkale'nin Ezine ilçesinde doğmuş, yüksek tahsilini İstanbul Üniversitesi Tıp Fakùltesi'nde tamamlayarak vatani görevi için geldiği Afyonkarahisar'da muayenehane açarak 1987 yılına kadar serbest hekim olarak hizmet etmiştir. Türk hekimlik geleneğini devam ettirerek hastalarından asla para talep etmemiştir. Mahalli bir fikir adamı olan Aygen, araştırmacı yazar kimliği ile gazete ve yayıncılık alanında da önemli hizmetler vermiştir. Bu bildiri ile amacımız, Afyonkarahisar'da faaliyet gösteren bir STK olarak, toplumun değer yargılarına sahip bir hekimin, mesleği aracılığı ile doğru iletişim kurduğu halkın kültürel tarihine, örnek yaşamı ve eserleriyle yaptığı katkıya dikkat çekmektir.

**Anahtar kelimeler:** Toplum, Kùltür, Sağlık, Hekimlik

### **ABSTRACT**

Medicine, one of the oldest professions in human history, has a great impact on a society. When doctors contributing to human's mental and body health have moralities such as humility, austerity, fidelity and optimism, they contribute to the preservation of cultural values by becoming an exemplary person who has become a good example for the society. The doctor M. Saadettin Aygen having these moralities and dedicated himself to society was born in Ezine, one of the counties of Çanakkale, in 1922. After completing his high education at the Faculty of Medicine in Istanbul University, he worked as a private doctor in Afyonkarahisar, where he came to the national duty, until 1987. He never demanded any money from his patients by continuing the Turkish medical tradition. Aygen, a local intellectual, has also provided important services in the field of newspaper and publishing with his writer identity as a researcher. With this paper, as a civil society organization (CSO), our aim is to draw attention to the contribution of the doctor who has value judgments of the community to the cultural history of the public that he communicates properly through his profession with his exemplary life and work.

**Key words:** Society, Culture, Health, Medicine.

---

<sup>1</sup> Araştırmacı, [ferhancinarr@gmail.com](mailto:ferhancinarr@gmail.com)

## **Giriş**

Tarihin her döneminde, toplumun bütün kesimlerini yakından ilgilendiren sağlık olgusu, düşünüldüğünde kültür ve toplumsal ahlaktan bağımsız ele alınması mümkün olmamaktadır. Bu sebeple sağlık, disiplinler arası incelenmesi gereken bir alandır ve bu alanın başrolünde de toplum içinde önemli ve güçlü bir yer teşkil eden hekimler bulunmaktadır.

Oldukça derin tarihi köklere sahip Türk Hekimleri, güçlü kültürel yapı içinde eğitilerek ahlaki erdemlere sahip bireyler olarak dünya tababetine hizmet etmişlerdir. Kendilerine minnet duyulan hekimler, meslekleri aracılığı ile iletişim halinde oldukları hasta ve hasta yakınlarına şefkat ve merhametle yaklaşması kendilerinden beklenen ilk meziyettir.

İbn-i Sina gibi geçmişimizden örnek verebileceğimiz, bahsi geçen tüm erdemlere sahip toplum içinde örnek haline gelmiş ve dünya tıbbına yön vermiş şahsiyetler bulunmaktadır. Biz de araştırmamızda yakın geçmişimizden, kendini topluma adanmış bir kültür adamı ve hekim olarak sunduğu katkıları ve gelecek kuşaklar için yayınladığı eserlerini anlattığımız bu bildiriye bilim camiasıyla paylaşmak istedik.

Mehmet Saadettin Aygen, insani değerleri taşıma, özel ve sosyal hayatında yaşama geçirme, toplum adına her türlü fedakârlığa katlanma ve yapma örneğini vermiş, kendisi için değil topluma faydalı, sınırsız hizmet etme yaşam tarzını seçmiş, yaşam kurallarını milli ve manevi değerler manzumesine göre oturtmuştur. Kurallarından ne pahasına olursa olsun ödün vermemiş gerçek bir efsanedir.

Bu bildiri ile amacımız; Afyon'da çalışmalarını sürdüren bir Sivil Toplum Kuruluşu olarak, halk tarafından çok sevilen Aygen'in bize bıraktığı kültürel ve toplumsal mirası, gelecek kuşaklara taşıyabilmek adına çocukların ve gençlerin gelişimine destek vermek için oluşturduğumuz faaliyetleri de bilim kuruluna sunmaktır.

## **Yöntem**

Bu çalışmada, konu ile alakalı bilimsel çalışmalar kullanılmıştır.

## **Bulgular**

### **Hekimlik ve Topluma Etkileri, Sağlık, Spor**

Sağlık, her dönemde toplumu etkileyen olguların başında gelmiştir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir, diye tanımlanan sağlık, hasta olmamak anlamına da gelir.

Sağlık söz konusu olduğunda ilk akla gelen, hekimlerdir. Hekimler toplum yapısı içinde oldukça güçlü bir meslek grubunu oluşturmaktadırlar. Hekimlik mesleği, tarih, toplumdaki değişimler ve içtimai olgulardan bağımsız olmamakla beraber hekimlerin meslek kültürleri de toplumsal kültürü meydana getiren olgular açısından büyük önem arz etmektedir. Hekim kelimesi köken

olarak Arapça olup “devenin dizginlerini tutmak, taşkınlığına mani olmak, men etmek, atı gemlemek” anlamlarına gelen “hâkim ”in hafifletilmiş halidir. Hâkim ise Osmanlıca karşılığı, “hikmetle muttasıf, ilm-i hikmette mütehasıs, işleri hikmetli tabip, doktor” anlamına gelen bir kelimedir. Bunun içindir ki; Osmanlıda daha çok hekimlik yerine “hekimlik sanatı” tabiri kullanılmıştır. (Akkaş, Erdem, 2017: 48).

Günümüzde “Tıp Etiği” kavramı içinde hekimlerden beklenen şey, sevecen yaklaşım, yetkinlik ve özerklik gibi temel insan haklarıyla beraber ele alınması gereken değerlere (Civaner, 2015: 21). Sahip olmaktır.

Tarihimizin önder şahsiyetlerinin hayatından anlıyoruz ki hekimler, kendini halka adanarak fiziksel ve ruhsal sorunlarına çözüm bulan, toplumun sağlığı dışında kültürel yapısına da önemli katkılar sağlayan kişilerdir. Bu durum onların yetiştirilme tarzlarından kaynaklanır.

Osmanlı Devletinde serbest olarak çalışan hekimler, esnaf teşkilatındandı. Bu hekimler ahilik öğretilerinden etkilenerek bilgelik, doğruluk, cömertlik, tevazu, kanaatkârlık, vefa ve iyimserlik gibi erdemlerin esas alındığı, toplumsal değerlere sahip çıkan bir ahlak anlayışı üzerine yetişmişlerdir. (Altıntaş, Doğan, 2003:3). Türk hekimlik ahlakının temelinde erdemler etiği yatmaktadır.

Toplumun hekimden beklediği, merhamet ve şefkatlilik erdemi ile yararlı olma (Sarı, 2016:249). İlkesinden hareketle zavallı ve aciz durumda bulunan hastayı himaye etmesidir. Bu durumda hekim, halkın gözünde minnet duyulan ve örnek alınan bir şahsiyet haline gelmektedir. Darüşşifalara merhametli ve şefkatli tabiiler atanması bu durumun önemli bir göstergedir. (Sarı, 2016:250).

Ahlak, bilim, çalışma ve akıl üzerine kurulmuş olan Ahilik Kurumu, Türk-İslam geleneği ışığında maddi ve manevi değerlerin bir bütün olarak düşünülmesinden kaynaklanan ve zaman içinde köklü bir geleneğe dönüşen teşkilatlanmaya verilen isimdir. Ahiler, kökeni yiğit, genç ve cömert anlamına gelen “feta” kelimesi olan ve tasavvufi anlam içeren fütüvvet çerçevesinde kendilerini geliştirmektedirler. (Çınar, 2018: 169).

Esas itibarıyla esnaf ve sanatkârların mesleki teşkilatı olan Ahilik, gerek yapısı, eğitim teknikleri ve felsefesi açısından hekimlikten farklı değildir. Yapılan araştırmalarda da Osmanlı dönemi hekimlerinin mesleki ve ahlaki anlamda ahilik teşkilatından etkilenerek toplumun ahlaki ve kültürel değerlerine katkı sunacak çalışmalar içinde oldukları görülmektedir. Ahilik Teşkilatı kurucusu olan Ahi Evran’ın da hekim olduğu bilgisinden hareketle bilim, sanat ve ahlakı sentezleyen Ahilik, kendine özgü bilim, sanat ve ahlak anlayışı olan hekimlikten uzak değildir. (Köken, Büken, 2018: 68).

Dünya Tıp Tarihinde önemli izler bırakmış olan Ebubekir Razi ve İbn-i Sina gibi hekimlerimizin de üstün hizmetlerini anlatmak için mesai harcamak gerekir. Bu mesai vatanımıza ve Türklüğe

şeref getirecektir. (Ünver, 1938: 13). Kendisinden İslam kaynaklarında eş-Şeyh-ül Reis diye bahsedilen, Avrupa'da 17. Yüzyıla kadar hekimlerin hükümdarı kabul edilen İbn-i Sina; hekim, filozof, kimyager, eczacı, astronom, şair ve devlet adamlığı vasıflarını haiz, Türk İslam kültürü ve ahlakı üzerine yetişmiş, ender bilim adamlarımızdan olup Dünya tıbbına yön veren eserler kaleme almıştır.(Terzioğlu, 2016:344).

Amasya'da yapılan bu organizasyonda yâd etmemiz gerektiğini düşündüğümüz bir diğer hekim de Sabuncuoğlu Şerefeddin Bin Ali Bin Hacı İlyas'tır. Tıpla ilgili olan 3 eserinden (Akrabadin Tercümesi, Cerrahiyyet'ül haniyye, mücerrebname) başka onun yazdığı kuvvetle muhtemel Fütüvvet name olan Tabip Sabuncuoğlu Şerefeddin adına, bugün bir hastane ve sağlık meslek Lisesi bulunmaktadır.(Köksal, 2014:227). Müellifi tam olarak bilinmeyen Fütüvvet name, Şerefeddin Sabuncuoğlu'na aitse hekimlik ahlakı üzerine yetişmiş bir cerrah olan bu tarihi şahsiyetin ahilik ahlak tüzüğü olan böyle bir eser kaleme alması, (Köken, Büken, 2018: 68). hekimlik ahlakının toplumsal değerler açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Türk hekimlik ahlakının bir yansıması da fakir halkın ücretsiz tedavi edilmesidir. Yoksul, kimsesiz ve sahipsiz hastalar darüşşifalarda yatırılarak tedavi edilirdi. Zengin hastalara ilaç vermenin vakfiyelerde yasak olması, fakir halkın ücretsiz tedavi edildiği görüşünü desteklemektedir. (Sarı, 2016: 249).

Hekimlerin bu özverili çalışmaları, toplum sağlığına verilen önemden kaynaklanır. Çünkü sağlık, bir toplumda bireysel ve kamusal mutluluk için ilk şarttır. Sağlıklı bir nüfus aynı zamanda ekonomik verimlilik ve toplumsal refah için de gereklidir.(Akçay, Toplum, s.1).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) nün tanımına göre sağlık, sadece vücutta hastalık olmaması değil, fiziken ve sosyal olarak insanın kendini iyi hissetmesidir. Dünya genelinde yapılan araştırmalar göstermiştir ki; spor ve egzersiz hem hastalıkları önlemede hem de tedavi etmede önemli rol üstlenmiştir. (İmamoğlu, 1992: 63). Sporun insan sağlığına direk ve dolaylı yollardan olumlu etkisi olduğuna göre sağlıklı bireylerden oluşan güçlü bir toplum arzuluyorsak eğer, spordan yeterince faydalanmak gerekmektedir. (İmamoğlu, 1992: 66).

Bireylerin hayat boyu sağlıklı ve zinde bir yaşam sürmeleri, edinilen doğru alışkanlıklarla mümkündür. Bu alışkanlıklardan biri de egzersiz ve spordur. Temelleri çocuk yaşta atılmış beden eğitimi ve spor alışkanlığı hayat boyu devam eden sağlık kalitesiyle birlikte toplumsal ictimayı da getirir. Beden eğitimi demek, hareket öğrenme, hareket yoluyla öğrenme yani fiziksel hareketler yoluyla insanın eğitilmesidir. Beden eğitimi vücudun eğitimi demek olup, bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal bütünlüğünü zedeledikten toplumsal olarak yararlı gelişimini sağlamakla birlikte mutlu ve güçlü olma, karakter, kişilik ve kültürlenme eğitimidir. Eklem ve kasların kontrollü ve didaktik bir şekilde gelişimini ve metotlu şekilde hareket etmesini sağlar. (Orhan, Yoncalık, 2016:356). Bütün bunlar insan sağlığı için önemli ayrıntılardır.

## **M. Saadettin Aygen'in hayatı**

Hekim, araştırmacı yazar ve gazeteci kimliği ile dikkatleri üzerine çeken Mehmet Saadettin Aygen'in baba ve dedesi tıpçı olmamasına rağmen soyu dikkate alındığında hekimliğin ona ecdat mesleği olarak kaldığını söyleyebiliriz. Dokuz göbek büyük dedesi, Çanakkale Kilit Bahir'de "Paşa Doktor Camisi" adıyla meşhur olan camiyi yaptıran Hekim Hasan Hasbi Paşa'dır. Ayrıca sekiz göbek büyük dedelerinden birisi de Tabip İbrahim Ağa'dır. Çanakkale Savaşlarında Cevat Paşa'nın maiyetinde görev yapmış olan emekli subay İbrahim Efendinin torunu ve ilk mektep muallimi Necati Bey'in oğlu olarak 6 Mart 1338 (1922) senesinde Çanakkale'nin Ezine ilçesinde dünyaya gelen M. Saadettin Aygen ömrü boyunca bir Çanakkaleli olduğunu unutmamıştır. (Akkoyun, 2012: 13).

Babasının tayini sebebiyle 1922 senesinin sonlarında henüz altı aylık iken Bozcaada'ya gelmiş ve 1935 senesine kadar burada kalmışlar dolayısıyla çocukluğu burada geçmiştir. 1926-28 seneleri arasında Çanakkale'de anaokuluna gönderilen Aygen, ilk mektebe ise 1928 yılında "Bozcaada İstiklal İlk Mektebi'nde başladı. Latin harflerinin kabul edilmesine denk gelen bu yıl, ilk defa Gazi Mustafa Kemal Paşa'yı görmüş ve yeni harfleri ondan öğrendiğini; 10 Kasım 1962 tarihli ve 617 numaralı Türkeli Gazetesindeki yazısında şöyle anlatmaktadır: "Atatürk'ü ilk defa 1928 yılının sıcak bir yaz gününde gördüm. Ben ilkokul çağına gelmiş bir çocuktum. Hükümet binasının avlusunda evvela sesli harflerle başlayan alfabeyi ilk defa onunla beraber okudum."(Akkoyun, 2000: 510).

Çanakkale Orta Mektebi'ne 810 numara ile kaydı yapılan Aygen, babası İmroz'a tayin edilince 1935 senesinde birçok hatıralarla beraber Bozcaada'dan ayrılmışlardır. Orta mektebin üçüncü senesinde Mehmet Akif Ersoy'un vefatı, fazlasıyla etkilendiği bir olay olmuş ve sonraki yıllarda şairle yakından ilgilenmiştir.

Aygen, 1937-1938 Eğitim Öğretim yılında fikriyatının şekillendiği, unutamayacağı arkadaşlar ve öğretmenler tanıyıp, Atatürk'ü son defa görmesi gibi önemli olaylar yaşadığı Bursa Erkek Lisesine başlamıştır.(Akkoyun, 2002: 769). Daha sonra Bursa Erkek Lisesi ve buradaki hatıralarını anlattığı yazıları defaatle kaleme almıştır.

1940- 1946 seneleri arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde tahsil görüp hekim olarak mezun olmasının ardından yedek subaylık için çekilen kurada Hava Kuvvetleri çıktığı için Kütahya Hava Alayına geldi. Liseden arkadaşı Ahmet Dural'la beraber 3 ay orada kaldıktan sonra Afyon'a nakil olunur. Böylece, yıllarca severek büyük hizmetler vereceği şehirdeki yaşamı başlamış olur. Afyon'a yerleşmesinde bu şehrin tarihi çizgisi ve Meserret Hanım ile evlenip aile kurması etkili olmuştur. "Türk'ün kara talihi Afyon ufuklarında ağardı. Bugünkü varlığımızı o günlere borçluyuz. O gün akan mübarek şehit kanları bugünkü varlığımızı yarattı."



(Akkoyun, 2012: 17) diyerek, Afyon şehrinin Kurtuluş Savaşındaki rolünü etkili bir şekilde ifade etmiştir.

M. Saadettin Aygen, 1948 yılının Mart ayında Afyon'da muayenehane açarak 1987 yılına kadar, takriben 40 yıl serbest hekim olarak çalıştı. Sözlükteki karşılığı "dost, arkadaş, hayat arkadaşı, can yoldaşı, sevgili, yar, temiz yaradılışlı" demek olan Aygen, soyadına yakışır, ahlaki güzellikleri ile ön plana çıkan bir hayat sürdürmüş ve gönüllerde ve zihinlerde unutulmayacak izler bırakmıştır.

Güzel ahlakının bir yansıması olarak, meslektaşlarından farklı bir çizgide, gece gündüz demeden kabul ettiği hastalarından ücret talep etmeyerek bilhassa fakir halk üzerinde tesirler bıraktı. Muayene ücretinin 30 ya da 40'da birini verenlerden ya da bunu bile vermeyenlerden herhangi bir talebi olmadığı gibi yaptığı iğnelerden para almaz, yazdığı ilaçlar da tesir ederdi. Hiç ücret almadığı duyulduğu için muayenehanesi devamlı dolu olur bilhassa köylüler hastalarını ona getirirlerdi. Çünkü milliyetçi muhafazakâr bir fikir yapısına sahip olan Aygen, ecdat yadigarı olarak Türk hekimlik geleneğine son derece bağlı, kendini topluma adanmış bir kültür adamıydı. T. C. Ziraat Bankası ve Milli Eğitim Bakanlığının okullarında hekimlik hizmeti vermiş, Türk Milletinin geleceği gözüyle baktığı çocuklara yakın alaka göstermiştir.(Akkoyun, 2012: 18).

Aygen için memleket sevgisi, her şeyin üstündedir. O gerçek bir milliyetçidir ve Milliyetçilikten ne anladığını şu sözleriyle ifade etmektedir. "Ben Milliyetçiliği; Türklüğü ve Türkiye'yi her şeyden fazla sevmek ve her bakımdan ileri ve yüksek bir medeniyet seviyesine ulaştırmak olarak anlıyorum." Büyük bir zenginlik taşıyan Türk Kültürünün ancak farkına varılmasıyla değerlendirileceğini ve insan sevgisine dayanan fikirlerle yaşayıp yeni nesillere aktarılabilceğini savunmakta, geçmişten beri süregelen ahlaki değerlerimizin Türk Milletinin gücü ve vatan sevgisinin temeli (Akkoyun, 2012: 49) olduğunu dile getirmektedir.

Afyon'dan ayrıldığı 1987 yılına kadar hiçbir karşılık beklemeden büyük bir özveriyle halka hizmet eden Dr. Saadettin Aygen'i tanıyanlar, onun muayenehanesinin yerden tavana kadar kitaplarla dolu olduğunu söylerler. Çünkü hekimlik mesleğinin yanında, gazeteci, fikir adamı ve araştırmacı yazar kimlikleri ile de Türk Milletine ve Afyon halkına uzun yıllar hizmet etmiş, vefatına kadar da okumuş, araştırmış ve araştırmalarını yayınlamıştır. Bu sebeple Afyon'da varlığını sürdüren bir Sivil Toplum Kuruluşu olarak biz de onun hizmetlerini araştırmamıza konu seçmekle, vefa borcumuzu ödemiş olmayı hedefliyoruz. 1972 senesinde babası, Necati Aygen'i kaybetmiştir.

Aygen'in eserlerinden en önemlisi; birçok zorluğa rağmen 36 sene boyunca yayınlamış olduğu Türkeli Gazetesi'dir. Önce dergi sonra da gazete olarak yayınına devam eden Türkeli,

Milliyetçi, komünizme karşı çıkan ve Afyon menfaatlerini ön planda tutmasıyla başarısını korumuştur.

Türkeli Gazetesinin ilk gündend itibaren dayandığı prensipler;

-Milliyetçilik

-Komünizmle mücadele

-Din, mukaddesat ve ananelere bağlılık

-Memleket meselelerine duyarlılık

-Partiler karşısında tarafsızlık

-Afyon'un meselelerinin çözümü konusunda gayret.

Türkeli'nin yayınlanmasında yıkıcılık değil yapıcılığı esas alarak yayın politikasında Allah'a dayanmayı, ilme güvenmeyi ve millete inanmayı vurgulamıştır. Gazete ve matbaası aracılığı ile Afyon'da birçok kişiye mesleği öğretmekle beraber araştırma ve yayın yapma konusuna teşvik etmiştir. (Akkoyun, 2012: 21).

M. Saadettin Aygen, gazetenin yanında Afyon'un tarihi, kültürel, toplumsal ve ekonomik yapısını ortaya koyan 5 şahsiyetin eserlerini ve hayatını kitaplaştırmış, şehrin tarihinde büyük iz bırakan Sultan III. Kılıçaslan'ın kızlarının hizmetlerini de yayınlamıştır. Afyon'a dışarıdan gelen vefakâr, cefakâr, okuyan ve araştıran gerçek bir fikir adamı olan Aygen, hekimlik mesleği aracılığı ile daima toplumun içinde bulunarak her türlü kültürel değerimize katkı sağlamıştır.

Aygen'in yayınladığı eserler:

1-Kısa Dermatoloji

2-Afyonkarahisar Camileri

3-Afyonkarahisar Kaplıcaları ve Maden Suları

4-Afyon'da Söylenen Ninniler

5-Şair ve Mutasavvıf Gülaboğlu Muhammed Askeri

6-Afyonkarahisar Bilmeceleleri

7-Afyonkarahisarlı Alim ve Lugatçı Müslihiddin Mustafa b. Şemsettin Karahisari Ahteri

8- Ali Çetinkaya

9-Atatürk Afyon'da

10-Afyonkarahisar Masalları

11-Büyük Zafere Doğru

12- Büyük Filozof Esiruddin Ebheri

13-İmadoğlu Hasan Karahisari

14-Bütün Yönleriyle Bozcaada

15-Afyon'daki Kadınana

16-Afyon Dilek ve Adak Yerleri

17-Osmanlı Salnamelerinde Afyonkarahisar(Akkoyun, 2012: 22).

Gönülden yaptığı hizmetleri için Afyon Halkının minnet borçlu olduğu güzel insan M. Saadettin Aygen, 76 yaşında iken 5 Mayıs 1998 Salı günü İstanbul'daki evinde vefat etmiştir.<sup>2</sup>

## **Dernek Faaliyetlerimiz**

Sivil Toplum Kuruluşu olarak hedefimiz, Afyon lokalinde çalışmakla beraber, Türk Toplumuna ve Türk Milletinin geleceği gözüyle baktığımız çocuklarımıza ve gençlerimize kendimizi adayarak, geleceğimizin ahlaki ve fiziki olarak sağlam temeller üzerine atılmasına, özverili çalışmalarımızla katkı sunmaktır.

Toplumların en değerli varlığı insan gücüdür. Bu gücün en üst boyutta değerlendirilebilmesi, insan kaynağının işlenmesi, onun nasıl daha iyi öğreneceği ve yetenekleri ile potansiyelini en üst boyutlara nasıl çıkarabileceği sorularını cevaplamaktan geçmektedir.

Derneğimizin amacı; çocukların fiziksel, bilişsel (zihinsel) ve sosyal (duyuşsal) yönden gelişmelerine destek olmak için faaliyetlerde bulunmaktır. Çalışmalarımızda psikomotor gelişimi temel alarak jimnastik, yüzme ve okçuluk gibi branşlarda çocukları ve gençleri eğitmekteyiz.

Psikomotor Gelişim, anne karnında başlayarak ömür boyu devam eden bir süreçtir. (Özer, Özer, 2016: 7). Toplumun temel taşı olan insan, beden beyin ve duygularıyla bir bütün olduğuna göre sağlıklı birey olabilmeleri için küçük yaşlardan itibaren kinestetik algı ve motor öğrenmeyi yok saymadan bireyin bedensel eğitiminin verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Jimnastik, yüzme ve okçuluk branşları ise çocukların, denge, koordinasyon, esneklik, dayanıklılık gibi temel motor becerilerinin gelişiminin yanında, bilişsel ve sosyal gelişimlerini destekleyerek sağlıklı, özgüvenli ve aktif bireyler olarak topluma katılmalarını sağlamaktadır.

Derneğin Faaliyet amaçlarından bazıları;

Dernek, kamu kurum ve kuruluşlarının görev alanlarına giren konularda ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli yasal izinler alındıktan sonra aşağıdaki faaliyetleri yapar.

\*Milletimizin ümidi ve geleceğimizin teminatı olan gençlerimize vatan, bayrak sevgisi aşılıyarak milli ve manevi değerlere bağlı, iyi yetişmiş bireyler olarak ülkemize kazandırmak amacıyla bütün ihtiyaçlarını karşılamak.

---

<sup>2</sup> M. Saadettin Aygen'in in hekimlik ve gazeteci yazar kimliği ile Afyon Halkına verdiği destek ve yaptığı yayınları gelecek kuşaklara aktarmak için çalışmalar yapan değerli bilim adamı Doç. Dr. Turan Akkoyun, Afyon Belediyesi Yayınlarından çıkan bir kitap ve Afyon ve Bursa'da sunduğu 2 bildiriye imza atmıştır.

\*Gençlerimizi serbest zamanlarda, ulusal ve uluslararası düzeydeki ilmi, kültürel ve sanatsal faaliyetlere katılmaları için dernek imkânları doğrultusunda destek olmak. Gençlere fırsat vererek bilgili, becerili ve aktif insanlar olarak topluma değer katmalarını sağlamak.

\*Büyümekte olan çocukların fiziksel, bilişsel ve duyuşsal yönden gelişimlerine destek olmak için programlar yapmak. Bu çalışmalar sayesinde dürtüselliklerini kontrol etmelerine yardımcı olarak dikkat ve odaklanma sürelerini artırmak.

\*Engelli ya da özgün öğrenme güçlüğü olan bireylere ve ailelerine yönelik faaliyetler düzenlemek.

\*Derneğin temel amaçları doğrultusunda konferans, seminer, kurs, sempozyum, tiyatro, yemekli ve yemeksiz toplantılar düzenlemek.

\*Faaliyetlerin etkinleştirilmesi ve geliştirilmesi için araştırmalar ve kurs, seminer, konferans ve panel gibi eğitim çalışmaları düzenlemek.

Çocukluk ve gençlik yıllarımda mensubu olduğum Afyon iline, dışarıdan gelerek ilimizin toplumsal, kültürel ve tarihi yönlerine katkı sunarak değerli hizmetlerde bulunan, halkın sağlığı konusunda karşılık beklemeden gece gündüz çalışan, Türk ahlaki değerlerine sahip memleket sevgisi ile dolu olan Mehmet Saadettin Aygen'in bize bıraktığı mirasa sahip çıkmayı hedeflemekteyiz. Bunun için biz de geleceğimizin teminatı ve aziz vatanın mirasçıları olan çocuk ve gençlerimize yönelik gelişimsel faaliyetlerde bulunarak hem ilimiz halkına hem de Türk milletine hizmet etmeyi, kendimize görev addetmekteyiz.

## **Sonuç**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; bireyin bedeninde hastalık olmaması ile birlikte fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Toplumun sağlıklı olması da bireylerin sağlıklı olması ile mümkündür. Sağlıklı bir toplum aynı zamanda kültürel ve ahlaki değerlerine sahip bireylerden oluşur. Bu konuda topluma doğrudan etki eden kişiler ve meslek gruplarının başında hekimlerin geldiği söylenebilir. Hekimler meslekleri gereği hasta ve aciz durumdaki bireyler ve yakınları ile iletişim halinde olduklarından, ahlaki erdemlere sahip ve toplumun değerlerine saygılı olmaları halinde Türk hekimlik tarihinde müşahede ettiğimiz örnek şahsiyetler gibi sadece sağlık konusunda değil, birçok konuda topluma katkı sağlamaktadırlar.

Araştırmamıza konu olarak seçtiğimiz yakın tarihimizden güzel bir örnek olan Mehmet Saadettin Aygen'in hayatı ve eserlerine bakıldığında, kendini topluma adanmış, gelecek kuşakların milli ve manevi değerler bütünü içinde yetişmesini önemseyerek bizlere yaşamıyla örnek olan ender bir şahsiyet görülmektedir.

Aygen'e olan vefa borcumuzu ödemekle beraber bizlere bıraktığı kültürel ve ahlaki mirası yaşamak ve yeni nesle yaşatmak amacıyla Sivil Toplum Kuruluşu olarak üzerimize önemli

görevler düştüğünü bilmekteyiz. Bunun içindir ki; Dernek faaliyetlerimizi çocuk ve gençlerin her yönden gelişimlerine destek olacak şekilde düzenlemekteyiz.

Dernek faaliyetlerimizden bazıları;

Çocuklarımızı ve gençlerimizi memleket ve bayrak sevgisi ile dolu, ahlaki değerlere sahip, bilgili, becerili bireyler olarak topluma kazandırmak.

Çocuklarımızın sağlıklı ve öz disipline sahip yetişkinler olması için spor temelli programlarımız sayesinde fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimlerine destek olmak.

Jimnastik, yüzme ve okçuluk branşlarımızla temel motor becerilerini geliştirerek bedenlerine ve dolayısıyla beyinlerine hâkim olmalarını sağlayıp, dikkat ve odaklanma sürelerini artırmak.

Derneğin amaçları gereği gençlerin ve halkımızın bilinçlendirilme çalışmaları kapsamında seminer, kurs, sempozyum ve panel gibi faaliyetler düzenlemek. Faaliyetlerin etkinleştirilmesi için bilimsel araştırmalar ve yayınlar yapmak.

Hızla değişen dünyada toplum olarak sağlam yer edinebilmek; Milli kültürüne, tarihine ve ahlaki değerlerine bağlı, yaşadığımız topraklarda kurulmuş mensubu olduğumuz kadim Türk medeniyetinin sorumluluğunu idrak edebilen, üretken nesiller ile mümkündür. Bizim gibi Sivil Toplum Kuruluşlarının, toplumun inancını ve benliğini yitirmeden doğru teşekkül etmesi hususunda sorumlulukları vardır. Vicdanları ve idrakleri geliştirmeden, ahlaki terbiye olmadan sadece fiziksel ve zihinsel gelişimin hedefine ulaşmayacağıının ve yeni yetişen neslimize özgüven ve karakter aşılamanın uzun soluklu bir meşgale olduğunun bilincindeyiz. Bu sebeple çocukların fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimleri için yaptığımız faaliyetlerin yanında toplumsal gelişimimiz için de elimizden gelen gayreti göstermekteyiz.

## Kaynakça

1. Akçay, Ş. "Toplum Sağlığı ve Sağlık Politikaları", <https://docplayer.biz.tr/7860795-Toplum-sagligi-ve-saglik-politikalari-prof-dr-sule-akcay-baskent-universitesi-tip-fakultesi-gogus-hastaliklari-ad-ogretim-uyesi.html> erişim tarihi:27.02.2019, 01.32.
2. Akkaş, E.Ş Erdem, R. (2017). "Hekimlik Meslek Kültürünü Belirleyen Olguların Değerlendirilmesi" Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 8(17), 47-57.
3. Akkoyun, T. (2002). "Bursa Erkek Lisesi Bir Sima; Dr. Aygen", Uludağ Üniversitesi I. Bursa Halk Kültürü Sempozyumu Bildiri Kitabı, 2, Bursa, 769-773.
4. Akkoyun, T. (2000). "Dr. Mehmet Saadettin Aygen'in Afyon Kültür Hayatına Katkıları", V. Afyonkarahisar Araştırmaları Sempozyumu Bildirileri, 9, Afyonkarahisar, Afyon Belediyesi Yayınları, 509-517.
5. Akkoyun, T. (2012). Mehmet Saadettin Aygen'in Hayatı ve Eserleri, Afyonkarahisar, Afyon Belediyesi Yayınları.
6. Altıntaş, A. , Doğan, H. (2003). "Osmanlı Esnaf Tabibinin Ahlak Eğitimi ve Değerleri (Fütüvvet namelere Göre)", Türk Dünyası Araştırmaları, 146, 59-83.
7. Çınar, F. (2018). "Anadolu Türklüğünde Kadın Hakkında Bir Araştırma", IV. Uluslararası Sosyal Beşeri ve İdari Bilimler Sempozyumu Tam Metin Kitabı, II, Editör: Süleyman Uçar, Elazığ, Asos Yayınevi. 164-184.
8. Civaner, M. (çev.),(2015). Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı.
9. İmamoğlu, O. (1992). "Spor- Sağlık İlişkisi", On dokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 7(1), 63-66.
10. Köken, A. H. , Büken, N. (2018). "Ahi Evran (1171-1261) ve Ahilik İle Hekimlik Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme", Lokman Hekim Dergisi, 8(1), 54-70.
11. Köksal, M. F. (2014). "Ünlü Tabip Amasyalı Sabuncuoğlu Şerefeddin 'in Bilinmeyen Bir Eseri (mi?) Fütüvvet name", TÜBAR, 37, 54-70.
12. Orhan, R. , Yoncalık, O. (2016). "Türkiye'deki Ortaokul Öğrencilerinin Beden Eğitimi ve Spor Alışkanlıkları", Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(1), 353-376.
13. Özer, D. S. , Özer, M. K. (2016). Çocuklarda Motor Gelişim, Ankara, Nobel Yayıncılık.
14. Sarı, N. (2016). Osmanlı Darüşşifalarında Meslek Ahlakı", Yeni Türkiye, 5, 244-272.
15. Terzioğlu, A. (2016). "İbn-i Sina'nın Hekimliği ve Tababetin Gelişmesine Etkileri", Yeni Türkiye, 4(91), ss.344-376.
16. Ünver, A. S. (1938). Tıp Tarihi, İstanbul, Matbaa-i Ebüzziya, İstanbul Üniversitesi Yayınları.

# Hastane Yapılarında, Bağımsız Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Arttırılması Üzerine Değerlendirme

## Evaluation of Improving the Life Quality of the Elderly in Hospital Buildings

Gizem ÖZER BAŞ<sup>1</sup>

Elif ÖZGEN<sup>2</sup>

### ÖZET

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusu artmaktadır, yalnızca Türkiye ele alındığında ise son beş yılda 65 yaş üstü yaşlı nüfusunun yüzde yedi oranında arttığı görülmektedir. Yaş alan bireylerin sağlık standartlarının yanında çevresel yaşam kalitelerinin de artırılması; verimli ve etkin bir yaşlanma süreci geçirmelerini sağlamaktadır. Dünya sağlık örgütü 65 yaş üstü olarak kabul edilen yaşlı grubunu zindelik ve bedensel kuvvet olarak; bağımlı yaşlı, yarı bağımlı yaşlı ve bağımsız yaşlı olarak üç grupta ele almaktadır. Bu çalışma kapsamında bağımsız yaşlı grubu olan dinç ve bedensel olarak bir engeli olmayan, kendi kendine yaşamını devam ettirmesine engel olacak kronik bir rahatsızlığı bulunmayan bağımsız yaşlı grubuna dahil bireyler ele alınmaktadır. Kısaca araştırma kapsamında kullanıcı grubu bağımsız yaşlı, mekanı ise; hastane yakın çevresi ve giriş alanları olarak belirlenmiştir. Çalışma yöntemi ise niteliksel olarak mantıksal tartışma yapılması ve örnek incelemesidir. Literatür taraması yapılarak Ankara'da bulunan Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Polikliniği yaklaşımı ve giriş alanı incelenmiştir. Yaşlı bireylerin hastaneleri kullanırken yaşadıkları deneyimlerin, "hastane" yapısına ilişkin tutumları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Kültürel olarak yaşlılara duyulan saygı sebebiyle, yaşlı insanlara yardım etmek amacıyla toplumsal olarak bir davranış biçimine sahip olduğumuz söylenebilir. Ancak bu durum yalnızca ileri yaş grubu için değil her yaş grubu için sakıncaları olan bir durumdur. Bağımsız bireylerden oluşan bir toplum oluşumuna her anlamda katkı sağlamak gerekmektedir. Birey olarak yapabilme kabiliyetlerinin desteklenmesi, toplum ve kültür üzerinde değişikliklere yol açabilecek güçte olarak değerlendirilmektedir. Toplumumuzda hastane yaklaşımı, girişi ve yönlendirmesi konularında ileri yaştaki bireylerin büyük kısmı, yanlarında destek olacak biri ile hasta ziyareti gerçekleştirmektedir. Bu durum hem mekânsal hem de organizasyon ve prosedürlerle ilişkilidir. Bağımsız yaşlı bireylerin erişim ve kullanımının odağında tasarlanması sonucunda; bireyin özgüveninin artması, hastane yoğunluğunun ve iş yükünün azalmasına yardımcı olmaktadır. Sonuç olarak çalışma ile; hastane mekanlarının belirtilen öğeler kapsamında tasarlanması ve uygulanması üzerine önerilerde bulunmaktadır. Çalışmada bağımsız yaşlılar için sağlık hizmetini daha kolay ve bir başkasına bağlı olmadan alabilme kabiliyetini artırmak ve bu yolla literatüre fayda sağlamak hedeflemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane, Bağımsız Yaşlı, Yaşam Kalitesi, Sağlık Yapıları, Hastane Algısı.

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Mimarlık ve Şehir Planlama Bölümü, [gizemozer.bas@cbu.edu.tr](mailto:gizemozer.bas@cbu.edu.tr)

<sup>2</sup> Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Ana Bilim Dalı, [elifozgen@outlook.com](mailto:elifozgen@outlook.com), [elif.ozgen@hacettepe.edu.tr](mailto:elif.ozgen@hacettepe.edu.tr).

## ABSTRACT

As our country in the world has been increasing elderly population, only 65 years old when taken over the last five years Turkey has increased by seven percent of the elderly population. Improving the quality of life in addition to the health standards of the individuals taking the age; provides an efficient and effective aging process. The World Health Organization considers the elderly group, which is considered to be over 65 years old, in three groups as elderly; dependent, semi-dependent and independent. Within the scope of this study, individuals in the independent elderly group who are non-physically disabled, who do not have a chronic disability and which do not have a chronic disability, will be prevented. Briefly, within the scope of the research, the user group is independent; It is defined as the close vicinity and entrance areas of the hospital. The study method is a qualitative logical discussion and a sample study. The examination of the adult polyclinic's environmental approach and the entrance area of Hacettepe University Hospital in Ankara were investigated. Elderly individuals' experience when using hospitals is effective on the attitude of the individual about hospital structure. For the elderly; our culture may be formed to make them dependent. Contrary to this situation, the continuation of the individual's ability to do is considered to be strong enough to lead to changes in society and culture. In our society, the hospital approach, the patients who have difficulty in accessing and directing, and most of the elderly people who do not live, performs a patient visit with someone who will support them. This situation is both spatial and related to organization and procedures. As a result of easy access of independent elderly people; In addition to increasing the self-confidence of the individual, it helps to decrease the hospital density and helps to decrease the workload. As a result of the study; suggestions are made on the design and implementation of hospital spaces within the scope of specified items. It aims to increase the ability of the healthcare workers to be able to receive healthcare services easily and independently, and to benefit the literature in this way.

**Keywords:** Hospital, Independent Elderly, Life Quality, Healthcare Facility, Hospital Perception.

## Giriş

Tüm dünyada yaşanan gelişmeler insan ömrünün uzamasına sebep olmaktadır. İnsan ömrünün uzaması; nüfustaki genel yaş ortalamasının yükselmesine ve ileri yaştaki bireylerin sayısal oran olarak artmasına sebep olmaktadır. Dünyanın genelinde olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfus oranı artmaktadır.

Dünya sağlık örgütü 65 yaş üstü olarak kabul edilen yaşlı grubunu zindelik ve bedensel kuvvet olarak bağımlı yaşlı, yarı bağımlı yaşlı ve bağımsız yaşlı olarak üç grupta ele almaktadır. Yaşlının yeterlilik düzeyi Dünya Sağlık Örgütü'ne göre:

- Bağımsız yaşlı: Kendi kendine tamamen yetebilen, tüm fiziksel psikolojik sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilen,
- Yarı bağımlı yaşlı: Genel olarak zihinsel bir problemi olmayan ve fiziksel olarak da belli başlı ihtiyaçlarını karşılayabilen ancak bazı gereksinimler için (banyo yapma, ev



temizliği, alışveriş ve bunun gibi yaşam aktiviteleri) desteğe veya yardıma ihtiyaç duyan,

- Bağımlı yaşlı: Yaşamını sŸrdŸrebilmek için sŸrekli dışardan destek ve bakıma ihtiyaç duyan yaşlı birey olarak belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında bağımsız yaşlı grubu olan di durumda ve bedensel olarak bir engeli olmayan, kendi kendine yaşamını devam ettirmesine engel olacak kronik bir rahatsızlığı bulunmayan bağımsız yaşlı grubuna dahil bireyler ele alınmıştır.

Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Özellikle zamanla meydana gelen fiziksel değişiklikler; erişilebilirlik, çevreye uyum açısından olumsuz yönde gerçekleşebilmektedir. Yaşlanmayla beraber fiziksel kapasitedeki bazı fonksiyonlar fark edilir derecede azalmaktadır.

Denge ve eş gŸdŸm yetersizliğine sebep olan yŸrŸme hızının ve merdiven çıkma yeteneğinin azalması ileri yaşlarda sıklıkla grŸlmektedir (Ter, Erdoğan, & Kuter, 2016). Sadece erişilebilirlik anlamında değil, fiziksel lŸler ve vŸcut duruş şeklinde (postŸr) değişiklikler grŸlmektedir. Yaşın ilerlemesi ile postŸrel değişikliğe bağlı olarak boy uzunluğunda, vŸcut lŸtlerinde azalma gerçekleşmektedir.

65-74 yaşındaki erkeklerin, 18-24 yaşındaki gençlerden ortalama 6.1cm, aynı yaş grubu karşılaştırmasında kadınların ise genç gruptan yaklaşık 5.1cm daha kısa olduğu verileri elde edilmiştir. VŸcut lŸsŸndeki dŸřŸř, 40-44 yaşlarında başlamakta ve yaşam boyu devam etmektedir (Kalınkara, 2004). Bu bakımdan mekanlardaki donanım ve ekipmanların işlev ve boyutları oluşturulurken yaşlıların ergonomisi göz nŸnde bulundurulmalıdır (Damon & Stoudt, 1963). Unutulmamalıdır ki, sağlıklı her birey geleceğin yaşlı bir kullanıcısı durumundadır.

Yaşam boyunca değişen fiziksel boyutlar, davranış biçimleri, alışkanlıklar ve bireyin fiziksel ergonomisi mekân kullanımını etkilerken, aynı biçimde mekânın organizasyonunu da etkilemektedir. Özellikle yaşlıların kullandığu mekânlar tasarım olarak, onların gereksinimleri de karşılanacak biçimde ele alınmalıdır (DŸzenli & Alpak, 2017).

Yaş alan bireylerin sağlık standartlarının yanında çevresel yaşam kalitelerinin de artırılması; verimli ve etkin bir yaşlanma sŸreci geçirmelerini sağlamaktadır. İlerleyen her yeni yaş ile fiziksel ve sosyal gereksinimler de değişmektedir. Yaşlanan bireyin fizyolojik yapısında değişiklikler olduğundan, çevresel ihtiyaçları da değişmektedir. Ancak sosyal değerler de bunlardan ayrı tutulmamalıdır. Hem fiziksel hem de sosyal ihtiyaçlar ileri yaşlarda daha sık kullanılan sağlık yapılarında da doğru biçimde değerlendirilmeli ve tasarlanmalıdır.

Tasarımların odağında insan ve bireye ait sağlığın korunması temel amacıyla ele alındığında, hastane “sağlık hizmetleri almak Ÿzere ihtiyaç odağında hasta kişiye hizmet veren kamusal bir

yapı” olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda kamusal yapıların kullanıcı anlamında kapsayıcı olarak ve toplumun her kesimine ve yaş grubuna hizmet ettiği bilgisine değinmek yerinde olacaktır.

Sağlık mekanları tasarımı ile ilgili olarak kullanıcı odaklı inceleme yapabilmek, doğru hizmet verilmesi için önemli bir adımdır. Sağlık yapılarının ortaya çıkma amacı temelde, insanlara sağlık, eğitim ve araştırma hizmeti sunulmasına ortam sağlamaktır. Hastanelerin sunacağı hizmeti mekan aracılığıyla verdiği kabulü ile yapılacak mekan tasarımı; kullanıcıyı gözlemleyerek, inceleyerek ve değerlendirerek sağlamaya çalışılmalıdır (Özgen,2014).

Mekan tasarımı ile sağlık bilimleri arasındaki bağlantının başlangıcı neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. İtalya'nın Napoli kenti yakınlarındaki Pompei kentinde yapılan kazılarında bulunan cerrah evinde; muayene odası, hasta odaları ve ameliyat için özelleşmiş bir mekan bulunmuştur (Terzioğlu, 1964; Aydın, 2001).

Ancak yakın tarihlere gelindiğinde; modern hastanelerde, tıbbi bakımın sağlanmasında iyileştirilmesi merkezinde mekan tasarımları ve tıbbi uygulamalar mevcuttur. Yalnızca bedensel olarak iyileşme hizmeti sunan hastaneler mekanik kurumlar olarak kabul edilebilir. Başka bir deyişle fabrikasyon bir iyileştirme kurumu olarak, hasta kişinin erişim sağladığı, tedavi sürecini tamamladığı ve mekandan ayrıldığı bir süreç olarak değerlendirilebilir. İlk kez 1970'li yılların başında, hasta ihtiyaçlarının saptanmasının önemi dile getirilmeye başlanmıştır (Ergenoğlu, 2006, s. 23). Günümüzde bu gelişmelerin bir sonucu olarak hala kullanıcı merkezli tasarımlar gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır Son yıllarda bütün dünyada, sağlık sektöründe önemli değişimler yaşanmaya başlanmıştır. İyileştiren ve iyi hissettiren hastane tasarımı konusundaki çalışmaların, sağlık sektöründe gün geçtikçe hız kazandığı gözlemlenmektedir. Hastane tasarımı için oluşturulan ölçütlerin; mekan standartları ve teknik detayların yanında, çevresel standartlar ve kalite konularını da içermesi gerekmektedir. Hastane binaları, hasta merkezli bir mekan anlayışla, yaşam ve bakım kalitesini yükseltmeli, hasta sağlığını doğrudan ve olumlu etkileyecek mekansal ve tıbbi çözümler sunmalı ve kabul standartlara uygunluğuyla güvenilir olmalıdır (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007, s.44).

Sağlık mekanları biçimlenişleri, konstrüksiyon ve yatırım hedefleri ile sınırlandırılmamalı, kullanıcıların psikolojik, duygusal konforu ve bu konforun en doğru, uygun biçimde nasıl deneyimleneceği konusuna da alanında yetkili bir tasarımcı yardımı ile mekan gereksinimlerine çözüm bulunması önerilmektedir (Cooper, 2006). Sağlık yapıları kullanıcıları için planlanan mekansal tasarım; ekonomik, estetik gibi farklı temel problemlerin çözümüne dayalı gerçekleşen iş birliği ile gerçekleştirilmelidir.

Sağlık yapılarına yönelik genel tanımlar bu iş birlikleri ile yapılmalıdır ancak konu dahilinde hastane yakın çevresi yaklaşımı ve giriş alanları olduğundan bu alanlara değinmek faydalı

olacaktır. Hastaneye yaklaşımında ilk olarak hastane cephesi ve yakın çevresi kullanıcıyı karşılamaktadır. Bu nedenle hastane cephesi ve dış mekanları, bir hastaneden beklenen; modern, teknolojik, sağlıklı, güvenilir, insancıl hastane imajını taşıyor olmalıdır. Bu etkinin oluşması için; cephe renk ve malzemesi, ışık – gölge oyunları, peyzaj düzenlemesi, gece aydınlatması gibi etkiler dikkate alınarak tasarlanmalıdır. Ayrıca kompleks genelinde uygulanan bir kurumsal kimlik oluşturmak, hastanenin tasarım amacını ve tedavi biçimini kullanıcılara iletmekte etkili olacaktır (Güller, 2007, s. 68,69). Sağlık yapılarına dışarıdan iç mekana ulaşım sağlanmak üzere yaklaşım sağlanacağından; hastane yapıları giriş kütlelerinin algılanmasında özellikle ana giriş diğer girişlerden algısal olarak öne çıkması önerilmektedir. Açık ve belirgin olup iç mekan atmosferini yansıtıcı ve yönlendirici olması tüm kullanıcı yaş aralıkları için olumlu olarak değerlendirilmektedir (Tasarım Yayın Grubu, 2003). Hastane binasının açık ve bulunabilecek, davetkar bir giriş ve karşılama alanına sahip olması, hasta ve yakınlarının bina hakkındaki ilk izlenim ve duygularının olumlu olması açısından öneme sahiptir (Ergenoğlu, 2006, s. 75).

Sağlık yapılarında fonksiyonel açıdan işleyen, diğer bir deyişle kullanıcı gereksinimlerini tam olarak karşılayabilen, ölçüleri, mekansal biçimleri, konumu ve yönlendirilmesiyle uygun mekansal niteliklere sahip, teknolojinin imkanlarından faydalanılarak donatılmış mekanların tasarlanması, doğru ilişkilendirilmesi, ulaşım ve dolaşımın akıcılığı toplumun her kesimi için olduğu kadar yaşlı bireyler için de oldukça önemlidir. Dolayısıyla hastane girişlerinin bağımsız yaşlılar bağlamında incelenmesi ile konunun odağı oluşturulmaya çalışılmıştır.

## **Yöntem**

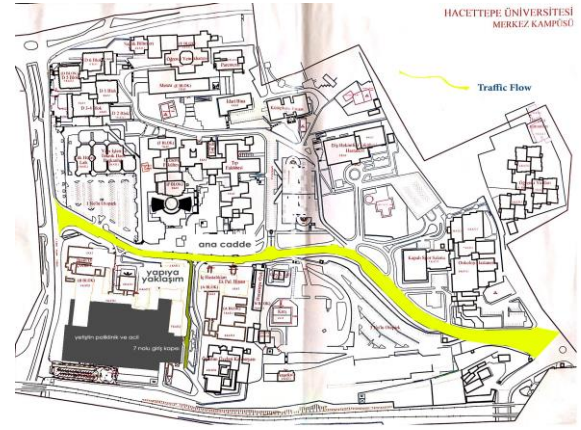
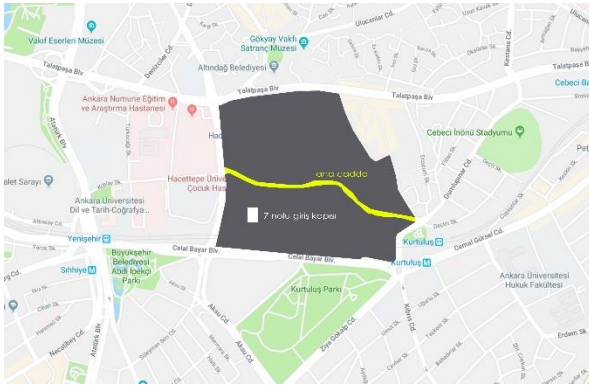
Araştırma kapsamında kullanıcı grubu bağımsız yaşlı, mekanı ise; hastane yakın çevresi ve giriş alanları olarak belirlenmiştir. Çalışma yöntemi ise niteliksel olarak mantıksal tartışma yapılması ve örnek incelemesidir. Araştırmanın tanımlanabilmesi için sağlık yapılarının yakın çevresi ve girişi ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. Konu üzerinden örnek inceleme alanı olarak ise Ankara'da bulunan Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Polikliniği yaklaşımı ve giriş alanı belirlenmiştir. Belirtilen alanda gözlem yapılarak taranan literatür bağlamında, mantıksal tartışma yapılarak değerlendirilmiştir. Konunun daha açık biçimde ifade edilebilmesi amacı ile çalışma alanı yazarlar tarafından fotoğraf çekilerek belgelenmiştir. Tartışma fotoğraflar ile desteklenmektedir. Bu yöntem ile bağımsız yaşlıların hastane çevresi ve giriş alanları bir örnekten inceleme üzerinden tespit edilmeye çalışılmış ve aşağıdaki bulgular doğrultusunda öneriler geliştirilmiştir.

## **Bulgular**

Hastane yaklaşımında mekanı tanımlayan alanlar; yapının yakın çevresi, cephesi ve girişi olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmada örnek alan çalışması genelden özele / dış

mekandan iç mekana hiyerarşisi ile gerçekleştirilmiştir. Bu anlamda öncelikle binaya çevresel yaklaşım incelenmektedir. Ardından bina yaklaşımı ve giriş alanları irdelenmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 7 no.lu Erişkin Hasta Giriş alanı çalışmanın örnek mekanı olarak ele alınmıştır. Örnek olarak seçilen hastane, Ankara ili şehir merkezinde yer alan, şehir ölçeğinde erişimi kolay ve üniversite hastanesi olması sebebiyle çok sayıda ve türde kullanıcı içermesi sebebiyle çalışma alanı olarak incelenmiştir. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi tek bir kampüste (Sıhhiye) yerleşim sağlamıştır. Kampüs içerisinde erişkin bireylerin kullanımının en yoğun olduğu mekan 7 no.lu giriş kapısıdır. Bu sebeple her yaş aralığındaki yetişkin bireylere hizmet vermektedir. Yetişkinlere ait poliklinik giriş kapısına ulaşmak için Hacettepe Kampüsünü ortadan ikiye yatayda bölen ana bir caddeden ayrılmak gerekmektedir. Özellikle ana cadde üzerinde yönlendirmeler ile tanımlamalar yapılmaya çalışılmıştır.



**Görsel 1: Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Kampüsü ve 7 nolu giriş kapısı yaklaşımı.**

İleri yaştaki bağımsız yaşlı kullanıcı grubu için fiziksel erişim ile beraber algı da önemlidir. Çevrenin doğru algılanması, yer ve yön bulmayı kolaylaştırmaktadır. Sağlık yapılarında yön bulmadaki zorluk; hasta ve ziyaretçiler için başlı başına stres yaratabilir. Uygun levhalar ve yardımcı malzemeler; danışma kulübelerini, yön bulma haritalarını, anahtar noktalarda rehber levhalarını, uzun mesafelerde yol gösterici levhaları, yazılı ve işaretli tabelaları ifade eder. Hasta ve ziyaretçiler tanımadıkları bir yerde kolaylıkla yönlendirildiklerinde mekân içinde kendilerini daha güvende hissederler. Bu durum konforlarını olumlu yönde etkiler (Karaman, 2009, s. 29).

Bina plan şemasının anlaşılabilir olması, girişe yakın bir bilgi danışma kaynağı bulunması yön bulma konusunda başlıca gerekliliklerdendir. İşaretler açıkça görülebilmeli ve işaretleme sistemi hiyerarşi sırasına göre gerçekleştirilmelidir. Düğüm noktaları ve yön bulma için diğer karar verme noktalarında haritalar bulunmalı, haritalar okunaklı ve "buradasınız" etiketine sahip olması önerilmektedir (Özgen,2014).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye kampüsü ana cadde üzerinden hastaneler ve sağlık bilimleri yapıları ayrışmaktadır. Bu sebeple belirtilen ana cadde üzerinde yönlendirme levhaları mevcuttur (Görsel 2). Ancak yönlendirme ile ilgili yapılacak olan uygulamalar yaşlı kullanıcılar da göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmelidir. Bu anlamda örneğe ait uygulama, yaşlı kullanıcılar için uzaktan görölmesi ve okunması zor olarak değerendirilebilir. Sağlıklı bireyler yaklaşık 2 metrelik bir mesafeden net biçimde okuma gerçekleştirebilmektedir. Yaşlıların yardım almaksızın yönlerini bulması için, yönlendirme yazı boyutları büyüyebilir ve mekanları birbirinden ayırmak için ayırt edici bir takım uygulamalardan faydalanılabilir.



**Görsel 2: Kampüs ana cadde üzerinde bulunan yönlendirme levhaları (Kişisel arşiv, 2019).**

Toplumumuzda hastane yaklaşımı, girişi ve yönlendirmesinde desteğe ihtiyaç duyan ileri yaştaki bireylerin büyük kısmı, yanlarında bir yakınları ile hasta ziyareti gerçekleştirmektedir. İleri yaştaki bireyin yanında destek olacak bir diğer bireye ihtiyaç duyması genellikle; hem mekânsal yaklaşımlar hem de hastanın girişinde gereken evrak ve işlemler için bir zorunluluk halini almaktadır. Ayrıca şehir içi ulaşım için de destek gerekebilmektedir. Özel araç veya toplu ulaşım tercihe göre değişmekle beraber mümkün ise ulaşımı sağlamak için özel araç tercih edilmektedir.



**Görsel 3: Hastane çevresindeki yaya ve araç yolları (Kişisel arşiv, 2019).**

Hastane binaları çevresindeki alanlarda araçla ya da yaya olarak gelen – giden kullanıcıların ulaşımını aksatmamak ve hatta kolaylaştırmak için; ana giriş, poliklinik girişi, acil giriş ve ambulans yaklaşımı, servis girişleri, otopark alanları kolay algılanabilir olmalıdır.



**Görsel 4: Hastane 7 no.lu girişe giden yaya ve araç yolu (Kişisel arşiv, 2014).**

Hacettepe Yetişkin servisi giriş kapısı önüne araç yaklaşabilen yol ve iki adet otomatik sürgülü kapı ile erişim sağlanabilmektedir. Otomatik açılıp kapanan bariyer ile sınırlandırılmıştır. Bariyer iki adet olup, biri giriş ve biri çıkış olmak suretiyle kontrollünü sağlanmaktadır (görsel 3). Ancak bariyer yalnızca görevli personel tarafından kontrol edilebilmektedir. Hasta yaşlı bir kullanıcının kendi aracıyla yaklaşarak erişim sağlaması söz konusu değildir. Çünkü yakın konumlu otoparkı ya da aracı alabilecek bir görevli bulunmamaktadır. Araç için ayrılan yol tek yön için kullanılmaktadır, araçlar tek aks üzerinden giriş ve çıkış yapabilmektedir.



Yaya olarak erişim sağlaması için ise, yokuş aşağı inerek hastane girişine yaklaşmak gerekmektedir (görsel 4). Kaldırıma ayrılan alanın kullanıcı sayısına uygun olarak ayrılması özellikle bağımsız yaşlıların erişimi için önemli bir parametredir.



**Görsel 5. Giriş bölümünün cepheden görünüşü ve 7 nolu giriş kapısı (Kişisel arşiv, 2018).**

Sağlık yapılarının çevre ve girişlerinde yeşil alanların tasarlanması, havanın oksijen oranının artması ve kullanıcıları daha az stresli hissetmelerinde dolayı oldukça tercih edilen bir yöntemdir. Ağaçlandırma sağlık yapılarının çevre tasarımı içerisinde; sert geçen kış rüzgarlarından korumakta ve çok sıcak geçen yaz aylarında gölge oluşturarak havalandırmaya olumlu etki göstermektedir (görsel 7). Aynı zamanda y alanlar kullanıcılara dış mekanda korunaklı, dinlendirici bir bekleme alanı sunmaktadır. Sağlık yapıları çoğunlukla ulaşımı kolay ve merkeze yakın biçimde konumlandırıldığı için, ağaçlık alanlar vasıtasıyla gürültülü trafik alanlarından kullanıcıların soyutlanarak mekanın özelleşmesine de katkıda bulunmaktadır (Cooper, 2006).

Dış mekanda bulunan oturma elemanları birbiri ile aynı seçilerek bütünlük sağlanmaya çalışılmıştır. Bu yaklaşım kampüs genelinde de sürdürülmüştür. Giriş kapısına yaklaşımda üç adet, giriş kapısı karşısında dokuz adet oturma elemanı kullanılmıştır (görsel 6). Oturma elemanlarının yaslanma yüzeyleri mevcut değildir (Özgen 2014).



**Görsel 6: Giriş kapısına yakın bulunan oturma elemanları (Kişisel arşiv, 2014).**

İleri yaşlarda uzun süre ayakta durma eylemi zorlaşmaktadır. Bu durumda postürün değişmesi de etkilidir. Oturma elemanlarının sırtı destekleyecek biçimde tasarlanması, ileri yaştaki bireyler için daha ergonomik olacaktır. Bununla birlikte ilerleyen yaşta kısalan boylar da göz önüne alındığında oturma elemanlarının yüksekliğinin mevcut olandan en az 5 cm kısa olması tercih edilebilir. Bu sebeple hastane yakın çevresinde konumlandırılan mobilya ve donatıların hastane kullanıcılarına ait her yaş grubunun ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte tasarlanması önerilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Polikliniği için kullanıcı profili; yetişkin ve yaşlılardan oluşmaktadır.



**Görsel 7: Giriş kapısı karşısında bulunan oturma alanları ve yeşil alan (Kişisel arşiv, 2014).**

Sağlık yapıları girişlerinde öncelikle yağışlı havalarda korunmayı sağlamak adına bir rüzgarlık düşünülmelidir. Giriş kotu eğer zemin kotundan yüksekse ise girişe ulaşabilmek için kullanılacak basamakların yanında mutlaka bir rampa düşünülmelidir ve bu rampa bebek arabası ve engelli araçlarının geçişine imkan verecek genişlikte olmalıdır, Bedensel Engellileri Güçlendirme Vakfı'nın yayınladığı "Mimari Engellerin Kaldırılması İçin Rehber" isimli kitapta belirtildiği üzere bu genişlik minimum 140 cm'dir. Bu kısımdaki en önemli problem ise



sirkülasyon problemleridir. Giriş ve girişte yer alan birimler hastanenin hasta yoğunluğu dikkate alınarak tasarlanmalı ölçüleri ona göre belirlenmelidir (Özdağlar, 2008, s. 141).

Giriş sağlandıktan sonra önemli sorunlardan biri, bilgi sisteminin sağlanmasıdır. Hasta ve ziyaretçilere hangi alanda buldukları ve bir sonraki işlem için nerede bulunacakları ile ilgili bilgisinin, kolaylıkla algılanacak biçimde verilebilmesinin sağlanması gerekmektedir. İç mekan tasarımı, simgelerin kullanımı ve personel desteği kullanılarak bilgi sistemi sağlanabilir (Carpman ve Grant, 1993).

Bekleme mekanları, bekleyen hasta ve yakınları için yeterli alanı sağlamalıdır. Bu alan açık olmalı, karşılama ve danışma alanlarından kolaylıkla gözlenebilmelidir. Oturma rahat olmalı ve tekerlekli sandalye, yürümeye yardımcı araçlar için yeterli alan bulunmalıdır (Kuruçelik, 2009).

Giriş holünde tekerlekli sandalye ve sedyeler için bir niş ya da oda bulunmalıdır. danışma/ kayıt bankosunda yaşlı ve engelliler için oturarak yazma imkânı sağlanmalı, Bekleme alanındaki tuvaletler tekerlekli sandalyenin girişine uygun tasarlanmalıdır. Bekleme alanları ve personel yaşam alanları, personel ve hasta oryantasyonunu arttıran güneş ışığını almalıdır. Danışma/ kayıt alanındaki personel, güvenlikle ilgili durumlar için alarm sistemine sahip olmalıdır (Kuruçelik, 2009).

Sağlık yapıları genel mekanları incelendiğinde ise yapıya yaklaşım ve girişlerden başlamak doğru bir yaklaşım olacaktır. Poliklinik girişleri hem hastane içinden ulaşılacağı gibi ayrı bir girişte verilebilir. Hastane yapılarında bağımsız giriş olarak; acil, ana giriş, idari giriş ve mümkün olduğunca her bölüme ayrı giriş sağlamak, yapı hareketliliği açısından önemlidir. Yapı girişinde bu girişler ayrı ayrı verilebileceği gibi aynı girişten çeşitli kollara da dağılabilir. Birçok giriş demek, aynı zamanda birçok açıdan denetimin sağlanması ve güvenlik açısından birçok mekansal ve personel artışı demektir (Harputlugil, 2005). Bu anlamda Hacettepe Üniversite Hastanesi örneğinin erişkin kullanıcı için acil ve poliklinik girişlerini ayırması doğru bir yaklaşımdır.

Gerçekleştirilen örnek incelemesi ile; sağlık araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın odağında, yaşlı bireylerin bağımsız hale getirilmesini ve bağımsızlıklarını artıracak nitelikte tasarımlarla topluma fayda sağlama amacı yer almaktadır. Hastane yapılarının yakın çevresi, yaklaşımı ve giriş alanı üzerine bağımsız yaşlı bireylerin erişiminin kolay olması sonucunda; bireyin özgüveninin artmasının yanında, hastane yoğunluğunun azalmasını sağlamakta ve iş yükünün azalmasına yardımcı olduğu verilerine ulaşılmaktadır. Genel bir bakış ile, tasarımın kullanıcı odaklı olarak gerçekleştirilmesinin, ihtiyaç listesinin hazırlanmasının ve uygulamasının bu fikirleri içermeksizin yapılaşmasından mali anlamda neredeyse hiçbir farkı yoktur. Ancak yaşam içerisinde bu değerler kişiler için çok büyük öneme sahip hale

gelmektedir. Sonucunda ise toplum içerisinde dahil olmakta güçlük çeken ve bağımlı bireylerin artışı önlenemez hale gelmektedir.

## **Sonuç ve Tartışma**

Çalışma, hastane mekanlarının kullanıcı odaklı olarak tasarlanması gerekliliği üzerine kurgulanmıştır. Bu anlamda kullanıcı profilinin doğru analizi ile ihtiyaçlarının etkili biçimde karşılanması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmada incelenen bağımsız yaşlı kullanıcı grubu, özel bir kullanıcı grubu olsa da, hastanelerde genellikle yetişkin kullanıcıların deneyimlediği mekanlardan farklı bir uygulamaya tabii değildir.

Kuruçelik (2009)'e göre çalışma kapsamında hastane yakın çevresi, yaklaşımı ve giriş mekanları tasarımında dikkat edilmesi gereken uygulamalar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Girişlere yakın güvenlik ofisleri oluşturulmalıdır.
- Güvenlik ofisi; girişlere, bekleme alanına danışma alanına özel durumlarda gereken tam erişimle bu alanların direk gözlenebilmesine imkan verecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Personel için çalışma saatlerinden sonra servise erişim ile ilgili önlemler alınmalı, park alanında ışıklandırmalar, gözlem kameraları ve uygun personel ile güvenlik sağlanmalıdır.
- Tek giriş gözlemlenemediğinde ise uzaktan kumandalı kameralar kullanılmalıdır.
- Giriş çıkış kapıları minimize edilerek geçişler kontrollü hale getirilmeli, uygun kullanıcı kapasitesine göre biçimlenmelidir.
- Mimari planlama güvenli bir çevre yaratılmasını desteklemelidir.
- Gerekli personel destek alanları oluşturulmuş ve yeterli alan ayrılmalıdır.
- Bekleme alanı ve etrafında mahremiyet, oturma alanlarının sağlanması gibi temel gereksinimleri karşılanmalıdır.
- Genel tuvaletlerin sağlanmış olması ve giriş mekanından uzakta konumlandırılmamış olması gerekmektedir.
- Yakın çevrede konumlandırılan telefonların çevresi, yarı kapalı olarak uygulanmalıdır. Günümüzde herkesin kendine ait cep telefonuna sahip olmasına rağmen, genellikle yakın konumlu ortak kullanıma açık telefonlar bulundurulmaktadır.

Toplumun her kesimi için kullanılan yapılanmalarda ve tasarımlarda yaşlı bireyin kullanımı daha zor olabilmektedir. Ancak yaşlı ve engelli bireyler düşünülerek gerçekleştirilmiş uygulamalar toplumun geri kalanı tarafından da kullanılabilir. Bu sebeple yaşlı ve engellilere yönelik mekanların tasarlanması ve uygulanması kullanılabilirlik açısından daha verimli sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bu sebeple hastane yakın çevresi ve giriş alanları için;

- Yönlendirmelerin doğru bir sistematikte kurgulanması,
- Yönlendirmeye ait grafik öğelerin tasarlanmış ve kolay okunabilir/algılanabilir olması,
- Yaya yolu ve taşıt yollarının kapasiteye uygun olarak tasarlanması,
- Hastane girişine kadar araç yaklaşımının mümkün olması ve sunulabiliyorsa vale hizmeti benzeri araç teslim hizmetinin sunulması,
- Hastane mekanı farklı birimlerden oluşuyor ve özellikle kampüs olarak biçimlenmiş ise kullanıcıların kolaylıkla erişebileceği danışma birimlerinin oluşturulması,
- Basamak kullanımını zorunlu kılan alanlarda, literatürün belirttiği ölçü ve eğimde rampaların yapılması,
- Gerekli alanlarda tutunmak için yardımcı elemanların kullanımının desteklenmesi,
- Oturma elemanlarının sırtlıklı olarak kullanılarak, ergonomiye uygun ölçülerde tasarlanması,
- Hastane yakın çevresinde yeşil alanlar oluşturulması ve mümkünse yürüme yolları oluşturularak hastaların streslerini azaltmaya yardımcı tasarımlarda bulunulması,
- Karmaşık, pahalı ve parlak olan materyallerin kullanımından ziyade basit, kolay algılanabilir, gözü almayan ve çevre dostu materyallerin kullanılması hem yetişkin hem de ileri yaşlı kullanıcılar için önerilmektedir.

Bireylerin hastaneleri kullanırken, yaşadıkları deneyimler hastane yapısına ilişkin kişinin bilinçaltındaki hastane yargısı ve tutumu üzerinde etkilidir. Sonuç olarak çalışma ile; hastane mekanlarının belirtilen öğeler kapsamında tasarlanması ve uygulanması üzerine önerilerde bulunmaktadır. Bağımsız yaşlılar için sağlık hizmetini daha kolay ve bir başkasına bağlı olmadan alabilme kabiliyetini artırmak ve bu yolla literatüre fayda sağlamak hedeflemektedir. Ayrıca yapılan araştırma ve öneriler ile beraber; yaşlı kullanıcıların yaşam kalitesini ve yaşlıların bağımlılığını azaltarak özgüvenini artırmak faydaları öngörülmektedir. Hastane yapıları için ise, prosedürler içerisinde iş yükü ve mekan içerisindeki kalabalığı azaltma gibi avantajlar sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

1. Aydın, D. (2009). Hastane Mimarisi İlkeler ve Ölçütler. Konya: Mimarlar Odası 220 Konya Şubesi.
2. Carpman J. R., ve Grant M. A., (1993), Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors, 2nd.ed, American Hospital Publishing, Chicago.
3. Cooper, G. (2006). Art and Nature: Healing Design for Health in the UK and Japan. England: Book Art and Architecture.
4. Damon, A., & Stoudt, H. (1963). The functional anthropometry of old men. Human Factors, 5:483-491.
5. Düzenli, T., & Alpak, E. (2017). Mekânların kullanılabilirliği, kullanım amacı ve sıklığı gibi faktörler, kullanıcıların (Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 10(2), 1-8.
6. Ergenoğlu, S. (2006). Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.
7. Ergenoğlu, A., Aytuğ A. (2007). Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar Ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. YTÜ Mimarlık Fak. E – Dergisi, Cilt 2, Sayı 1.
8. Güller, A. (2007). Sağlık Yapılarında Renk Olgusunun Özel Dal Hastaneleri Hasta Yatak Odası Örneklerinde Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
9. Harputlugil, T., (2005). Yapı Elde Etme Sürecinde Tasarım Yöntemi – Hastane Yapılarının Ön Tasarımında Karar Alma Modeli ve Örneklenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
10. Hasol, D. (2008). *Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü*. İstanbul: YEM Yayın.
11. Karaman, S. (2009). Sağlık Yapılarında Konfor Koşullarının Sağlanması Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü.
12. Kuruçelik, G. (2009). Hastanelerin Acil Servis Tasarımında Bir Kalite Değerlendirme Modeli, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
13. Özdağlar, E., (2008). Hastane Yapılarında İç Mekan Organizasyonu. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
14. Özer Baş, G. (2019) Bağımsız Yaşlıların Mekan Kullanımına Yönelik Bir Çalışma, Yayınlanmamış Sanatta Yeterli Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
15. Özgen, E. (2014). Sağlık Yapılarının Genel Mekan Tasarımlarının Kullanıcılar Üzerindeki Etkisi İle Hacettepe Tıp Fakültesi Hastanesi 7 No.' Lu Kapı Girişinin Düzenlenmesine Bir Öneri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
16. Tasarım Yayın Grubu (2003). Hastaneler, Sağlık Tesisleri, İstanbul: Tasarım Yayın Grubu.

17. Ter, Ü., Erdoğan, E., & Kuter, N. (2016). Yaşlılık ve kamusal dış mekan tasarımı. Velittin Kalıncara, Yaşlılık Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler 2 (s. 453-488). Ankara: Nobel.
18. Terzioğlu, A. (1964). Modern Hastane İnşaatı, Architect No: 315. 2.
19. WHO. (1998). World Health Organization, Ageing, Exploding the Myths.
20. <http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=comgts&viewgts>

# Bir Sorunsal olarak Doğumun Tıbbileşmesi

## Medicalization of Childbirth as a Problematic

Hatice KESKİN<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu bildirinin amacı doğumun tıbbileşmesinin tarihi seyrini ortaya koymak ve bu konudaki güncel literatürün ortaya koyduklarından hareketle mevcut durumu tasvir etmektir. Tıbben yapılabilecek olanlar tarihi seyir içinde teknik imkânlarla göre değişmiştir. Ancak bunlar “Yapılmalı mıdır?” sorusu teknik detayların ötesinde tıbbın insani boyutuna sorumluluğu dair yönünü devreye sokan kültürel ve toplumsal bir incelemeyi gerekli kılar.

Günümüzde sağlığın devletin hizmet alanlarından biri olmaktan uzaklaşarak kişisel bir sorumluluğa, performansa hatta bir kariyere dönüşmesi normalleşmektedir. Bu noktada tıbbileşme tartışmaları aslında önceden tıbbın konusu olmayıp artık tıbbın konusu hale getirilen (tıbbileştirilen) fenomenlerin aslında sosyal bilimlerce çözülemeyen sorunların tıba yüklenmesi sorunu gibi görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbileşme, Medikalizasyon, Annelik, Doğumun Tıbbileşmesinin Tarihi

### ABSTRACT

This presentation will begin with the history of the medicalization of childbirth and then the depiction of the current situation by reference to the contemporary research on the issue. The question; “What can be done medically?” is related to the technical capabilities whereas “Should it be done?” is a question which relates to the human side of the medicine which should be handled within the cultural and the social context.

Nowadays it is becoming a n that health is being considered as a phenomenon that is on the individual’s responsibility, even an individual performance and a career. Standard medicalization definitions depicts the issue as an unnecessary intervention to the non-medical phenomenon from medicine nevertheless it seems more likely that the issue is pushing the unresolved social problems to the boundaries of medicine.

**Key Words:** Medicalization, History of Child Birth, Motherhood, Gender

### Giriş

Bu yazının amacı doğumun tıbbileşmesi (medikalizasyon) sürecini ortaya koymaktır. Bunu yaparken tıbbileşme kavramının ortaya çıkışının yanı sıra yakın dönem obstetri tarihini de kısmen inceledik. Çalışmanın bu ilk kısmı tarihi inceleme boyutudur. Bu kısımda amaç kavramların ortaya çıktığı bağlamı ortaya koymak olup çalışmanın betimleyici ve ikincil

---

<sup>1</sup> Araştırma Görevlisi, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Felsefe Bölümü, Felsefe Tarihi Anabilim Dalı, [hatice.keskin@asbu.edu.tr](mailto:hatice.keskin@asbu.edu.tr)

amaçlarına hizmet eden kısmıdır. Asıl amacımız tıbbileşme kavramının ne anlama geldiğini ve nasıl dönüştüğünü ortaya koymak olup metnin sağlığın sosyokültürel boyutunun ele alındığı bölümü ikinci kısmıdır.

## Yöntem

Bu çalışma bir literatür çalışması olup temel aldığı ana yöntem konu hakkındaki güncel yayınların incelenmesi ile elde edilen sonuçların mantıksal çıkarım yolu ile ortaya konulmasıdır. Bunu yaparken öncelikle tarihi inceleme kısmında tıbbin kurumsallaşma sürecindeki (19.yy sonları ve 20.yy başları) dönüşümünü ve tıbbileşme eleştirilerine dek (1970'ler) gelen süreci inceledik. Araştırmamızın kapsamını Türkiye ölçeğinden çok daha geniş tuttuk. Nitekim teknik ve bilimsel gelişme coğrafi sınırları aşan bir etkileşimin kaçınılmaz olduğu bir tarzda gerçekleşmiştir.

Doğumun tıbbileşmesinin tarihi boyutundan sonra ele aldığımız sosyal boyutuna dair çalışmalar ise genel ölçekte anneliğe dair politik ve kültürel algının ya da daha bireysel ölçekte anneler ve anne adaylarının deneyimlerinin incelendiği eserlerdi. Çalışmamızdaki kapsam kıstasımız temelde eriştiğimiz kaynakların dili (Türkçe ve İngilizce) oldu.

## Tarihi Süreç

En erken mitolojilerden en "ilkel" kabilelerin antropolojik incelemelerine kadar ilk tarihi kayıtlarda doğumun kadınların egemenliğinde bir alan olageldiği dikkati çeker. (Drife, 2002: 311) Doğuma dair eğitim amaçlı metinlerin<sup>2</sup> ilk kez 16. Yüzyılda ses getirdiğini görüyoruz<sup>3</sup>. Bu metinleri erkekler kaleme almasına rağmen 17.yy gelene kadar erkeklerin ebelik ile iştiğal ettiklerine dair bir kayda rastlanmamıştır. 17. Yüzyılda ise erkek ebeler Fransa'da eriştiği popülerliğe başka hiçbir yerde erişmemiştir<sup>4</sup>. Forsepsin kullanımı ve icadı bu dönemde Fransa'da gerçekleşmiştir.

18.yy'a geldiğimizde forseps tasarımının geliştirildiğini ve obstetri eğitiminde gelişmeler olduğunu görüyoruz<sup>5</sup>. Bu alanda önde gelenlerin tıp eğitimi konusunda kız öğrencilerin uğradığı ayrımcılık sebebi ile erkek hekimler olması dikkat çekicidir. (Drife, 2002: 312) Geleneksel olarak kadınlarca gerçekleştiriliyor olagelen doğumun 17. ve 18. Yüzyıl İngiltere'sinde kadın ebelerce nasıl değerlendirildiğini ele aldığı makalesinde Allotey forseps kullanımı ile ilgili aşırı müdahalenin faydadan çok zararı olduğu görüşünü ortaya koyuyor. Bu eleştirilerin günümüzdeki Sezaryen uygulamasındaki artışa karşı olan tepkiye benzemesi

<sup>2</sup> E. Rösslin ve J. Rueff'in eserleri.

<sup>3</sup> Muhakkak bu konuda daha eski kayıtlara ulaşılabilir örneğin; İbn-i Sina'nın El-Kanun eserinde obstetrik aletlerin tanıtıldığı bir bölüme dair 1955'te yayınlanmış Rusça bir makale olduğuna dair Pubmed veri tabanında bir bilgi mevcut. Ancak bu eserlerin daha yoğun bir dolaşıma girip etki yaratması ve konumuzla ilgisi bakımından çalışmamızı daha yakın yüzyıllardan başlattık.

<sup>4</sup> Bunların en popülerleri Francois Mauriceau ve Forseps'in aile sırrı olarak saklandığı Chamberlen ailesiydi.

<sup>5</sup> Bu yüzyıl'ın dikkat çeken ismi ise İskoç William Smellie'dir.

dikkat çekicidir. Bunun yanı sıra ebelerin de tıbbi bir dile geçmesi gibi bir durum olmasına rağmen bu yeni tarz uygulamalara karşı 18.yy.da bir temkinlilik hali olması (Allotey, 2010: 536-7) bir ebe - hekim ayrışmasının sinyallerini veriyor. Aynı ayrışmanın geç Osmanlı tarihinde tıpta kurumsallaşma ile paralel seyreden izlerine rastlamak mümkündür (Erkaya Balsoy, 2015).

19. yüzyıla gelindiğinde doğum hala kadınlar için yüksek ölüm tehlikesi anlamına geliyordu. 18.yy'ın ortalarında doğum hastaneleri kurulmuştu ancak bu hastaneler enfeksiyon riski dolayısı ile ölüm oranlarının yüksek olduğu yerlerdi. 18.yy'ın sonu ile 19.yy'ın başında bu bulaşmanın hekimler kaynaklı olabileceğine dair pek çok yazı yayınlansa da (Drife, 2002: 313) Bunun sebebi olarak mikroorganizmaları öngörmek dönemin etiyolojik kuramı olan miazma teorisine karşı bir teori ile ortaya çıkmak demektir. Dolayısı ile bugün enfeksiyon riski olarak görülen pek çok uygulamaya uzun bir süre daha dönemin yeni anlayışına gösterilen tepki (Porter,2016: 131) sebebi ile devam edildi. <sup>6</sup> 19. yüzyıl doğumda vakum gibi dönemin yeni uygulamalarının yanı sıra ilk anestezi denemelerinin de başladığı yıllardır. İlk zamanlar doğumda acının azaltılması ilahi iradeye ters olarak algılansa<sup>7</sup> da Kraliçe Victoria'nın doğumunda kloroform kullanılması ile bu uygulamanın meşruiyet kazanmasında rol oynamıştır. 19.yy'ın sonundaki en dikkat çekici gelişmelerden bir diğeri de ebeliğin mesleki statüsüne; yönetmelik, eğitim ve diğer düzenlemelerle kavuşmasıdır (Drife, 2002: 313).

Günümüzde doğumun tıbbileşmesi denilince akla ilk gelen uygulamalardan olan sezaryen ile doğum da bu yüzyılın gelişmeleri olan anestezi ve asepsideki gelişmelerle mümkün oldu. 20. yüzyılda ise artık obstetri sadece doğumu değil doğum öncesi bakımı da içeren bir disiplin oldu. Yeni hastaneler, teknikler ve uygulamalara rağmen doğumda ölüm oranları antibiyotiklerin keşfine kadar belirgin bir düşüş göstermemiş bu sebeple o dönemde de bazı uygulamalar doğum sürecine gereksiz müdahale edilmesi eleştirilerine konu olmuştur. Ölüm oranlarında daha da belirgin bir düşüş antibiyotiklerin yanı sıra güvenli kan nakli ve doğum sonrasında kullanılan kanama durdurucu ilaç ve hormonların icadı ile daha da mümkün olmuştur (Drife, 2002: 314). 20. yüzyılda fetal izlemenin de gelişmesi ile dikkatlerin anneden doğum öncesi dönem de dâhil olmak üzere bebeğe kaymıştır<sup>8</sup>. Günümüzde ise tekniğin ilerlemesi ile ölüm kaygıları azalmış dolayısı ile Sezaryen ile doğum oranları azalmıştır. Bunun yanı sıra meslekteki erkek egemen durum değişmekte kadınlar da bu alana yönelmektedir<sup>9</sup> (Drife, 2002: 315).

---

<sup>6</sup> Burada bahsedilen hekimlerin morgdan sonra doğrudan doğumhaneye girmesinin doğum sonrası ölümlerle – bugün enfeksiyona bağlı diye açıkladığımız- ilişkisidir. Bu ilişkiye dair iddiaları yüzünden talihsiz bir şekilde büyük tepki alan Ignaz Semmelweiss'in bu öngörüsü 19.yy'ın ikinci yarısında L. Pasteur'ün bu enfeksiyon etkenini ispatı ile teyit edilmiş oldu.

<sup>7</sup> İlk insandan beri kadınları doğumda acı çekiyor olmalarının ilahi bir istek olarak algılanması.

<sup>8</sup> Bu duruma dair gelişmişlik ölçütü olarak bebek ölümlerinin kullanılmaya başlanması da bir sebeptir.

<sup>9</sup> Bu bölümdeki tasvir ve yorumların Türkiye adına genişletilip genişletilemeyeceği başka bir çalışmanın konusu olabilir. Metnin bu kısmında sadece baskın görüşü ve tarihi seyri sunduk.



## Doğumun Tıbbileşmesi

Tıbbileşme eleştirilerinin en genel anlamı ile doğum sürecine gereksiz müdahale olarak ele alındığından bahsetmiştik. Bu konuyu doğum üzerinden ele alan karşılaştırmalı bir çalışmada tıbbileşme kavramının dar ve yüzeysel ele alınması eleştiriliyor. Bu yüzeysellikten kasıt tıbbi pratiğin hekimin eril tahakkümü olarak ele alınmasıdır. Bunun hekim ve yardımcı personel işbirliğini azalttığı bildirilmektedir (Cross, 2014).

Bu noktada doğum alanında tıbbileşmenin toplumsal cinsiyet kavramı açısından anlamı önemlidir çünkü bu konudaki özellikle 20 yüzyıl ve sonrasındaki itirazların feminist çevrelerden geldiğini görüyoruz. 18. ve 19. yüzyıllar doğal karşısında kültürel (insan yapımı ve bilimsel) ayrımının toplumsal cinsiyet üzerinden okunduğu dolayısı ile dişil (doğal) olanın eril olan bilimce gözlenmesi, kontrol edilmesi ve gereken bir patoloji ya da anormallik olarak algılanması ile tıbbileşmesini getirmiştir. Doğal kelimesinin doğrudan olumlu çağrışımları olması da bu sebeple en azından bu yüzyıllar için yanıltıcıdır. Feministler bu süreci doğum sürecinin kontrolü, mekân ve bunun için kullanılan teknolojiler üzerinden okuyorlar. (Brubaker Dillaway, 2009: 33-4) Gordon'un çalışması da aynı yüzyılları (19. yüzyılın ikinci yarısı) halk şifacıları ve ebelerin hekimler<sup>10</sup> tarafından dışlandığını ve bir statü savaşının başladığı yıllar olarak tanımlıyor (Gordon, 1990: 156-9). Aynı yüzyıl Geç Osmanlı Dönemi için de ilaç alet ve bazı tekniklerin kullanımı gibi uygulamaların ebelere yasaklanıp erkek hekimlere has bir ayrıcalık olarak düzenlendiği kayıtlara geçmiştir (Erkaya Balsoy, 2015: 225).

Tedavi ediciler bilim sınıfını temsil eden rasyonel ve güçlü erkekler kadınlar ise toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak narin ve hasta dolayısı ile gözetim altında ve hastanelerin birincil hizmet alanlarıdır. Gordon'a göre 19. yy tedavinin kadınların egemenliğinde olduğu bir yüzyıl olarak başlar. Geleneksel<sup>11</sup> şifacılar kadın sağlığı konusunda daha doğru tavsiyeler vererek (hijyen ve doğum kontrolü konusunda) kadınların bedenlerinin kontrolünü daha çok sağlamak sureti ile güçlendirilmesine katkı sağlıyorlardı. Bu sağlık hareketi 19. yüzyılın ikinci yarısında popülerliğini yitirdi. Tıp eğitiminde standartlaşmanın başlaması ve pratiğin devlet denetimine geçmesi ile halk geleneğinin şarlatanlık olarak algılanmaya başlanması söz konusudur. Böylece geleneksel şifacılar da kadın hareketi ile bağlarını koparır. Tıbbın kendi kendini düzenleyen bir mesleğe dönüşerek tekelleşmesine karşı çıkışlar da böylece biter. (Gordon, 1990: 159-164)

Feminist eleştirilerden bahsederken tedavinin mekânı ve tekniğinin yanı sıra kontrolden bahsetmiştik. Burada kasıt hamilelik süresince yapılan izlemlerin yanı sıra kadınların bu süreçte hekimlere doğuma dair kararlar noktasında tamamen tabi olmasıdır. Bu durumu

<sup>10</sup> 20.yy'a gelene kadar tıp fakültelerine kız öğrenci alınmadığı göz önüne alındığından bu durumu kadınlara ait olagelmiş bir alandan kadınların dışlanması olarak yorumlamak mümkündür.

<sup>11</sup> "Geleneksel" olarak çevirdiğim ifadenin orijinali "irregular"dır.

kadınların bedenleri hakkında söz sahibi olmasına karşı bir durum olarak okuyanlar tıba eleştirel yaklaşmışlardır. Sadece doğumun değil doğurma kararının da kadının kontrolünde olması adına 1960'larda feminizm ile yeni bir doğum kontrolü akımı başladı. Planlanmış ebeveynliğin (yani doğum kontrolünün) kadınların hayatlarının kontrolünü ellerine almasını sağlayacağı düşünüldü (Gordon, 1990: 401). Bu alandaki ilk adımlar kadın erkek eşitliğini sağlama adına doğum halinde kadının iş hayatından geri kalmaması için doğumu bir hastalık gibi değerlendirilmesi fikriydi. Bu uygulandığında kadınların aleyhine işlemiştir, çünkü bu durum anneliğin tıbbi (biyolojik) olduğu kadar psiko-sosyal yönü de olan bir durum olduğunu dikkatlerden kaçırdı (Rothman, 2000:102-3).

1970'lerde ise feministlerin eril tıbbi müdahalenin azaltılması isteği ile doğal doğum talebi dolayısı ile ebe istihdamı arttı. Bu talebin temelinde doğal doğumun kadınların kendi bedenleri üzerindeki kontrollerini artıracığı düşüncesi vardı. (Gordon, 1990: 440) Bu durum ebelerin tıbbi hiyerarşideki yeri ve pratiklerini etkileyen; hekimlerle aralarındaki yarış, hastane doğumlarındaki artış ve medikal müdahaleyi kolaylaştıran teknikler ve cihazların (forseps, Sezaryen, ağrı kesiciler ve fetal izleme) kullanımının ardından ebelik (yani tıbbileştirilmemiş, normal doğum) lehine olan tıbbi modernleşme sonrasındaki ilk girişimdir.

Cahill bu konuda tıp eğitiminin de rolü olduğuna dair; tarihi olarak tıp eğitimi ve pratiğinin erkek egemen ve kadınsal tecrübe ve sezgiselliğe üstün kurgulandığını (2000: 340) belirtmektedir. Özsan'ın tezi Türk modernleşmesinde de durumun farklı olmadığını gösteriyor. Türkiye'de modern tıp kurulurken tedavi ediciler, eğitimciler ve politika belirleyiciler olarak ebeler dahi dışlanarak erkeklerden seçilmiştir (Özsan, 2007).<sup>12</sup>

Tıbbileşme eleştirilerinin politik yüzünün yanı sıra yakın zamanda ortaya çıkan bir diğer sebebi ise doğumun ve hamileliğin artık kadınların egemenliğindeki bir normallikten uzaklaşıp bir risk yönetimi yaklaşımı ile ele alınması profesyonel hiyerarşinin de etkisi ile ebe öncülüğünde gerçekleşen bir doğumu ikincil ve tercih edilmez bir noktaya vardırmasıdır. Ebeler düşük riskli gebeler için dahi sorumluluk almaktan çekilmekte, defansif tıp (tıbbi yargılama) ebelerin mesleki kimliklerini tehlikeye atmaktadır. (Healy ve arkadaşları 2017)

### **Sağlık / Hastalık İkili Karşıtlığında<sup>13</sup> Hamilelik ve Doğum**

Tıbbileşmenin sosyolojik ve tarihsel sebepleri tıbbi tekniklerdeki gelişmeler, siyasi değişim ile açıklanabilir ancak bireysel temelde yaşananlar üzerinde de durmak gerekir. Bu noktada Demirlikan'ın çalışması dikkat çekici. Tıbben riskli gebelikleri olduğu varsayılan 35 üstü anne

<sup>12</sup> Osmanlı modernleşmesinde bir meslek grubu olarak hekimlerin ortaya çıkışını incelediği tezinde İlikan Rasimoğlu hekimlerin bu ilişkideki devlet ve toplum arasındaki rolünü hem (hizmet veren, modernleştirici, denetleyici) özne hem (toplumun bir parçası olarak) nesne olması ile çift taraflı olarak değerlendiriyor. (2012, 328)

<sup>13</sup> "İkili karşıtlık" burada dikotomi anlamında kullanılmıştır. Aslında çok da keskin ayrımlarda belirlenmiş olmayan hatta geçişken olan kavramların birbirini adeta dışlayacak şekilde bir zıtlık içinde ele alınmasıdır.

adayları ile çalışan Demirlikan nitel çalışmasında hamileliğe yüklenen anlamları ortaya çıkarmış. Demirlikan'ın en önemli bulgularından biri; özellikle ileri yaşlardaki hamilelikte toplumsal olarak sunulan ekstra destek anne adayına bir "tehlike ve risk içinde olduğu mesajını verdiği için" stres kaynağı olabildiğidir (2015: 105). Bunun yanı sıra bebeğin sağlığına dair endişeler kadınların "bedenlerindeki değişimlere karşı hassasiyetlerinin artmasına ve tıbbi desteğe daha sık başvurmalarına" sebep olmaktadır. Böylece hamilelik "hastalık/sağlık [ikili karşıtlığında] yaşanan medikal bir süreç haline gelmektedir." Bu tıbbi destek doğum öncesi kontrollerle hem anne adaylarını her şeyin yolunda olduğuna dair emin kılan hem de kötü haber alma endişesi ile kaygılarını arttıran bir sürece dönüşmektedir. (Demirlikan, 2015: 85)

Hamileliğin kaygı ve güven arasında bu kadar geçişken bir süreç olması teknik imkânların sundukları ile ilişkili olarak değerlendirilebilir. Ancak sunulan tıbbi destek (hizmet) de anne ve anne adayları tarafından müzakere konusu edilmekte dolayısı ile bu süreçte anne adayları tıbbi tavsiyelere uymak ya da kendi kararı ile hareket edip suçluluk duygusu ile baş etmek arasında kalmaktadır. Bu ikilem tıbbi "müdahale içeren aşı, ilaç ve tanısal testler gibi bazı medikal uygulamalar"da kendini göstermektedir (Demirlikan, 2015: 90). Demirlikan bu duruma sebep olarak iyi anne olma çabasının "anneliğin adeta bir meslek gibi öğrenilen ve en iyi şekilde uygulanması gereken bir olgu haline gelmesi" olarak tanımlandığı anneliğin profesyonelleşmesini göstermektedir<sup>14</sup>. Bu noktada Sezaryen doğumun seçilmesi<sup>15</sup> dahi bir iyi annelik kriteri olabilmektedir (Demirlikan, 2015: 6). Buna ek olarak potansiyel hastalıkların da genetik tanı testleri ile öngörülebilir olması erişilebilir tıbbi bilginin boyutlarını değiştirmiş ilaç sektörünün sürece dahil olması tıbbileşme yaygınlaşmıştır<sup>16</sup> (Demirlikan, 2015: 10). "Hamilelik ve doğumun risk üzerinden tanımlanması" doğumun tıbbileşmesinin en önemli etkenlerindedir. Bu söylem beraberinde belirsizlik ve kaygıyı getirir bunun sonucunda sadece anne değil bebek de bir potansiyel hastaya dönüşür. (Demirlikan, 2015: 12) Bu süreçte "uzmanların otoritesi ön plana çıkmakta ve kadınların kendi tecrübeleri ve bilgileri" ve psikolojik yaşantıları da ikincilleşmektedir. (Demirlikan, 2015: 13)

## Tartışma

Tıbbının büyük dönüşümü yoğun olarak 19.yy'da meydana gelen teknik ilerleme ile mümkün olmuş, doğumun tıbbileşmesi eleştirileri de bu dönemde başlamıştır. 20.yy'a gelindiğinde ise iki dünya savaşı sonrası tepkilerin de neticesinde olumsuz bir anlamda 'toplumun

---

<sup>14</sup> Bu konu şüphesiz ki iletişim devrimi ile bilgiye erişimin kolaylaşması (internet) ve bireylerin kendini ifade alanı bulması (sosyal medya ağları) ile de sıkı bir ilişki içindedir.

<sup>15</sup> Bu noktada düşük sosyoekonomik statü sahibi olmanın görece uzun olan hastane hizmetinin bir dinlenme fırsatı olarak görülerek Sezaryen ile doğumu tercih etme sebebi olması ilgi çekici (Demirlikan, 2015, 14). Nitekim Sezaryen Doğumun bir statü ve iyi annelik sembolü olması ile tezat oluşturmaktadır.

<sup>16</sup> Ayşecan Terzioğlu Neoliberal Politikaların benimsenmesi ile sağlığın metalaştığını ve bu sürecin eşitsizlikleri artırdığını dile getirir. (2011)

tıbbileştirilmesi' eleştirisi ortaya çıktı. Bu eleştirilerin en önemli boyutu geliştirilen ilaç cihaz ve tekniklerin gerekliliği ve etkinliğine dairdir.

Özellikle toplumsal cinsiyet tartışmalarının yoğunlaştığı 1970'ler de ise bu eleştiriler hem doğum alanında hem genel olarak tıbbi araştırma ve uygulamalara dair daha insanî çözüm çağrılarının yapıldığı ve bu konuda sonuca varıldığı evreye ulaştı.<sup>17</sup> Tıbbileşme tartışmalarına toplumsal cinsiyet boyutunun eklenmesi ile tıbbileşmenin boyutları arasına teknik gelişmelerin yanı sıra giren diğer iki konudan bahsedebiliriz. Bunlardan birincisi tıbbi otoritenin ebelerden hekimlere geçmesi ikincisi ise annenin doğum sürecindeki kontrolünün azalmasıdır. (Rothman, 2000:102) Bu noktada radikal feministler kadınları ataerkil tıbbin kurbanı olarak görece kadar abartılı yorumlarda bulunmuşlardır. Bu eleştirilerin tıbbileşmenin yüzeysel anlamıyla ele alındığı talihsiz bir dönemde ortaya çıktığı için ebelik aleyhinde sonuçlandığına dair görüşler vardır (Marland & Rafferty, 1997, 5). Nitekim ebeliğin ve 'bütüncül' bakışın ortaya çıkışı teknik gelişmeye karşı bir direniş olarak okunmuştur.

1980'lerde işin içine sağlığın ticarileşmesi boyutu eklenince tıbbileşmenin anlamı daha da genişledi. Liberalleşme ile karakterize olan bu dönemde feministler tüketici olarak bilinçlenen kadınlara sağlık alanında daha çok seçenek sunulması ile daha az tıbbileşen bir sağlık hizmeti sonucunu doğuracağını düşündüler. 1990'larda ise daha bütüncül yaklaşımlı ve tüketici merkezli bir yaklaşım benimsendi<sup>18</sup>. Ebeliğin kazandığı popülerliği doğumun tıbbileşmesine dair bir direnç olarak okumayı reddeden makalesinde Shaw da bu yüzeysel tıbbileşme eleştirilerine yeni bir perspektiften bakmayı öneriyor (2013). Tıbbileşmenin tarihine ve sosyolojik sebeplerine değindiği makalesinde yazar tıbbi pratikteki güç asimetrisinin doğum alanının doğası gereği tıbbin diğer alanlarına göre çok daha belirgin olduğunu, bunu kırmak adına ise kadınlara sunuluyor gibi yapılan seçeneklerin ancak çok önemsiz ayrıntılar olabileceğini bildiriyor (Shaw, 2013: 528). Asıl sorun olarak ebe doğumu ve hekimce yönetilen doğum gibi birbirini dışlayan iki farklı olgunun sunulmasını görüyor. Önceki paragraflarımızda yüzeysel tıbbileşme tanımı olarak bahsi geçen durum da bu anlayışı eleştirmektedir.

Temelde insan hakları söyleminin yaygınlaşması ile daha özeldir ise 1970'lerden itibaren geliştirilen biyoetik sözleşmeler ve bildirgeler ile tarif edilen doğru<sup>19</sup> tıbbi uygulamalar da tıbbileşme eleştirilerine güçlü bir cevap niteliğinde değerlendirilebilir. Bu doğru uygulamaların pratiğe dökülmesi için iletişimi geliştirmek, şartları iyileştirmek ve güven tesis etmek adına yapılabilecekler konuşulmalı ise de bu durum tıbbileşme tartışmalarının tamamen gündem dışı olduğu şeklinde anlaşılmalıdır.

<sup>17</sup> Biyoetik merkezlerinin kurulduğu, hastaların rızası, otonomisi gibi kavramların öne çıktığı bir zaman dilimi olması ile tıbbi pratiklerin insani koşullara uygun olarak şekillenmesi bakımından önemli bir dönemeçtir.

<sup>18</sup> Ebeliğin yeniden prestij kazandığı dönem olarak yukarıda tasvir ettiğimiz dönem bu dönemdir.

<sup>19</sup> "Doğru" ile kastımız etik açıdan uygun olandır. Nitekim bu süreç hasta otonomisinin değerlendirildiği bir süreç olarak ortaya çıkar.

Günümüzdeki en dikkate değer tıbbileşme çeşidi başlangıcını 1990'larda bulabileceğimiz ancak 21. yüzyılda daha görünür olan tedavi değil önleme amaçlı uygulamalardır. Tıbbi genetik sayesinde ortaya çıkan imkânlar ile paralel olarak harcamaların da kısılmasının gündemde olması ile tıbbın genetiğe indirgenmesi bir çeşit tıbbileşmeyi daha doğrusu genetikleşme (geneticization) sorununa gebe gibi görünmektedir. Hastalıkların açıklanması ve önlenmesinde genetik biliminden destek alan (Riska 2003: 79-81) bu yaklaşım ile ortaya çıkabilecek sonuçların gelecek nesilleri de etkileyecek olması bu tartışmalara yepyeni boyutlar kazandırmaktadır. Artık birey-toplum, hasta-doktor perspektifine ek olarak genetik dizilimin değişmesi neticesi gelecek nesilleri doğrudan etkileme potansiyelini haiz bir alan olarak genetik adeta insan-tanrı ilişkisini de yeniden sorgulamamızı gerektirmekte.<sup>20</sup>

## Sonuç

Doğum olgusu 'doğal' ya da 'tıbbileştirilmiş' sıfatları ile dikotomik olarak ele alınmadan birbirini dışlamayan bir devamlılık içinde (Brubaker Dillaway, 2009: 44) anlaşılmalıdır. Bu sayede ebelerin de anne adaylarının da hekimlerin de daha integratif ve işbirliği içinde olması sağlanabilir. Tıbbi kontrol "hem güvence veren hem de stres yaratan paradoksal bir süreç olarak deneyimlen"mesine rağmen "hamilelikte tıbbi kontrolün vazgeçilmez bir yeri olduğu" ortadadır. (Demirlikan, 2015: 79-80) Tıbbın yeni imkânları ile amacının tedaviden önlemeye kayması dolayısıyla eskiye nazaran daha müdahaleci olması kaçınılmaz bir gerçektir. Bu noktada eleştirilerin bu imkânların geliştirilmesine değil fazla kullanılmasına dair olduğu vurgulanmalıdır. Fazla olma durumunun kıstasının ise ne olacağı ancak yoğun disiplinler arası çalışmalar ile belirlenebilir. O sebeple tıbbileşme tartışmalarının bilim-toplum tartışmalarına dönüşmesi gerekli görünmektedir.

Diğer bir eleştiri konusu olan kadın sağlığı uygulamalarında tıbbi personelin aktif kadınların ise pasif (nesneleşen) bir rolde kalması durumu da değişmektedir. (Rothman, 2000:104) Bu konuda tartışma kısmında bahsi geçen sözleşme ve bildirilerin daha da etkin kılınması soruna dair ciddi çözümler vaat etmektedir.

Tıbbileşmeyi sosyal bilimcilerin çözemedikleri sorunları tıbbı yüklemesi olarak tanımladığı yazısında Kovacs tıbbileşmenin tersini de hastalığın sosyolojileşmesi (1998:35) olarak adlandırıyor. Buna sebep olarak da doğa bilimlerine göre sosyal bilimlerin daha idare edilebilir<sup>21</sup> olmasını gösteriyor. Bu eleştiriye bir işbirliği eksikliği olarak alıyor ve disiplinler arası çalışmalar için bir zemin oluşturmasını umuyorum. Tıbbın da özünde bir beşeri bilim olduğu

---

<sup>20</sup> Burada genetiği değiştirilmiş bebeklerden bahsediyoruz. Bu durumun kadere, yaratılışa müdahale olarak okunabileceği açıktır.

<sup>21</sup> Orijinal metinde geçen kelime "manageable" idi.

dikkate alınırsa bu tıbbileşme sorununun bilimsellikten ödün vermeden geliştirilecek bütüncül bir yaklaşımla üstesinden gelinebilir olduğunun ortaya çıkması muhtemeldir.

## Kaynakça

1. Allotey, J. C., (2011), "English midwives' responses to the medicalisation of childbirth (1671–1795)", *Midwifery* 27 532–538. (Erişim 17 Nisan 2017)
2. Brubaker, S. J., Dillaway H. E., (2009), "Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences", *Sociology Compass* 3/1: 31–4. (Erişim 17 Nisan 2017)
3. Cahill H.A., (2000), "Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: an Historical Analysis", *Journal of Advanced Nursing* 33(3), 334-342. (Erişim 17 Nisan 2017)
4. Cross, G. S., (2014), "A midwife at every confinement: Midwifery and Medicalized Childbirth in Ontario and Britain, 1920-1950" *CBMH/BCHM* / 31:1 / p. 139-159. (Erişim 17 Nisan 2017)
5. Demirlikan, Ş., (2015) "35 Yaş ve Sonrasında Hamileliğe Dair Yaşantılar: Öznel ve Medikal Bir Deneyim Olarak Hamilelik", Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
6. Drife, J., (2002), "The Start of Life: a History of Obstetrics" *Postgrad Med J*, 78: 311-315. (Erişim: 17 Nisan 2017)
7. Erkaya Balsoy, G., (2015), *Kahraman Doktor İhtiyar Acuzeye Karşı*, Can Yayınları, İstanbul.
8. Gordon, L., (1990), *Women's Body Woman's Right*, Penguin Books, Newyork.
9. Healy S. Humphreys E., Kennedy C., (2017), "A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth" *Women and Birth Journal of the Australian College of Midwives* (Erişim 17 Nisan 2017)
10. İlikan Rasimoğlu, C. G., (2012), "The Foundation Of A Professional Group: Physicians in The Nineteenth Century Modernizing Ottoman Empire (1839-1908)", Doktora Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü, İstanbul
11. Kovacs, J., (1998), "Concept of Health and Disease Medicine", *Health Care and Philosophy* 1: 31-39. (Erişim 17 Nisan 2017)
12. Marland, H. Rafferty, M. (2002) "Introduction: Midwives, Society and Childbirth: Debates and Contraversies" *Midwives, Society and Childbirth* içinde. Marland, H. Rafferty, M. (eds), Routledge, Newyork.
13. Özsan G. (2007) "Türkiye'de Modernleşme ve Kadın Sağlığı Politikaları", Doktora Tezi, Mimar Sinan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
14. Porter, R., (2016) *Kan Revan İçinde Çev.* Gürol Koca, Metis Yayınları, İstanbul.
15. Riska, E., (2003) "Gendering the Medicalization Thesis " *Texler M. ve arkadaşları (ed) Gender Perspectives on Health and Medicine* içinde (59-87) Emerald Group Publishing Limited. (Erişim 17 Nisan 2017)

18. Rothman, K. B., (2000), *Recreating Motherhood*, Rutgers University Press, New Jersey.
19. Shaw, J. C. A. (2013), "The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance", *Health Care for Women International*, 34:6,522-536 (Erişim 6 Nisan 2019)
20. Terzioğlu, A. (2011) "Küreselleşme Kanser ve Hastalık Anlatıları" *Neoliberalizm ve Mahremiyet Özbay C. ve diğerleri* (ed) içinde (111-132) Metis Yayınları, İstanbul.



# Mitokondriyal NADH Dehidrojenaz Geninde Tek Nükleotid Polimorfizmlerinin İn Silico Analizi

## In Silico Analysis of Single Nucleotide Polymorphisms in Mitochondrial NADH Dehydrogenase Gene

Ihsan ÇETİN<sup>1</sup>

### ÖZET

Mitokondri NADH dehidrojenaz 3 (ND3) gen polimorfizminin bipolar bozukluktaki lityum yanıtıyla ilişkili olabileceği göz önünde bulundurularak, yanlış anlamlı tek nükleotid polimorfizmlerinin (nsSNPs) ND3'ün yapısal ve biyokimyasal özellikleri üzerindeki etkilerinin tahmin edilmesi amaçlanmıştır.

ND3 geninin genomik verileri, Ulusal Biyoteknoloji Bilgi Merkezi (NCBI)'nden alındı. ND3 geni üzerindeki nsSNPs'lerin yapısal ve biyokimyasal etkileri hesaplamalı tahmin araçlarıyla SNPs veritabanından elde edilerek değerlendirildi. PolyPhen-2 sonuçlarına göre; 6 nsSNPs'nin olası zararlı olduğu; 8 nsSNPs'nin ise muhtemel zararlı olduğu tahmin edilirken, 15 (%51,72) nsSNPs'nin benign olarak sınıflandırıldığı bulundu. SIFT analiz sonuçlarına göre; 15 (%51,72) nsSNPs zararlı olarak sınıflandırılırken, 14 (%48,28) nsSNPs'nin nötr olarak sınıflandırıldığı belirlendi. ND3 geninin in silico analizi, nsSNP'lerin kritik metabolik süreçlerde protein rolünü etkileyen biyokimyasal, kovalent ve kovalent olmayan bağ oluşumlarında değişikliklere neden olabileceğini gösterdi.

**Anahtar Sözcükler:** Bipolar Bozukluk, Mitokondriyal Bozukluk, NADH Dehidrojenaz 3, Polimorfizm

### ABSTRACT

Considering the involvement of mitochondria-encoded NADH dehydrogenase 3 (ND3) gene polymorphism possibly be related to lithium response in bipolar disorder, it was aimed to predict the effects of nonsynonymous single nucleotide polymorphisms (nsSNPs) on structural and biochemical features of ND3.

Genomic data of ND3 gene were obtained from National Centre for Biotechnology Information database. It was evaluated that structural and biochemical impacts of nsSNPs on ND3 gene were retrieved from SNP database through computational prediction tools.

6 nsSNPs were predicted as possibly damaging, and 8 nsSNPs were predicted as probably damaging while 15(51.72%) nsSNPs were predicted as benign by PolyPhen-2 prediction. 15(51,72%) nsSNPs were predicted as deleterious, while 14(48,28%) nsSNPs were predicted as tolerated by SIFT analysis.

---

<sup>1</sup> Doç. Dr. Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, [ihsancetinilim@gmail.com](mailto:ihsancetinilim@gmail.com)

In silico prediction of ND3 gene demonstrated that nsSNPs may be the cause of changes of biochemical, covalent and non-covalent bond formations possibly affecting protein role in crucial metabolic processes.

**Key Words:** Bipolar Disorder, Mitochondrial Disorder, NADH Dehydrogenase 3, Polymorphism

## Giriş

Psikiyatrik bozuklukların morbidite ve mortalite üzerinde büyük etkisi vardır. Bu bozuklukların, Dünya genelinde kardiyolojik ve kanser hastalıkların toplamından daha fazla hastalık yüküne neden olduğu bildirilmiştir (Murray, 2013; Whiteford, 2013). Bununla birlikte psikiyatrik hastalıklar en fazla sağlık harcamasına neden olan bozukluk olarak, Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre 2030 yılında 7 trilyon dolarlık bir tedavi maliyetine neden olacaktır (Collins, 2011: 27).

Psikiyatrik bozukluklar, güvenilir biyolojik belirteçlerinin bulunmaması nedeniyle, semptom ve bulgulara dayanan operatif tanı kriterleri olan hastalıklar olarak değil, sendrom olarak tanımlanırlar (Gutiérrez-Sacristán, 2015: 3075). Onlarca yıllık yanlış planlama ve araştırmalardan sonra şizofreni, otizm spektrum bozukluğu, majör depresyon ve bipolar bozukluk riskini artıran genetik varyantlar ve bazı bozuklukların oluşmasında rol alan genler tespit edilmiştir (Cross, 2013: 381). Diğer taraftan, bazı psikiyatrik bozuklukların nispeten yüksek kalıtım derecesini ortaya koyan kanıtlara rağmen, genetik haritalama ve replikasyon başarısızlığı (Geschwind, 2015: 1489), psikiyatrik tanılarının biyolojik geçerliliği hakkındaki şüphelerle birleşince, davranışsal bozuklukların moleküler genetik diseksiyon için daha az izlenebilir olacağını kanıtlamıştır. Geçtiğimiz yıllarda, psikiyatrik bozuklukların genetiğinde büyük bir ilerleme kaydedilmiştir (Sullivan, 2012; Geschwind, 2015). Bununla birlikte, bu hastalıkların ve komorbiditelerinin altında yatan hücresel ve moleküler mekanizmalar konusundaki veriler hala oldukça yetersizdir. Bu alandaki ilerlemeyi sınırlayan faktörlerden bazıları; psikiyatrik bozukluklar ile ilgili mevcut verilerin dağınıklığı ve elde edilen yeni verileri toplayan, bunları birleştiren ve bilgiyi topluma sezgisel ve açık bir şekilde sunabilecek kaynakların eksikliğidir (Gutiérrez-Sacristán, 2015).

Referans insan genomunun on yıl önce ortaya çıkmasından bu yana, genetik ilişkileri sistematik olarak aramak ve çeşitli hastalıklar için rasyonel tedaviler geliştirmeye başlamak mümkün hale geldi. Genomdaki nadir varyasyonları ve mutasyonları arayan genom dizilimi ve popülasyonlar arasındaki ortak varyasyonları karşılaştıran genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, araştırmacıların hem ucuz hem de doğru şekilde geniş çaplı incelemeler yapmalarını sağlamış, tekrarlanabilir ve bilgilendirici sonuçlara ulaşmalarını kolaylaştırmıştır (Demkow, 2017; Henriksen, 2017). Ancak araştırmacılar bu yöntemlerle psikiyatrik hastalıkların her birinden sorumlu olan tek bir geni ortaya koymak yerine; şizofreni, bipolar

bozukluk ve otizm bozukluğun dahil olduğunu birçok rahatsızlığın poligenik olduğu anlamışlardır. Psikiyatrik özelliklerin poligenik mimarisi, sayısız ortak ve nadir tek nükleotid polimorfizmleri (SNP), kopya sayısı değişimleri ve büyük kromozomal düzenlemeler gibi etkileşimli faktörlerin çeşitli kombinasyonları ile belirlenir (Demkow, 2016; Schreiber, 2013). Örneğin, yapılan çalışmalarda, şizofrenik bozukluğun 100'den fazla lokus ile ilişkili olmasından dolayı, bu hastalık poligenik olarak tanımlanmıştır. Kalıtım derecesi (genetik varyasyon nedeniyle bir özellikteki toplam varyansın oranı) şizofreni için %81 ve majör depresyon için %37 olduğu ikiz çalışmalarıyla ortaya çıkarılmıştır (Henriksen, 2017: 322). Diğer taraftan, her ne kadar yaygın psikiyatrik bozuklukların çoğunluğu, yüksek genetik aileselliği gösterse de bu hastalıklara bağlı genetik varyasyonların tamamının miras alınmadığı anlaşılmış ve “de novo” mutasyon çalışmaları bazı rahatsızlıklarda bugüne kadarki en bilgilendirici genetik sonuçlardan bazılarını sağlamıştır (Meyer-Lindenberg, 2006; Demkow, 2017).

Yapılan araştırmalar, hem şizofrenik hem de bipolar bozuklukta mitokondriyal fonksiyon defektleri için sağlam kanıtlar göstermekle birlikte, mitokondrinin akıl hastalığının patofizyolojisine katkıda bulunduğu mekanizmalar ve moleküler yollar tam olarak anlaşılamamıştır (Lee, 2013: 984). Mitokondriyal solunum zinciri enzim kompleksi I (NADH: ubikinon oksidoredüktaz) gen defektleri, mitokondriyal bozuklukların en sık rastlanan nedenlerindedir (Rodenburg, 2011: 283). Çünkü, kompleks I'in mitokondriyal oksidatif fosforilasyon sisteminin en büyük enzimi olması olabilir. Toplamda, 44 farklı gen, kompleks I'in alt birimlerini kodlar. Bu genlerin çoğunda, çeşitli hastalıkların genetik temelini sağlayan patojenik mutasyonlar tespit edilmiştir (Fassone, 2012; Mimaki, 2012).

Mitokondri, oksidatif fosforilasyon işlemi ile beyin hücreleri için enerjinin çoğunu sağlar. Transkriptomik, proteomik ve metabolomik çalışmalarda, şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk olan bireylerde, oksidatif fosforilasyondaki mitokondriyal anormallikler ve eksiklikler bildirilmiştir. Mutasyonların nedeni olarak kompleks I eksikliğine neden olabilecek birçok gen sayılabilir. Bunlar, mitokondriyal translasyonda, demir-kükürt küme düzeneğinde, koenzim Q10 biyosentezinde ve mitokondriyal DNA (mtDNA)'da proteinleri kodlayan genleri içerir (Rodenburg, 2016: 938). Bazı hastalarda, genetik mtDNA mutasyonları doğrudan nöropsikiyatrik semptomlara neden olabilir, ancak bunun psikiyatrik hastaların azınlığını temsil ettiği ifade edilmiştir (Anglin, 2012: 394). Daha sonra elde edilen bulgular ise mtDNA'lardaki SNP'ler ve mitokondriyal proteinleri kodlayan nükleer DNA'daki SNP'lerin bazı hastalarda psikiyatrik bozuklukların gelişme riskine katkıda bulunma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Lee, 2013: 984).

Nükleer DNA ile karşılaştırıldığında mtDNA oksidatif strese karşı özellikle hassastır ve beyin gibi yüksek enerji gerektiren bölgelerde yaşla birlikte mtDNA mutasyonları birikme eğilimindedir (Yamamoto, 2008; Sequeira, 2015). Psikiyatrik bozukluklar için genetik yatkınlık

yoğun olarak incelenmiş ve kohortlarda birkaç aday gen varyantı doğrulanmıştır. Bununla birlikte, bu çalışmaların çoğu, mtDNA varyantları yerine nükleer genlere odaklanmıştır (Sequeira, 2015: 10). Mitokondriyal genomda dizi varyasyonları şizofreni ve bipolar bozukluk patogenezinde rol oynamaktadır (Xu, 2017: 1). NADH ubikinon oksidoredüktaz alt üniteleri kodlayan mitokondriyal ND1, ND3, ND4 ve ND5 (MT-ND1, MT-ND3, MT-ND4 ve MT-ND5) genlerine ait SNP'ler şizofreni ve bipolar bozukluk ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, MT-ND3 A10398G tek nükleotit polimorfizminin, BD'deki lityum cevabıyla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Rollins, 2009: 4913).

Psikiyatrik hastalarda gözlenen semptomatik değişikliklerin oldukça farklı olması psikiyatrik bozuklukların genetik patogenezinin araştırılmasında büyük bir zorluk oluşturur. Bu nedenle psikiyatrik hastalıkların karmaşıklığını anlamak, verilerin çeşitli biyolojik sistemler, veri türleri ve ölçek seviyelerine entegrasyonunu sağlamayı gerektirir. Biyoinformatik araçların sağladığı avantajların kullanılmasıyla, bu sistemler arasındaki ilişkileri ortaya çıkarabilir ve psikiyatrik hastalığın ortak ve farklı temellerini anlamada daha hızlı sonuca ulaşabiliriz (Chesler, 2012: 183). Çünkü, biyoinformatik araçların geliştirilmesi, çeşitli hastalıkların etiyopatogenezinde rol oynayan gen polimorfizmlerinin daha kısa zaman ve maliyetle tespit edilmesine imkan vermektedir. Bu nedenle, bu çalışmada MT-ND3'de tespit edilmiş olan yanlış anlamlı tek nükleotid polimorfizmlerin (nsSNPs), MT-ND3'ün yapısal ve biyokimyasal özellikleri üzerindeki etkilerinin sekans temelli ve yapısal temelli iki farklı algoritmik araç kullanılarak tahmin edilmesi amaçlanmıştır.

## **Yöntem**

ND3'e ait genomik veriler, Ulusal Biyoteknoloji Bilgi Merkezi (NCBI)'nden alındı. Veri tabanında elde edilen MT-ND3 genine ait eş anlamlı tek nükleotid polimorfizm SNP (sSNP)'ler ve nsSNP'ler belirlendi. nsSNP'lerin neden olduğu amino asit değişimleri ve bu değişimlerin proteinin hangi koordinatında olduğu Ensemble 95. veri tabanı yardımıyla tespit edildi (Ensemble, 2019: 1). Daha sonra MT-ND3 geni üzerindeki nsSNPs'lerden kaynaklanan aminoasit değişimlerinin neden olduğu yapısal ve biyokimyasal etkilerin tahmin edilmesi amacıyla sekans temelli ve yapısal temelli iki farklı algoritmik araç kullanıldı (Sim, 2012; Adzhubei, 2013).

Amino asit değişimlerinin protein fonksiyonu üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla öncelikli olarak sekans temelli bir araç olan Sorting Intolerant from Tolerant (SIFT) kullanıldı. SIFT, ilk kez 2001 yılında kullanılmaya başlanılan, amino asit değişimlerinin protein fonksiyonunu etkileyip etkilememesini öngören ve amino asit değişimlerinin etkilerini sınıflandırmak için sekans homoloji bazlı bir yaklaşım kullanan çok aşamalı bir algoritmadır. Belirli bir protein dizisi için, SIFT, PSI-BLAST algoritmasını kullanarak protein veritabanından

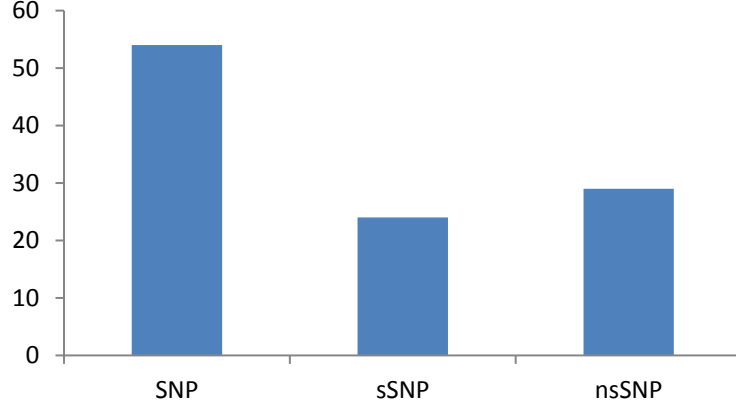
aldığı bilgilerle, işlevsel olarak ilgili protein dizileri için bir veri kümesini derler. Daha sonra, homolog dizilerden sorgu dizilimi ile bir karşılaştırma dizisi oluşturur. Algoritmanın ikinci aşamasında, SIFT, hizadaki her pozisyonu tarar ve bu pozisyondaki tüm 20 amino asit olasılığını hesaplar. Bu olasılıklar, en sık görülen amino asit olasılığı ile normalleştirilir ve ölçekli bir olasılık matrisinde kaydedilir. SIFT skoru olarak da adlandırılan ölçekli olasılık üretilir, SIFT skoru belirli bir eşik değerinin altında kaldığında, protein fonksiyonunu etkilemek için bir değişim öngörmektedir. Genel olarak, yüksek oranda korunmuş bir pozisyon, çoğu süstitüsyona karşı toleranssızdır, oysa zayıf bir şekilde korunan bir pozisyon, birçok süstitüsyonu tolere edebilir. SIFT'in mutajenez çalışmalarında ve insan polimorfizmlerinde fonksiyonel olarak nötr ve zararlı amino asit değişiklikleri arasındaki farkı ayırt edebileceği gösterilmiştir. Normalize edilmiş olasılıkların her biri için 0,05'den daha düşük bir SIFT tolerans indeksine sahip amino asit değişimleri toleranssız veya zararlı olarak öngörülürken; 0.05'e eşit veya daha büyük SIFT tolerans indeksine sahip amino asit değişimlerinin tolere veya nötr olarak sınıflandırılır (Sim, 2012: 452).

PolyPhen-2 (Polimorfizm Fenotipleme v2), bir amino asit süstitüsyonunun, basit fiziksel ve karşılaştırmalı hususlar kullanarak bir insan proteininin yapısı ve fonksiyonu üzerindeki olası etkisini öngören bir araçtır. Tahminleri, dizi açıklaması, dizi tahmini, çoklu hizalama ve yapı parametrelerine dayanır. Fonksiyonel değişimler, sinyal peptidi, transmembran, ligand bağlanması ve protein etkileşimi analiz edilerek öngörülür. PolyPhen-2 sunucusunun giriş seçenekleri için UniProtKB erişim numarası/FASTA dizisi ve amino asit değişimlerinin ayrıntıları gereklidir. PolyPhen-2'den elde sonuçlara göre 0,96–1,00 arası skora sahip olan amino asit değişimleri muhtemelen zararlı; 0,459 ile 0,924 arasında skora sahip amino asit değişimleri olası zararlı; 0,452-0,00 skora sahip amino asit değişimleri ise benign olarak sınıflandırılmaktadır (Adzhubei, 2013: 7).

## **Bulgular**

NCBI gen veri tabanından alınan verilerin değerlendirilmesi neticesinde, MT-ND3 genine ait toplam 53 SNP olduğu belirlendi. Bu SNP'lerin 24 tanesi (%45,2) sSNP olarak sınıflandırılırken, 29 (%54,8) tanesi nsSNP olarak sınıflandırıldı (Şekil 1).

Şekil 1: MT-ND3 genine ait tek nükleotit polimorfizm sayıları



SNP: Tek nükleotit polimorfizm,

sSNP: Eşanlımlı tek nükleotit polimorfizm,

nsSNP: Yanlış anlamlı tek nükleotit polimorfizm.

Daha sonra nsSNP değişimlerine odaklanarak 29 nsSNP nin neden olduğu amino asit değişimleri ve bu amino asit değişimlerinin protein üzerindeki koordinatları tespit edildi (Tablo 1). Aminoasit değişimlerinin belirlenmesi sonrasında sekans temelli ve yapısal temelli biyoinformatik araçlar kullanılarak nsSNP'lerin neden olduğu amino asit değişimlerinden kaynaklanan yapısal ve fonksiyonel değişimler değerlendirildi (Tablo 1).

0,05'den küçük SIFT değerine sahip nsSNPs'ler zararlı olarak sınıflandırılırken; 0,05'den büyük SIFT değerine sahip nsSNPs'ler tolere olarak sınıflandırılır. Tablo 1'de de özetlendiği gibi nsSNP'ler sekans temelli bir öngörü aracı olan SIFT ile analiz edildiğinde 15 (%51,72) nsSNPs'nin zararlı olarak sınıflandırıldığı, 14 (%48,28) nsSNPs'nin ise nötr olarak sınıflandırıldığı belirlendi. Diğer taraftan, nsSNP'lerin yapısal bir temele sahip PolyPhen2 öngörü aracı ile değerlendirilmesi neticesinde 6 (%20,7) nsSNPs'nin olası zararlı; 8 (%27,6) nsSNPs'nin ise muhtemel zararlı olarak sınıflandırıldığı belirlendi. Bununla birlikte 15 (%51,7) nsSNPs'nin PolyPhen2 sonuçlarına göre benign olarak sınıflandırıldığı bulundu (Tablo 1).

## Sonuç ve Tartışma

Bu çalışmada NCBI veri tabanından elde edilen mitokondriyal MT-ND3 genine ait nsSNP'lerden kaynaklanan amino asit değişimlerinin neden olduğu yapısal ve fonksiyonel bozukluklar sekans ve yapı temelli algoritmalarla incelenmiştir.

Psikiyatrik sendromların işgücü kaybı oluşturmalarının yanı sıra, tıbbi ve ekonomik yük oluşturmaları bu bozuklukların patobiyokimyasal mekanizmalarını anlamayı zorunlu hale getirmektedir. Psikiyatrik bozuklukların mitokondriyal hipotezi, psikiyatrik hastalıklarda gözlenen enerji metabolizması değişiklikleriyle ilgili kanıtlardan, mitokondriyal bozukluğu olan

hastalarda yüksek afektif bozukluk prevalansından ve artmış maternal kalıtım derecesinden kaynaklanmaktadır (Rezin, 2009; Inczedy-Farkas, 2012). Psikiyatrik ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılmasında, bu bozuklukların karmaşıklığı ve heterojenliği nedeniyle zorluklar yaşanmaktadır (Crabbe, 2012: 375).

Bununla birlikte, büyük ölçüde klinik fenomenolojiye dayanan ve biyolojik geçerliliği olmayan psikiyatrik hastalıkların tanımlanmasında genetik araştırmaların yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ancak, genetik çeşitliliğin riski artırdığı sinirsel mekanizmaları anlamak uzun zamandır zor olmuştur (Meyer-Lindenberg, 2006: 818). Çünkü, şizofreni, bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, major depresyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu, otizm ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi çoğu psikiyatrik hastalık genetik olarak karmaşıktır (Demkow, 2017: 1).

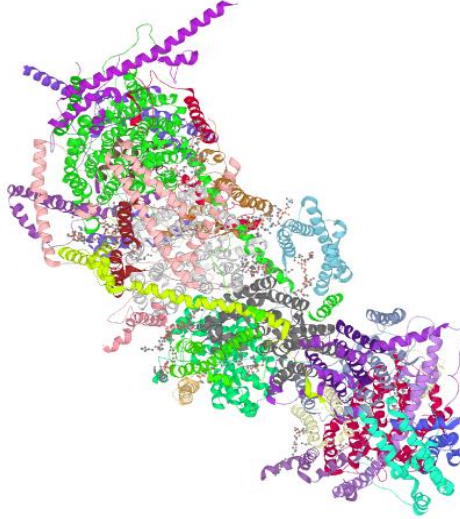
Tablo 1: MT-ND3'e ait nsSNPs'lerin analiz sonuçları

	Variant ID	Chr: bp	Alleles	AA	AA Konumu	SIFT	PolyPhen
1	rs41487950	MT:10084	T/C	I/T	9	0.34	0
2	rs28358274	MT:10086	A/C/G/T	N/H	10	0	0.98
3	rs28358274	MT:10086	A/C/G/T	N/D	10	0.48	0.903
4	rs28358274	MT:10086	A/C/G/T	N/Y	10	0	0.98
5	rs879734442	MT:10114	T/C	I/T	19	0.82	0.003
6	rs377413998	MT:10128	C/A	L/M	24	0.02	1
7	rs587780529	MT:10134	C/A	Q/K	26	0	0.499
8	rs28754574	MT:10135	A/G	Q/R	26	0	0.675
9	rs202131419	MT:10143	G/A	G/S	29	0.98	0
10	rs199476117	MT:10158	T/C	S/P	34	0.04	0.367
11	rs267606890	MT:10191	T/C	S/P	45	0	0.467
12	rs267606891	MT:10197	G/A	A/T	47	0.02	0.999
13	rs193302927	MT:10237	T/C	I/T	60	0	0.987
14	rs587776438	MT:10254	G/A	D/N	66	0	0.999
15	rs28655588	MT:10260	G/A	E/K	68	0	0.179
16	rs878918474	MT:10299	A/T	T/S	81	0.34	0.83
17	rs28358276	MT:10320	C/T	V/L	88	1	0
18	rs28358276	MT:10320	C/T	V/F	88	0.22	0.001
19	rs193302928	MT:10321	T/A/C/G	V/D	88	0	0.073
20	rs193302928	MT:10321	T/A/C/G	V/A	88	0.09	0
21	rs193302928	MT:10321	T/A/C/G	V/G	88	0	0.035

<b>22</b>	rs386829097	MT:10325	C/T	M/I	89	0.69	0.08
<b>23</b>	rs386829097	MT:10325	C/T	M/I	89	0.69	0.08
<b>24</b>	rs878943163	MT:10329	T/G	S/A	91	1	0.651
<b>25</b>	rs201397417	MT:10345	T/C	I/T	96	0.03	0.006
<b>26</b>	rs28435660	MT:10353	G/A	A/T	99	1	0.003
<b>27</b>	rs28457866	MT:10356	C/G	L/V	100	0.49	0.998
<b>28</b>	rs2853826	MT:10398	A/G	T/A	114	1	0
<b>29</b>	rs28719882	MT:10401	G/A	E/K	115	0.02	0.993

Bununla birlikte, biyoinformatik araçların geliştirilmesi, psikiyatrik bozuklukların etiyopatogenezinde rol oynayan gen polimorfizmlerinin daha kısa zaman ve maliyetle tespit edilmesine imkan vermektedir.

Farklı veri kümelerinin entegrasyonu bu çaba için kritik öneme sahiptir. Biyoinformatik ve sistem biyolojisi çalışmalarında verileri sistematik olarak uyumlu hale getiren araçlar ve biyolojik varlık kümelerini davranışsal karakter kümeleriyle eşleştirebilen araçların geliştirilmesi, psikiyatrik hastalıkların moleküler olarak incelenmesinde yeni fırsatlar ortaya koymaktadır (Chesler, 2012: 183).



Şekil 2: NADH Dehidrojenaz için 3D Protein modeli (Ensemble, 2019: 1).



Bu nedenle çalışmamızda psikiyatrik hastalıklarda polimorfizmlerin hastalık oluşumundaki rollerinin anlaşılmasında öngörü oluşturabilen sekans ve yapı temelli biyoinformatik araçların kullanılması amaçlanmıştır.

Çalışma bulgularımız, 29 nsSNP'nin sekans temelli bir öngörü aracı olan SIFT ile analiz edildiğinde 15 nsSNPs'nin zararlı, 14'ünün ise nötr olarak sınıflandırıldığını; yapı temelli öngörü aracı ile analiz edildiğinde ise 6'sı olası zararlı, 8 ise muhtemel zararlı olarak sınıflandırılırken, 15'inin benign olarak sınıflandırıldığını göstermektedir. Ayrıca, 29 nsSNP'den 10'u hem sekans temelli algoritmayla hem de yapı temelli algoritmayla zararlı olarak öngörüldüğü tespit edildi.

MtDNA, kompleks I'in alt birimlerini kodlayan MT-ND1, MT-ND2, MT-ND3, MT-ND4, MT-ND4L, MT-ND5 ve MT-ND6 isimli yedi gen içerir. mtDNA'ya ait mutasyonların kompleks I'i kodlayan yedi alt birimin hepsinde tanımlandığı bildirilmiştir. Bu genlerdeki mutasyonlarla ilişkili klinik spektrum oldukça geniştir. Bu kısmen mtDNA mutasyonları taşıyan hastalarda sıklıkla görülen heteroplazmi seviyelerinde dokuya özgü farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Wang, 2013: 279). Bununla birlikte, çoğunlukla, aynı gendeki farklı mutasyonların oldukça farklı klinik fenotiplere neden olabileceği de yapılan çalışmalarla anlaşılmaktadır (Rodenburg, 2016: 938). Kesitsel araştırmalarla, mtDNA mutasyonlarına sahip şizofrenik bozukluğu bulunan akrabalarda şizofreni için daha yüksek bir risk olduğunu ortaya çıkarılmıştır (Verge, 2012: 684). Bununla birlikte, mtDNA'daki değişkenlerin majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve şizofreni gelişme riskine katkıda bulunabileceğini gösterilmiştir (Hudson, 2014: 1). Dahası, mtDNA mutasyonlarının neden olduğu mitokondriyal bozukluğu olan bazı hastalar sıklıkla psikiyatrik semptomlar gösterir (Hudson, 2014: 1).

Literatürdeki bu bulgular, psikiyatrik bozukluklara yatkınlıkta mtDNA mutasyonlarının önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgularda, nsSNP'lerin olası zararları konusunda literatürle uyumlu gözükmektedir. Çünkü, SIFT analiz sonuçları 15 (%51,72) nsSNPs zararlı olarak sınıflandırırken; PolyPhen-2 sonuçları da SIFT analizinin bulgularını destekler nitelikte 14 nsSNPs'nin zararlı olduğu öngörmektedir. Bununla birlikte, 29 nsSNP'den 10'u her iki araçla da zararlı olarak öngörüldü.

Sonuç olarak, psikiyatrik bozuklukların mitokondriyal hipotezi, psikiyatrik hastalıklarda gözlenen enerji metabolizması değişiklikleriyle ilgili kanıtlar, mitokondriyal bozukluğu olan hastalarda yüksek afektif bozukluk prevalansı ve artmış maternal kalıtım dereceleri (Rezin, 2009; Inczedy-Farkas, 2012) göz önüne alındığında kompleks I'in alt birimlerini kodlayan mtDNA genlerinin psikiyatrik bozukluklarda araştırılmasının ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada da MT-ND3 geninin in siliko analizi ile nsSNP'lerin kritik metabolik süreçlerde protein rolünü etkileyen yapısal ve biyokimyasal değişikliklere neden olarak, kovalent ve kovalent olmayan bağ oluşumlarında oluşturabilecekleri zararlarla

metabolik süreçleri olumsuz olarak etkileyebilecekleri gösterildi. Bu nedenle, biyoinformatik araçların kullanılmasıyla, psikiyatrik bozuklukların etiopatogenezinde rol oynayan gen polimorfizmlerinin neden olabileceği zararların öngörülmesiyle hedef genlerin daha kısa zaman ve maliyetle tespit edilmesinin mümkün olabileceği söylenebilir. Böylece araştırmacılar yapılacak çalışmalar için bu hedef genlere öncelik verebilir.

## Kaynakça

1. Adzhubei, I., Jordan, D.M. & Sunyaev, S.R. (2013) “*Predicting functional effect of human missense mutations using PolyPhen-2*”, *Curr Protoc Hum Genet*, 7, 7-20
2. Anglin, E., Tarnopolsky, M.A., Mazurek, M.F. & Rosebush, P.I. (2012) “*The psychiatric presentation of mitochondrial disorders in adults*”, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 4, 394-409.
3. Chesler, E.J. & Logan, R.W. (2012) “*Opportunities for bioinformatics in the classification of behavior and psychiatric disorders*”, *Int Rev Neurobiol*, 104, 183-211.
4. Collins, P.Y., Patel, V., Joestl, S.S., March, D., Insel, T.R., Daar, A.S. & Board, Scientific Advisory. (2011) “*Grand challenges in global mental health*”, *Nature*, 7354, 27-30.
5. Crabbe, J.C. (2012). “*Translational behaviour-genetic studies of alcohol: Are we there yet?*”, *Genes Brain and Behavior*, 4, 375–386.
6. Cross - Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2013) “*Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*”, *Lancet*, 381, 1371–1379.
7. Demkow, U. & Ploski, R. (2016) “*Clinical Applications for Next-Generation Sequencing*”, Academic Press: Boston, MA, USA.
8. Demkow, U. & Wolańczyk, T. (2017) “*Genetic tests in major psychiatric disorders-integrating molecular medicine with clinical psychiatry-why is it so difficult?*”, *Transl Psychiatry*, 6, 1151.
9. Fassone, E. & Rahman, S. (2012) “*Complex I deficiency: clinical features, biochemistry and molecular genetics*”, *J Med Genet*, 49, 578–590.
10. Geschwind, D.H. & Flint, J. (2015) “*Genetics and genomics of psychiatric disease*”, *Science*, 6255, 1489-1494.
11. Gutiérrez-Sacristán, A., Grosdidier, S., Valverde, O., Torrens, M., Bravo, À., Piñero, J., Sanz, F. & Furlong, L.I. (2015) “*PsyGeNET: a knowledge platform on psychiatric disorders and their genes*”, *Bioinformatics*, 18, 3075-3077.
12. Henriksen, M.G., Nordgaard, J. & Jansson, L.B. (2017) “*Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations*”, *Front Hum Neurosci*, 11, 322.
13. [https://www.ensembl.org/Homo\\_sapiens/Variation/PDB?db=core;g=ENSG00000198840;r=MT:10059-0404;t=ENST00000361227;v=rs587776438;vdb=variation;vf=660963047](https://www.ensembl.org/Homo_sapiens/Variation/PDB?db=core;g=ENSG00000198840;r=MT:10059-0404;t=ENST00000361227;v=rs587776438;vdb=variation;vf=660963047)
14. Hudson, G., Gomez-Duran, A., Wilson, I.J. & Chinnery, P.F. (2014) “*Recent mitochondrial DNA mutations increase the risk of developing common late-onset human diseases*”, *PLoS Genet*, 5, 1.

15. Inczedy-Farkas, G., Remenyi, V., Gal, A., Varga, Z., Balla, P., Udvardy-Meszaros, A., Bereznai, B. & Molnar, M.J. (2012) *“Psychiatric symptoms of patients with primary mitochondrial DNA disorders”*, Behav Brain Funct, 8, 9.
16. Lee, S.H., Ripke, S., Neale, B.M., Faraone, S.V., Purcell, S.M., Perlis, R.H. & Collaborators, A. (2013) *“Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genomewide SNPs”*, Nat Genet, 45, 984–994.
17. Mimaki, M., Wang, X., McKenzie, M., Thorburn, D.R., & Ryan, M.T. (2012) *“Understanding mitochondrial complex I assembly in health and disease”*, Biochim Biophys Acta, 1817, 851–862.
18. Meyer-Lindenberg, A. & Weinberger, D.R. (2006) *“Intermediate phenotypes and genetic mechanisms of psychiatric disorders”*, Nat Rev Neurosci, 10, 818-827.
19. Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (2013) *“Measuring the global burden of disease”*, N Engl J Med, 369, 448–457.
20. Rodenburg, R.J. *“Biochemical diagnosis of mitochondrial disorders”*, J Inherit Metab Dis, 2011, 283–292.
21. Rezin, G.T., Amboni, G., Zugno, A.I., Quevedo, J. & Streck, E.L. (2009) *“Mitochondrial dysfunction and psychiatric disorders”*, Neurochem Res, 6, 1021–1029.
22. Rodenburg, R.J. (2016) *“Mitochondrial complex I-linked disease”*, Biochim Biophys Acta, 7, 938-945.
23. Rollins, B., Martin, M.V., Sequeira, P.A., Moon, E.A., Morgan, L.Z., Watson, S.J., Schatzberg, A., Akil, H., Myers, R.M., Jones EG, Wallace DC, Bunney WE & Vawter MP. (2009) *“Mitochondrial variants in schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder”*, PloS One, 3, 4913.
24. Schreiber M, Dorschner, M. & Tsuang, D. (2013) *“Next-generation sequencing in schizophrenia and other neuropsychiatric disorders”*, Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 162, 671–678.
25. Sequeira, A., Rollins, B., Magnan, C., van Oven, M., Baldi, P., Myers, R.M., Barchas, J.D., Schatzberg, A.F., Watson, S.J., Akil, H., Bunney, W.E. & Vawter, M.P. (2015) *“Mitochondrial mutations in subjects with psychiatric disorders”*, PLoS One, 5, 1.
26. Sim, N.L., Kumar, P., Hu, J., Henikoff, S., Schneider, G. & Ng, P.C. (2012) *“SIFT web server: predicting effects of amino acid substitutions on proteins”*, Nucleic Acids Res, 40, 452-457.
27. Sullivan, P.F., Daly, M.J. & O'Donovan, M. (2012) *“Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications”*, Nat Rev Genet, 13, 537–551.
28. Verge, B., Alonso, Y., Miralles, C., Valero, J., Vilella, E., Boles, R.G. & Martorell, L. (2012) *“New evidence for the involvement of mitochondrial inheritance in schizophrenia: results from*

*a cross-sectional study evaluating the risk of illness in relatives of schizophrenia patients*”, J Clin Psychiatry, 5, 684–690.

**29.** Wang, G.X., Zhang, Y., Zhang, Y.T., Dong, Y.S., Lv, Z.W., Sun, M., Wu, D. & Wu, Y.M. (2013) “*Mitochondrial haplogroups and hypervariable region polymorphisms in schizophrenia: a case-control study*”, Psychiatry Res, 3, 279–283.

**30.** Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J. & Vos, T. (2013) “*Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study*”, Lancet, 9904, 1575-1586.

**31.** Xu, F.Lç, Ding, Mç, Yao, J., Shi, Z.S., Wu, X., Zhang, J.J., Pang, H., Xing, J.X., Xuan, J.F. & Wang, B.J. (2017) “*Association between mitochondrial DNA variations and schizophrenia in the northern Chinese Han population*”, PLoS One, 8, 1.

**32.** Yamamoto, B.K. & Raudensky, J. (2008) “*The role of oxidative stress, metabolic compromise, and inflammation in neuronal injury produced by amphetamine-related drugs of abuse*”, J Neuroimmune Pharmacol, Sayı: 4,203–217.

# Neonatal Dönem Mitokondriyal DNA Mutasyonları: Sebepler ve Sonuçlar

## Mitochondrial DNA Mutations in Neonatal Period: Causes and Consequences

İhsan ÇETİN<sup>1</sup>

### ÖZET

Nükleer DNA'ya kıyasla savunmasız olan mitokondriyal DNA (mtDNA), reaktif oksijen türleri tarafından mutasyona uğratılabilir. Maternal sigara kullanımının genotoksik potansiyeli fetal mtDNA'ya zarar verebilir. Ancak, yenidoğan döneminde mtDNA mutasyonlarının etkileri henüz yeterince aydınlatılmamıştır. Standart bir yöntem olarak kabul edilen Southern Blot, iyi tanımlanmış kalite kontrolleri, çok miktarda numuneyi ve zaman alıcı uygulamaları gerektirir. Son zamanlarda, multipleks polimeraz zincir reaksiyonu, araştırmacılar tarafından mtDNA mutasyonlarının belirlenmesinde daha sık kullanılmaktadır. Literatürde, yenidoğan hipertrofik kardiyomyopatisinin mtDNA valin tRNA mutasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. m.3243ANG sıklığının ~%0.14 ve sensorinöral işitme kaybı ile ilişkili m.1555ANG sıklığının ~%0,2 olduğu bildirilmiştir. MtDNA mutasyonlarının, neonatal sensorinöral işitme kaybı ve hipertrofik kardiyomyopati gibi birçok hastalıkla ilişkili olduğu göz önüne alındığında, neonatal dönemde mtDNA mutasyonlarının saptanması, mitokondriyal kaynaklı hastalıkların zamanında tedavisi için önemli avantajlar sağlayabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Yenidoğan Dönemi, Mitokondriyal DNA, Genotoksisite, Kardiyomyopati

### ABSTRACT

Mitochondrial DNA (mtDNA) is vulnerable compared to nuclear DNA to be mutated by reactive oxygen species. Genotoxic potential of maternal smoking can damage fetal mtDNA. However, the effects of mtDNA mutations have not been adequately elucidated in the neonatal period yet. Southern Blot, considered to be a standard method, requires well defined quality controls, a large amount of samples, and time consuming applications. Recently, multiplex polymerase chain reaction has been used more frequently in determination of mtDNA mutations by researchers. In literature, neonatal cardiomyopathy has been shown to be associated with mtDNA valine tRNA mutation. It has been reported that frequency of m.3243ANG was ~0.14% and frequency of m.1555ANG, associated with sensorineural hearing loss, was ~%0,2. Considering that mtDNA mutations are associated with many diseases including neonatal

---

<sup>1</sup> Doç. Dr. Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, [ihancetinilim@gmail.com](mailto:ihancetinilim@gmail.com)

sensorineural hearing loss and hypertrophic cardiomyopathy, detection of mtDNA mutations in neonatal period may provide significant advantages for timely treatment of mitochondrial-derived diseases.

**Key Words:** Neonatal Period, Mitochondrial DNA, Genotoxicity, Cardiomyopathy

## **Giriş**

### **Neonatal Dönem**

Bebeğin 0-28 günlük yaşam sürecini ifade eden neonatal dönem hayatın son derece güvensiz ve hayli riskli bir dönemdir (Aijaz, 2012: 32). Maternal uterusdan dış çevreye geçiş dönemini temsil eden bu süreçte değişim hızlıdır ve bazı acil durumlar meydana gelebilir. Neonatal dönemde sinir sistemi olgunlaşması, kardiyovasküler ve pulmoner gelişimde vücut organlarının yapısı ve fonksiyonu kritiktir (Wang, 2016: 139). Küresel olarak, yaklaşık 130 milyon yıllık doğumun 4 milyonu neonatal dönemde ölmekte ve bu ölümlerin yarısı doğumun ilk günü gerçekleşmektedir (Warren, 2012: 103). Neonatal ölümlerinin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelirken; neonatal ölümlerin yaklaşık 1 milyonu sepsis, menenjit ve zatürre gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Tabassum, 2013: 544).

Neonatal dönemdeki gelişime karşı risk faktörleri hakkında yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, gen defekti ve gen mutasyonundan kaynaklanan genetik nedenlerin konjenital hasar ve neonatal hastalıkların oluşmasında önemli roller üstlendiğini ortaya koymaktadır. Neonatal dönemdeki gelişime karşı risk faktörleri oluşumunda indükleyici nedenlere ise beslenme, enfeksiyon, alkol veya tütün zehirlenmesi örnek olarak gösterilebilir (Wang, 2016: 139).

### **Mitokondriyal hastalıklar ve Mitokondriyal DNA Mutasyonları**

Mitokondriyal disfonksiyonun neden olduğu mitokondriyal defektler, klinik ve genetik olarak çok heterojen bir hastalık grubunu etkiler. Neonatal dönemde de mitokondriyal solunum zinciri yetersizlikleri meydana gelebilir ancak bu yetersizlikler genel semptomlarla ortaya çıkabilir ve bebek iyileşirse altta yatan neden tespit edilemeyebilir (Gibson, 2008:1003). Mitokondriyal hastalıkların çoğu çoklu organ tutulumuna neden olurken, özellikle sinir ve kas gibi yüksek enerjiye ihtiyaç duyan dokularda ortaya çıkar (Park, 2014: 173). Kanadada yapılan bir araştırmada, 20 yıllık bir süre içinde teşhis edilen doğrulanmış çocukluk dönemi mitokondriyal bozuklukların neonatal dönemde 1/3'lük bir oranla ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Fellman, 2011: 222).

Bununla birlikte, yapılan çalışmalar esas olarak sinir ve kas dokularını etkileyen farklı mitokondriyal bozuklukların mitokondriyal DNA (mtDNA) mutasyonlarıyla ilişkili olduğunu bildirmektedir (Ryzhkova, 2018: 1933). mtDNA bir poliploidi moleküldür. Memeli mtDNA, 12S ve 16S ribozomal RNA alt grupları genlerini, 22 transfer RNA genleri ve 13 protein alt ünite genleri dahil 37 gen kodlayan 16.5 bin baz çift içerir. Solunum zinciri proteinlerinin 13 geninden,

yedi gen, kompleks I'in alt birimlerini, üç gen, kompleks IV'ün alt birimlerini, iki gen, kompleks V'in alt birimlerini, bir gen ise kompleks III'ün alt birimini kodlar (Ryzhkova, 2018; Schmiedel, 2003). Çeşitli özellikleri nedeniyle mtDNA, insan evrim ve genetik varyasyon çalışmaları için ideal bir tercihtir. Nükleer DNA'nın aksine, mtDNA hasarlara karşı daha hassastır; onarım mekanizması olmasına rağmen, onarım kapasitesi nükleer DNA'ya göre daha düşüktür (Daştan, 2006: 41). Bundan dolayı, tek kopya halindeki nükleer DNA ile karşılaştırıldığında mtDNA'daki mutasyon sayısının 10-17 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Mitogenez, mitofaji, füzyon ve mitokondri fisyonu işlemlerinde mtDNA mutasyonlarının heteroplazmi seviyesi düşebilir (Szczepanowska, 2015; Ryzhkova, 2018).

### **Mitokondriyal DNA mutasyon analizinin önemi**

Mitokondriyal bozuklukların tanısı klinik ve biyokimyasal incelemeleri içerir. Bununla birlikte, mitokondriyal hastalıklar için çoklu organ tutulumu ve örtüşen semptomlar kesin tanıyı zorlaştırır. Çünkü, hastalık semptomlarının başlangıcı hastanın yaşına göre değişir, birkaç organ veya organ sistemini aynı anda etkiler, gelişmekte olan hastalığın erken evresinde veya açık klinik tablo sırasında gözlenen akut ataklar meydana gelebilir. Bu nedenle, mtDNA mutasyonlarının taranması nadir görülen mitokondriyal bozuklukların tanısında önemli bir adımdır (Dimmock, 2017; Ryzhkova, 2018).

Bununla birlikte, neonatal dönemde meydana gelen mtDNA mutasyonları ve bu mutasyonlarının etkileri konusunda henüz yeterince çalışma yapılmamıştır. Bu makalede, mtDNA mutasyonlarının tespit edilmesinde kullanılan teknikler, neonatal dönemle ilgili yapılan sınırlı çalışmalardan elde edilen veriler ışığında neonatal dönem mtDNA mutasyonlarının analiz yöntemlerinin, sebeplerinin ve sonuçlarının genel hatları ile ortaya konulması amaçlanmıştır.

### **Yöntem**

#### **Mitokondriyal DNA mutasyon analizinde kritik hususlar**

Klinik tablo mitokondri ile ilişkili hastalığın doğasını gösterdiğinde, ayırıcı tanı için mitokondriyal ve nükleer kalıtım arasında ayırım yapmak için aile hastalık öyküsünün kapsamlı bir analizi, mitokondriyal hastalık biyobelirteçlerinin değerlendirilmesi (laktat, piruvat, alanin ve fibroblast büyüme faktörü seviyesi), immünohistokimya incelemesi ve oksidatif fosforilasyonda rol alan komplekslerin aktivitesinin değerlendirilmesi yapılmalıdır (Chinnery, 2016:1503). Lipid ve glukoz metabolizmasını düzenleyen fibroblast büyüme faktörü 21'in mitokondriyal ensefalomiyopatiler için yeni bir belirteç olduğu literatürde vurgulanmıştır. (Domouzoglou, 2011: 901). Bu genin ekspresyonu, mitokondride solunum zincirinin fonksiyonunun bozulmasına yanıt olarak, kompensatuar bir mekanizma olarak iskelet kaslarının hücrelerinde artmaktadır (Ji, 2015: 161). Klinik ve biyokimyasal teşhislere dayanarak, bilinen mutasyonların



herhangi birini tespit etmek için hastalar moleküler genetik analiz için yönlendirilir (Wong, 2010: 111). Hastaların %5-20'sinin mitokondriyal genomlarında öngörülen mutasyonları taşıdığı bulunmuştur. Hastaların %80-95'inde ise yanlış seçilmiş biyolojik numunelerin olduğu, nükleer DNA mutasyonlarının veya embriyogenezin ilk aşamalarında daha önce bilinmeyen çeşitli mutasyonların ortaya çıktığı anlaşılmaktadır (Sofronova, 2016: 1031).

MtDNA'daki mutasyonları saptama yöntemleri, herhangi bir DNA'nın primer sekansını belirlemek için kullanılan yöntemlerden önemli ölçüde farklı değildir. Anahtar teşhis yaklaşımları, kısıtlama enzimlerine ve polimeraz zincir reaksiyonunu (PCR) içeren analizlere dayanır (Memon, 2017: 32; Sofronova, 2016: 1031). Yukarıda bahsedildiği gibi, tıbbi uygulamada mtDNA ile çalışılırken heteroplazmi önemli bir özelliktir. Mutant mtDNA tipleri ile birlikte vahşi tip varyantlar mevcut olabilir. İncelenen bir numunedeki mutant formlarının yüzdesi düşükse, sonucun yanlış negatif sonuçlara yol açması olasılığı vardır (Sofronova, 2016: 1031).

Mutant bir değişken tek bir nükleotid değişikliğine neden olmasına rağmen bir delesyon veya insersiyon işlemi yoksa, analitik karmaşıklık artar. Amplifikasyon ürünlerinin jel elektroforezi, mtDNA'da silinmiş ve çoğaltılan bölgeleri ortaya çıkarır ve heteroplazmi durumunda, iki amplifikasyon ürünü bulunur. Jel elektroforezinden önce, amplifikasyon ürünleri kısıtlama fragment uzunluğu polimorfizmleri olarak bilinen bir yöntem olan kısıtlama endonükleazları ile muamele edilebilir (Shu, 2013: 6706). Bazı nükleotit değişikliklerinin, DNA'daki kısıtlama bölgeleri için tanıma modelini değiştirdiği bilinmektedir. Bununla birlikte, kısıtlama fragment uzunluğu polimorfizm analizi, mtDNA'da primer sekansı belirlemediğinden, hem yanlış pozitif hem de yanlış negatif sonuçlara yönelik bir olasılık vardır; bu, amino asit dizisini değiştirmeden bir kısıtlama enzimi için bir tanıma bölgesinin bozulmasına veya ortaya çıkmasına bağlı olabilir (Sofronova, 2016: 1031).

### **Mitokondriyal DNA mutasyon analiz yöntemleri**

Mitokondriyal DNA mutasyonlarının ölçümü için standart bir yöntem olarak kabul edilen Southern Blot, iyi tanımlanmış kalite kontrolleri, çok miktarda numuneyi ve zaman alıcı uygulamaları gerektirir (Memon, 2017: 32). Bu nedenle, son yıllarda, multipleks polimeraz zincir reaksiyonu, araştırmacılar tarafından mtDNA mutasyonlarının belirlenmesinde daha sık kullanılmaktadır. Multipl ligasyona bağlı prob amplifikasyonunun kullanılmasıyla (Bai, 2005; Kozlowski, 2008), mtDNA'da yapısal değişimleri tespit etmek için kalitatif ve kantitatif kitler geliştirilmiştir. Kitler 136 ila 427 bp uzunluğunda amplifikasyon ürünleri ile sonuçlanan 37 farklı prob içerebilir. Her prob iki oligonükleotitten oluşur (Sofronova, 2016: 1031). Amplifikasyon basamağından sonra, problemler kılcal elektroforezde ayrılmaları halinde benzersiz bir uzunluğa sahip olacaktır. Delesyonlu mtDNA'da nispi heteroplazmi seviyesi, kılcal elektroforezden sonra

çizilen pik analiz kullanılarak belirlenir. Bu nedenle, bu analiz tüm mtDNA dizisi boyunca yapılan delesyon sayısını değerlendirir (Mayorga, 2016: 2864). Yüksek verimli sıralama veya yeni nesil sıralama (NGS), mtDNA'da nükleotit sekansının belirlenmesine eşzamanlı olarak heteroplazmi seviyesinin değerlendirilmesine imkan verir (Vasta, 2009: 100).

NGS, tüm bir mtDNA molekülünde tek bir mutasyonu, aynı reaksiyon sırasındaki delesyonları/kopyaları hatta yapısal yeniden oluşumlarda lokusların hassas haritalanmasını eşzamanlı olarak ortaya çıkarabilir. Cazip olmasına rağmen, NGS teknolojileri yüksek nitelikli personel gerektirmesi ve yüksek maliyet gereksinimi nedeniyle henüz rutin laboratuvar uygulamalarından uzaktır (Palculict, 2016: 3). Dijital PCR birkaç mtDNA kopyasını çoğaltabilir, burada reaksiyon aynı anda birkaç nanolitre mikro kürenin içinde ilerler, böylece veri güvenilirliğinin artmasına izin verir. Dijital PCR kullanılarak, birkaç bin reaksiyon aynı anda gerçekleştirilir ve bu sayede mtDNA ölçümünde hata oranı önemli düzeyde azaltılır (Sofronova, 2016: 1031). Dijital PCR şimdi nükleik asitlerin kantitatif değerlendirmesi için doğru bir analiz olarak daha yaygın hale gelmiştir. Damlacık dijital PCR, Bio-Rad tarafından önerilen dijital PCR çeşitidir (Mayorga, 2016; Vasta, 2009; Palculict, 2016). Yöntemin özü, çok küçük miktardaki DNA'nın amplifikasyonu ve ardından nispi sayıdaki mikro kürelerin analiz edilmesidir. Reaksiyon için bileşenler, ticari PCR karışımını ve özel olarak seçilen problemleri ve oligonükleotit primerlerini içerir. İlk aşamada, özel olarak hazırlanmış bir yağ çözeltilisinde reaksiyon karışımı 1 nL hacimli 15-25 bin damlacıklara ayrılır (Sofronova, 2016: 1031).

Amplifikasyon reaksiyonundan sonra, akış sitometrisi prensibi üzerinde çalışan özel bir modül kullanılarak flüoresan sinyali son bir noktada kaydedilir ve sonuçlar mutlak DNA kopya sayısı olarak ifade edilir. PCR'ye benzer şekilde, hücrelerde mtDNA kopyalarını saymak için kullanılan damlacık dijital PCR, bilinen kopya numarasına sahip koruyucu bir gen varlığını gerektirir. MtDNA miktarındaki değişimin, hastalığın moleküler bir işaretini temsil ettiği birçok kez gösterilmiştir (Wachsmuth, 2016: 12). Mutant mtDNA miktarının tahmini daha karmaşık bir işittir, çünkü verimli allel ayrımcılığı gerektirir. Damlacık dijital PCR'ye dayanarak, çok yüksek hassasiyet eşliğiyle (1:107) mtDNA'daki delesyonların kantitatif ölçümü için hassas bir yöntem geliştirilmiştir (Taylor, 2014, 29). Bu yöntem 3D (Dijital, Deletion ve Detection) olarak bilinen üç adımdan oluşan bir yöntemdir (Sofronova, 2016: 1031).

## **Bulgular**

Neonatal dönemle ilişkili genetik hastalıklara merkezi sinir sistemi, kardiyovasküler sistem, sindirim-bağırsak sistemi, kombine immünolojik hastalıklar ve down sendromu örnek verilebilir (Scott, 2013: 498; Tuppen, 2010: 113). Bununla birlikte, bu hastalıklarla ilişkili nokta mutasyonların yarısından fazlasının mt-tRNA genleri içerisinde yer aldığı ortaya çıkarılmıştır.

MtDNA nokta mutasyonları genellikle maternal olarak kalıtılır. Fenotipik olarak, mt-tRNA genlerinin dışındaki mitokondriyal proteinleri kodlayan genlerdeki nokta mutasyonları, spesifik olarak kodladığı proteinin ait olduğu kompleksin fonksiyonunu etkilerken; mt-tRNA mutasyonları fonksiyonel mt-tRNA'ların kullanılabilirliğini azaltarak genel mitokondriyal translasyonu bozabilir (Tuppen, 2010: 113).

Nokta mutasyonları çoğunlukla belirgin bir klinik heterojenite sergileyen oldukça heteroplazmik ve resesiftirler. Bununla birlikte, çoğu zaman sadece tek bir dokuyu etkileyen ve eksik penetrasyon ile karakterize artan sayıda patojenik homoplazmik mutasyonlarda tanınmaktadır (Yang, 2009: 50).

MtDNA'nın yüksek mutasyon oranıyla birlikte aileye veya popülasyona özgü çok sayıda polimorfizmlerin varlığı göz önüne alındığında, nötr mtDNA varyantı ve hastalığa neden olan mutasyon arasındaki ayırım sıklıkla zor olabilir (Sacconi, 2008: 1814). Ayrıca, patojenik olmayan bazı nükleotit değişikliklerinin, zararlı mtDNA mutasyonlarının etkilerini kendi başına değiştirebildiği sıklıkla kabul edilmiştir. MtDNA yeniden düzenleme mutasyonlarının çoğu, boyutu 1.3 ila 8 kb arasında değişen ve birkaç gen kapsayan geniş çaplı delesyonlardır. Tek mtDNA delesyonlarının gelişimin erken aşamalarında sporadik olarak meydana geldiği ve aynı delesyonların, etkilenen dokulardaki tüm hücrelerde bulunduğu gösterilmiştir (Swalwell, 2008:1265).

Farklı kökenlere rağmen, çoğu mtDNA delesyonu ortak özellikleri paylaşmakta, klinik fenotipine bakılmaksızın, oluşum mekanizmalarının da aynı olduğu düşünülmektedir (Krishnan, 2008: 275). Ancak delesyonların oluşmasına neden olan etkenler şu anda hala tartışma konusudur. Krishnan ve ark. gibi çoğu araştırmacı delesyonların en muhtemel mekanizmasının replikasyon olduğunu düşünürlerken; kısa süre önce mtDNA'nın delesyonlarının, hasarlı mtDNA'nın onarımı sırasında ortaya çıktığı gösterilmiştir (Krishnan, 2008: 275). Delesyona uğrayan mtDNA'nın miktarı ve doku dağılımı, klinik semptomların belirlenmesinde önemli bir belirteçtir (Greaves, 2009; Rahman, 2009).

MtDNA mutasyonları ile ilişkili klinik sendromlar oldukça değişkendir ve hastalar yaşamın herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir. Genel olarak, başlangıç yaşı mutasyon seviyesini ve biyokimyasal kusurun ciddiyetini yansıtır, ancak muhtemelen nükleer genetik veya çevresel faktörlerde hastalığın ifadesini etkiler (Greaves, 2009, Reeve, 2008). Klinik olarak, Leigh sendromu, neonatal dönemde özellikle beyin sapı, diensefalon ve bazal ganglionları etkileyen ilerleyici bir nörodejeneratif durumdur. Leigh sendromu, oksidatif metabolizmanın ciddi şekilde bozulmuş olmasından kaynaklanır ve mitokondriyal m.10158T> C, m.8993T> C/G, m.10191T>C mutasyonların bu hastalığın oluşumunda rol aldığı gösterilmiştir (Finsterer, 2008; Tuppen, 2010).

Ayrıca literatürde, neonatal hipertrofik kardiyomyopatisinin mtDNA kaynaklı tRNA mutasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, m.3243ANG sıklığının ~%0.14 ve sensorinöral işitme kaybı ile ilişkili m.1555ANG sıklığının ise ~%0,2 olduğu bildirilmiştir (Yano, 2014: 100).

## **Sonuç ve Tartışma**

Fetüs ve neonatal dönemde var olan risk faktörleri neonatal gelişimi veya daha sonraki büyüme dönemlerini etkilemektedir. Neonatal dönemde karşılaşılan rahatsızlıkların ve bu dönemdeki ölümlerin büyük bir kısmının temel risk faktörü genetik kaynaklı problemlere dayanmaktadır. Enfeksiyon veya çevresel değişikliklerden kaynaklanan zararlı etkenler de hem nükleer DNA'da hem de mtDNA'da çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Fetal ve neonatal gelişimde ortaya çıkabilecek problemleri hem önleme hem de bu problemlere uygulanacak tedavi stratejilerinin belirlenmesinde gen taraması veya kromozom analizinin yapılması çocukların sağlıklı gelişimi ve risk faktörlerinden kaçınılması için önemli bir rol oynamaktadır (Wang, 2016: 139).

Organel olarak mitokondrinin görevi, oksidatif fosforilasyon reaksiyonları ile adenozin tri-fosfat (ATP) şeklinde enerji üretmektir. Hücre fonksiyon için gerekli olan temel redoks ve fosforilasyon enerjisini kullanmak için oksijenin işlenmesiyle mitokondri, aerobik yaşamda önemli bir oyuncu; sağlık, hastalık ve yaşlanma açısından önemli işlevlerin merkezi konumunda bulunmaktadır (Bolisetty, 2013: 6306). O<sub>2</sub>'nin sitokrom oksidaz aracılığıyla yüksek bir verimle kimyasal olarak indirgemesine rağmen, mitokondri hala bu temel işlev sırasında önemli seviyelerde reaktif oksijen türleri üretir (Srinivasan, 2012: 1252). MtDNA genomu tarafından kodlanan az sayıdaki polipeptid mitokondri fonksiyonu için gerekli olan toplam proteinin sadece çok az bir kısmını oluşturur. Mitokondri fonksiyonu için gerekli olan proteinlerin çoğu nükleer DNA genomunda kodlanmaktadır ve daha sonra mitokondriye gönderilmektedir (Bai, 2005; Park, 2014). Son yıllarda yapılan birçok çalışma, sigara dumanına maruz kalmayla ilişkili mtDNA kopya sayısı değişiklikleri gösterilmiş; mtDNA'nın zarar görmesine bağlı olarak solunum zincirinin birçok problemin ortaya çıkabildiği anlaşılmıştır (Pirini, 2015; Tan, 2008). Bununla birlikte, plasenta ve kordon kanı ile yapılan incelemeler, neonatal dönemde solunum zincirindeki hasarların mtDNA'daki değişikliklerin olumsuz sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Lee, 2000: 425). Solunum zincirindeki bozukluklar, ROS üretiminin artmasına ve son derece savunmasız olan mtDNA hasara neden olabilir, bu durum da mtDNA kopya sayısında artışlara ve enerji üretiminde eksikliğe neden olabilir (Pirini, 2015: 1135).

Oksidatif fosforilasyon ve mitokondriyal disfonksiyon yollarına ait genlerin, sigara içenlerde farklı şekilde metillendiği bildirilmiştir (Suter,2011:1284). 2014 yılında yayınlanan epidemiyolojik bir araştırmada, Avrupa popülasyonunda mtDNA'da doğrulanmış mutasyonlara

sahip mitokondriyal bozuklukların sıklığının ~1/5000 olduğu tahmin edilmiştir (Gorman, 2015: 77). Bununla birlikte, sadece klinik semptomlara dayanan mitokondriyal bozuklukların sıklığı konusunda eksik veriler bulunmaktadır ve bu tür hastalıkların teşhisi, diğer hastalara özgü olmayan patolojilerin yanı sıra, özellikle diğer rahatsızlıkların oluşmasının erken evrelerinde, spesifik olmayan semptomlara sahip olmaları nedeniyle genel hastalıklar için pratisyenlere bazı zorluklar yaşatmaktadır (Pfeffer, 2013: 416). Diğer taraftan, üzülerek belirtilmelidir ki mitokondriyal bozuklukların tedavisi için terapötik bir yaklaşım henüz mevcut değildir (Pfeffer, 2013; Hyslop, 2016:383). Öte yandan, anne adayları ile istişare edilerek mtDNA mutasyonuna neden olan faktörlerin engellenmesi mtDNA mutasyonlarının önlenmesinde önemli bir tıbbi stratejidir (Bredenoord, 2010: 25). MtDNA'nın birden fazla kopyası yani, vücutta çeşitli mtDNA'ların bir karışımının bulunmasının altında yatan temel mekanizma heteroplazmi olgusudur. Prospektif bir anne klinik olarak sağlıklı olabilir ancak yüksek düzeyde mutant mtDNA taşıyabilir, böylece yüksek olasılıkla bebeği mtDNA patolojisi ile gelişebilir. Bir hastalık, mutant mtDNA'nın eşik etkisi olarak bilinen belirli bir nicel seviyeye ulaşmasıyla klinik olarak ortaya çıkabilir ve ilerleyebilir (Ylikallio, 2012: 4159). Mevcut yöntemler, mitokondriyal bozuklukların erken teşhisini gerçekleştirmek için yeterli olan toplam mtDNA'nın % 5-10'unu içerdiğinde mutant mtDNA'yı ortaya koymaktadır (Sofronova, 2016: 1031).

Sonuç olarak, mtDNA mutasyonlarının ölçümü için standart bir yöntem olarak kabul edilen Southern Blot, iyi tanımlanmış kalite kontrolleri, çok miktarda numuneyi ve zaman alıcı uygulamaları gerektirir (Memon, 2017: 32). Bu nedenle, son yıllarda, multipleks PCR yöntemleri, araştırmacılar tarafından mtDNA mutasyonlarının belirlenmesinde daha sık kullanılmaktadır. Dijital Droplet PCR teknolojisinin kullanılmaya başlanmasıyla eser miktardaki örnekten sonuca ulaşılması konusunda yeni bir dönem başlamış, mtDNA'nın dizilenmesi ile daha ileri adımlar atılmıştır (Bai, 2005: 613). Bununla birlikte üzülerek belirtilmelidir ki mitokondriyal bozuklukların tedavisi için terapötik bir yaklaşım henüz mevcut değildir (Pfeffer, 2013; Hyslop, 2016). Bundan dolayı, MtDNA mutasyonlarının, neonatal sensorinöral işitme kaybı ve hipertrofik kardiyomiyopati gibi birçok hastalıkla ilişkili olduğu göz önüne alındığında, neonatal dönemde mtDNA mutasyonlarının saptanması, mitokondriyal kaynaklı hastalıkların zamanında tedavisi için önemli avantajlar sağlayabilir. Diğer taraftan, mtDNA nokta mutasyonlarının genellikle maternal olarak kalıtıldığı bulguları dikkate alınırsa, anne adayları ile istişare edilerek mtDNA mutasyonuna neden olan faktörlerin engellenmesi sayesinde mtDNA mutasyonlarının önlenmesinin de önemli bir tıbbi strateji olduğu unutulmamalıdır (Bredenoord, 2010: 1354).

## Kaynakça

1. Aijaz, N., N. Huda & S. Kausar, (2012) “*Disease Burden of NICU, at a Tertiary Care Hospital, Karachi*”, J Dow Univ Health Sci Karachi, 6, 32-35.
2. Bai, R.K. & Wong, L.J. (2005) “*Simultaneous detection and quantification of mitochondrial DNA deletion(s), depletion, and over-replication in patients with mitochondrial disease*”, J Mol Diagn, 5, 613-622.
3. Bolisetty, S. & Jaimes, E.A. (2013) “*Mitochondria and reactive oxygen species: physiology and pathophysiology*”, Int J Mol Sci, 3, 6306-6344.
4. Bredenoord, A.L., Dondorp, W., Pennings, G. & De Wert, G. (2010). “*Avoiding transgenerational risks of mitochondrial DNA disorders: a morally acceptable reason for sex selection?*”, Hum Reprod, 6, 1354-1360.
5. Chinnery, P.F. (2016) “*Mitochondrial disease in adults: what’s old and what’s new?*”, EMBO Mol Med, 12, 1503-1512.
6. Daştan, K. (2006) “*Mitokondriyal Dna Genomu Tek Nükleotid Polimorfizminin Real Time Pcr Cihazı İle İdentifikasyonu ve Standardizasyonu*”, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
7. Dimmock, D.P. & Lawlor, M.W. (2017) “*Presentation and Diagnostic Evaluation of Mitochondrial Disease*”, Pediatr Clin North Am, 1, 161-171.
8. Domouzoglou, E.M. & Maratos-Flier, E. (2011) “*Fibroblast growth factor 21 is a metabolic regulator that plays a role in the adaptation to ketosis*”, Am J Clin Nutr, 4, 901-905.
9. Fellman, V. & Kotarsky, H. (2011) “*Mitochondrial hepatopathies in the newborn period*”, Semin Fetal Neonatal Med, 4, 222-228.
10. Finsterer, J. (2008) “*Leigh and Leigh-like syndrome in children and adults*”, Pediatr Neurol, 39, 223–235.
11. Gibson, K., Halliday, J.L., Kirby, D.M., Yapfite-Lee, J., Thorburn, D.R. & Boneh, A. (2008) “*Mitochondrial oxidative phosphorylation disorders presenting in neonates: clinical manifestations and enzymatic and molecular diagnoses*”, Pediatrics, 5, 1003-1008.
12. Gorman, G.S., Schaefer, A.M., Ng, Y., Gomez, N., Blakely, E.L., Alston, C.L., Feeney, C., Horvath, R., Yu WaiMan, P., Chinnery, P.F., Taylor, R.W., Turnbull, D.M., & McFarland, R. (2015) “*Prevalence of nuclear and mitochondrial DNA mutations related to adult mitochondrial disease*”, Ann Neurol, 5, 753-759.
13. Greaves, L.C. and Turnbull, D.M. (2009) “*Mitochondrial DNA mutations and ageing*”, Biochim. Biophys Acta, 10, 1015-1020.
14. Hyslop, L.A., Blakeley, P., Craven, L., Richardson, J., Fogarty, N.M., Fragouli, E., Lamb, M., Wamaitha, S.E., Prathalingam, N., Zhang, Q., O’Keefe, H., Takeda, Y., Arizzi, L., Alfarawati, S., Tuppen, H.A., Irving, L., Kalleas, D., Choudhary, M., Wells, D., Murdoch, P.,

- Turnbull, D.M., Niakan, K. K. & Herbert, M. (2016) *“Towards clinical application of pronuclear transfer to prevent mitochondrial DNA disease”*, *Nature*, 7607, 383-386.
15. Ji, K., Zheng, J., Lv, J., Xu, J., Ji, X., Luo, Y. B., Li, W., Zhao, Y. & Yan, C. (2015) *“Skeletal muscle increases FGF21 expression in mitochondrial disorders to compensate for energy metabolic insufficiency by activating the mTOR-YY1-PGC1 $\alpha$  pathway”*, *Free Radic Biol Med*, 84, 161-170.
16. Kozlowski, P., Jasinska, A. J. & Kwiatkowski, D. J. (2008) *“New applications and developments in the use of multiplex ligation-dependent probe amplification”*, *Electrophoresis*, 23, 4627-4636.
17. Krishnan, K.J., Reeve, A.K., Samuels, D.C., Chinnery, P.F., Blackwood, J.K. and Taylor, R.W., Wanrooij, S., Spelbrink, J.N., Lightowlers, R.N. & Turnbull, D.M. (2008) *“What causes mitochondrial DNA deletions in human cells?”*, *Nat Genet*, 40, 275–279.
18. Lee, H.C. Yin, P.H. Lu, C.Y. Chi, C.W. & Wei, Y.H. (2000) *“Increase of mitochondria and mitochondrial DNA in response to oxidative stress in human cells”*, *Biochem J*, 348, 425–432.
19. Mayorga, L., Laurito, S.R., Loos, M.A., Eiroa, H.D., De Pinho, S., Lubieniecki, F., Arroyo, H.A., Pereyra, M.F., Kauffman, M.A. & Roque, M. (2016) *“Mitochondrial DNA deletions detected by multiplex ligation-dependent probe amplification”*, *Mitochondrial DNA A DNA MappSeq. Anal*, 27, 2864-2867
20. Memon, A.A., Zöller, B., Hedelius, A., Wang, X., Stenman, E., Sundquist, J. & Sundquist, K. (2017) *“Quantification of mitochondrial DNA copy number in suspected cancer patients by a well optimized ddPCR method”*, *Biomol Detect Quantif*, 13, 32-39.
21. Palculict, M.E., Zhang, V.W., Wong, L.J. & Wang, J. (2016) *“Comprehensive mitochondrial genome analysis by massively parallel sequencing”*, *Methods Mol Biol*, 1351, 3-17.
22. Park, J.H., Yoon, B.R., Kim, H.J., Lee, P.H., Choi, B.O. & Chung, K.W. (2014) *“Compound mitochondrial DNA mutations in a neurological patient with ataxia, myoclonus and deafness”*, *J Genet*, 1, 173-177.
23. Pfeffer, G., Horvath, R., Klopstock, T., Mootha, V.K., Suomalainen, A., Koene, S., Hirano, M., Zeviani, M., Bindoff, L.A., Yu-Wai-Man, P., Hanna, M., Carelli, V., McFarland, R., Majamaa, K., Turnbull, D.M., Smeitink, J. & Chinnery, P.F. (2013) *“New treatments for mitochondrial disease-no time to drop our standards”*, *Nat Rev Neurol*, 8, 474-481.
24. Pfeffer, G. & Chinnery, P.F. (2013) *“Diagnosis and treatment of mitochondrial myopathies”*, *Ann Med*, 45, 416.
25. Pirini, F., Guida, E., Lawson, F., Mancinelli, A. & Guerrero-Preston, R. (2015) *“Nuclear and mitochondrial DNA alterations in newborns with prenatal exposure to cigarette smoke”*, *Int J Environ Res Public Health*, 2, 135-155.
26. Rahman, S. & Poulton, J. (2009) *“Diagnosis of mitochondrial DNA depletion syndromes”*, *Arch Dis Child*, 94, 3–5.

27. Reeve, A.K., Krishnan, K.J. & Turnbull, D. (2008) *“Mitochondrial DNA mutations in disease, aging, and neurodegeneration”*, Ann N Y Acad Sci, 1147, 21–29.
28. Ryzhkova, A.I., Sazonova, M.A., Sinyov, V.V., Galitsyna, E.V., Chicheva, M.M., Melnichenko, A.A., Grechko, A.V., Postnov, A.Y., Orekhov, A.N. & Shkurat, T.P. (2018) *“Mitochondrial diseases caused by mtDNA mutations: a mini-review”*, Ther Clin Risk Manag, 14, 1933-1942.
29. Sacconi, S., Salviati, L., Nishigaki, Y., Walker, W.F., Hernandez-Rosa, E., Trevisson, E., Delplace, S., Desnuelle, C., Shanske, S., Hirano, M., Schon, E.A., Bonilla, E., De Vivo, D.C., DiMauro, S. & Davidson, M.M. (2008) *“A functionally dominant mitochondrial DNA mutation”*, Hum Mol Genet, 17, 1814–1820.
30. Tabassum, S., Amin, M., Akram, M., & Ullah, M.A. (2013) *“Prevalence of Neonatal Diseases in Multan Region, Pakistan”*, Pakistan Journal of Nutrition, 6, 544-548.
31. Schmiedel, J., Jackson, S., Schafer, J., & Reichmann, H. (2003) *“Mitochondrial cytopathies”*, J Neurol, 3, 267–277.
32. Scott, C.R., Elliott, S., Buroker, N., Thomas, L.I., Keutzer, J., Glass, M., Gelb, M.H. & Turecek, F. (2013) *“Identification of infants at risk for developing Fabry, Pompe, or mucopolysaccharidosis-I from newborn blood spots by tandem mass spectrometry”*, J Pediatr, 163, 498-503.
33. Shu, C., Liu, D., Zhou, Z., Cai, J., Peng, Q., Gao, J., Song, F. & Zhang, J. (2013) *“An improved PCR-restriction fragment length polymorphism (RFLP) method for the identification of cry1-type genes”*, Appl Environ Microbiol, 21, 6706-6711.
34. Sofronova, J.K., Ilinsky, Y.Y., Orishchenko, K.E., Chupakhin, E.G., Lunev, E.A. & Mazunin, I.O. (2016) *“Detection of Mutations in Mitochondrial DNA by Droplet Digital PCR”*, Biochemistry (Mosc), 10, 1031-1037.
35. Srinivasan, S. & Avadhani, N.G. (2012) *“Cytochrome c oxidase dysfunction in oxidative stress”*, Free Radic Biol Med, 6, 1252-1263.
36. Suter, M., Ma, J., Harris, A., Patterson, L., Brown, K.A., Shope, C., Showalter, L., Abramovici, A. & Aagaard-Tillery, K.M. (2011) *“Maternal tobacco use modestly alters correlated epigenome-wide placental DNA methylation and gene expression”*, Epigenetics, 6, 1284–1294.
37. Swalwell, H., Blakely, E.L., Sutton, R., Tonska, K., Elstner, M., He, L., Taivassalo, T., Burns, D.K., Turnbull, D.M., Haller, R.G., Davidson, M.M. & Taylor, R.W. (2008) *“A homoplasmic mtDNA variant can influence the phenotype of the pathogenic m.7472Cins MTT51 mutation: are two mutations better than one?”*, Eur J Hum Genet, 16, 1265–1274.
38. Szczepanowska, K. & Trifunovic, A. (2015) *“Different faces of mitochondrial DNA mutators”*, Biochim Biophys Acta, 11, 1362–1372.



39. Tan, D., Goerlitz, D.S., Dumitrescu, R.G., Han, D., Seillier-Moiseiwitsch, F., Spernak, S.M., Orden, R.A., Chen, J., Goldman, R. and Shields, P.G. (2008) “Associations between cigarette smoking and mitochondrial DNA abnormalities in buccal cells”, *Carcinogenesis*, 29, 1170–1177.
40. Taylor, S.D., Ericson, N.G., Burton, J.N., Prolla, T.A., Silber, J.R., Shendure, J. & Bielas, J.H. (2014) “Targeted enrichment and high-resolution digital profiling of mitochondrial DNA deletions in human brain”, *Aging Cell*, 13, 29-38.
41. Tuppen, H.A., Blakely, E.L., Turnbull, D.M. & Taylor, R.W. (2010) “Mitochondrial DNA mutations and human disease”, *Biochim Biophys Acta*, 2, 113-128.
42. Vasta, V., Ng, S.B., Turner, E.H., Shendure, J., & Hahn, S.H. (2009) “Next generation sequence analysis for mitochondrial disorders”, *Genome Med*, 23, 100.
43. Wachsmuth, M., Hubner, A., Li, M., Madea, B., & Stoneking, M. (2016) “Age-related and heteroplasmy-related variation in human mtDNA copy number”, *PLoS Genet*, 12, 5939.
44. Wang, Y. (2016) “The Risk Factors Face to Neonatal Development”, *J Pediatr Neonatal Care*, 3, 139.
45. Warren, J.B., W.E. Lambert, R. Fu, J.M. anderson & A.B. Edelman, (2012) “Global neonatal and perinatal mortality: a review and case study for the Loreto Province of Peru”, *Res Reports Neonatol*, 2, 103-113.
46. Wong, L.J., Scaglia, F., Graham, B.H., & Craigen, W.J. (2010) “Current molecular diagnostic algorithm for mitochondrial disorders”, *Mol Genet Metab*, 100, 111-117.
47. Yang, J., Zhu, Y., Tong, Y., Chen, L., Liu, L., Zhang, Z., X. Wang, D. Huang, W. Qiu, S. Zhuang & X. (2009) Ma, “Confirmation of the mitochondrial ND1 gene mutation G3635A as a primary LHON mutation”, *Biochem Biophys Res Commun*, 386, 50–54.
48. Yano, T., Nishio, S.Y. & Usami, S. (2014) “Deafness Gene Study Consortium. Frequency of mitochondrial mutations in non-syndromic hearing loss as well as possibly responsible variants found by whole mitochondrial genome screening”, *J Hum Genet*, 2, 100-106.
49. Ylikallio, E. & Suomalainen, A. (2012) “Mechanisms of mitochondrial diseases”, *Ann Med*, 44, 4159.

# Hemşirelikte Hizmetkâr Liderlik

## Servant Leadership in Nursing

Kadriye ÖZKOL KILINÇ<sup>1</sup>

Havva ÖZTÜRK<sup>2</sup>

### ÖZET

Günümüzde sağlık hizmetlerinde hızlı bir şekilde değişim ve gelişim yaşanmaktadır. Bu durumun bir getirisi olarak kaliteli, verimli ve bireyi merkeze alan sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi adına hemşireleri yönlendiren işinin ehli olan lider hemşirelere gereksinim vardır. Bu bağlamda iyi bir dinleyici olan, empati kurabilen, iyileştirmelerde bulunan, farkındalığı, ikna ve kavramsallaştırma yeteneği olan, ileri görüşlü ve insanların gelişimine bağlılığı olan, kâhya ve birlikteliği sağlayan kendisini izleyenlerine hizmet etmeye adanmış hizmetkâr liderler devreye girmektedir. Yapılan incelemelerde, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye’de bu konuda hemşirelere yönelik yapılan çalışma sayısının çok az olduğu saptanmıştır. Oysa hizmetkâr liderlik emek yoğun bir hizmet şekli olan hemşirelik hizmetlerinin kaliteli ve verimli sunumunun yanı sıra hemşirelerin iş doyumunu, motivasyonunu, örgütsel bağlılığını ve güçlenmesini dolayısıyla çalışan ve hasta memnuniyetini artırması yönünden hemşireler açısından çok önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Hastaneler, Hemşireler, Hemşirelik, Liderlik

### ABSTRACT

Today, fast change and advancements have been taking place in health services. Therefore there is a need for leader nurses who are competent and guide nurses so that health services performed in a patient centered, productive and quality way can be provided. In this sense; servant nurses who are good listeners, can emphasize, make improvements, have persuasive ability, awareness ability and conceptualization ability, are farsighted and devote themselves to human improvement, are servant and solidarity-maker and devote themselves to those who watch them come into play. In the studies done, it was noted that the number of the relevant studies done with nurses in Turkey is quite smaller as compared to other countries. However, servant leadership is important to provide nursing services –being labor intensive services- in a quality and productive manner, to increase nurses’ job satisfaction, motivation, organizational commitment and thus to enhance employee and patient satisfaction.

**Key Words:** Hospitals, Nurses, Nursing, Leadership

<sup>1</sup> Arş. Gör. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı, [kadriyeozkol@gmail.com](mailto:kadriyeozkol@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı, [havvaoszturk@hotmail.com](mailto:havvaoszturk@hotmail.com)

## Giriş

Küreselleşen dünyada tüm konularda meydana gelen değişim ve gelişmeler bilginin çok daha önem kazanmasını sağlamıştır. Yaşamakta olduğumuz zaman her alanda büyük ilerlemeler ve gelişmelere şahit olan bir bilgi çağıdır (Bakan ve Doğan, 2012). Bu bilgi çağı tüm konularda olduğu gibi liderlikte önemli değişim ve gelişmeleri beraberinde getirmektedir (Aslan ve Özata, 2011; Ürü Sani ve ark., 2013). Özellikler yaklaşımından beri liderlik yaklaşımlarında değişimler göz önüne alındığında her yaklaşımın bir öncekinden farklı ihtiyaçlarla meydana geldiği aşikârdır. Değişen ve gelişen dünyada etik değerlerin daha da önemli hale gelmesi, bilgi toplumunda insan merkezli yönetim anlayışının benimsenmesi gibi birçok unsur kurumların gereksinimi olan liderlik yaklaşımlarını etkilemektedir (Duyan ve Van Dierendonck, 2014). Bu doğrultuda kendisine hizmet edilen ve kendi çıkarlarının peşinde olan liderlerin yerini izleyenlerine rehberlik eden, onlarla beraber hareket eden ve hizmet etmeyi bir yaşam biçimi haline getiren yeni bir liderlik modeli olan hizmetkâr liderlik ortaya çıkmıştır (Aslan ve Özata, 2011; Ürü Sani ve ark., 2013). Genellikle aynı anda hem liderlik yapılan hem de hizmet edilen kişilerin gelişmesine odaklanan liderlik tarzı hizmetkâr liderlik olarak adlandırılmaktadır (Uğurluoğlu ve ark., 2015). İşgörenlerin gereksinimlerini her şeyin üstünde tutan ve mevcut liderlik yaklaşımları içinde en çok insan (işgören) odaklı davranışlar sergileyen hizmetkâr liderler için en önemlisi, bir lider olarak izleyenlerine karşılık beklemezsiniz, bencillikten uzak hizmet etmeyi ilke edinmeleridir (Günaydın ve ark., 2016; Özkan ve Temiz, 2017). Bu doğrultuda bilgi ve insan merkezli, öngörülü, dürüst, samimi, sabırlı, merhametli, başta işgörenler olmak üzere tüm insanlık gelişimi için çabalayan, kendini buna adanmış hizmetkâr liderler, kurumların acımasız rekabet ortamında başarılı olacaktır (Bakan ve Doğan, 2012). Tüm bunlara ek olarak hizmetkâr liderlik, hem insanlar arasındaki bağlılığı destekleyen hem destekleyici meslektaş dayanışması için kapasiteyi artıran hem de işbirliği ve dayanışma gibi olumlu değerleri destekleyen bir liderlik modelidir (Jackson, 2008).

Hizmetkâr liderler; insanı, varlıklar âleminin en gelişmiş ve saygı değer varlığı olarak nitelendirirler. İnsana ulaşmaya ve ona katkıda bulunmaya çabalarlar. Dil, din, renk ve cins ayrımı gözetmeksizin izleyenlerine hizmet ederler. Hizmetkâr lider önce insan düşüncesiyle farklılıklara saygı duyan ve ufukların ötesinde, kendini gerçekleştirmiş özel bir liderdir. Ayrıca diğer insanlarla empati kurarlar ve onların özel yeteneklerini fark edip onlara sahip çıkarak toplumun hizmetine sunarlar (Balay ve ark., 2014). Bu doğrultuda hizmetkâr liderlik bireylerin kişisel potansiyellerinin ortaya çıkarılması, işgörenlerin özgüvenlerinin ve benlik değerlerinin inşa edilmesiyle meydana gelir (Ürü Sani ve ark., 2013). Lidere ve örgüte olan güven hizmetkâr liderliğin ürünüdür. Bu doğrultuda çalışanların güvene sahip olmasının işlerinden beklentilerine, yeteneklerine ve becerilerine olumlu katkıları olacaktır. Kişinin liderine ve örgüte güven duyması onun örgütün amaçları için çaba harcamasını ve işine bağlanmasını

ve yüksek morale sahip olmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla hem bireysel hem de örgütsel performansta artış sağlanacaktır (Uğurluoğlu ve ark., 2015). Bununla birlikte hizmetkâr liderlik işgörenlerin iş tatminini ve işe bağlılıklarını hedef edinen bir liderlik yaklaşımıdır. Ayrıca bu liderler, rekabet avantajı kazanılmasında ve örgütün devamlılığının sağlanmasında önemli yere sahiptirler. İşlerinden yüksek derecede tatmin olan işgörenler, kurumla kendisini özleştirerek kurumun başarısını kendi başarısı, başarısızlığını ise kendi başarısızlığı sayarlar. Dolayısıyla kuruma daha fazla katma değer oluşturup, gönüllü olarak kurumun menfaatine göre davranışlarda bulunurlar (Eren ve Yalçıntaş, 2017).

### **Hizmetkâr Liderin Özellikleri**

Hizmetkâr liderlikle ilgili ilk kuram Greenleaf tarafından ortaya atılmıştır. Greenleaf'in hizmetkâr liderlik yaklaşımının üzerine Spears (2004) hizmetkâr liderliği geliştirmiştir. Hizmetkâr liderliğin alt boyutlarını; dinleme (listening), empati (emphaty), iyileştirme (healing), farkındalık (awareness), ikna etme (persuasion), kavramsallaştırma (conceptualization), ileri görüşlülük (foresight), kâhyalık (stewardship), insanların gelişimine bağlılık (commitment to the growth of people) ve birlik kurucu olma/topluluk oluşturabilme (building community) özellikleri olarak tanımlamıştır. Spears'a göre hizmetkâr lider; bir grubun isteğini tanımlamaya çabalar, bu isteğin netleşmesine yardımcı olur ve söyleneni dinlemeye özen gösterir. Bu kapsamda düzenli ve samimi düşünme çabalarıyla birleştirilen bir dinleme hizmetkâr liderliğin gelişimi açısından temeldir. Ayrıca hizmetkâr bir lider başkalarını anlamak ve onlarla empati kurmak için de çaba gösterir. Hizmetkâr liderliğin en büyük güçlerinden birisi de kişinin hem kendini hem de başkalarını iyileştirme potansiyelidir. Bunun yanında genel farkındalık ve özellikle öz-farkındalık hizmetkâr lideri güçlü kılar. Farkındalık kişinin etik ve değerleri kapsayan konuları anlamasına yardımcı olurken aynı zamanda pek çok durumu daha holistik bir açıdan görmesine ve değerlendirmesine olanak tanır. Hizmetkâr liderlerin bir başka özelliği zorla itaat ettirmekten ziyade başkalarını ikna etmeye çalışmasıdır. Bu özel nitelik, geleneksel otoriter modelle hizmetkâr liderlik modeli arasındaki en net ve açık farklardan birisidir. Ayrıca hizmetkâr liderler "büyük hayallerin peşinden koşma" becerilerini geliştirirler. Bir soruna (veya bir örgüte) kavramsal bir açıdan bakma becerisi kişinin gündelik gerçeklerden sıyrılıp ötesine bakması demektir. Pek çok yönetici için bu disiplin ve uygulama gerektiren bir niteliktir. Hizmetkâr liderler kavramsal düşünmeyle günlük odaklanma yaklaşımı arasında hassas bir denge ararlar. Bununla birlikte ileri görüşlülük, hizmetkâr liderin geçmişten, günümüz gerçekliklerinden ve gelecek adına alınan bir kararın olası sonucundan dersler çıkarmasına olanak sağlayan bir özelliktir. Ayrıca hizmetkâr liderlik kâhyalık gibi başkalarının ihtiyaçlarına hizmet etmeyi en öncelikli ve en önemli konu olarak kabul eder ve ayrıca kontrolden ziyade açıklığa ve ikna etmeye vurgu yapar. Hizmetkâr liderler insanların özünde işçiler olarak elle tutulur katkılarının ötesinde değerleri olduğuna

inanırlar. Sonuç olarak hizmetkâr lider kurum içindeki her bir bireyin gelişimine derinden bağlıdır. Ayrıca hizmetkâr lider çalışanların gelişmeleri için mümkün olan her şeyi yapmak adına muazzam bir sorumluluk üstlenir. İnsan yaşamlarının ana şekillendiricileri olarak yerel topluluklardan geniş kurumlara doğru olan dönüşümün neticesinde, insan tarihinde pek çok şeyin kaybedilmiş olduğunu bilir. Bu husus hizmetkâr liderin belli bir kurum içinde çalışanlar arasında bir topluluk oluşturmak için bir takım yollar aramasına neden olur. Hizmetkâr liderlik iş dünyası ve öteki kurumlarda çalışanlar arasında gerçek bir topluluğun yaratılabileceğini ileri sürer (Spears, 2004).

### **Hizmetkâr Liderlik Boyutları**

Geçerlilik ve güvenilirlik bakımından en fazla tercih edilen ölçeklerden biri olan Van Dierendonck ve Nujiten (2011) hizmetkâr liderliği güçlendirme, hesap verebilirlik, geride durma, tevazu, otantiklik, cesaret, affetme ve sorumlu yöneticilik boyutlarıyla açıklamıştır. Güçlendirme boyutu önceleri yönetimin aldığı kararları artık işgörenlerin verebilecek duruma gelmelerini içermektedir (Duyan ve Van Dierendonck, 2014). Ayrıca işgörenlerin içsel motivasyonları artarsa bu boyutun pozitif çıktıları olan devamlılık, örgüte bağlılık, iş tatmini, güven, pozitiflik gibi davranışlar meydana gelir (Eren ve Yalçıntaş, 2017). Hesap verebilirlik boyutu kişinin takipçilerine güven göstermesini güçlü bir araç olarak ele alıp, kişiye sınırlar çizer ve bu kişinin amaçlarına ulaşmasında sınırlar dahilinde özgür olduğunu vurgular. Geri durma, bir liderin öncelikle başkalarının çıkarlarına öncelik verme ve onlara gerekli destek ve inancı sağlama boyutudur (Van Dierendonck ve Nujiten, 2011). Liderin geri planda çalışıp diğerlerinin parlamasına izin vermesi ve işgörelere yeterli desteği, önceliği verip amaçlar başarılı olduğunda geriye çekilmesidir. Bu unsur hizmetkâr liderliğin birçok boyutuyla yakından ilişkilidir (Duyan ve Van Dierendonck, 2014). Tevazu ise kişinin güçlü ve zayıf yönlerinin doğru biçimde anlaşılmasından doğar. Hizmetkâr liderler sınırlarını kabul ederler ve bu sınırlılıkların üstesinden gelmek için başkalarının da aktif biçimde katkı sağlamalarını isterler (Van Dierendonck ve Nujiten, 2011). Bunun yanı sıra liderlerin örgüt içerisinde profesyonelliğin ötesinde başta kendi benlikleriyle hareket etmeleri otantiklik boyutu ile ilişkilidir. Bu boyutun ahlaki değerlerle yakından ilişkisi vardır. Ayrıca hizmetkâr bir lider, destek görmediği zamanda bile inisiyatif alarak risk altına girebilen cesaretli bireydir (Eren ve Yalçıntaş, 2017). Hizmetkâr liderler kindar veya ödeşmeye hevesli kişiler değildir, bu ise insanlardaki en iyi yönlerin açığa çıkmasına olanak sağlayan bir ortam yaratır (Van Dierendonck ve Nujiten, 2011). Bir başka ifadeyle hizmetkâr bir lider oç alma veya intikam peşinde koşmaz, affetmeyi bilir. Onlar için negatif olan her durum kendi gelişimlerine çevirebilecekleri bir fırsattır (Eren ve Yalçıntaş, 2017). Hizmetkâr liderler genellikle güçlü bir sorumlu yöneticilik anlayışı ile karakterize edilirler. Gelecekte pozitif bir farklılık yaratmak sorumlu yöneticilik anlayışının bir özelliğidir. Mükemmel hizmetkâr lider olmayı arzu edenlerin

doğal bir sorumlu yöneticilik duygusuna sahip olması gerekmektedir (Barbuto ve Wheeler, 2002). Sonuç olarak hizmetkâr liderlik literatüre ve hizmetkâr liderle yapılan görüşmelere odaklanmış analizlere dayanarak; bu sekiz özellik hizmetkâr liderliğin en iyi göstergeleri olarak seçilmiştir (Van Dierendonck ve Nuijten, 2011). Ayrıca Aslan ve Özata (2011) sağlık yöneticilerinin hizmetkâr liderlik anlayışının değerlendirilmesinde kullanılabilecek Dennis ve Winston (2003) ile Dennis ve Bocernea (2006) Hizmetkâr Liderlik Ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapmış, bu ölçekleri Türkçe literatüre kazandırmıştır. Dennis ve Winston Ölçeği için hem orijinalinde hem de Türkçe uyarlamasında güçlendirme, hizmet, vizyon boyutları yer almaktadır. Dennis ve Bocernea ölçeğinin orijinalinde sevgi, güçlendirme, vizyon, fedakârlık, güven, alçakgönüllülük boyutları yer alırken Türkçe uyarlamasında alçakgönüllülük boyutu çıkarılmıştır. Bununla birlikte Küçüközkan (2018) sağlık kurumlarında çalışmakta olan yöneticilerin hizmetkâr liderlik durumlarını değerlendirmek için Van Dierendonck ve Nuijten (2011) tarafından geliştirilmiş Hizmetkâr Liderlik Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Orijinal ölçekte güçlendirme, güven, arka planda kalma, tevazu/alçakgönüllülük, gerçekçilik, cesaret, duygudaşlık, kâhyalık olmak üzere 8 boyut yer alırken; bu çalışmada güçlendirme, cesaret, güven, tevazu/duygudaşlık, gerçekçilik olmak üzere beş boyut yer almıştır.

### **Hemşirelik ve Hizmetkâr Liderlik**

Hizmet sektörünün en önemli dallarından birisi, emek yoğun ve temel hizmet alanı insan olan sağlık sektörüdür. İnsana verilen önemin çalışma alanında ve günlük yaşamda daha iyi anlaşıldığı çağımızda insan sağlığını ve yaşamını iyileştirmeyi amaçlayan sağlık sektöründe yönetim önemlidir. Sağlık örgütlerine hem teknolojik açıdan hem de insan kaynakları açısından özel bir önem verilmelidir (Keklik, 2012). Bununla birlikte bilindiği üzere sağlık sisteminde değişim ve gelişim hızlı olmaktadır. Hemşireliğin ise bu durumlara ayak uydurabilmesi için etkin liderler ile liderlik tavrını, ruhunu benimsemiş yönetici hemşirelere gereksinimi vardır (Ardahan ve Konal, 2017). Diğer bir ifadeyle hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesi ve istenen hasta çıktılarının elde edilmesi sağlık kurumlarının öncelikli amaçları arasında yer alır. Bu amaçlara ulaşılabilmesi ancak etkili liderlik yeteneklerinin ya da davranışlarının sergilendiği hemşirelik hizmetleri yönetimiyle olur (Akbiyık ve Akın Korhan, 2017).

Hemşireler sağlık alanındaki konumları ve sorumlulukları nedeniyle toplumda farklı gruplara rehberlik etmekle yükümlüdürler (Ardahan ve Konal, 2017). İnsan sağlığının korunması, geliştirilmesi ile bakım gereksinimlerinin sağlanmasındaki önemli rolleri ve sorumlulukları olan hemşireler, grupları doğru amaçlara doğru bir şekilde yönlendirebilmeleri için insana yönelik liderlik nitelikleri ve davranışları sergilemelidirler (Ardahan ve Konal, 2017; Özdemir Özkan ve ark., 2015). Liderlik davranışı sergileyen hemşire uyguladığı hizmetlerde daha

verimli ve etkindir (Ardahan ve Konal, 2017). Kurumun ve kurumda çalışan bütün hemşirelerin holistik bir bakış açısına sahip olması ve bu bakış açısının başarıya ulaşması yönetici hemşirenin etkili bir lider olmasına bağlıdır. Eğer yönetici hemşireler liderlik özellikleri taşıyorsa örgüt ve hemşirelik mesleği başarıya erişebilir (Çamlıbel ve ark., 2013). Bu kapsamda, insanı insan olarak kabul eden, insanı önceleyen ve merkeze alan, bütün kişileri çevreleyen hizmetkâr liderlik; kurumlarda güven odaklı ilişkiler kurulmasını, geliştirilmesini sağlar ve örgütsel bütünleşmeye katkı verir (Balay ve ark., 2014). Dolayısıyla temelinde empati, etkin iletişim, şefkat ve özverinin yer aldığı sağlık hizmetlerinde, hizmeti sunanların buna uygun davranışlarda bulunması gerekmektedir. Kendisini hasta ve işgörenlere adanmış bir lider, işgörenler açısından daha kolay kabul görür ve takip edilirler (Aslan ve Özata, 2011). Bu doğrultuda hemşirelikte hizmetkâr liderliğin önceliklerinden olan hizmet verme fikri ve ilişki kurma yeteneği önem kazanmaktadır (Fahlberg, ve Toomey, 2016). Dolayısıyla hizmetkâr liderlik, hemşirelik uygulamalarının sunulmasındaki takım yaklaşımını gerçekleştirirken etkili olan güçlü becerileri kapsamaktadır. Bununla birlikte profesyonel gelişimini desteklerken aynı zamanda disiplinler arası ilişkilerin ve takım çalışmasının kurularak, ortak karar alma ve etik davranışlar yolu ile gelişmiş sağlık hizmetlerinin sunumunu teşvik eder (Neill, ve Saunders, 2008). Ayrıca hizmetkâr liderlik modeli, hemşireleri liderlik rolü oynamaları için güçlendirir ve böylece hemşire işbirliğini, memnuniyetini ve kalıcılığını artırarak kişisel ve profesyonel gelişimi destekleyebilir (Sturm, 2009). Bunlara ek olarak hizmet odaklı hemşirelik yönetimi, hemşirelerin iyi bir iş tecrübesi ve tatminine ulaşmasını sağlayabilir (Hao ve ark., 2014).

### **Hemşirelikte Hizmetkâr Liderlikle İlgili Bazı Çalışmalar**

Türkiye’de hizmetkâr liderlikle ilgili örneklem olarak sadece hemşirelerin yer aldığı iki çalışmaya rastlanırken; konuya ilişkin sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışma sayısının da son derece sınırlı olduğu görülmektedir. Özer’in (2019) hemşirelerin hizmetkâr liderlik algılarının çalışan performansı üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasında, hemşirelerin performansını artırmasında liderlerinin hizmetkâr liderlik özelliklerinin önemli olduğu belirlenmiştir. Arık’ın (2018) hemşirelerin sorumlu hemşirelerini hizmetkâr lider olarak algılayıp algılamadıklarını belirlemek amacıyla yürüttüğü çalışmasında, hemşirelere göre sorumlu hemşireleri hizmetkâr lider olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik davranışlarına yönelik algılarını ve bu algıya bağlı olarak gelişen lider-sağlık çalışanı etkileşimi ve örgüte olan güvenin incelenmesini amaçlayan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik davranışlarının lider-üye etkileşimi ve örgütsel güven düzeyini pozitif ve istatistiksel olarak önemli bir şekilde etkilediği belirlenmiştir (Uğurluoğlu ve ark., 2015). Kurnaz’ın (2016) bir devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ise hizmetkâr liderlik ile örgütsel güven arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir.

Demirel'in (2017) özel bir sağlık kurumunda çalışanlarla gerçekleştirdiği çalışmada, hizmetkâr liderlik ile iş yerinden duyulan memnuniyet ve iş tatmini arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmuş, hizmetkâr liderlik arttıkça iş tatminin de arttığı açıklanmıştır. Sağlık personelleriyle yapılan bir başka çalışmada, hizmetkâr liderliğin örgütsel bağlılığın üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır (Örgev ve Saba Sütü, 2018). Sağlık çalışanları ve taşeron firmada çalışan hizmetli personellerle gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, hizmetkâr liderlik algısı ile stres ve örgütsel sinizm arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Akben, 2014).

Hizmetkâr liderlikle ilgili hemşirelik alanında yürütülmüş yurt dışındaki bazı çalışmalar incelendiğinde ise yönetici hemşirelerin hizmetkâr liderlik yöneliminin hemşire iş tatmini üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada, yönetici hemşirelerin davranış ve tutumlarının iş tatmini üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Jenkins ve Stewart, 2008). Benzer şekilde bir diğer çalışmada, hemşirelerin hizmetkâr liderlik davranış algıları ile iş tatmini arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Amedeo, 2008). Yönetici hemşirelerin hizmetkâr liderlikleri ile hemşirelerin olumlu düşünme ve örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, hemşire yöneticilerin hizmetkâr liderlikleri ve hemşirelerin olumlu düşüncelerinin örgütsel bağlılığı artırdığı belirlenmiştir (Park ve Hwang, 2015). Başhemşirelerin hizmetkâr liderlik ve klinik hemşirelerin örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının artırılması için yönetici hemşirelerin hizmetkâr liderliklerinin geliştirilmesinin ve hemşirelerin güçlendirilmesinin gerektiği açıklanmıştır (Lee ve ark., 2015). Hall'in (2016) hemşire liderlerinin hizmetkâr liderlik özellikleri ile takipçileri arasındaki güçlenme algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, astları tarafından hizmetkâr lider olarak değerlendirilen hemşire liderlerle astların güçlenme algıları arasında bir ilişki bulunmuştur. Huang'ın (2016) çalışmasında da hizmetkâr liderlik tarzının hemşirelerin işyerinde kalma niyetleri ve motivasyonları üzerinde olumlu bir etki yarattığı belirlenmiştir. Ayrıca hizmetkâr liderlikle ilgili sağlık personelleri arasında yürütülmüş yurt dışındaki çalışmalar incelendiğinde, Garber ve arkadaşlarının (2009) hemşirelerin, hekimlerin ve stajyer hekimlerin işbirliği yönündeki tavırlarını incelemek ve hizmetkâr liderlik özelliklerine dair bu kişilerin öz-algılarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, işbirliği ve hizmetkâr liderlik konusunda hemşire puanları hekim/stajyer hekim gruplarına kıyasla hem toplam puan hem de alt ölçek puanları açısından daha yüksek bulunmuş ve hemşirelerin grubunda işbirliği ve hizmetkâr liderlik arasında zayıf yönlü olumlu bir ilişki saptanmıştır. McCann ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, hizmetkâr liderlik ve çalışan memnuniyeti arasında güçlü bir ilişkili bulunmuştur. Amacı hizmetkâr liderlik boyutlarının lider üye etkileşimi üzerindeki etkilerini sağlık bakım profesyonelleri arasında araştırmak olan bir



çalışmada da, hizmetkâr liderlik boyutlarının lider üye etkileşimi ile güçlü ilişkili olduğu saptanmıştır (Hanse ve ark., 2016).

## **Sonuç ve Öneriler**

Sağlık sektörü, bilgi çağının ve teknolojinin de etkisi ile sürekli olarak gelişmekte ve değişmektedir. Sağlık sektörünün vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireler de 7 gün 24 saat hizmet verdiklerinden, emek yoğun çalıştıklarından dolayı bu değişim ve gelişmeleri yakalamakta güçlük yaşamaktadırlar. Bu doğrultuda hemşirelikte, izleyenlerini/çalışanlarını güçlendiren, yeri geldiğinde geride durabilen ve hesap verebilen, tevazu gösterebilen, otantik davranan, fedakâr, affedici, cesaretli, güvenilir, vizyon ve sevgi anlayışına sahip, sorumlu bir yönetici olan, hizmet etme anlayışı ile önce insan felsefesi ile çalışan aynı zamanda çalışanların iş doyumunu, motivasyonunu, örgüte bağlılığını pozitif yönde etkileyen hizmetkâr liderlere ihtiyaç vardır. Ayrıca özünde insana yardım etme ya da hizmet etme anlayışı olan ve büyük çoğunluğu bir hizmet sektörü olan sağlık kurumlarında çalışan hemşireler için tüm liderlik yaklaşımları içinde hizmetkâr liderlik ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda hizmetkâr liderlerin yetiştirilmesi adına hemşirelere hizmet içi eğitimler, seminerler düzenlenmeli, ayrıca hemşirelik lisans eğitiminde liderlik, yönetim dersinin yanı sıra ayrı bir ders olarak verilmelidir. Bunların yanı sıra yönetici hemşireler görevlendirilirken liderlik özellikleri dikkate alınmalıdır.

## Kaynaklar

1. Akben, S. (2014). *Sağlık sektöründe hizmetkâr liderlik algılaması, stres, örgütsel sinizm davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
2. Akbıyık, A., ve Akın Korhan, E. (2017). Hasta bakım sonuçlarında kilit nokta: Hemşirelik hizmetleri yönetiminde liderlik. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(3), 239-244.
3. Amadeo, C. A. (2008). *A correlational study of servant leadership and registered nurse job satisfaction in acute health-care settings*. Doctoral Dissertation, University of Phoenix.
4. Ardahan, M., ve Konal, E. (2017). Hemşirelikte yöneticilik ve liderlik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 140-147.
5. Arık, S. (2018). *Yönetici hemşirelerin hizmetkâr liderlik düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
6. Aslan, Ş., ve Özata, M. (2011). Sağlık çalışanlarında hizmetkâr liderlik: Dennis-Winston ve Dennis-Bocernea hizmetkâr liderlik ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik araştırması. *Journal of Management & Economics*, 18(1), 139-154.
7. Bakan, İ., ve Doğan, İ. F. (2012). Hizmetkâr liderlik. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-12.
8. Balay, R., Kaya, A., ve Geçdoğan Yılmaz, R. (2014). Eğitim yöneticilerinin hizmetkâr liderlik yeterlikleri ile farklılıkları yönetme becerileri arasındaki ilişki. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 229-249.
9. Barbuto, J. E., & Wheeler, D. W. (2002). *Becoming a servant leader: Do you have what it takes?*. Nebguide G02-1481. Lincoln: University of Nebraska, Nebraska Cooperative Extension.
10. Çamlıbel, N., Gül, G., Bol, P., ve Erbaycu, A. E. (2013). Çalışan hemşireler tarafından yönetici hemşirelerden beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının karşılaştırılması (Bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği). *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 89-112.
11. Demirel S. (2017). *Hastanelerde hizmetkâr liderliğin çalışanların iş tatminleri üzerine olan etkilerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
12. Duyan, E. C., ve Van Dierendonck, D. (2014). Hizmetkar liderliği anlamak: Teoriden ampirik araştırmaya doğru. *Sosyoloji Konferansları*, 49(1), 1-32.
13. Eren, F., ve Yalçıntaş, M. (2017). Hizmetkar liderlik ile iş tatmini arasındaki ilişki: Bir havayolu şirketi örneği. *UIİİD-IJEAS*, (16. ÜİK Özel Sayısı), 851-864.
14. Fahlberg, B., & Toomey, R. (2016). Servant leadership: A model for emerging nurse leaders. *Nursing2016*, 46(10), 49-52.

15. Garber, J. S., Madigan, E. A., Click, E. R., & Fitzpatrick, J. J. (2009). Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 331-340.
16. Günaydın, S. C., Ürü Sanı, F. O., Tarlacı, Ö. A., ve Yozgat, U. (2016). Hizmetkar liderliğin pozitif örgütsel davranış değişkenleri ile ilişkisi üzerine bir araştırma. *Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırmalar Dergisi*, 4(1), 25-44.
17. Hall, H. H. (2016). *An exploration of the relationship between servant leadership characteristics of nurse leaders and the perception of empowerment among their followers*. Doctoral Dissertation, Indiana Wesleyan University.
18. Hanse, J. J., Harlin, U., Jarebrant, C., Ulin, K., & Winkel, J. (2016). The impact of servant leadership dimensions on leader–member exchange among health care professionals. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 228-234.
19. Hao, Y. X., Li, Q. Y., Li, W., Liang, J., & Zhang, C. (2014). Strengthen the servant leadership to enhance the nurses' job satisfaction. *Global Journal of Nursing Research*, 2(6), 33-35.
20. Huang, P.C. (2016). *The study on influences of servant-leadership and motivation on nurses' intention to say*. Doctoral Dissertation, Networked Digital Library of Theses & Dissertations, Ipswich, MA.
21. Jackson, D. (2008). Servant leadership in nursing: A framework for developing sustainable research capacity in nursing. *Collegian*, 15(1), 27-33.
22. Jenkins, M., & Stewart, A. C. (2008). Enhancing nurse job satisfaction: The importance of a servant leader orientation in health care management. *Academy of Management Proceedings*, No. 1, pp. 1-6.
23. Keklik, B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde benimsenen liderlik tiplerinin belirlenmesi: Özel bir hastane örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, XIV( 1 ), 73-93.
24. Kurnaz G. (2016). *Hizmetkâr liderlik ile örgütsel güven ilişkisi üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya.
25. Küçüközkan, Y. (2018). Yönetici hizmetkâr liderlik ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması: sağlık kurumlarına yönelik bir araştırma. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(5), 324-334.
26. Lee, S. Y., Lee, M. H., Kim, H. K., Park, O. L., & Sung, B. J. (2015). Effects of head nurses' servant leadership on organizational commitment among clinical nurses: Focused on the mediating effect of empowerment. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 21(5), 552-560.
27. McCann, J. T., Graves, D., & Cox, L. (2014). Servant leadership, employee satisfaction, and organizational performance in rural community hospitals. *International Journal of Business and Management*, 9(10), 28-38.

28. Neill, M. W., & Saunders, N. S. (2008). Servant leadership: Enhancing quality of care and staff satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 38(9), 395-400.
29. Örgöv, C., ve Saba Sütlü, E. (2018). Sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik algılarının örgüt iklimi ve örgütsel bağlılık üzerine etkileri: Bir kamu hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 47-53.
30. Özdemir Özkan, N., Akın, S., ve Durna, Z. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin liderlik yönelimleri ve motivasyon düzeyleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 12(1), 51-61.
31. Özer, Ö. (2019). Hemşirelerde hizmetkâr liderlik ve çalışan performansının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 105-112.
32. Özkan, M., ve Temiz, E. (2017). İlkokul yöneticilerinin sâhip olması gereken hizmetkâr liderlik özelliklerine ilişkin öğretmen görüşleri. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2), 319-352.
33. Park, M. H., & Hwang, C. J. (2015). Relationship between servant leadership of nurse managers and positive thinking and organizational commitment of nurses. *Korean Comp Gov Rev*, 19(1), 49–77.
34. Spears, L. C. (2004). Practicing servant-leadership. *Leader to Leader*, (34), 7-11.
35. Sturm, B. A. (2009). Principles of servant-leadership in community health nursing: Management issues and behaviors discovered in ethnographic research. *Home Health Care Management & Practice*, 21(2), 82-89.
36. Uğurluoğlu, Ö., Köse, S. D., ve Köse, T. (2015). Sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik algılarının lider-üye etkileşimi ve örgütsel güven üzerindeki etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 19(2), 239-262.
37. Ürü Sani, F. O., Çalışkan, S. C., Atan, Ö., ve Yozgat, U. (2013). Öğretim üyelerinin hizmetkâr liderlik davranışları ve ardılları üzerine bir araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 13(1), 63.
38. Van Dierendonck, D., & Nuijten, I. (2011). The servant leadership survey: Development and validation of a multidimensional measure. *Journal of business and psychology*, 26(3), 249-267.

# Peyzaj Bileşenlerinin Trabzon Orta Mahalle Örneğinde İrdelenmesi

## Evaluation of Landscape Components in the Case of

### Trabzon Orta Mahalle

Banu Çiçek KURDOĞLU<sup>1</sup>

Elif BAYRAMOĞLU<sup>2</sup>

Sultan Sevinç KURT KONAKOĞLU<sup>3</sup>

#### ÖZET

Günümüz kentlerinde nüfus artışı, yanlış alan kullanım kararları, yanlış yapılaşma kararları paralelinde kimlik ve okunabilirlik konusunda büyük problemler yaşanmaktadır. Yaşayanlarına geçmiş günümüz ve gelecek arasında bağlantı kurdurabilen hafızalı kentler konusu önemle üzerinde durulan bir kentsel tasarım yaklaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışma alanı olarak Trabzon ili Akçaabat ilçesinde büyük bir bölümü 1988 yılında kentsel sit alanı olarak ilan edilen Orta Mahalle seçilmiştir. Çalışmanın amacı; Orta Mahalledeki mevcut kullanım durumunu ve yapılması gerekenleri abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri ile ilişkilendirerek ortaya koymaktır. Çalışmada alana giden 6 uzman tarafından Orta Mahalle'deki abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri önceliklendirilmiştir. Alanın mevcut abiyotik peyzaj bileşenlerinden topoğrafya ve bu topoğrafyanın sunduğu manzara etkisi ile manzarayı oluşturan peyzaj bileşenlerinin yarattığı etki; alanın biyotik peyzaj bileşenlerinden bitki örtüsü; kültürel peyzaj bileşenleri açısından da sokak dokusu, evler, merdivenler, evlerin duvarları ve kapılarının ön plana çıktığı görülmektedir. Çalışma alanı için bütüncül bir peyzaj planlama sürecinin izlenmesi gereği vurgulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Abiyotik-Biyotik ve Kültürel Peyzaj Bileşenleri, Peyzaj Planlama Süreci, Orta Mahalle, Trabzon

#### ABSTRACT

In today's cities, there are big problems in terms of identity and readability in parallel with population growth, wrong area usage decisions and wrong construction decisions. It is an urban design approach that focuses on the importance of memory cities that can make a connection between their past and present and future. Orta Mahalle, located in Akcaabat district of Trabzon province, was chosen as the study area. A large part of Orta Mahalle was declared as an urban protected area in 1988. The aim of the study, to present the current usage situation in Orta Mahalle by associating with the abiotic, biotic

---

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Kentsel Tasarım ve Peyzaj Mimarlığı Bölümü, [sultansevinckurt@gmail.com](mailto:sultansevinckurt@gmail.com)

<sup>2</sup> Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Orman Fakültesi, Peyzaj Mimarlığı Bölümü, [banukurdoglu@gmail.com](mailto:banukurdoglu@gmail.com)

<sup>3</sup> Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Orman Fakültesi, Peyzaj Mimarlığı Bölümü, [elifsol\\_@hotmail.com](mailto:elifsol_@hotmail.com)

and cultural landscape components. In the study, abiotic, biotic and cultural landscape components of Orta Mahalle were prioritized by 6 experts. The effect of the landscape components that make up the landscape with the topography of the field and the landscape effect of this topography; vegetation of biotic landscape components; In terms of cultural landscape components, it is seen that street texture, houses, stairs, walls and doors of houses are at the forefront. The need to follow a holistic landscape planning process is emphasized for the study area.

**Key Words:** Abiotic, Biotic and Cultural Landscape Components, Landscape Planning Process, Orta Mahalle, Trabzon

## Giriş

Günümüz kentlerinde nüfus artışına bağlı olarak alınan yanlış alan kullanım kararları ile yanlış yapılaşma kararları, kentlerin kimliği ve okunabilirliği noktasında büyük problemlere neden olmaktadır. Bu durum kent insanına geçmişle gelecek arasında köprü görevi üstlenen hafızalı kentlerin oluşturulmasına zemin hazırlamaktadır. Gül ve Küçük (2001)'den Akt: Bekar ve ark., (2017)'ye göre; kentlerin kuruluş amacı ne olursa olsun hemen hemen hepsinde toplumun yaşama, çalışma, eğlenme ve dinlenme etkinliklerine imkan sağlayan bölümler ve mekanlar bulunmaktadır.

Kentler mimari nesnelerin bir araya gelmesinden oluşan bir bütün gibi düşünülürse bu bütünü oluşturan mimari nesnelerin doluluk ve bu nesnelerin arasında kalan alanların ise boşluk olarak değerlendirildiği görülmektedir. Tasarlanmış bu boşluklar meydanlar, avlular, sokaklar vb. mekânlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Kuloğlu 2013). Kenti meydana getiren küçük birimler olan mahallelerin birleşimi bir bütünden kentler oluşmaktadır (Keleş, 1980). Sokaklar ise kentlerde mahalleler arasında ulaşımı sağlayan ana elemanlardır. Bir kentin kimliğini oluşturan doğal ve kültürel peyzaj unsurlarının korunup geliştirilerek mekâna yansıtılması oldukça önemlidir. Sokaklar aynı zamanda toplumun sosyal ve kültürel etkileşimlerinin gerçekleştiği mekânlar olup kentler genellikle doğal ve kültürel kimlikleri ile insanların hafızasında yer edinmektedir. Bazı kentler tarihi yapıları ile tanımlanırken bazıları da sosyo-kültürel özellikleri, yaşam koşulları ile tanımlanmaktadır.

Kentlerde abiyotik, biyotik ve kültürel bileşenlerin oluşturduğu ekosistemlerin bütünü peyzajı oluşturmaktadır. Abiyotik peyzaj bileşenleri iklim, jeoloji, jeomorfoloji, hidroloji, toprak, topoğrafya, biyotik peyzaj bileşenleri bitki örtüsü, yaban hayatı, biyolojik çeşitlilik olduğu, kültürel peyzaj bileşenleri ise yerleşim alanları, tarım alanları, ulaşım, tarihi ve arkeolojik alanlar, geleneksel kültür ve özellikleri, mekân duygusu, diğer insan yapımı elemanlardır (Çetinkaya ve Uzun, 2014).

Peyzajı oluşturan bileşenler arasında mevcut durumu ortaya koyan ve gelecekle ilişkili alternatif senaryolar geliştiren planlama yaklaşımları ortaya konulmaktadır. Planlama ile 'Şu

an neredeyiz?', 'Nereye varmak istiyoruz?', 'Olmak istediğimiz yere nasıl ulaşabiliriz?' ve 'Olmak istediğimiz yere ulaştığımızı nasıl anlayabiliriz?' sorularına yanıt vermektedir (Olalı, 1982). Peyzaj planlama kavramı ise; peyzajların iyileştirilmesi, onarımı ve düzenlenmesi için yapılacak ileriye dönük esaslı eylemler olarak tanımlanmaktadır (Council of Europe, 2000). Peyzaj planlama kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar mevcut ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla peyzajın yapısı, kaynak değerleri ve doğal süreçleri değerlendirerek korunması gereken alanları belirleyip uygun alan kullanımlarını önermektedir (Resmi Gazete, 2019).

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın genel amacı; Orta Mahalledeki mevcut kullanım durumunu ve yapılması gerekenleri abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri ile ilişkilendirerek ortaya koymaktır.

### **Yöntem**

Çalışma alanı olarak Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi Doğu Karadeniz Bölümü'nde yer alan Trabzon ili Akçaabat ilçesinde büyük bir bölümü 1988 yılında kentsel sit alanı olarak ilan edilen tarihi kent dokusu, doğal ve kültürel değerlere sahip Orta Mahalle seçilmiştir (Şekil 1). Orta Mahalle, Trabzon ilinin 13 km batısında yer alan Akçaabat ilçesinde yer almaktadır. Doğuya bakan bir yamaca yerleşmiş olan Orta Mahalle Osmanlı dönemi, Roma ve Bizans gibi farklı medeniyetlerin izlerini taşıdığı için tarihsel değerler açısından ülkemizin en zengin mahallelerinden birisidir (Akçaabat Belediyesi, 2019). 19. yy. sonlarını yansıtan geleneksel konut dokusu (Şekil 2), Arnavut kaldırımlı sokakları, dik yokuşları, dar meydanları, duvarları, çeşmeleri, ağaçları gibi sivil mimari örnekleri ile geçmişten günümüze kalan bir miras niteliğindedir. Orta Mahalle sahip olduğu abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenlerinden dolayı turizm potansiyeli oldukça yüksektir. Ayrıca, Orta Mahalle Akçaabat ilçesinde yer alan mahallelerin içerisinde en yoğun yerleşime sahiptir.





Şekil 1. Çalışma alanı



Şekil 2. Orta Mahalle'nin konut dokusundan görünümeler



## Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubunu Trabzon ili Akçaabat ilçesi Orta Mahalle sınırları içerisinde yaşayan kent halkı ile 6 uzman peyzaj mimarı oluşturmaktadır.

## Verilerin Toplanması ve Çözülmesi

Çalışma kapsamında, abiyotik-biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri ile peyzaj planlama süreci konusunda literatür taraması yapılarak yerli ve yabancı makaleler, tezler, internet siteleri incelenmiş ve yerinde gözlem yapılmıştır. Ayrıca, alana giden 6 peyzaj mimarı uzmanı tarafından Orta Mahalle'deki abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri önceliklendirilmiş ve çalışma alanı için bütüncül bir peyzaj planlama sürecinin izlenmesi gerekliliği vurgulanarak öneriler oluşturulmuştur.

## Bulgular

Alana giden 6 peyzaj mimarı uzmanı tarafından çalışma kapsamında gerçekleştirilen araştırmalar ve yerinde gözlemler doğrultusunda elde edilen bulgular şu şekildedir:

Orta Mahalle'nin abiyotik peyzaj bileşenlerini iklim, jeoloji, jeomorfoloji, toprak, topoğrafya oluşturmaktadır. Çalışma alanında Karadeniz iklimi hâkimdir ve alan oldukça eğimli bir topoğrafyaya sahiptir. Orta Mahalle'nin %40'lara varan bir arazi eğimi olduğu için çalışma alanına motorlu araçla ulaşmak oldukça güçtür (Şekil 3). Dolayısıyla Orta Mahalle'ye ulaşım ancak yaya olarak sağlanmaktadır. Bu durum da Orta Mahalle'nin geçmişteki dokusunu bozmadan günümüze ulaştırmada en önemli nedenlerden birisidir. Arazi eğimli yapıya ve dar sokak dokusuna sahip olduğu için engelli kullanımına da olanaklı değildir.



Şekil 3. Çalışma alanının eğimli yapısından görünüm

Çalışma alanındaki biyotik peyzaj bileşenlerini bitki örtüsü oluşturmaktadır. Alan yağışlı ve nemli özellikte olan Karadeniz iklimine sahip olduğu için gür bitki örtüsüne sahiptir. Çalışma alanındaki baskın yayılış gösteren geniş yapraklı bitki türleri *Acacia dealbata* (Gümüşi Akasya), *Laurus nobilis* (Akdeniz Defnesi), *Laurocerasus officinalis* (Karayemiş), *Citrus*

*sinensis* (Portakal Ağacı), *Citrus aurantifolia* Lime (Misket Limonu), *Eriobotrya japonica* (Malta Eriği), *Morus alba* (Dut Ağacı), *Populus nigra* (Kara Kavak), *Prunus domestica* (Erik Ağacı), iğne yapraklı bitki türleri *Picea orientalis* (Doğu Ladini), *Cedrus libani* (Toros Sediri), *Pinus pinea* (Fıstık Çamı), çalı türleri *Buxus sempervirens* (Şimşir), *Daphne pontica* (Sırımbağı), *Kerria japonica* (Kanarya Gülü), *Pittosporum tobira* (Yıldız Çalısı), *Spiraea x vanhouttei* (Keçi Sakalı), *Ilex aquifolium* (Çoban Püskülü), *Weigela florida* (Gelin Tacı), sarılıcı bitki türleri ise *Hedera helix* (Orman Sarmaşığı), *Hedera helix 'Variegata'* (Alacalı Duvar Sarmaşığı) ile *Wisteria sinensis* (Mor Salkım)'dir (Şekil 4).



Şekil 4. Çalışma alanında yer alan bitki türlerinden görünüm

Alandaki kültürel peyzaj bileşenlerini doğal taş duvarlar, merdivenler, kapılar, meydan, çeşmeler, restore edilen Hagios Mikhailos isimli bir kilise, konut dokusu, tescilli konaklar, manzara, Arnavut kaldırımlı sokaklar oluşturmaktadır. Alanın sokak dokusu ve sokaklardaki sirkülasyon oldukça önemlidir. Sokak dokusunu mimari yapılar, bitki türleri, duvarlar, aydınlatma elemanları ve çeşmeler oluşturmaktadır. Arnavut kaldırımlı dar sokaklar yürünebilir olduğu için hem motorlu araç hem de engelli kullanımına olanaklı değildir (Şekil 5). Eğimli arazi yapısına sahip olduğu için geniş açılı vista noktası ve manzara özelliğinden dolayı kent halkı, yerli ve yabancı turistler fotoğraf çekmek için dört mevsim alana gelmektedir. Vista noktasından Karadeniz ve Trabzon kenti, alanın belli noktalarından ise geleneksel konut dokusu görünmektedir (Şekil 6). Alanda yer alan tarihi çeşmeler de önemli bir diğer unsurdur (Şekil 7). Ayrıca, alanın sokaklarında Trabzon iline ait yöresel yemekler ile geleneklerin yaşanmasına imkân veren ticari işletmelerde bulunmaktadır. Bu durum çalışma alanının değerini ve turizm hareketliliğini arttırmaktadır.



Şekil 5. alanında yer alan merdiven ve sokak dokusundan görünüm



Şekil 6. Çalışma alanında yer alan vista noktasından görünüm



Şekil 7. Çalışma alanında yer alan tarihi çeşmeden görünüm

## Sonuç ve Tartışma

Elde edilen bulgular dâhilinde Orta Mahalle sahip olduğu abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri ile korunarak kullanılması gereken bir yerleşim yeridir. Bu yönde peyzaj planlama ve tasarım kararlarını içeren uygulamalarla kullanıma açılması ve yönetilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda yapılabilecek bazı öneriler şunlardır:

✓ Orta Mahalle için ulaşım analizi gerçekleştirilerek alana araç, yaya, bisikletli ve engelli girişi ve ziyaretçi merkezi yapılarak ziyaretçiler alan içerisinde doğru yönlendirilmelidir. Planlama üst ölçek olduğu için ziyaretçiyi oraya ulaştıracak ana ulaşım sistemi ve sirkülasyon sağlamak oldukça önemlidir.

✓ Ziyaretçi merkezi oluşturularak alanın korunan değerleri ve sunduğu olanaklar hakkında kent halkı, alana gelen yerli ve yabancı turistlerin bilgi edinmesi sağlanmalıdır. Bu merkez bir binadan ibaret değil kentsel sit alanının giriş kısmında dış mekânda da hizmet sunan bir alan olarak tasarlanmalıdır.

✓ Alana toplu taşıma ile ulaşım imkânı bulunmadığı için özel araçların baskı oluşturmasına neden olmaktadır. Bu nedenle araçların kentsel sit alanı dışında birkaç depo otopark şeklinde planlanması gerekmektedir. Ayrıca alanın yaya, bisikletli ve engelli kullanımını sağlayan planlama ve tasarım kararları alınmalıdır. Bu doğrultuda, alana motorlu aracın girmesine izin verilmemeli, alanı ziyarete motorlu aracı ile gelen ziyaretçiler araçlarını depo otopark alanına park edip bu noktadan akülü araçlar (shuttle hizmeti) ile alanın gezdirilmesi sağlanmalıdır.

✓ Alan içerisinde yönlendirici tabela eksikliği bulunduğu için tarihi sokak dokusuna uygun renk ve malzemeler seçilerek tabelalar ile bilgilendirme panoları tasarlanmalıdır.

✓ Alanda yer alan tescilli yapıların bilgilendirme levhaları olmalıdır.

✓ Alanda yer alan Hagios Mikhailos isimli kilisenin restorasyonu tamamlanıp yeniden işlevlendirilmelidir. Restorasyon sonrası ziyaretçi potansiyelinin artacağı düşünülmektedir. Mahallede yaşayan kent halkı ve mekân işletmecileri ile gerçekleştirilen görüşmelerde bu durumun farkındalığı ve bu yönde endişeler dile getirilmiştir.

✓ Alan içerisinde yeni yapılacak mekânlar için eski fotoğraflardan yararlanılmalı taş, ahşap, ferforje gibi malzemelerin kullanıldığı yeni tasarım ve planlama kararları önerilmelidir.

✓ Alan, sosyal medyada da sıklıkla fotoğraf paylaşılması ve tarihi sokakları, manzarası, taş duvarları, konutları ve bahçelerindeki bitki türlerinden bahsedilmesinden dolayı kendiliğinden reklamı yapılan bir rekreasyon ve turizm merkezi haline gelmiştir. Bu durum da plansız kullanımın yaratacağı baskı, tahribat ve ziyaretçi memnuniyetsizliğini beraberinde getirebilmektedir. Orta Mahalle'nin turizm açısından var olan potansiyelini olumsuz etkilemeyecek bir turizm planlaması ve yönetimine ihtiyacı bulunmaktadır. Bu doğrultuda, Orta Mahalle için yerel halkın da içinde bulunduğu katılımcı turizm planlaması yaklaşımı önerilmektedir.

✓ Alanın tanıtımının/reklamının iyi bir şekilde yapılması ve dört mevsim turist çekebilecek etkinliklerin alana getirilmesi sağlanmalıdır.

✓ Tarihi merdivenlerin ve rampaların ulaşım konusunda alternatif çözümler sunacak şekilde bağlantılılık ve sürekli/kesintisiz yürüme imkânları değerlendirilmelidir. Merdiven ve rampalar çok dik olduğundan dolayı engelli ve yaşlı ziyaretçiler için alternatif çözümler

retilmeli, kimi merdiven tarihi dokuya zarar vermeden yürüyen merdivene dönüştürülebilir kimi yollarda da asansörlü merdivenler çözüm nerisi olarak getirilebilir.

✓ Tasarımda sokak dokusuna uygun yaklaşımlar ve detaylar oldukça önemlidir. Bu yüzden seçilen uygun malzeme ile tasarlanan aydınlatma birimleri, p kutuları, tabelalar, bilgilendirme levhaları/panoları vb. donatılar mahallenin tarihi sokak dokusu ile tasarım kararları açısından bütünlük arz etmelidir.

✓ Abiyotik, biyotik ve kültürel peyzaj bileşenleri açısından bütünlük içerisinde iyileştirme yapılarak manzara ve tarihi sokak dokusunun bozulmaması sağlanmalıdır.

Önerilen tüm bu düzenlemelerin hem Orta Mahalle'ye hem kente hem de kent halkına ekonomik, estetik ve sosyo-kültürel katkıları olacaktır.

## Kaynakça

1. Akçaabat Belediyesi (2019). <http://www.akcaabat.bel.tr/akcaabatin-gozdesi-ortamahalle-723h.htm>.
2. Bekar, M., Pulatkan, M. ve Güneroğlu, N. (2017). Tarihi Bir Sokak Analizi; Trabzon 'Orta Mahalle' Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 44, 487-503.
3. Council of Europe (2000). *European Landscape Convention*, Florence, Italy.
4. Çetinkaya, G. ve Uzun, O. (2014). *Peyzaj Planlama*, İstanbul: Birsen Yayınevi.
5. Gül, A. ve Küçük, V. (2001). Kentsel Açık-Yeşil Alanlar ve Isparta Örneğinde İrdelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2, 27-48.
6. Keleş, R. (1980). *Kentbilim Terimleri Sözlüğü*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
7. Kuloğlu, N. (2013). Boşluğun Devinimi: Mimari Mekândan Kentsel Mekâna. *International Journal of Architecture and Planning*, 2, 201-214.
8. Olalı, H. (1982). *Turizm Politikası ve Planlaması*. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.
9. Resmi Gazete (2019). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/06/20030617.htm>.



# Amasya Kentinin Kültürel Değerlerinin Planlanması

## Planning of Cultural Values of Amasya City

Sultan Sevinç KURT KONAKOĞLU<sup>1</sup>

Banu Çiçek KURDOĞLU<sup>2</sup>

Elif BAYRAMOĞLU<sup>3</sup>

### ÖZET

Kentlerde bireyler arasındaki ilişki ve normları belirleyen kültürel değerler, genel olarak toplum hayatının nasıl olması gerektiğini ortaya koymakta ve kentlerin planlanmasına katkıda bulunmaktadır. Çalışma alanı olarak tarihi kent dokusu, Yeşilırmak Nehri kıyısına bitişik nizamda dizilmiş geleneksel Osmanlı Evi örnekleri, Yeşilırmak Nehri ve Vadisi, zengin mutfak kültürü, efsaneleri gibi doğal ve kültürel değerlere sahip Amasya kent merkezi seçilmiştir. Kent, 8500 yıllık tarihi boyunca Hitit, Frig, Kimmer, İskit, Lidya, Pers, Helenistik, Pontus, Roma, Bizans, Danişment, Selçuklu, İlhanlı ve Osmanlı dönemleri başta olmak üzere 17 medeniyete ev sahipliği yaptığından dolayı kentin kültürel değer çeşitliliği fazladır. Çalışmanın amacı; Amasya kent merkezinde yer alan kültürel değerleri belirleyerek bu noktalar arasında yaya, bisiklet, engelli kullanımına olanaklı, birbiri ile ilişkili koridorların planlamasını yapmaktır. Çalışmada CBS araç olarak kullanılarak, koridorların planlaması yapılmış ve planlanan koridorları gösteren sonuç haritası oluşturulmuştur. Böylelikle, kültürel değerlerin kente ve kent turizmine katkıları irdelenerek kente gelen kişilere kültürel değerleri tanıtmaya fırsatı sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Kültürel Değerler, Koridor Planlama, Amasya

### ABSTRACT

The cultural values that determine the relationship between individuals and the norms in cities reveal how society life should be in general and contribute to the planning of cities. The city of Amasya has been chosen as the study area with its natural and cultural values such as the historical city texture, traditional Ottoman House examples, Yeşilırmak River and Valley, rich cuisine culture and legends. The city is home to 17 civilizations, including Hittite, Phrygian, Cimmerian, Scythian, Lydian, Persian, Hellenistic-Pontus, Roman, Byzantine, Danishmend, Seljuk, Ilhanli and Ottoman periods. The aim of the study to determine the cultural values in Amasya city center and to make planning the interconnected corridors between these points pedestrian, bicycle and possible use of the disabled. In the study using GIS as a tool of planning the corridor and made map showing the planned results corridors have been created. In this way, the contribution of cultural values to the city and city tourism was discussed and the opportunity to introduce cultural values to the people who came to the city was presented.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Kentsel Tasarım ve Peyzaj Mimarlığı Bölümü, [sultansevinckurt@gmail.com](mailto:sultansevinckurt@gmail.com)

<sup>2</sup> Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Orman Fakültesi, Peyzaj Mimarlığı Bölümü, [banukurdoglu@gmail.com](mailto:banukurdoglu@gmail.com)

<sup>3</sup> Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Orman Fakültesi, Peyzaj Mimarlığı Bölümü, [elifsol\\_@hotmail.com](mailto:elifsol_@hotmail.com)

**Key Words:** Cultural Values, Corridor Planning, Amasya

## **Giriş**

Kentlerin kültürel değerlerini geçmişten günümüze kadar gelen ve çeşitli medeniyetlerin ürünü olan tarihsel, arkeolojik, sanatsal, bilimsel, sosyal ve teknik açılardan dikkate değer nitelikte insan emeği alanlar oluşturmaktadır. Kültürel değerler bir toplumun kendisi ve birikimli uygarlığıdır. Ayrıca, doğanın yarattıklarına karşılık insanoğlunun yarattığı herşeydir. Kentlerin topoğrafik özellikleri, o bölgede yaşayan medeniyetlerin dini inanışları, örf ve adetleri, gelenek ve görenekleri, mutfak kültürü, tarihi, giyim tarzı da kültürel değerlerin şekillenmesini etkilemektedir.

Teknolojinin gelişmesi, çalışma saatlerinin kısalması, serbest zamanın ve gelir düzeyinin artmasına bağlı olarak ülkemizde özellikle 1980'li yıllardan sonra başka kültürleri tanımak için seyahat etmektedir. Tarihi eserler, arkeolojik alanlar, kentsel sit alanları en bilinen kültürel değerler olup aynı zamanda yüksek turizm potansiyeli de taşımaktadır. Bu yüzden kültürel değerler ile turizm arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

Geçmişin hikâyelerini ve izlerini günümüz insanına anlatmak, otantik olarak temsil edilen yerleri deneyimlemek ve ziyaret edilen yerin kültürel mirasını öğrenmek amacıyla gerçekleştirilen seyahatler kültürel miras turizmi olarak tanımlanmaktadır (Webb, 2003). Kültürel miras ulusal miras alanları, milli parkları, anıtları, müzeleri, kiliseleri, okulları, tarihi kimliği tanımlamaya yardımcı olan kültürel, tarihi ve doğal unsurları içermektedir. Bu alanlar, insanlık tarihi açısından muazzam bilgi birikimini temsil etmektedir (Timothy, 2014). Kültür turizmi, kültürel kaynaklar (arkeolojik alanlar, müzeler, anıtlar, heykeller, ünlü mimari yapılar, festivaller, tiyatro, geleneksel el sanatları, yöresel lezzetler) üzerine kurulmuş bir turizm çeşididir (Kurt Konakoğlu, 2018). Yeni bilgiler ve deneyimler edinmek amacıyla kültürel gereksinimlerini tatmin etmek isteyenlerin kişisel zenginleştirme adına yapılan seyahat olarak tanımlanmaktadır (Richards, 1997; Jafari, 2000). Kent turizmi ise; tarihi ve kültürel bilgi elde etmek, tatil yapmak, sanatsal aktiviteleri takip etmek, alışveriş imkânlarından yararlanmak spor müsabakalarını izlemek gibi nedenlerle kentlere yapılan kısa süreli ziyaretlerdir. Bu ziyaretler genellikle kısa süreli (1 ya da 3 gün) olmaktadır (Blanco ve ark., 2012; Emekli, 2013; Şarkaya İçellioğlu, 2014).

## **Araştırmanın Amacı**

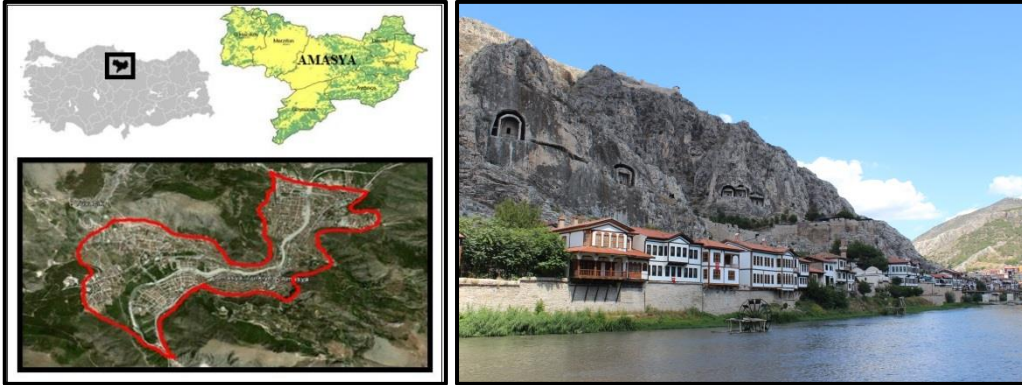
Bu çalışmanın genel amacı; Amasya kent merkezinde yer alan kültürel değerleri belirleyerek bu noktalar arasında yaya, bisiklet, engelli kullanımına olanaklı, birbiri ile ilişkili koridorların planlamasını yapmaktır. Çalışmada CBS araç olarak kullanılarak, koridorların planlaması yapılmış ve planlanan koridorları gösteren sonuç haritası oluşturulmuştur. Böylelikle, kültürel



değerlerin kente ve kent turizmine katkıları irdelenerek kente gelen kişilere kültürel değerleri tanıtma fırsatı sunulmuştur.

## Yöntem

Çalışma alanı olarak; geleneksel Osmanlı Evi örneklerinin Yeşilirmak Nehri ve Vadisi boyunca yer aldığı, tarihi kent dokusu, zengin mutfak kültürü, doğal ve kültürel değerlerinin yoğun olarak bulunduğu Amasya ili seçilmiştir (Şekil 1). Kent, Karadeniz Bölgesi'nin Orta Karadeniz Bölümü'nde yer almakta olup tarih boyunca Hitit, Frig, Kimmer, İskit, Lidya, Pers, Helenistik, Pontus, Roma, Bizans, Danişment, Selçuklu, İlhanlı ve Osmanlı dönemleri olmak üzere birçok medeniyete ev sahipliği yaptığından dolayı zengin kültürel değerler potansiyeline sahiptir. Kentin kuzeyinde yer alan Harşena Dağı ile Anadolu'nun en büyük kaya mezarları arasında gösterilen Pontus Kral Kaya Mezarları sayesinde kent 2015 yılından itibaren UNESCO Dünya Miras Geçici Listesi'nde yer almaktadır. Ayrıca, kent sahip olduğu doğal güzellikleri, zengin kültürel mirası, mimarisi, mutfağı, el sanatları ile turizm çekim noktalarından dolayı Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın Türkiye Turizm Stratejisi 2023'te belirlediği 15 marka kentten birisidir.



Şekil 1. Çalışma alanı

## Çalışma Grubu

Bu araştırmanın çalışma grubunu Amasya ili Merkez ilçe sınırları içerisinde yaşayan kent halkı oluşturmaktadır.

## Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi

Çalışma kapsamında, kültürel değer, kültür turizmi, kültürel miras turizmi ve kent turizmi konusunda literatür taraması yapılarak yerli ve yabancı makaleler, tezler, internet siteleri incelenmiştir. Daha sonra, Amasya kent merkezinde yer alan kültürel çekim noktalarına (ören yerleri, müzeler, hamamlar, medreseler, tarihi camiler, türbeler, köprüler, tarihi yapılar, anıt ağaçlar) ait koordinatlar arazi çalışmaları sırasında el GPS ile alınmıştır. Koordinatlar ArcGIS

10.5 programına nokta şeklinde aktararak uydu görüntüsüne işlenmiştir. Turistler için koridorları gösteren sonuç haritası oluşturulmuştur.

## Bulgular

Amasya kentinin kültürel değerlerini ve turistler için kültürel çekim noktalarını oluşturan ören yerleri, müzeler, hamamlar, medreseler, tarihi camiler, türbeler, köprüler, tarihi yapılar, anıt ağaçlar şu şekildedir:

Ören yerleri; Tarihi Amasya (Yalıboyu) Evleri (Şekil 2), Kral Kaya Mezarlıkları ve Kızlar Sarayı, Amasya (Harşena) Kalesi (Şekil 2)'dir.



Şekil 2. Tarihi Amasya (Yalıboyu) Evleri ile Amasya (Harşena) Kalesi'nin görünümü

Müzeler; Şehzadeler Müzesi, Hazeranlar Konağı Etnografya Müzesi, Minyatür Amasya Müzesi (Maket Amasya 1914), Amasya Arkeoloji Müzesi, Ferhat ile Şirin Müzesi (Ferhat Su Kanalı), Saraydüzü Kışla Binası Milli Mücadele Müzesi, Sabuncuoğlu Tıp ve Cerrahi Tarihi Müzesi (Bimarhane) (Şekil 3), Şeyh Hamdullah Yazı ve Hüsni-i Hat Müzesi (Şekil 3)'dir.



Şekil 3. Sabuncuoğlu Tıp ve Cerrahi Tarihi Müzesi (Bimarhane) ile Şeyh Hamdullah Yazı ve Hüsni-i Hat Müzesi'nin görünümü

Hamamlar; Kumacık Hamamı (Şekil 4), Mustafa Bey (Mehmet Paşa) Hamamı, Yıldız Hamamı (Şekil 4), Altuntaş Hamamı'dır.



Şekil 4. Yıldız Hamamı ile Kumacık Hamamı'nın görünümü

Medreseler; Büyük Ağa (Kapı Ağası) Medresesi (Şekil 5), Sultan Bayezid Medresesi (Şekil 5), Gök Medrese'dir.



Şekil 5. Büyük Ağa (Kapı Ağası) Medresesi ile Sultan Bayezid Medresesi'nin görünümü

Tarihi Camiler; II. Bayezid Camii ve Külliyesi, Burmalı Minare Camii, Mehmet Paşa Camii, Hatuniye Camii (Şekil 6), Beyazıt Paşa Camii, Yakup Paşa (Çilhane-Çilehane) Camii, Kiları Süleyman Ağa Camii, Saraçhane Camii, Yörgüç Paşa Camii (Şekil 6), Gökmedrese Camii, İstasyon Kurtboğan Camii, Fethiye Camii, Gümüştü Camii, Hızır Paşa Camii, Şamlar Ayas Ağa Camii, Sofular Abdullah Paşa Camii, Şirvanlı (Azeriler) Camii, Pir Mehmet Çelebi Camii'dir.





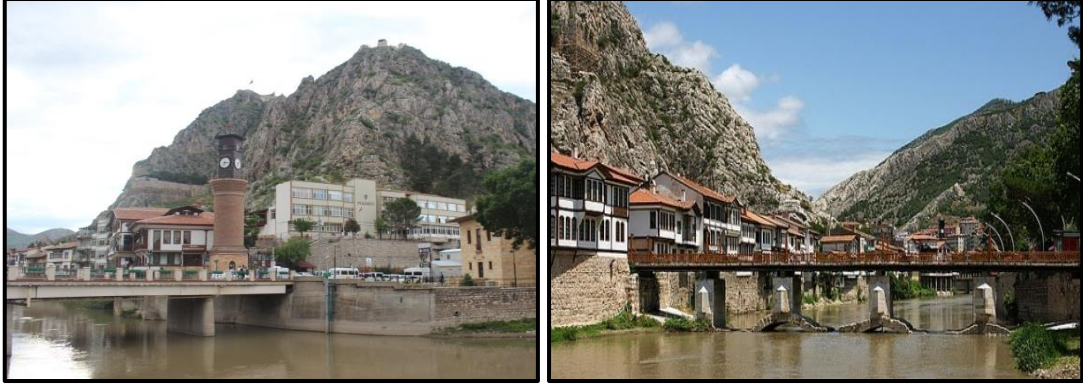
Şekil 6. Yörgüç Paşa Camii ile Hatuniye Camii'nin görünümü

Türbeler; Halifet Gazi Türbesi, Torumtay Türbesi, Cumudar Türbesi, Hamdullah Efendi Türbesi, Pir Sücaeddin İlyas Türbesi, Kurtboğan Türbesi, İğneci Baba Türbesi, Sultan Mesud Türbesi, Baba İlyas Horasani Türbesi, Kadılar Türbesi, Şadgeldi Paşa Türbesi (Şekil 7), Selamet Hatun Türbesi, Şeyh Abdurrahman Çelebi Türbesi (Çilehane Türbesi) (Şekil 7), Kemal Paşa Türbesi (Şekil 7), Yörgüç Paşa Türbesi, Ehli Hatun Türbesi, Şeyh İsmail Siraceddin Şirvani Türbesi (Yukarı Türbe), Seyyid Mir Hamza Nigari Türbesi, Oruç Bey Türbesi, Taceddin Altunbaş Türbesi'dir.



Şekil 7. Kemal Paşa Türbesi, Şeyh Abdurrahman Çelebi Türbesi ile Şadgeldi Paşa Türbesi'nin görünümü

Köprüler; Alçak Köprü (Şekil 8), İltekin (Çağlayan) Köprüsü, Kunç Köprü, İstasyon (Meydan) Köprüsü, Helkıs (Hükümet) Köprüsü (Şekil 8), Mağdenüs Köprüsü'dür.



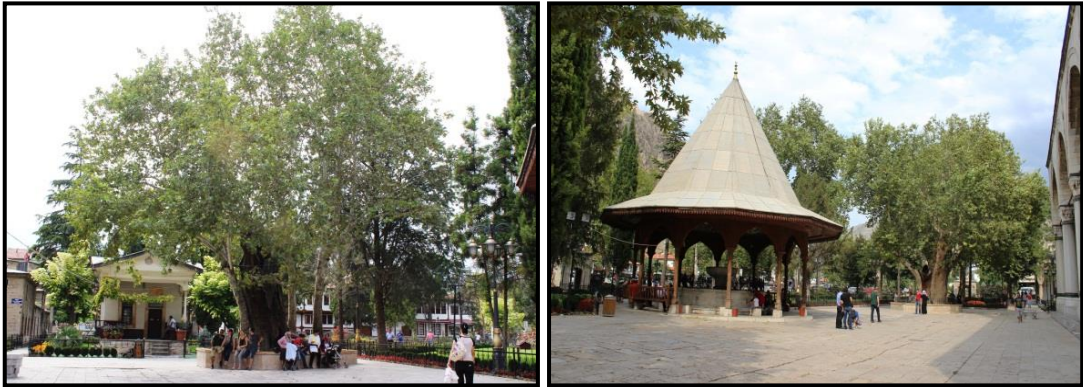
Şekil 8. Helkis (Hükümet) Köprüsü ile Alçak Köprü'nün görünümü

Tarihi Yapılar; Amasya Bedesteni (Şekil 9), Amasya Taşhan, Saat Kulesi (Şekil 9)'dir.



Şekil 9. Amasya Bedesteni ile Saat Kulesi'nin görünümü

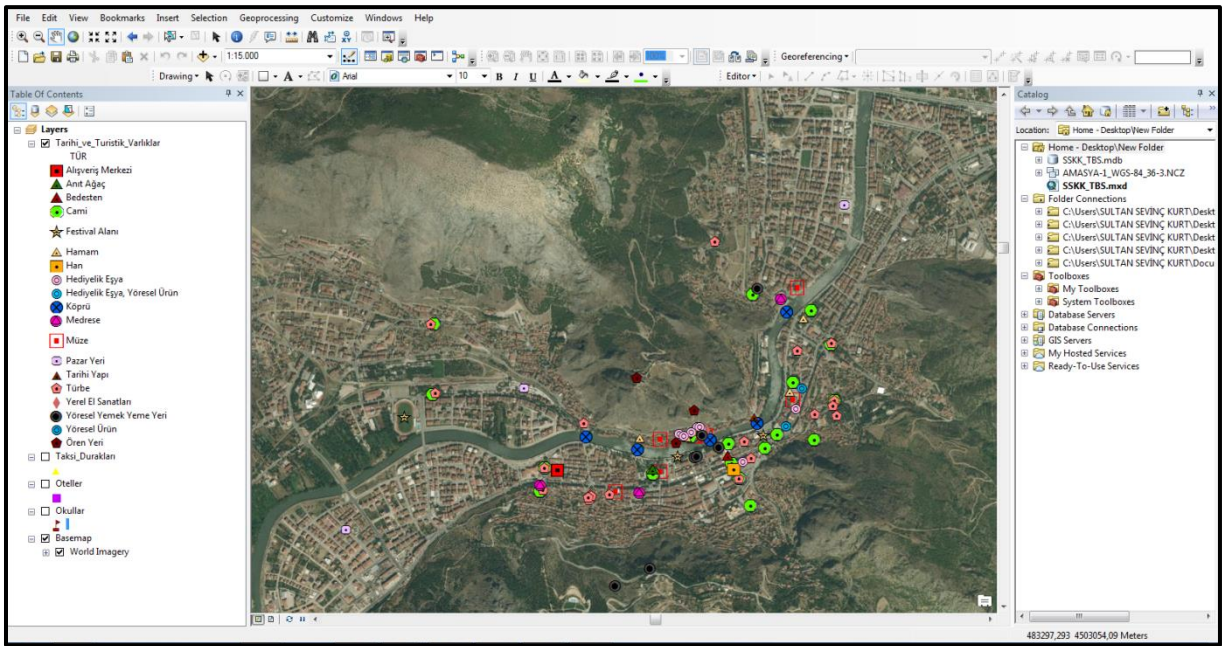
Anıt Ağaçlar; II. Bayezid Camii ve Külliyesi'nin avlusunda şadırvanın iki yanında yer alan 526 yıllık tarihi ikiz '*Platanus orientalis* L. (Çınar ağacı) (Şekil 10)'dır.



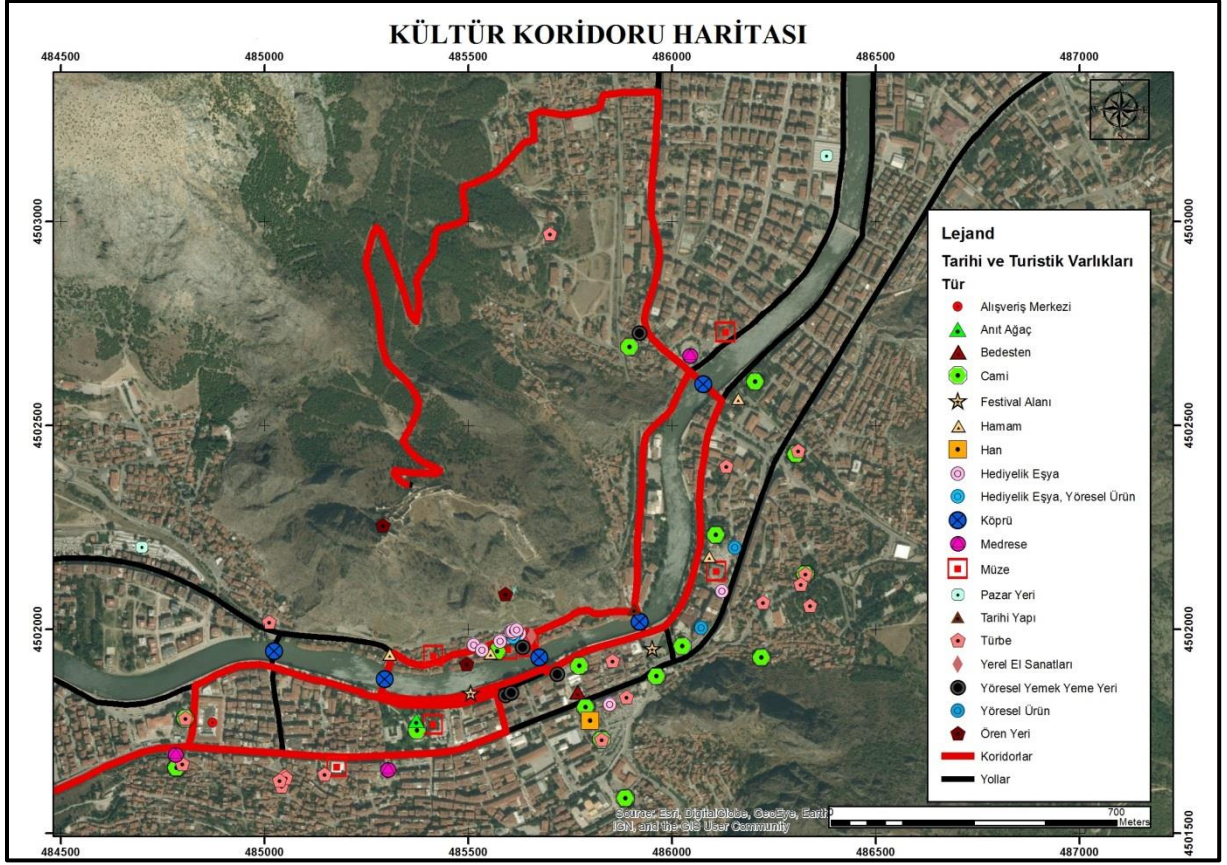
Şekil 10. II. Bayezid Camii ve Külliyesi'nin avlusunda bulunan anıt ağaç



Amasya kent merkezinde kültürel çekim noktaları (ören yerleri, müzeler, hamamlar, medreseler, tarihi camiler, türbeler, köprüler, tarihi yapılar, anıt ağaçlar) açısından önemli 66 nokta ArcGIS 10.5 programında gösterilmiştir (Şekil 11). 66 nokta içerisinde 3 adet ören yeri, 8 adet müze, 4 adet hamam, 3 adet medrese, 18 adet cami, 20 adet türbe, 6 adet köprü, 1 adet bedesten, 1 adet han, 1 adet saat kulesi olmak üzere 3 adet tarihi yapı ve 1 adet anıt ağaç bulunmaktadır. Kolay algılanması için noktalar farklı renk ve sembollerde gösterilmiştir (Şekil 11). Turistler için bu noktalar arasında yaya, bisiklet ve engelli kullanımına olanaklı, birbiri ile ilişkili, sürekliliği olan kültür koridoru oluşturulmuştur (Şekil 12). Böylelikle, turistlere kente geldiğinde ister yaya ister bisikletli olarak kültürel değerlere ulaşma ve kültürel değerleri tanıma imkânına sahip olacaktır.



Şekil 11. Kentte kültürel değerler açısından önemli 66 noktanın ArcGIS 10.5 programındaki görünümü



Şekil 12. Amasya kent merkezi için oluşturulan kültür koridoru haritası

Şekil 12’de kırmızı renkle belirtilen koridor Saraydüzü Kışla Binası Milli Mücadele Müzesi’nden başlayıp Yeşilirmak Nehri kıyısı boyunca devam edip Ferhat Su Kanalı’nda sona ermektedir. Kültür koridorunun uzunluğu 6,5 km’dir. Koridor içerisinde Büyük Ağa Medresesi, Kunç Köprüsü, Beyazıt Paşa Camii, Kumacık Hamamı, Selamet Hatun Türbesi, Sabuncuoğlu Tıp ve Cerrahi Tarihi Müzesi (Bimarhane), Mehmet Paşa Camii, Mustafa Bey (Mehmet Paşa) Hamamı, Helkıs (Hükümet) Köprüsü, Saat Kulesi, Saraçhane Camii, Tarihi Amasya (Yalıboyu) Evleri, Alçak Köprü, İçeri Şehir, Kral Kaya Mezarlıkları ve Kızlar Sarayı, Amasya (Harşena) Kalesi, Şehzadeler Müzesi, Hazeranlar Konağı Etnografya Müzesi, Hatuniye Camii, Yıldız Hamamı, Şeyh Hamdullah Yazı Tarihi ve Hüsn-i Hat Müzesi, Altuntaş Hamamı, Mağdenüs Köprüsü, Şehzadeler Gezi Yolu, II. Bayezid Camii ve Külliyesi, Bayezid Medresesi, II. Bayezid Cami’nin bahçesinde bulunan 526 Yıllık Tarihi İkiz *Platanus orientalis* L. (Çınar ağacı), Minyatür Amasya Müzesi (Maket Amasya 1914), Amasya Bedesteni, Kiları Süleyman Ağa Camii, Amasya Taşhan, Burmalı Minare Camii, Cumudar Türbesi, Amasya Arkeoloji Müzesi, Sultan Mesud Türbesi, Gökmedrese Camii, Torumtay Türbesi, Yörgüç Paşa Camii, Yörgüç Paşa Türbesi, Gök Medrese, İltekin Köprüsü yer almaktadır. Sahip olduğu doğal ve kültürel peyzaj bileşenlerinden (ören yerleri, müzeler, tarihi camiler-türbeler-

köprüler-hamamlar-yapılar, anıt ağaç) dolayı açık hava müzesi niteliğinde olan bu güzergâha 'Kültür Koridoru' adı verilmiştir. Turistler bu koridorda başlangıç noktasından Yörgüç Paşa Camii'ye kadar olan 2,2 km'lik kısmı yaya ve bisikletli olarak gezme imkânına sahiptir ancak Yörgüç Paşa Camii ile koridorun bitiş noktası arasındaki ulaşım motorlu araçla (tur otobüsü, özel otomobil, taksi, toplu taşıma aracı, motosiklet) sağlanmaktadır. 'Kültür Koridoru' turistlere tarihi ve kültürel değerleri gezip tanıma, fotoğraf çekme, manzara seyretme/peyzajı izleme, alışveriş yapma, yöresel yemek yeme, el sanatlarını tanıma, el yazması eserleri inceleme, yöresel ürünleri satın alma, bisiklete binme, faytonla gezinti, Yeşilirmak Nehri'nde kayıkla gezinti, dini alanları gezme, hamama/kaplıcaya gitme, festival/şenlik/yarışma/sanat etkinliklerine katılma, kent insanını tanıma, kent efsaneleri hakkında bilgi sahibi olma, sportif etkinliklere katılma, bisiklete binme, konaklama, anıt ağaç ziyareti gibi turistik etkinlikleri yapma imkânı da sunmaktadır.

## **Sonuç ve Tartışma**

Amasya kenti, tarihte birçok medeniyete ev sahipliği yapması, asırlardır ekonomi ve ticaretin merkezi olması, Osmanlı Devleti döneminde birçok padişah ve şehzade yetiştirmesi, Milli Mücadele döneminde Cumhuriyetin Doğum Belgesi olan 'Amasya Genelgesi'nin bütün dünyaya duyurulduğu yer olması bakımından oldukça önemlidir. Bu yüzden bünyesinde barındırdığı izlerden dolayı zengin kültürel mirasa sahiptir. Kent; içerisinden geçen Yeşilirmak Nehri'nin varlığı, geçmişten günümüze büyük ölçüde korunarak gelen geleneksel konut dokusu ve sivil mimari örneği yapıları, köklü kültür düzeyi ile adeta açık hava müzesi niteliğindedir. Kentteki geleneksel el sanatları, mutfak kültürü, dil, din, festivaller gibi turistlerin ilgisini çeken bileşenlerin kültürü beslediği görülmektedir. Kentte kent halkı ve turistlerin kaynaşması açısından her yıl çeşitli festival, şenlik, yarışma, sanat etkinlikleri düzenlenmektedir. Efsaneleri, halk oyunları ile yukarıda bahsedilen değerlerin hepsi Amasya kentinin kültürel değerlerini oluşturmaktadır. Bu durum kentte turizm türlerinin çeşitlenmesine dolayısıyla kente gelen turist sayısının artmasına ve kente ekonomik katkı sağlamasına neden olmaktadır.

Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye Turizm Stratejisi 2023'ün hedeflerinden birisi; zengin kültürel ve doğal değerlere sahip kentler markalaştırılarak turistler için çekim noktası haline getirilmesidir. Amasya kenti de bu kapsamda belirlenen 15 kentten birisidir. Sonuç olarak, turistlere kültürel değerleri tanımak için kolaylıkla ulaşacağı ve kente ekonomik katkı sağlayacağı farklı özelliklere sahip kültür koridoru belirlenmiştir. Çalışma doğrultusunda, kültürel miras turizmi, kültür turizmi ve kent turizmi açısından turistler için önemli noktaların çoğunlukla kent merkezinde Yeşilirmak Nehri kıyısında yer aldığı görülmektedir. Bu durum, turistlere kentle ilgili kültürel değerlere, geleneksel ve yöresel ürünlere kolaylıkla ulaşma imkânı sunmaktadır.



## Kaynakça

1. Blanco, J., Egido, L., Terzibaşoğlu, E., Bernal, C., Jordan, P., Ilin, D., Correa, R. ve Stange, S. (2012). Global Report on City Tourism Cities 2012 Project. Madrid, Spain: World Tourism Organization (UNWTO).
2. Emekli, G. (2013). Öğrenen Turizm Bölgeleri Yaklaşımı ve Kent Turizmi-Öğrenen Turizm Bölgeleri, Kentler ve Kent Turizmine Kuramsal Yaklaşım. 3. *Uluslararası Coğrafya Sempozyumu, Bildiriler Kitabı 10-13 Haziran 2013 içinde* (ss 381-392). Antalya.
3. Jafari, J. (2000). *Encyclopedia of Tourism*, London & New York: Routledge.
4. Kurt Konakoğlu, S. S. (2018). Katılımcı Turizm Planlaması Yaklaşımı ile Amasya Kent Örneğinde Mekânsal ve Senaryo Analizi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
5. Richards, G. (1997). *The Social Concept of Cultural Tourism*, G. Richards (Ed.) Cultural Tourism in Europe (ss. 39-52). London: CAB International.
6. Şarkaya İçellioğlu, C. (2014). Kent Turizmi ve Marka Kentler: Turizm Potansiyeli Açısından İstanbul'un SWOT Analizi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 37-55.
7. Timothy, D. J. (2014). Contemporary Cultural Heritage and Tourism: Development Issues and Emerging Trends. *Public Archaeology*, 13, 30-47.
8. Webb, A. J. (2003). *Opportunities in Heritage Tourism*, ABD: Colorado Preservationist.

# Tıbbi Yönleriyle Divan Şiirinde Bal ve Gül

## Honey And Rose In Divan Poem With Medical Aspects

Mehmet GÜLER<sup>1</sup>

### ÖZET

Divan edebiyatı incelendiğinde insan ve topluma dair sayısız konuda malzemeye ulaşmak mümkündür. Bu durum Divan edebiyatının çok zengin bir muhtevaya sahip olduğunu açıkça göstermektedir. Bu zengin birikim içerisinde sağlık ve tıpla ilgili bilgilerin olmaması elbette mümkün değildir. Divan şairleri sağlık konusunda da pekçok eser kaleme almış ve tıbbi konuları sıklıkla şiirlerinde işlemişlerdir.

Bu çalışmada Divan şiirinin zengin birikimine dikkat çekmek, -özelde bal, gül ve bunlardan elde edilen maddelerden hareketle- Divan şiirinde bitkisel tedavi unsurlarının işlenişini üzerinde durmak amaçlanmaktadır.

Makalede; Divan şairlerinin sağlık konusunu doğrudan şiir formunda ele aldıkları tıp kitapları, alegorik tarzda yazılmış mesneviler, sıhhatname başlıklı müstakil kasideler ve nazım şekli sınırlaması olmaksızın farklı yüzyıllara ait divanlar taranarak konuyla ilgili bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır. Farklı eserlerin incelenmesi neticesinde Divan şiirinde gül bitkisi ve bal gıdasının hangi tıbbi özellikleri ile ele alındıkları ortaya konulmuş. Ayrıca bu unsurların hangi durumlarda ve ne şekilde tedavi olarak kullanıldıkları hakkında bilgiler verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Divan şiiri, tıp manzumeleri, bal, gül, tedavi, sağlık.

### ABSTRACT

When the literature of Divan is examined, it is possible to reach material on countless subjects about humanity and society. This clearly shows that Divan literature has a very rich content. It is not possible, of course, that there is no information about health and medicine in this rich knowledge. Divan poets have also written many literary work on health and often used medical subjects in their poetry.

In this study, it is aimed to draw attention to the rich accumulation of Divan poetry -especially based on honey, rose and the substances obtained from them- and to emphasize the treatment of herbal treatment elements in Divan poetry.

In the article; Divan poets' medical books- that directly address the subject of health in poetry form-, masnavis written in allegorical style, "Sıhhatname" titled autonomous eulogies and divans of different centuries (without divergence of verse form) were scanned and information about the subject was tried to be obtained. As a result of examining different works, its revealed 'which medicinal properties of rose plant and honey have been discussed' in Divan poetry. Also, information is given about "in what cases and how" these element are used as treatment.

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü, Eski Türk Edebiyatı Ana Bilim Dalı, e-posta: [mehmet.guler@gop.edu.tr](mailto:mehmet.guler@gop.edu.tr)

**Key Words:** Divan poem, medicine verses, honey, rose, treatment, health.

## Giriş

Divan edebiyatı incelendiğinde insan ve topluma dair sayısız konuda malzemeye ulaşmak mümkündür. Bu edebiyatın muhtevasında Kur'an, hadis, tefsir, fıkıh, siyer gibi İslami ilimler başta olmak üzere tarih, tasavvuf, felsefe, kimya, astroloji, tıp, madencilik, coğrafya, musiki, botanik, zooloji, folklor gibi pek çok bilim dalına ait bilgiler yer alır. Bu durum Divan edebiyatının çok zengin bir bilgi ve kültür birikiminden beslendiğini açıkça gözler önüne sermektedir.

Bu zengin birikim içerisinde sağlık ve tıpla ilgili bilgilerin olmaması elbette mümkün değildir. Divan şairleri sağlık konusunu, bazen doğrudan şiir formunda kaleme aldıkları tıp kitaplarında bazen de alegorik tarzda mesneviler veya sıhhatname başlıklı müstakil kasideler yazarak işlemişlerdir. Dahası nazım türü ve şekil sınırlaması olmaksızın hemen her divanda sağlıklı ilgili kelime ve mefhumlar karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada ise daha çok sevgili ve sevgiliye ait güzellik unsurları ile ilgili olarak karşımıza çıkan bal ve gülün, tıbbi açıdan divan şiirinde ne şekilde işlendiği üzerinde durulacaktır.

İncelediğimiz mensur ve manzum eserlerde eski tıp bilgileriyle ilgili bazı temel kavramlarla çok sık karşılaşmışır. Bu sebeple Osmanlı toplumu ve dolayısıyla divan şairlerince kabul gören kadim tıp bilgisi hakkında kısaca bilgi vermek yerinde olacaktır.

Osmanlı toplumunda ahlât-ı erbaa olarak bilinen dört salgı kuramı çok yaygın olarak kabul görmüş bir sistemdir. İnsan bedenindeki kan, balgam, kara safra ve sarı safradan oluşan bu dört sıvıya ahlât-ı erbaa denilir. (Karabulut, 2013: 35) Tıp tarihinde ahlât-ı erbaa anlayışı eski Mısır'a kadar dayanmaktadır. Mısırlı hekimler, hastalık sebebi olarak bünyedeki bu dört sıvının kirlenmesini göstermişlerdir. Bundan dolayı tedavilerinde kan almak, müshil vermek gibi kirli sıvıların boşaltılmasına dair yöntemler uygulamışlardır. Eski Yunan'da ise Hipokrat (m.ö. V. asır) ahlât nazariyesini geliştirmiş ve bu anlayış XIX. yüzyıla kadar tesirini sürdürmüştür. Doğadaki oluşma ve bozulmayı meydana getiren dört unsurun insan bedenindeki karşılığı olarak düşünülen dört sıvı, Hipokrat'ın hümorale patolojisi yani sıvısal hastalık biliminin temelini teşkil etmiştir. Bu anlayışa göre sağlık, vücuttaki bu sıvıların dengede oluşuna; hastalık ise bu dengenin bozulmasına bağlıdır. Eski Roma'da Galen (Câlinûs, m.s. I. asır), bu teoriyi takip ederek hastalıkların meydana gelişinde dış tesirlerin de etkili olabileceği fikrini ileri sürmüştür. Ahlât-ı erbaa fikri İslâm dünyasında da benimsenmiş ve Müslüman hekimlerin kendi klinik tecrübelerine dayanarak getirdikleri açıklamalarla bu kuram, Ortaçağdaki son ve gelişmiş şeklini kazanmıştır. Nitekim Ebû Bekir er-Râzî ve İbn Sînâ gibi Müslüman bilginler Ortaçağ hümorale patolojisinin en gözde temsilcileri olmuşlardır. (Erdemir, 1989: 24)

Ahlât-ı erbaaya göre evren (makrokozmos) dört öğeden (hava, su, toprak, ateş) oluşmaktadır. İnsan vücudunda (mikrokozmos) ise bunlara karşılık gelen dört salgı (kan, balgam, kara safra

ve sarı safra) vardır. Bunlar ise Demevî/Sanguin, Safravî/Kolerik, Sevdavî/Melankolik, Balgamî/Flegmatik olmak üzere dört mizaca (emzice-i erbaa) kaynaklık etmektedir. Ateş ögesi sıcak ve kuru olan sarı safraya, hava ögesi sıcak ve nemli olan kana, su ögesi soğuk ve nemli olan balgama, toprak ögesi ise soğuk ve kuru olan kara safraya (sevdâ) karşılık gelmektedir. Ayrıca bunlar; sıcak, soğuk, kuru, nemli şeklindeki fiziksel özelliklerle, mevsimler, renkler, hastalıklar, yiyecekler ve ilaçlarla da ilişkilendirilmektedir (Tez, 2015: 148).

Aşağıda yer alan tabloda ahlât-ı erbaa teorisiyle ilgili genel özellikler bir arada verilmiştir. Buna göre örneğin hava ögesi; salgı olarak kanla, mevsim olarak ilkbaharla, fiziksel özellik olarak nem ve sıcaklıkla, mizaç olarak demevî (sanguin) sıcakkanlı kişilikle, tedavi yöntemi olarak ise kuru-soğuk ilaçlarla ilişkilendirilmektedir.

Tablo 1. Ahlât-ı erbaa/dört salgı teorisiyle ilgili genel unsurlar<sup>2</sup>

Dört öge	Hava	Ateş	Toprak	Su
Dört salgı	Kan	Sarı safra	Kara safra (sevda)	Balgam
Salgı organı	Kalp/Akciğer	Karaciğer	Dalak/Mide	Beyin
Salgı rengi	Kırmızı	Sarı	Siyah	Beyaz
Salgı tadı	Tatlı	Acı	Ekşi	Tuzlu
Fiziksel özelliği	Nemli/Sıcak	Kuru/Sıcak	Kuru/Soğuk	Nemli/Soğuk
Mizacı	Demevî/Sanguin	Safravî/Kolerik	Sevdavî/Melankolik	Balgamî/Flegmatik
Karakteri	Sıcakkanlı	Öfkeli	İçe kapanık	Soğukkanlı
Mevsimi	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	Kış
Yaş dönemi	Çocukluk	Gençlik	Erişkinlik	Yaşlılık
Burçlar	İkizler, Boğa, Koç	Başak, Aslan, Yengeç	Terazi, Akrep, Yay	Balık, Kova, Oğlak
Musikî makamı	Şehnaz, İsfahan, Neva	Rast, Hicaz, Büzürk	İrak, Buselik, Zengule	Hüseyni, Uşşak, Nevruz
Zamanı	Sabah	Öğle	İkindi	Akşam
Tedavi yöntemi	Kuru-Soğuk ilaçlar	Nemli-Soğuk ilaçlar	Nemli-Sıcak ilaçlar	Kuru-Sıcak ilaçlar

Bedenin çeşitli hastalıkları da bu dört sıvıya göre ayrılır. Mesela safra, karaciğerde bulunur safranın çokluğu halinde karaciğer, böbrek vb. organlarda rahatsızlıklar olur (Pala, 2003: 23).

<sup>2</sup> Tablo için bkz. (Tez, 2015: 148; Eğri, 2015: 271)

Tedavi olarak da buna uygun bir yöntem izlemek gerektiği düşünülür. Örneğin safravî mizaçlı, çabuk sinirlenen bir kimseye sarı safra salgısını azaltmak için soğuk-nemli yiyecekler ve ilaçlar verilmelidir (Tez, 2015: 149).

Bu teoriye göre doğadaki her yiyeceğin de mizacı vardır. Bunlar: sıcak (har, germ), soğuk (bârid, serd), nemli (ratb, ter), kuru (yâbis, huşk) şeklinde adlandırılırlar. Bunlar her yiyecekte ikiye bölünmektedir. Örneğin zeytinin sıcak ve kuru “har u yâbis, germ ü huşk” (Karasoy, 2009: 27), incirin ise sıcak ve nemli “har u ratb, germ ü ter” mizacı vardır (Önler, 1990: 31).

## Yöntem

Çalışmada tıpla ilgili mensur ve manzum eserler incelenmiştir. Ardından manzum eserler üzerinde konuyla ilgili olarak bal, gül ve bunlardan elde edilen maddelerle ilişkili taramalar yapılmıştır. İnceleme yapılan yayınların bazılarında eksik olan ve hatalı görülen kısımların Osmanlı Türkçesinden metin çevirisi yapılmıştır. Bazı yayınlarda ise hiç yapılmayan veya hatalı okuma sonucu yanlış olduğu fark edilen beyitlerin dil içi çevirisi yeniden yapılarak ilgili kısımda dipnotla belirtilmiştir. Elde edilen bilgilerin tertibinde ise bilgi yoğunluğuna göre öncelikle manzum tıp kitaplarına yer verilmiştir. Sonrasında divanlar, mesneviler ve farklı manzumelerden ulaşılan beyitler sıralanmıştır.

## Bulgular

Bal ve gülün hem şiiir formunda hem de tıbbî bir unsur olarak ele alındığı asıl eserler manzum tıp kitaplarıdır. Bu eserlerden bal, gül ve bunlardan elde edilen maddelerin özellikleri, hangi hastalıklara iyi geldikleri, nasıl kullanılmalı gerektiği ve yanlış kullanılmaları durumunda ne tür sorunlara yol açabilecekleri gibi bilgilere ulaşmak mümkündür. Bu sebeple çalışmamızda bu eserler üzerine yoğunlaşmıştır.

İncelememizde bal ve gül kelimelerinin yanısıra aynı anlama gelen Arapça ve Farsça kökenli başka kelimelerin de fazlaca kullanıldığı görülmüştür. Örneğin bal kelimesi yerine Arapça ‘asel ve şehd kelimeleri ile Farsça engübin, engebin kelimeleri kullanılmış. Gül yerine ise bazen Arapça kökenli verd kelimesinin kullanıldığı fark edilmiştir. Bunların dışında bal ve gülle ilgili başka kelimeler de bulunmaktadır.

İncelediğimiz eserler ve konumuzla ilgili tespitlerimiz şunlardır:

**Şeyhî'nin Kenzû'l-Menâfi<sup>3</sup> adlı manzumesinden bal ve gül ile ilgili beyitler:** Şeyhî'nin manzumesinde tespit ettiğimiz beyitleri iki başlık altında topladık. 1) Bal ve gülle ilgili başlıklar altında yer alan beyitler. 2) Bal ve gül içeren diğer beyitler.

---

<sup>3</sup> Çalışmanın bu kısmında Kenzû'l-menâfi üzerine yapılan iki yayın incelenmiştir. Bu yayınlardan ilki Hasan Ali Yücel'e (Yücel, 1937), ikincisi ise Ali Günhan'a (Günhan, 2011) aittir. Yücel'e ait çalışmada dil içi metin çevirisinin yapılmadığı ve bazı okuma hataları bulunduğu görülür. Günhan'ın yayınında ise dil içi çevirisi yapılmış ancak bu

1. Bal ve gülle ilgili başlıklar altında yer alan beyitler:

Bal

Kurudur ıssıdır balın mizacı

Lisânın etlerine nef'i kat kat (Günhan, 2011: 54; Yücel, 1937: 25)

(Balın mizacı kuru ve sıcaktır./Dil etlerine kat kat faydalıdır.)

Velî safra olur andan ziyâde

İder bu mastaki def-i mazarrat (Günhan, 2011: 54; Yücel, 1937: 25)

(Fakat o safrayı fazlaca artırır./Sakız bu zararı def eder.)

Gül-be-şeker<sup>4</sup>

Kurudur ıssıdır gül-be-şeker de (Günhan, 2011: 21; Yücel, 1937: 14)

Virir bu yürege kuvvet kemâkân

(Gül-be-şeker de kuru ve sıcaktır./Olduğu gibi [bir şey karıştırılmadan] yenirse yüreğe kuvvet verir.)

Velî boğaz zaif olsa zarardır

Yiye kand ü gülâb u tohm-ı reyhân (Günhan, 2011: 21; Yücel, 1937: 14)

(İştahsız olan yerse zararlıdır./Onlar da şeker, gülsuyu ve reyhan yemelidir.)

Bal şerbeti:

Dahi bal şerbeti kuru ve ıssı

Mîzacı bârid olan şahsa nâfi (Günhan, 2011: 19; Yücel, 1937: 13)

(Bal şerbetinin özü kuru ve sıcaktır./Tabiatı soğuk olan şahsa faydalıdır.)

Velî olur ziyâde renci safra

Anın gülbe'asel zarrını dâfi (Günhan, 2011: 20; Yücel, 1937: 13)

(Safra rahatsızlığını ziyadesiyle artırır./Gül suyu onun zararını def eder.)

Sikencübin<sup>5</sup>:

---

yayının metin okuma ve çevirisinde de pek çok hata olduğu fark edilmiştir. Bu sebeple çalışmamıza aldığımız örnek beyitlerin gerek metin okunuşu gerekse nesre çevirisi için Günhan'ın yayınının sonunda yer alan orijinal nüsha tarafımızdan yeniden okunmuş ve çeviriler de yeniden yapılmıştır. Dolayısıyla bu yayınlar ile çalışmamızda yer alan beyit ve çevirilerinde farklılıklar mevcuttur.)

<sup>4</sup> Gülbeşeker: Gül çiçeği ve şeker ile yapılan macun kıvamında bir reçel türü (Akalin ve başk., 2011: 997). Gül yaprağından yapılan mâcun kıvâmında tatlı (Ayverdi, 2010: 444).

<sup>5</sup> Sikencübin: Balla sirkenin karışımı olan, harâreti kesen, safrayı söndüren ekşi bir şerbet. Kelime "sirke" ve "engübin/engebin" sözcüklerinin birleşiminden oluşmaktadır. Engübin, Farsçada bal anlamına gemektedir. Kelimenin sirkengübin, sirkencübin şekilleri de vardır.

Sikencebin kurudur dahi yaşdır

Bu def' eyler hararet verse humma (Günhan, 2011: 20; Yücel, 1937: 13)

(Sikencebin hem kuru hem yaştır./Bu [madde] ateşli hastalıkların hararetini giderir.)

Kavîdir def'-i ishâl itmede hem

Yi gül-be-şeker ü iç gice amma (Günhan, 2011: 20; Yücel, 1937: 13)

(İshali def etmekte kuvvetlidir./Ama gülbeşeker yemelidir ve [sirkencebini] geceleri içmelidir.)

Bal Helvâsı:

'Asel helvâsı dahi ıssı vü yaş

Virir kuvvet meniye bu ziyâde (Günhan, 2011: 55; Yücel, 1937: 25)

(Bal helvası da sıcak ve yaştır./Bu meniye fazlaca kuvvet verir.)

Muzırdır safravî olan mizâca

Sığır yağı ile eyler ifâde (Günhan, 2011: 55; Yücel, 1937: 25)

(Safravî mizaclı olana zararlıdır./Sığır yağı ile faydalı olur.)

Gül-âb<sup>6</sup>:

Kurudur ıssıdır tab'ı gül-âbın

Virür sovuk yüreğe mağza kuvvet (Günhan, 2011: 21; Yücel, 1937: 14)

(Gül suyunun tabiati kuru ve sıcaktır./Soğuk yüreğe ve dimağa kuvvet verir.)

Velî ishale kemdir lîk bulur

Şarabı kuzukulağıyla sıhhat (Günhan, 2011: 21; Yücel, 1937: 14)

(Lakin ishal için kötüdür./Kuzukulağıyla içilirse sıhhat olur.)

Kırmızı Gül Kohusu:

Kızıl gül kohusu tab'ı sovukdur

Anın kohusu eyler gönli hoşter (Günhan, 2011: 59; Yücel, 1937: 27)

(Kırmızı gül kokusunun tabiati soğuktur./Onun kokusu gönle daha hoş gelir.)

Velîkin hâsıl eyler ol zükâmı

Koha kâfur u sandal dahi 'anber (Günhan, 2011: 59; Yücel, 1937: 27)

---

<sup>6</sup> Gül suyu: Kaynatılan gül yapraklarının imbikten geçirilmesi sonunda elde edilen suyun, üstündeki gül yağı alındıktan sonra kalan kısmı (Ayverdi, 2010: 445).

(Lakin o nezle yapar./Kâfur, sandal ve amber koklamalıdır.)

2. Bal ve gül içeren diğer beyitler:

Sirke:

Soğuktur tab'ı sirke hem kavîdir

Açar gâyet ile hem iştiâyı (Günhan, 2011: 21; Yücel, 1937: 14)

(Sirkenin tabiatı soğuk ve kuvvetlidir./Hem de son derece iştah açıcıdır.)

Ziyânı var durur ammâ dimağa

'Aseldir veren ana hoş şifâyı (Günhan, 2011: 21; Yücel, 1937: 14)

(Fakat dimağa [beyin, akıl, şuur] zararı vardır./Bal ona güzel bir şifa verir.)

Keçi eti:

Sovukdur kurudur lahmı keçinin

Derûn-ı hastada bu tez olur hazm (Günhan, 2011: 26; Yücel, 1937: 15)

(Keçi etinin tabiatı soğuk ve kurudur./Hastanın bünyesinde bu çabuk hazm olur.)

Velî kemdir kebâbı hasta hâle

'Asel helvâsını it yimege 'azm (Günhan, 2011: 26; Yücel, 1937: 15)

(Fakat kebâbı hasta olana iyi değildir./Bu durumda bal helvası yemeye çalış.)

Kebab:

Kebâbın tab'ı ıssıdır ve yaşdır

Yisün zaaf üzre olan tende kanı (Günhan, 2011: 29; Yücel, 1937: 16)

(Kebâbın tabiatı sıcak ve yaşdır./Vücudunda kanı az olanlar onu yesin.)

Velâkin mideye andan hatar var

Helile ve 'asel def' eyler anı (Günhan, 2011: 29; Yücel, 1937: 16)

(Fakat ondan mideye zarar vardır./Helile otu ve bal onu def' eder.)

Biryân-ı murgân (Kuş kebâbı):

Dahi biryân-ı murgân ıssı vü yaş

Virür bu yürege kuvvet ziyâde (Günhan, 2011: 32; Yücel, 1937: 17)

(Kuş kebâbının tabiatı sıcak ve yaşdır./Bu yüreğe fazlasıyla kuvvet verir.)

Velî bu mide zaafına zarardır



İder gölbeşeker ana ifâde (Günhan, 2011: 32; Yücel, 1937: 17)

(Fakat bu mideye zaafiyet verir./Ona da gölbeşeker faydalı olur.)

Hurûs eti (Horoz eti):

Hurûsun lahmı ıssı vü kurıdır

Kulunca şorbası nâfi ziyâde (Günhan, 2011: 33; Yücel, 1937: 17)

(Horoz etinin tabiatı sıcak ve kurudur./Kulunç için çorbası oldukça faydalıdır.)

Halel virür velîkin mideye ol

İder gölbeşeker ana ifâde (Günhan, 2011: 33; Yücel, 1937: 17)

(Lakin o mideyi bozar./Ona da gölbeşeker faydalıdır.)

Ördek ve Kaz:

Dahi ıssı vü yaşdır ördek ü kaz

Bular lâgar olan ecsâda nâfi (Günhan, 2011: 33; Yücel, 1937: 17)

(Ördek ve kazın tabiatı sıcak ve yaşdır./Bunlar bedeni zayıf olanlara faydalıdır.)

Velî olur ziyâde hılt u balgam

Fesâdın gölbeşeker oldı dâfi (Günhan, 2011: 33; Yücel, 1937: 17)

(Fakat balgam salgısını fazlalaştırır./Bu bozukluğu gölbeşeker giderir.)

Büyük balık eti:

Büyük balık eti ıssı vü yaşdır

Semirdir bu teni lâgar olanı (Günhan, 2011: 35; Yücel, 1937: 18)

(Büyük balık eti sıcak ve yaşdır./Bu bedeni zayıf olanı şişmanlatır.)

Susuzluk virmesi virür mazarrat

Meviz [ü] gölşekerle yok ziyânı (Günhan, 2011: 35; Yücel, 1937: 18)

(Susuzluk vermesi zararlıdır./Üzüm ve gölşekerle ziyânı olmaz.)

Hurde balık eti (Ufak balık eti):

Ufak balık eti ıssı vü yaşdır

Ciğer harrına var nefi ziyâde (Günhan, 2011: 35; Yücel, 1937: 18)

(Ufak balık eti sıcak ve yaşdır./Ciğer hararetine faydası çoktur.)

Velîkin dîdeye vardır ziyânı

Ana gölbeşeker eyler ifâde (Günhan, 2011: 35; Yücel, 1937: 18)

(Fakat göze zararı vardır./Ona gülbeşeker fayda verir.)

Bozca aşı:

Sovukdur mutedildir bozca aşı

İder tedricle bu def-i safra (Günhan, 2011: 37; Yücel, 1937: 19)

(Bozca aşı soğuk ve uygundur./Bu safrayı azar azar giderir.)

Egerçi mideye vardır fesâdı

Yiyeler bal ile pişmiş helva (Günhan, 2011: 37; Yücel, 1937: 19)

(Mideyi bozucu [özelliği] vardır./Bal ile pişirilmiş helva buna iyi gelir.)

Taze İncir:

Dahi ıssı vü yaşıdır taze incir

Mesane kumunu sürer ider pâk (Günhan, 2011: 38; Yücel, 1937: 19)

(Taza incir sıcak ve yaşıdır./Mesane kumunu sürer temizler.)

Velî eyler şikem de renci tahrik

Sikencebin anın rencin ider pâk (Günhan, 2011: 38; Yücel, 1937: 19)

(Fakat karın ağrısını artırır./Sikencebin [bal ve sirke karışımı içecek] onun ağrısını giderir.)

Ekşi Enâr (Ekşi Nar):

Enârın ekşisi kuru vü yaşıdır

Bu dâfidir ciğerde olsa harâret (Günhan, 2011: 40; Yücel, 1937: 20)

(Narın ekşisi kuru ve yaşıdır./Ciğerde olan harareti bu def eder.)

Velî avâze kemdir tutgun eyler

'Asel helvâsı ref eyler o sâat (Günhan, 2011: 40; Yücel, 1937: 20)

(Fakat sese kötüdür, sesi kısar./Bal helvası o saat düzeltir.)

Sîb-i Ekşi (Ekşi Elma):

Sovukdur hem kurudur ekşi elma

Bu dâfidir ten olsa pür harâret (Günhan, 2011: 40; Yücel, 1937: 20)

(Ekşi elma soğuk ve kurudur./Vücut hararetili olsa bu giderir.)

Velî kemdir mefâsıl zahmetine

İder gölbeşeker def-i mazarrat (Günhan, 2011: 40; Yücel, 1937: 20)

(Ancak eklemelere rahatsızlık verir./Gölbeşeker bu zararı def eder.)

Sefercel (Ayva):

Sovukdur hem kurudur tab'-ı ayva

Virir bu yüreğe kuvver ziyâde (Günhan, 2011: 42; Yücel, 1937: 21)

(Ayvanın tabiatı soğuk ve kurudur./Bu yüreğe fazlasıyla kuvvet verir.)

İder renc-i kuluncı lîk tahrik

Ana hurma vü bal eyler ifâde (Günhan, 2011: 42; Yücel, 1937: 21)

(Lakin kulunç ağrısını tahrik eder./Ona hurma ve bal fayda verir.)

Zerdâlû (Kayısı):

Dahi zerdâlû tab'ı yaş vü sovak

Keser bu gâyetiyle teşneliği (Günhan, 2011: 43; Yücel, 1937: 21)

(Zerdalinin tabiatı yaş ve soğuktur./Bu susuzluğu son derece kesicidir.)

Velîkin mide süstine zarardır

Sikencebîn alur ol hasteliği (Günhan, 2011: 43; Yücel, 1937: 21)

(Fakat mide gevşekliğine zararlıdır./O hastalığı sikencebin [bal ve sirke karışımı içecek] düzeltir.)

Kavun:

Tabiatta kavun ıssı vü yaşdır

Mesâne kumuna var nef'i anın (Günhan, 2011: 44; Yücel, 1937: 21)

(Kavunun tabiatı sıcak ve yaşdır./Mesane kumuna onun faydası vardır.)

Velîkin mide süstüne zarardır

Sikencebîn iledir def'i anın (Günhan, 2011: 44; Yücel, 1937: 21)

(Lakin mide gevşekliğine zararlıdır./Onun def edilmesi sikencebin [bal ve sirke karışımı içecek] ile olur.)

Turuç ve şahtiyâr:

Turunç vü şahtiyâr sovak vü yaşdır

Ciğer yürek<sup>7</sup> harâretin ider def (Günhan, 2011: 44; Yücel, 1937: 21)

(Turunç ve şahtiyar soğuk ve yaştır./Ciğer ve yürek hararetini giderir.)

Muzurdur arkaya vü mideye lîk

Meviz ü ya 'asel viri ana nef'i (Günhan, 2011: 44; Yücel, 1937: 21)

(Lakin arkaya [sırta] ve mideye zararlıdır./Meviz [kuru üzüm] ve bal buna fayda verir.)

Taze Peynir:

Dahi bu taze peynir yaş ü sovak

Semirdir ol beden ki ola lâgar (Günhan, 2011: 57; Yücel, 1937: 26)

(Bu taze peynir de yaş ve soğuktur./O zayıf bedeni şişmanlatır.)

Zarar virirse renc-i sūddeye ol

'Asele ile yiyeler ola hoşter (Günhan, 2011: 57; Yücel, 1937: 26)

(O tutulma ağrısına zarar verirse/Bal ile yesinler daha güzel olur.)

Ekşi yoğurt:

Dahi ekşi yoğurt sovak ü yaştır

Semirdir bu teni lâgar olanı (Günhan, 2011: 58; Yücel, 1937: 26)

(Ekşi yoğurt da soğuk ve yaştır./Bu bedeni zayıf olanı şişmanlatır.)

Velî virir zarar diş köklerine

İder bu bal suyu islah anı (Günhan, 2011: 58; Yücel, 1937: 26)

(Fakat diş köklerine zarar verir./Bu bal suyu onu düzeltir.)

Sandal Kohusu:

Sovukdur kurudur sandal kohusu

Virir bu derd-i ser yok nef'i anın (Günhan, 2011: 60; Yücel, 1937: 27)

(Sandal kokusu soğuk ve kurudur./Bu baş ağrısı verir onun faydası yoktur.)

Halel virir dahi avâza nev'a

Olur cüllâb ile bil def'i anın (Günhan, 2011: 60; Yücel, 1937: 27)

(Ayrıca ses türüne zarar verir./Bil ki onun giderilmesi cüllâb [gül suyu] ile olur.)

---

<sup>7</sup> Bu kelime İstanbul üniversitesi kütüphanesi 1774 numaralı nüshada "bögrek" olarak yazılı.

**Nidâî'nin Manzûme-i Tıb adlı eserinde bal ve gül ile ilgili beyitler<sup>8</sup>:** Nidâî'nin eserinde bal, gül ve bunların karışımından oluşan pek çok tedavi bulunmaktadır. Bütün beyitleri çalışmaya dâhil etmek bildiri boyutunu fazlasıyla aşacağı için birkaç örnek vermekle iktifa edilecektir.

Devâ-ı kulunç<sup>9</sup> (Kulunç tedavisi): Bunun tedavisi için manzume-i tıpta şu bilgiler verilmiştir.

Sana âsân diyem kulunca 'ilâc

Müstemi' ol velf gönül gözün aç (Paçacıoğlu, 2010: 92)

Çigçe tiryâkı al berâberi bal

Cevz mikdârı eyle isti'mâl (Paçacıoğlu, 2010: 92)

Cânib-i Hakdan ire ger sıhhat

Üç güne kalmaya gide 'illet (Paçacıoğlu, 2010: 92)

(Sana kolay olarak kulunç ilacını söyleyeyim, ey dost gönül gözünü aç ve dinleyici ol. Çiğ afyon/tiryak<sup>10</sup> ve balı ceviz mitarı alarak karıştır. Allah sıhhat verirse üç güne hastalık kalmayıp gider.)

Def-i 'Arak (terin giderilmesi): Fazla terleyen kişilerin tedavisi için eserde şu beyitler yer almaktadır.

Dahi bir kimse terleye her dem

Bedeni süst ola özi pür gam (Paçacıoğlu, 2010: 74)

Mâzû gül yağı birle isfidâc

Cem' idüp sür tene ola 'ilâc (Paçacıoğlu, 2010: 74)

(Her zaman terleyen kişinin bedeni gevşek ve zayıf olur ve bu durum onu rahatsız eder. Mazu, gül yağı ve üstübeci birleştirip tenine sürerse bu ona ilaç olur.)

Devâ-ı sudâ' (baş ağrısı ilacı): Baş ağrısının farklı türleri için farklı tedaviler yazılı olan eserde gül suyunun tedavi olarak kullanımı için bir örnek şöyledir.

Issıdan olsa gül suyu kâfûr

İt tılâ yâ ana kabak yağı sür (Paçacıoğlu, 2010: 51)

<sup>8</sup> Nidâî'nin Manzûme-i Tıb adlı eserinden alınan örnekler için bkz. Burhan Paçacıoğlu (2010) Nidâî Manzum Tıp Kitabı Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.

<sup>9</sup> Kulunç omuz başlarında duyulan şiddetli ağrı (Ayverdi, 2010: 711). Şiddetli omuz ve sırt ağrısı (Akalin ve başk., 2011: 1522).

<sup>10</sup> Tiryâk, hayvânî, nebâtî ve mâdenî maddelerin karışımından meydana gelen bazı hastalıklara ve zehirlenmeye karşı kullanılan afyonlu mâcun, panzehir, antidot (Ayverdi, 2010: 1259).

(Baş ağrısı sıcaktan olursa ona gül suyu ve kâfur<sup>11</sup> merhemi veya kabak yağı sür.)

### **Tutmacı'nın Tabiatnâme adlı eserinde bal ve gül ile ilgili beyitler<sup>12</sup>:**

Sıfat-ı gül-i surh (Kızıl gülün özelliği):

Germ ü huşk oldu bu kızıl gül dahı

Nef'i nedür ben yazayın sen ohı (Karasoy, 2009: 74)

(Kızıl gülün mizacı sıcak ve kurudur. Yararı nedir, ben yazayım, sen de oku.)

Hem ciğer hem mideyi kılur kavî

Hem sürer safrayı ol ey manevî (Karasoy, 2009: 74)

(Ey evlat! Ciğeri de mideyi de kuvvetlenirir. Ayrıca vücuttan sarı safrayı sürer, uzaklaştırır.)

Giderür beniz sarılığın dahı

Hem teb ü germe kılur sûd ahi (Karasoy, 2009: 74)

(Ey dost! Beniz sarılığını giderir, sıtmaya ve ateşe de faydası vardır.)

Hall ideler anı isfidâc ile

Her ne endâma ki ideler tılâ (Karasoy, 2009: 76)

Uyuzı vü hârişi def' eyleye

Bundan artık dahı çok nef' eyleye (Karasoy, 2009: 76)

(Onu üstübeçle karıştırıp herhangi bir organa merhem olarak sürerlerse uyuzu ve ciltteki yaraları iyileştirir. Bundan başka da çok faydaları vardır.)

Sıfat-ı gülâb (Gül suyunun özelliği):

Serd ü ter düşmüş durur tab'-ı gülâb

Âdemiye nef'i vardur bî-hisâb (Karasoy, 2009: 80)

(Gül suyunun tabiatı soğuk ve yaştır. İnsana sayısız faydası vardır.)

Def' olur hafkan u za'f-ı dil gider

Lîk sovukdan zükâma zarrı var (Karasoy, 2009: 80)

(Kalp çarpıntısı ve zayıflığını giderir. Lakin soğuk içildiğinde nezleye zararı vardır.)

<sup>11</sup> Kâfur, Hindistan ve Çin'de yetişen kâfur ağacının (Laurus camphora) zamlından elde edilen ve hekimlikte kullanılan beyaz, yarı şeffaf, kolaylıkla parçalanır ıtırılı madde (Ayverdi, 2010: 603).

<sup>12</sup> Tabiatnâme 14. Yüzyılda Farsçadan Türkçeye çevrilen uygulamalı bir tıp kitabıdır. Manzum olan eser aruzun remel bahrine ait "fâilâtün fâilâtün fâilün" kalıbıyla yazılmıştır. Aydınoğlu Umur Bey adına tercüme edilmiştir. (Karasoy, 2009: 17)

İlîdicak ol dahi zâyil olur

Ehl-i ma'nâ her sözün aslın bilür (Karasoy, 2009: 80)

(İlitip içilirse bu zarar da ortdan kalkar. Mana ehli olanlar her sözün aslını bilir.)

Sıfat-ı 'asel (Balın özelliği):

Bellü bil kim germ ü huşk oldu 'asel

Hem şifâu'n-nâsdur ol bî-ilel (Karasoy, 2009: 80)

(Açıkça bil ki balın mizacı sıcak ve kurudur<sup>13</sup>. O hasta olmayan insanlar için de şifâdır.)

Tendürüst ü mideyi kılur kavî

Fâlic ü lakve giderür manevi (Karasoy, 2009: 80)

(Herkese sağlık verir ve mideyi güçlendirir. Kısmî felci ve yüz felcini giderir.)

Lîk kimde kim harâret ola bol

Lâ-cerem kim anda safra kıla ol (Karasoy, 2009: 80)

(Fakat çok harareti olan kimselerde şüphesiz [sarı] safrayı artırır.)

Yiyeler ardınca turşu vü enâr

Def' ider anun ziyânını ey yâr (Karasoy, 2009: 80)

(Ey dost balın ardından turşu ve nar yenilirse onun bu ziyânı yok olur.)

#### **Muhiddin Mehî'nin Nazm-ı teshil adlı eserinde bal ve gül ile ilgili beyitler<sup>14</sup>:**

Balun tabiatın bildürür:

Bal çü hâr u yabîs oldu sūdde-i açar kişi

Arturur safrayı keser balgamı budur işi (Kaya, 2008: 181)

(Bal sıcak ve kurudur kişinin tıkanıklığını açar, safrayı artırır ve balgamı keser.)

Kanı göyündürür amma hazmı ider müntehâ

Tab'ı ishal eyleyüben getürür hoş iştiha (Kaya, 2008: 181)

(Kanı ısıtır, yakar fakat hazma son derece faydalıdır, ishal edici tabiatı vardır ve iştah açıcıdır.)

Gül suyunun menfa'atın bildürür:

<sup>13</sup> Karasoy' un yaptığı çeviride kuru yerine "sert" yazılı (Karasoy, 2009: 81). Fakat huşk kelimesi Farsçada "kuru" anlamına gelmektedir. Bu sebeple çeviride "kuru" kelimesi tercih edildi.

<sup>14</sup> Örnek beyitler için şu çalışmadan faydalanılmıştır. Kaya, Emel (2008) "Muyiddin Mehî'nin Müffid (Nazmü't-Teshîl) Adlı Eseri ve Bu Eserin XV. Yüzyıl Türk Tıp Dilinin Oluşmasındaki Yeri" Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Gül suyunun nef'ini işid ne demişdir tabîb

Yüregi vü mideyi ider kavî ol ey habîb

(Ey sevgili dinle gül suyunun faydasını, o yüreği ve mideyi sağlamaştırır, demiş tabip.)

Hem dahi virür be-gâyet cisme kuvvet ey şebâb

Muhtelif olana bunda çok durur nef'-i gül-âb (Kaya, 2008: 209)

(Ey genç, bedene son derece kuvvet verir, gül suyunun çok çeşitli faydaları vardır.)

Gülbeşekerün menfa'atin bildürür:

Gülşeker mide kavi idüp ta'âmı hazm ider

Balgamı kat' eyler ü kuvvet bulur andan ciger (Kaya, 2008: 238)

(Gülşeker mideyi sağlamaştırıp yiyecekleri hazm ettirir, balgamı keser ve ciğere kuvvet verir.)

Gülengübinin<sup>15</sup> menfa'atin bildürür:

Gülbeşeklerden gülengübîni demişdür tabîb

İssirekdür menfa'atda lîk birdür ey tabîb (Kaya, 2008: 238)

(Tabip gülşeker yerine gülengübini söylemiştir. Bu daha sıcaktır fakat faydaları aynıdır.)

### **Beyitlerden seçmeler:**

Bu kısımda konuyla ilgili divanlar, mesneviler ve farklı manzumelerden ulaşılan örnek beyitler verilmiştir. İncelememizde çok sayıda beyit tespit edilmiş fakat bunların tamamını paylaşmak bildiri metni sınırlarını fazlasıyla aşacağı için örnekler sınırlı sayıda tutulmuştur.

### **Gül ile ilgili beyitler**

Gül

Cânuma cân katdı şîrîn bûseler

Gül gibi her derde dermândur lebün (Sehi Bey, Yekbaş, 2010: 258)

“Tatlı öpücükler canıma cân katdı, dudakların gül gibi her derde dermandır.” Diyen şair bu beyitte gülün her derde deva olduğunu belirtiyor.

Hastelendi görüp ey gül lebüni gonca-i bâğ

Tamzurur penbe ile ebr-i bahâr ağzına su (Hasan Ziyâ'î, Gürgendereli, 2002: 289)

---

<sup>15</sup> Balla gül yaprağından yapılan bir tatlı (Ayverdi, 2010: 444).



Beyitte hastaların ağzına pamuk ile su damlatma âdetine işaret edilmektedir. Ey gül diyerek sevgiliye seslenen şair, bağdaki goncanın sevgilisinin dudağını görüp kıskançlığından hasta olduğunu, bahar bulutunun ise pamuk ile goncanın ağzına su damlattığını söylemektedir.

Gül-şeker

Bu haste gönlümün sanemâ çün tabîbisin

La'lünden ana sıhhat için gül-şeker getir (Cem Sultan, Ersoylu, 1989: 67)

Bu beyitte hastaların tedavisi için gül şeker kullanıldığı anlaşılmaktadır. “Ey sevgili bu hasta gönlümün tabibisin, dudağından ona sıhhat için gül-şeker getir.” Diyen şair sevgilisinden öpücük beklemektedir.

Gül-be-şekker

‘Âşık-ı dil-hasteye sunsa gıdâ-yı rûh olur

Gül-be-şekkerdür leb-i şîrîn-beyânı goncanun (Cinânî, Okuyucu, 1994: 529)

“Goncanın tatlı sözlü dudakları gülbeşekkerdir, onları gönlü hasta aşığa sunsa ruhuna gıda olur.” Diyen şair, gülbeşekkerin hastalara faydalı bir gıda olduğunu beyitinde dile getirilmektedir.

Gül-şekerden

Gözün marfîzine la'l-i lebünle eyle 'ilâc

Ki haste olana olmaya gül-şekerden yeg (Adlî, Bayram, 2018: 100)

“Hastalıklı gözüne kırmızı dudaklarınla ilaç yap çünkü hasta olana gülşekerden daha iyi ilaç yoktur.” Diyen şair bir taraftan sevgilisinin yaralayıcı bakışlarından şikâyet ederken diğer taraftan dudaklarından şifa beklemektedir. Beyitte hastalara gül şekerden daha iyi bir ilaç olmadığı dile getirilmiş.

Gülâc

Pister-i fûrkatde dil la'l-i lebün eyler recâ

Güyyâ bir hastedür kim ârzû eyler gülâc (Hecrî, Zülfe, 2010: 67)

“Ayrılık döşeğindeki gönül, kırmızı dudağını ümit eyler; güya o bir hastadır ki güllaç ister.” Diyen şair, sevgilisinden ayrı olduğu için hasta olduğunu ve hasta olanların güllaç tatlısı arzu ettiklerini söylemektedir.

Gül-âb

Gül yüzün üzre 'arakdan derd-i ser irdi bana

Gerçi nâfi'dür sudâ'a virürler ey gonca gül-âb (Sürûrî, Ünver, 2010: 329)

“Gül yüzün üzerine düşen ter damlalarından bana baş ağrısı erişti, gerçi ey gonca baş ağrısına fayda için gülsuyu verirler.” Diyen şair, sanatlı bir söyleyişle derdinin de dermanının da

sevgilisinde bulunduğunu dile getirmektedir. Bu beyitte gül suyunun baş ağrısına faydalı olduğu belirtiliyor.

### **Balla ilgili beyitler:**

Şehd (bal)

Leblerün şehdi var-iken ‘âşık-ı dil-hasteye

İstemez kand ü nebât cüllâb ana hâcet degül (Muhıbbî, Ak, 1987: 504)

“[Ey sevgili] gönlü hasta aşığa, dudaklarının balı varken nöbet şekeri ve gül suyu gerekmez.” Diyen şair, dönemin tıp bilgilerine göre birlikte yenmesinde insan vücudu için şifa olan nöbet şekeri ve gül suyunu zikretmektedir. Sevgilisinin dudağındaki balı ise onlardan daha üstün tutmakta dolayısıyla balın şifalı oluşu hatırlatılmaktadır.

Çün dil-i miskîni zülfün kıldı sevdâyî mizâç

Ey müferrih-leb buyur şehd-i şifân eyle ilâç (Ahmed Paşa, Onay, 2000: 115)

“[Ey sevgili] zülfün/saçın çaresiz gönlü sevdâvi mizaç eyledi, buyur/gel de ferahlatıcı dudağının şifalı balıyla [ona] ilaç yap.” Beyitte söz oyunları yapan şair sevgilinin siyah saçı yüzünden anlamı siyah demek olan sevdavi mizaca tutulduğunu, sevgilisinin ferahlatıcı ve şifalı olan ballı dudaklarıyla kendisine ilaç yapmasını söylüyor. Beyitte balın tedavi edici özelliğine değinildiği fark edilmektedir.

‘Asel (bal)

Yaş döker çeşmüm lebün şevkine sinem yâdına

Zahma anuñçün ki nâfi’dür ‘asel birle nemek (Sürûrî, Gıynaş 2017: 1598)

“Gönlüm dudağının arzusunu hatırladıkça gözlerim yaş döker, onun için yaraya bal ile tuz faydalıdır.” Diyen şair, yaranın iyileşmesi için bal ve tuzun birlikte kullanılmasının faydalı olduğu bilgisini vermektedir.

Lebleründen dillere dermân irer

Çün şifâ’ü’l-mü’minîn oldı ‘asel (‘Aynî, Mermer, 1997: 529)

“Dudakların gönüllere derman olur. Çünkü bal müminler için şifa oldu.” Diyen şair sevgilisinin dudaklarını bala benzetmektedir. Beyitte balın Müminler için şifa olduğu vurgulanmaktadır.

‘Aynî sordı şehdi ağzundan didi fihi şifâ

İktibâsından bilindi k’ol ‘aseldür dostum (‘Aynî, Mermer, 1997: 570)

“Aynî ağzından balı sordu o da ‘fihi şifa’ dedi, iktibasından bilindi ki o baldır dostum.” Diyen şair söz oyunu yaparak sevgilisinin dudaklarını bala benzetmekte ve onların şifalı olduğunu ifade

etmektedir. Beyitte Nahl suresi 69. Ayet-i kerimede geçen “fîhi şifâu'n-nâs” -insanlar için şifa vardır- ifadesine iktibas yapılmıştır. Balın insanlar için şifalı olduğu hatırlatılmıştır.

Sarardı şehd-i kelâmdan ehl-i derd yüzü

Müzeyyed-i illet-i safrâ olur şifâ-yı asel (Fuzûlî, Onay, 2000: 115 )

“Derd ehlinin yüzü bal sözünden sarardı. Bal şifalıdır [fakat] safrayı artırarak hastalığa da sebep olur.” Bu beyitte balın safrayı artırdığı belirtilmektedir.

## **Sonuç**

Divan şiirinde bal ve gülle ilgili tıbbî özelliklerin ahlât-ı erbaa kuramına dayandığı anlaşılmaktadır. Şairler bu geleneksel tıp bilgisini şiirlerinde sevgiliye ait çeşitli güzellik unsurlarıyla ilişkilendirerek kullanmışlardır. Bu bilgilerin aktarılmasında özellikle teşbih, açık istiare, iktibas ve telmih gibi edebi sanatlar yoğun olarak kullanılmıştır. İncelememizde yer alan manzum tıp kitaplarında daha çok bilgi aktarımı ve didaktik bir anlatım tarzı benimsendiği fark edilmiştir. Diğer manzumelerde ise şairler; dönemin tıbbî bilgilerini çoğunlukla şiirlerini zenginleştirmek için kullanmışlar, bunu yaparken de lirik ve sanatlı bir anlatım tarzı benimsemişlerdir.

## Kaynakça

1. Ak, Coşkun (1987). Muhibbî Dîvânı. Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yay.
2. Akalın, Şükrü ve başk. (2011). Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yay.
3. Ayverdi, İlhan (2010). Misallî Büyük Türkçe Sözlük, İstanbul: Kubbealtı yay.
4. Bayram, Yavuz (2018). Adlî Dîvânı. Ankara: e-kitap <http://ekitap.kulturturizm.gov.tr/>
5. Bursalı, Mehmed Tahir (2009). Osmanlı Muellifleri (Haz.: M. Tatcı - C. Kurnaz) (C.2, s.256). Ankara: Bizim Buro Yay.
6. Eğri, Sadettin (2015). “Tabip Şair Şeyhi ve Kenzü’l-Menâfi Risâlesi”, Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 29, s. 263-277.
7. Erdemir, A. D. (1989). “Ahlât-ı erbaa mad.”, Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, (C. 2, ss. 24). Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yay.
8. Ersoylu, Halil (1989). Cem Sultan’ın Türkçe Dîvânı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yay.
9. Gıynaş, Kamil Ali (2017). Pervâne Bey Mecmuası. Ankara: e-kitap <http://ekitap.kulturturizm.gov.tr/>
10. Günhan, Ali (2011). Şeyhî’nin Kenzü’l-Menafi – Tıp Risalesi, Kütahya: Kütahya Belediyesi Kültür Yay.
11. Gürgendereli, Müberra (2002). Hasan Ziyâ’î, Hayatı-Eserleri-Sanatı ve Dîvânı. Ankara: Kültür Bakanlığı Yay.
12. Karabulut, Ali Rıza (2013). Tıbb-ı Nebevî Ansiklopedisi. Kayseri: Akabe Kitabevi.
13. Karasoy, Yakup (2009). Tutmacı -Eski Oğuz Türkçesiyle Yazılmış Bir Tıp Kitabı- Tabiatnâme. Konya: Palet Yay.
14. Kaya, Emel (2008). “Muyiddin Mehî’nin Müfîd (Nazmü’t-Teshîl) Adlı Eseri ve Bu Eserin XV. Yüzyıl Türk Tıp Dilinin Oluşmasındaki Yeri” Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
15. Mermer, Ahmet (1997). Karamanlı Aynî ve Dîvânı. 1. Baskı, Ankara: Akçağ yay.
16. Okuyucu, Cihan (1994). Cinânî Hayâtı Eserleri Dîvânının Tenkidli Metni. Ankara: Türk Dil Kurumu Yay.
17. Onay, Ahmet Talat (2000). Eski Türk Edebiyatında Mazmunlar ve İzahı (Haz: Cemal Kurnaz), Ankara: Akçağ Yay.
18. Önler, Zafer (1990). Celâlüddin Hızır -Hacı Paşa-, Müntehab-ı Şifâ. Ankara: TDK Yay.
19. Paçacıoğlu, Burhan (2010). Nidâî Manzum Tıp Kitabı. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.
20. Pala, İskender (2003). Asiklopedik Divan Şiiri Sözlüğü. 12. baskı, İstanbul: LM Yay.
21. Tez, Zeki (2015). İlaç ve Parfümün Sihirli Dünyası. 2. baskı, İstanbul: Hayy Kitap
22. Ünver, Niyazi (2010). “Gelibolulu Sürûrî ve Dîvânı” Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

23. Yekbaş, Hakan (2010). Sehî Bey Dîvânı. İstanbul: Kitabevi Yay.
24. Yücel, Hasan Ali (1937). Bir Türk Hekimi ve Tıbbı Dair Manzum Bir Eseri. İstanbul: Devlet Basımevi.
25. Zülfe, Ömer (2010). Hecrî Dîvânı. Ankara: e-kitap <http://ekitap.kulturturizm.gov.tr/>

# Göç Sürecinde Çocuk Olmak...

## Risk Yaklaşımı ile Göçmen Çocuklara Hemşirelik Bakımı

### Being a Child in the Process of Migration

### Nursing Care for Migrant Children with Risk Approach

Mehmet KORKMAZ<sup>1</sup>

İlknur AYDIN AVCİ<sup>2</sup>

#### ÖZET

Birçok zor koşulları barındıran göç süreci, sosyal, fizyolojik ve psikolojik olarak çocukları olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden göçmen çocuklar sağlık, eğitim, beslenme ve barınma haklarını yeterince kullanamamaktadır. Göç sürecini deneyimleyen çocuklarda, suça yönelme, şiddet uygulama, depresyon ve anksiyete başta olmak üzere gelişme geriliği, uyku ve yeme bozuklukları ve buna bağlı olarak obezite, özgüven eksikliği, okulda başarısızlık, sigara ve alkol bağımlılığı gibi riskli davranışlar, intihar, hiperaktivite gibi psikolojik ve davranışsal sorunlar görülmektedir. Göçmen bireylere sağlık hizmetini sunulmasında aktif rol alan hemşireler göçün fiziksel, psikolojik, sosyal olumsuzluklarını deneyimlemiş göçmen çocuklara yardım etmede her zaman öncü pozisyonda olmalıdır ve çocuklara risk yaklaşımli hemşirelik bakımı sunmalıdır. Hemşireler göçmen çocuklara uygulayacakları bakımda risk yaklaşımli hemşirelik bakımı sürecini bu bakıma dahil etmelidirler.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik Bakımı, Göçmen Çocuklar, Risk Yaklaşımı

#### ABSTRACT

The migration process, which has many difficult conditions, affects children negatively in terms of social, physiological and psychological. Therefore, immigrant children cannot use their rights to health, education, nutrition and housing adequately. Children experiencing the migration process, such as delinquency, violence, depression and anxiety, developmental disability, sleep and eating disorders, and consequently obesity, lack of self-confidence, failure in school, risky behaviors such as smoking and alcohol addiction, behavioral problems are observed. Nurses who take an active role in providing health services to immigrant individuals should always be in a leading position in helping migrant children who have experienced physical, psychological and social problems of migration. Nurse also should provide nursing care for children with risk approach. Nurses should include the nursing care with risk approach to nursing care process while providing care to immigrant children.

**Key Words:** Nursing Care, Immigrant Children, Risk Approach

<sup>1</sup> Arş.Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [korkmazmehmetmgrtn@gmail.com](mailto:korkmazmehmetmgrtn@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ilknura@omu.edu.tr](mailto:ilknura@omu.edu.tr)

## Giriş

Belirli nedenlerle insanların yaşadıkları bir bölgeden ayrılarak bir diğerine yerleşmeleri anlamına gelen göç, insan hayatında önemli değişimlere yol açan küresel bir kavramdır (Topçu ve ark. 2006; Gushulak ve ark., 2010; Memiş ve ark., 2014). Göçü isteyerek ya da zorunlu deneyimleyen bireyleri tanımlamak için mülteci, sığınmacı ve göçmen gibi bir çok kavram kullanılmaktadır (Kömürcü ve ark., 2012; UNHCR 2016). Göçmen kavramı daha kapsayıcı ve diğer kavramlar yerine de kullanılabilen bir kavramdır (IOM, 2019). Göç insanların sosyal ilişkilerini, kültürlerini, ekonomik durumlarını ve psikolojik durumlarını etkilediği gibi bireylerin sağlıkları üzerinde de önemli değişiklikler meydana getirir. Göçmenler sosyal izolasyon, yerinden edilme, kıtlık, savaş ve aşırı kalabalığın neden olduğu koşullarına katlanırlar ve göçmen olarak yaşadıkları toplumun en fakir ve en majinal üyeleri olarak kabul edilmektedirler. Göçmenlerin çoğu tedavi edilebilir ya da önlenemez sosyal, fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlık problemlerden dolayı oldukça mağduriyet yaşamaktadırlar (Mohammed ve ark.,2006). Göçmen bireyler daha çok yaşam koşulları kötü olan bölgelerde yaşamaktadır. Yerleştikleri topluma uyum sağlamada sorunlar yaşadıkları için olumsuz durumlara sahip çalışma ortamlarında para kazanmaktadırlar. Buldukları toplumun dilini iyi düzeyde bilmeme, sağlık güvencelerinin olmaması, sağlık kuruluşlarına uzak mesafede yaşamaları, yol ücretleri, çalıştıkları işlerin mesai saati aralığı, sağlık inançları ve geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıkları için sağlık hizmetlerini kullanım düzeyleri düşüktür (Morris, 2009; Kimayer 2011; Ahmed ve ark., 2016). Göçmenlerin göç deneyimleri ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda toplumdaki diğer bireylerle eşit imkanlara sahip olmamaları sağlık hizmetlerini düşük düzeyde kullanmalarına neden olmaktadır (Sanchez ve ark., 2016; Schick ve ark., 2016). Göçmenler çoğunlukla acil durumlarda sağlık kurumlarına başvurmakta psikolojik sıkıntıları olduğunda ya da herhangi bir hastalığın belirtisini gözlemlediklerinde sağlık hizmetlerini alamamaktadırlar aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma düzeyleri de oldukça düşüktür (WHO,2016).

Göçmen olarak bulunulan ülke gelinen ülke ile her ne kadar benzer kültür ve çevre olursa olsun göçmenler yaşadıkları bölgeden ayrılmış olmaları, göç esnasında yaşamış oldukları kayıplar, toplumdan ya da aile üyelerinden birinin kaybı gibi sorunlardan dolayı yerleştikleri ülkeye uyumda zorluklar yaşamaktadırlar (Mohammed ve ark.,2006; Morris, 2009; Kimayer 2011). Göç sürecini deneyimleyen bir ailede aile fertlerinin tümü için göç, sarsıcı bir süreç olma riskini sahiptir ve tüm bireyler bu süreçten farklı şekillerde etkilenmektedir (Topçu, 2006).

Toplumu soyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel olarak etkileyen ve süreç itibarıyla bir çok olumsuzlukları barındıran göç, en fazla çocukları etkilemektedir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) raporlarına göre Dünyadaki mültecilerin %51'ini çocuklar oluşturmaktadır (UNHCR, 2016). Gelişim süreçleri nedeniyle savunmasız olan çocuklar göç deneyimiyle birlikte sağlıkları risk altına girmekte ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine iyi düzeyde ulaşamamaktadırlar (Gümüş ve Bilgili, 2015; Hansen ve Huston, 2016; Sanchez ve ark., 2016; IFNA, 2019). Büyüme ve gelişme süreçleri devam eden, ebeveynlerine bağımlı olan ve kendilerini yeteri kadar koruma durumu olmayan çocuklar göçün en savunmasız grubunu oluşturmakta, bu durum çocukların sağlığını önemli derece etkilemektedir. Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimine, bu süreçte yaşanabilecek olumsuzluklar derinden ve bazen de kalıcı şekilde etkilere yol açmaktadır (Polat ve Evliyaoğlu, 2008). Çocukların sağlıklı bir gelişim dönemi geçirebilmeleri için yaşadıkları aile yeterli beslenen, güvenli bir çevrede yaşayaşan, sağlıklı yaşam tarzına sahip olan ve aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerine ulaşmada problem yaşamayan sağlıklı bir aile olmalıdır. Sağlıklı bir ailede yaşamını çocukların iyilik hali ve normal gelişimi için önemlidir (Erci, 2008; Kaakinen ve ark., 2010).

Göçmen olarak yaşamak demek kötü çalışma ve yaşam koşullarına sahip olarak ve sağlık hizmetlerini yeterince kullanamayarak hayatını idame ettirmek demektir. Özellikle göçmen kadınlar ve çocuklar sağlık hizmetlerini kullanma açısından risk altındadır (Hansen ve Huston, 2016; Sanchez ve ark., 2016). Göçmen ailelerin yaşam koşulları sağlık için riskler barındıran ortamlar olmakla birlikte bu durum çocukların solunum yolu enfeksiyonu, tüberküloz, kızıl hastalığı, kızamık, rubella ve su çiçeği gibi bulaşıcı hastalıklara sahip olmasına neden olmaktadır. Ekonomik yetersizlik, sağlıklı beslenememe ve hijyen ile ilgili sorunlar bulaşıcı hastalıkların prevalansını arttırmaktadır. Dehidratasyon ve yüksek ateş gibi sağlık sorunları çocukların yaşam boyunca tedavi edilemeyecek hastalıklara yakalanmalarına neden olmaktadır (CARE,2016). Yeterli düzeyde sağlık hizmeti kullanmayan göçmen çocuklarda hastalıkları önlemeye yönelik aşı olma oranları oldukça düşüktür (Gümüş ve Bilgili, 2015; CARE, 2016). Düşük ücret karşılığı ve sigortalı olmadan çalışma gibi nedenlerle işgücü piyasasına giren çocukların yaşları 7-8 yaşlara kadar düşmüştür. Çocukların zor şartlar altında, ağır işlerde ve uzun saatlerde çalışmaları iş kazaları yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşam koşullarının kötü olması, yeterli gelirlerinin olmaması ve stresli bir aile ortamında yaşıyor olmaları göçmen çocuklarda suça yönelme, şiddet uygulama, depresyon ve anksiyete psikolojik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Yeterli düzeyde beslenememe, karbonhidrat ve yağ ağırlıklı beslenme ve yanlış beslenmeden kaynaklı göçmen çocuklarda yeme bozuklukları ve buna bağlı olarak obezitenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Morris, 2009; Kirmayer, 2011; Pfortmueller



ve ark., 2016). Aynı zamanda göçü deneyimleyen çocuklarda, gelişme geriliği, uyku düzeninde bozulma, özgüven eksikliği, okulda başarısızlık, sigara ve alkol bağımlılığı gibi riskli davranışlar, intihar, hiperaktivite gibi psikolojik ve davranışsal sorunlar görülmektedir (Kirmayer, 2011, Aydın ve ark., 2017; Kazoura, 2017). Göçmen çocuklar en çok dil engeli nedeniyle eğitim yaşamlarına ara vermekte ya da eğitimlerine devam edememektedirler. Göçmen çocuklarla ilgili 11 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada göçmen çocukların akademik becerisini arttırmak için yapılan çalışmalar lise eğitimine giriş sınavında başarıyı arttırmasına rağmen okuldan ayrılma riski yüksek kalmaya devam ettiğini göstermektedir (EUNEC, 2013).

Göçmenlerin yerleştikleri toplumdaki hemşireler onların sorunlarını anlamakta sorunlar yaşamaktadırlar. Göçmenlerin sağlık hizmeti kullanmaları esnasında en çok etkileşim halinde oldukları sağlık personeli olan hemşireler özellikle göçmenlerin sağlık ihtiyaçları ve göçmen nüfusun tedavisinde yer alan potansiyel engelleri konusunda bilgi düzeylerini arttırmayı amaçlamalıdır (Morris ve ark., 2009; Pfortmueller, 2016). Hemşireler göçmen çocuklara bakım verirken öncelikle savunmasız ve birçok sağlık riskine sahip bir grup olduğu için, bakımını risk yaklaşımına yönünde vermelidir. Risk yaklaşımına bakım risk faktörlerini belirlemek, risklerin seviyesini ortaya çıkarmak ve riskleri değerlendirmeyi kapsamaktadır (Morris, 2009; WHO, 2012). Bu doğrultuda hemşireler göçmen çocukların sağlığına ilişkin riskleri tanımlamalı, çocukların bu risklere maruziyetini arttıracak risk faktörlerini belirlemeli, bu risk faktörlerinin giderilmesi için riskleri değerlendirmeli ve risk değerlendirilmesi göçmen çocuğun ailesi ve çevresini de içermelidir. Bu değerlendirme çocuğun sosyal, ruhsal ve fiziksel ihtiyaçlarını içermelidir. Çocuğun yaşadığı çevre, özel sosyal destekleri, başka çocuklarla ve bireylerle olan ilişkilerini ve çocuğun sağlık göstergelerini etkileyen öneme sahip olan diğer faktörleri içerdiği için çocuğun sağlığının değerlendirilmesinde önemlidir (Gümüş ve Bilgili, 2015; Pfortmueller, 2016; IFNA, 2019).

## **Sonuç**

Yaşamlarında oldukça önemli etkilere yol açan göçü deneyimleyen göçmenler göçün barındırdığı birçok durumla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Göçün en savunmasız grubu olan çocukların yaşam koşulları nedeniyle ihtiyaçlarının çoğunluğu temel düzeyde karşılamakta ya karşılanamamaktadır. Bu durum göçmen çocukların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşireler göçmen çocuklara yönelik girişimlerde bulunurken risk yaklaşımını göz önünde bulundurmalı ve göçmen çocukları çevreden ve aileden bağımsız olarak değerlendirmemelidir.

## Kaynakça

1. Ahmed S, Shommu NS, Rumana N, Barron GRS, Wicklum S, Turin TC. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant Minority Health*,18:1522–1540.
2. Aydın D, Şahin N, Akay B. (2017). Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri, Effects of immigration on children's health. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 7(1):8-14.
3. CARE, Common Approach for Refugee and other migrant's health, Health Promotion And Health Care Of Migrants And Refugees. <http://careformigrants.eu/wp-content/uploads/2017/05/D7.1-Training-material-part-1-presentations.pdf>.Alıntı Tarihi: 15.02.2019.
4. Erci B. (2008). Aile Sağlığı Hemşireliği. Erci B (Ed). *Halk Sağlığı Hemşireliği* (1.Baskı) içinde. Ankara: Göktaş, (54, 266-283).
5. European Network of Education Councils (EUNEC)/ Avrupa Birliği Eğitim Komisyonu. Report of the conference of the European Network of Education Councils, Brussels, January 2013.
6. Gushulak BD. Weekers J. MacPherson DW. (2010). Migrantsandemergingpublichealthissues in a globalizedworld: threats, risksandchallenges, an evidence-basedframework. *EmergingHealthThreatsJournal*, 2(10):9.
7. Gümüş Y, Bilgili N. (2015). Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18:63-67.
8. Hansen L, Huston P. (2016). Health considerations in the Syrian refugee resettlement process in Canada. *Canada Communicable Disease Report*, 42(2):53.
9. Kirmayer LJ. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, DOI:10.1503/cmaj.090292.
10. Internatioal Family Nursing Association (IFNA) /Aile Sağlığı Hemşireliği Derneği. Erişim Adresi:<http://internationalfamilynursing.org/2016/02/18/caring-for-refugee-families/>. Erişim Tarihi:10.02.2019.
11. Kaakinen JR. Hanson SMH. Denham SA. (2010;). *Family Health Care Nursing*. Kaakinen JR. Gedaly- Duff V. Coehlo DP. Hanson SMH. Editör, *Family Health Care Nursing Theory, Practiseand Research*, 4. Baskı, Philadelphia ,F. A. DavisCompany, 10-17, 526.
12. Kazoura F, Zahreddinea NR, Maragela MG, Almustafaa MA, Soufiac M, Haddada R, Richaa S. (2017). Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*,72:41–47.
13. Memiş E, Bülbül C. (2014). *Eski Çağda Göçler*. 1. Baskı, Bursa, Ekin Yayınevi, 231-242.

14. Morris MD, Popper ST, Rodwell TC, Brodine SK, Brouwer KC. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *Journal of Community Health*, 34(6):529–538.
15. Korkmaz AÇ. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*,1:38.
16. Kömürcü Y, Özsoy R, Çobanoğlu A. (2012). Kadın Sığınmacılar: Uluslararası Göçün Sessiz Tanıkları. Esen E, Yazıcı Z, Editör, Onlar Bizim Hemşehrimiz (Uluslararası Göç ve Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı), 1. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi,142.
17. Mohammed MS, MacIntyre CR, Wood NJ, Leask J and Isaacs D. (2006). Barriers to access to health care for newly resettled sub-Saharan refugees in Australia. *The Medical Journal of Australia*, 185(11/12):594-595.
18. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems?. *PlosOne*, 11(2):1-11.
19. Polat S, Evliyaoğlu N. (2008). Göçmen çocuklar. *Türkiye Klinikleri J Peditr Sci*, 4(6):52-5.
20. Sanchez MG, Romero AA, Vozmediano EB, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. (2016). Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to and Utilization of Health and Social Services. *Journal Immigrant Minority Health*, DOI 10.1007/s10903-016-0356-8.
21. Schick M, Zumwald A, Kno B, Nickerson A, Bryant RA, Schnyder U, Muller J, Morina N. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7:1-5.
22. Topçu S, Beşer A. (2006). Göç ve sağlık. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3:38-39).
23. UNHCR 2016. Global Trends 2015. United Nations High Commissioner for Refugees. <http://www.unhcr.org/global-trends-2015.html>. (Alıntı Tarihi: 09.01.2019).
24. Uluslararası Göç Organizasyonu (Internatioal Organisation for Migration (IOM),. Migrant Presence Monitoring Situation Report July, 2016. International Organization for Migrants, 2016 (Alıntı Tarihi: 20.12.2016).
25. Uluslararası Göç Organizasyonu (Internatioal Organisation for Migration (IOM). Key Migration Terms, Erişim tarihi: 18.01.2019 <https://www.iom.int/key-migration-terms#Migrant>.
26. WHO, 2016. Humanitarian Health Action; Migrant health. World Health Organization. [http://www.who.int/hac/techguidance/health\\_of\\_migrants/en/](http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/). (Alıntı Tarihi: 20.08.2016).

# Hemşirelik Öğrencilerinin Göç ve Göçmen Olgusuna Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi

## Evaluation of Nursing Students' Perceptions of Migration and Immigrant Phenomenon

Mehmet KORKMAZ<sup>1</sup>

İlknur AYDIN AVCI<sup>2</sup>

### ÖZET

Bireylerin yaşamında birçok değişimlere yol açan göç olayı bir yaşam ünitesinden bir diğerine yerleşmek olarak kavramlaştırılmıştır. Göç süreci birçok riskleri barındırmaktadır. Bu risklerden en önemlisi de sağlık riskleridir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rolü olan hemşireler göçmen bireylere sağlık hizmeti sunarken göçün barındırdığı risklerin farkında olmalı ve göçmen bireylere yönelik müdahalede bulunurken bu riskleri göz önünde bulundurmalıdır. Bu araştırmada geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinin göç ve göçmen olgusuna ilişkin algıları metaforlar aracılığıyla incelenmiştir. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden biri olan olgu bilim araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veriler içerik analizi tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Bu doğrultuda, hemşirelik öğrencilerinin geliştirdikleri metaforların değerlendirilmesi süreci; metaforların adlandırılması, metaforların sınıflandırılması, kategori geliştirme, geçerlik ve güvenilirliği sağlama, verileri bilgisayar ortamına aktarma olmak üzere beş aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, hemşirelik öğrencileri göç ve göçmen olgusuna ilişkin olumlu olumsuz ve nötr metafor üretmişlerdir. Bu metaforlar daha sonra ortak özellikleri açısından değerlendirilerek belirli kategorilere ayrılarak değerlendirilmişlerdir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik Öğrencileri, Göç ve Göçmen Olgusu, Metafor Yöntemi

### ABSTRACT

Immigration, which caused many changes in the life of individuals, was conceptualized as settling from one life unit to another. The migration process has many risks. The most important of these risks are health risks. Nurses, who play an important role in the provision of health services, should be aware of the risks of migration while providing health services to immigrant individuals and should take these risks into consideration when responding to immigrant individuals. In this study, the perceptions of nursing students, who are nurses of the future, on migration and migratory phenomenon were examined through metaphors. The phenomenological research method, one of the qualitative research methods, was used in the study. Data were analyzed by using content analysis technique. In this context, The process of evaluation of metaphors developed by nursing students was carried out in

<sup>1</sup> Arş.Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [korkmazmehmetmgrtn@gmail.com](mailto:korkmazmehmetmgrtn@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ilknura@omu.edu.tr](mailto:ilknura@omu.edu.tr)

five stages. The stages are nomenclature of metaphors, classification of metaphors, category development, ensuring validity and reliability, transferring data to computer. According to the findings of the study, nursing students produced a positive, negative and neutral metaphor for migration and immigrant phenomenon. These metaphors were then evaluated in terms of their common characteristics and evaluated according to specific categories.

**Key Words:** Nursing Students, Migration and Immigrant Phenomenon , Metaphor Method

## Giriş

Kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, sürekli ya da geçici bir süre için bir bölgeden bir başkasına yerleşmek amacıyla giriştikleri harekete göç denilmektedir (Demir, 1996). Göç kişilerin hayatında önemli değişimlere yol açmakta, sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkilemektedir. Göç, sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kullanımına olan etkisi de bu etkilerden biridir (Gushulak ve ark., 2006; Topçu ve ark., 2006). Göç edilen ülkede göçmenlerin gelir düzeyinin düşük olması nedeniyle, göçmenler yaşam koşullarının kötü olduğu bölgede yaşamlarını sürdürmektedirler. Bu bölgelerde yeterli sağlık kuruluşu ve insan gücünün olmaması, göçmenlerin yetersiz beslenmeleri, dil engeli ile karşılaşmaları, sağlık sigortasına sahip olmamaları, sosyal ve psikolojik stres gibi faktörler göçmenlerin sağlığını olumsuz etkilemektedir (Zunzunegua 2006; Kirmayer, 2011; Korkmaz, 2014; Schick, 2016).

Hemşireler, çalışma ortamındaki iş yükü ve kötü şartlardan etkilenen en önemli sağlık profesyonelleri olarak görülmektedirler. Bu yüzden hemşirelerin içinde bulunduğu çalışma ortamında uygun koşulları sağlamalıdır. Göç sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hemşireler tarafından değerlendirilmesi gereken ve sağlık üzerinde çok önemli etkileri olan biyolojik, çevresel, sosyo-kültürel değişkenleri, yaşam şekillerini, sağlık davranışlarını ve inançlarını içeren bir olgudur. Bu nedenle göç sürecini deneyimleyen bireylerin sağlık koşullarının geliştirilerek sürdürülmesinde hemşirelere çok önemli roller düşmektedir (Erten ve ark, 2014; Gümüş ve Bilgili, 2015). Temel olarak, göçmenlerin mevcut risk faktörleri, morbidite oranlarını ve psikososyal ihtiyaçları konusunda bilgi eksikliği olan hemşirelerin göçün sağlığa olan etkileri, göçmenlerin sağlığının nasıl geliştirilebileceğini bilmeleri hemşireler için kolaylaştırıcı etken oluşturmaktadır (Gushulak ve ark., 2006; Kristiansen 20017).

Hemşireler göçmenlerin sorunlarını anlamakta sıkıntılar yaşamaktadırlar. Büyük bir göçmen gruba hizmet veren hemşireler özellikle göçmenlerin sağlık ihtiyaçları ve göçmen nüfusun tedavisinde yer alan potansiyel engelleri konusunda bilgili olmayı hedeflemeli, toplumun tüm üyelerini olduğu gibi göç eden bireyleri de öncelikli grup olarak kabul etmeli, onların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için sağlığı geliştirme davranışlarını

değerlendirmelidir (Morris, 2009; Erten ve ark, 2014; Pfortmueller 2016) Geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencileri de uygulamada göçmen bireylere hemşirelik bakım verirken hemşirelerde olduğu gibi birçok engelle karşılaşmaktadır. En büyük engel iletişim sorunudur (Ruppen, 2010; Jirwe, 2010).

## **Yöntem**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, hemşirelik bölümünde 4. sınıfta öğrenim gören hemşirelik öğrencileri ile 2018–2019 eğitim-öğretim yılının güz döneminde yapılan bu çalışmada toplam 124 öğrenci yer almıştır. 16 Ekim 2018 tarihinde yapılan bu çalışmanın türü tanımlayıcı ve kesitseldir. Bu çalışmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihte okulda olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 124 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş demografik soruların ve açık uçlu soruların olduğu formlar aracılığıyla toplanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin üretmiş oldukları metaforlarla geçici bir liste oluşturulmuştur. Oluşturulan liste incelenerek metaforların net bir şekilde dile getirilip getirilmediğine bakılmıştır. Sonrasında belirgin metaforların olmadığı ve üretilen metaforlara ilişkin herhangi bir gerekçenin ifade edilmeyen veriler çıkartılarak analiz edilmiştir.

## **Veri Toplama Aracı**

Araştırma da “Göç demek ..... demektir, çünkü ...” ve “Göçmen olmak demek ..... demektir, çünkü ...” şeklinde açık uçlu sorudan oluşan bir form kullanılmıştır. Öğrencilerden elde edilmiş verilerin toplanmasına başlamadan önce kurumlardan gerekli yazılı izinler ve katılımcı öğrencilerden sözlü onam alınmıştır.

## **Verilerin Analizi**

Benzeyen verileri belirli temalar çerçevesinde birleştirmek ve okuyucunun anlayabileceği şekilde düzenlemek amacıyla içerik analizi kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Adlandırma aşaması; Hemşirelik öğrencilerin ürettikleri metaforlar geçici bir listeye yazılmıştır. Metaforların belirgin bir şekilde ifade edilip, edilmediği incelenmiştir. Belirgin bir şekilde ifade edilemeyen metaforlar değerlendirilmeye alınmamıştır ve listeden çıkarılmıştır. Sınıflandırma aşaması; Her metafor incelenerek ortak özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla öğrencilerin geliştirdikleri metaforlar her biri okunarak analiz edilmiştir. Temaları belirleme aşaması; Hemşirelik öğrencileri göç ile ilgili 45 metafor ve göçmen ile ilgili 23 metafor üretmiştir. Öğrencilerin ürettikleri metaforlar ortak özellikleri yönünden değerlendirilerek göç ve göçmen olgularına yönelik üretilen metaforlar gruplandırılmışlardır. Bu işlem sırasında 68 metafor hakkında oluşturulan liste dikkate alınarak özellikleri açısından belli bir tema ile ilişkilendirilerek 3 tema oluşturuldu. Bu temalar olumlu, olumsuz ve belirsiz olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının inandırıcılığını sağlamak için kullanılan önemli ölçütlerden biridir geçerlik ve güvenirlik. Nitel yöntemin kullanıldığı çalışmalarda verilerin detaylı olarak rapor haline getirilmesi araştırmacıların sonuçlara nasıl ulaştıklarını belirtmesi

geçerliliğın en önemli işaretlerındendir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Geçerlilik kapsamında göç ve göçmen olgusuna yönelik metaforlar öncelikle 3 tema altında sınıflandırılmıştır. Güvenilirlik doğrultusunda, çalışmada belirlenen 3 tema altında verilen metaforların, temaları yansıtip yansıtmadığı teyit etmek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Bu amaç doğrultusunda bir öğretim üyesine, göç ilgili 45, göçmen ile ilgili 23 toplamda 68 metaforun yer aldığı liste ve 3 tema belirtilerek verilmiştir. Göç ilgili 45, göçmen ile ilgili 23 metaforu 3 tema altına yerleştirmesi istenmiştir. Uzmanın metaforları yerleştirdiği temalar ile araştırmacı tarafından yapılan eşleştirme, ile karşılaştırılmıştır. Güvenirlik Miles ve Huberman'ın (1994), (güvenirlik= görüş birliği/görüş birliği+ görüş ayrılığı x100) formülü ile hesaplanmıştır. Güvenirlik yönünden görüşüne başvuruılan uzman göç olgusuna yönelik "umut" metaforunu farklı temaya yerleştirmiştir. Bu durumda, ifade edilen formül dikkate alınarak güvenirlik  $(45/46) \times 100 = \%97.86$  şeklinde bulunmuştur. Uzman göçmen olgusuna yönelik "Suriyeliler, Araplar ve Kürtler" metaforlarını farklı bir temaya yerleştirmiştir. Bunun sonucunda güvenirlik  $(23/26) \times 100 = 88.46$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmada araştırmacılar tarafından bulunan uzlaşmanın %97.86 ve % 88.46 olması çalışmanın güvenirliği için yeterli bulunmuştur. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak frekans (f) ve yüzde (%) hesaplanılmıştır.

## **Bulgular**

Araştırma 124 hemşirelik öğrencisi ile yapılmıştır. Öğrencilerin % 35'i erkek, yaş ortalamaları 22,86 yaş ve yaklaşık % 3'ü evlidir. Hemşirelik öğrencileri göç olgusuna yönelik 45 göçmen olgusuna yönelik 23 olmak üzere toplam 68 metafor üretmişlerdir.

### **Göç olgusuna yönelik üretilen metaforlar ve frekansları**

**Olumlu teması altında değerlendirilen metaforlar;** Gezmek(7), Hz Muhammedin Mekke'den Medine'ye gitmesi(5), Dünyadan ahirete yolculuk(6), Yenilik(5), Mutluluk(3), Özgürlük(1), At(5), Umut Dolu Hayaller(2) ve Yeni başlangıç(3)

**Olumsuz teması altında değerlendirilen metaforlar;** Hüzün(5), Zorundalık(2), Yol(4), Özlem(3), Hasret(1), Uzaklarda Aramak(1), Zorluklar Yaşamak(3), Gelin Olmak(Geçmişini O Şehirde Bırakıp Gitmek) (1), Masum Çocuklar(5), Çaresizlik(3), Ağlamak(4), Kesinlikle Bastırılması Gereken İsyân Etme İsteği(1), Her An Kaybetmekten Korkulan Güven(1), Derin üzüntü(1), Karamsarlık(2), Ezilmek(2), İnsan nakliyesi(5), Savaş(7), Huzursuzluk(1), Ayrılık(3), Mağduriyet(2), Yalnızlık(2), Hastalık(4), Aile yaşantısına özlem(1), Eşitsizlik(3), Üzüntülü bir durum(2) ve Eziyet(1)

**Belirsiz teması altında değerlendirilen metaforlar;** Umut(4), Suriye(2), Filistin(1), Tatlı Sızı(2), Değişime ayak uydurmak(2), Dönüm noktası(3) ve Çaresizlik ile şefkatin kardeşliği(1)

Hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun(%56) göç olgusuna yönelik algıları olumsuzdur. Öğrenciler göç durumuna yönelik genellikle duygular ve hisler ile ilgili metaforlar üretmişlerdir.

#### **Göçmen olgusuna yönelik üretilen metaforlar ve frekansları**

**Olumlu teması altında değerlendirilen metaforlar;** Kuşlar(13), Göçmen kuşlar(7), Göçmen Kızı(3), Erasmus öğrencileri(8), Leylek(10) ve Atalarım(Mubadil)(1)

**Olumsuz teması altında değerlendirilen metaforlar;** Yabancı(7), Geldiği yere dönme hayaliyle yaşamak (5), Feribot(6), Sarı Yaprak(1), Sığınmacı (11), Savaşta afetten kaçan kişi(13), mahcubiyet(5), Tutsaklık (2) Suçluluk (3) ve Etiketlenme(1)

**Belirsiz teması altında değerlendirilen metaforlar;** Selanik göçmeni(2), Anılar(5), Suriyeliler(8), Kürtler(3), Araplar(6) ve Yoksul ya da çok zengin yaşam(1)

Hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun(%45) göçmen olgusuna yönelik algıları olumsuz olmakla birlikte öğrenciler göçmen durumuna yönelik ait hissetmeyen, psikolojik olarak bireyi kötü yönde etkileyen duyguları olan ve bağlantısı kesilen/ayrılan birey gibi metaforlar üretmişlerdir.

#### **Sonuç ve Tartışma**

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin göç ve göçmen olgularına yönelik olumsuz metaforlar ürettikleri bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinin göçmen bireylere yönelik tutumlarının olumsuz yönde olduğu belirlenmiştir(Ankaralı ve ark., 2017). Hemşirelik öğrencilerinin ürettiği metaforlar incelendiğinde çoğu öğrenci için göç olayı daha çok istenilmeyen ve kötü duygulara neden olan zor bir süreç olarak algılanmaktadır. Göçü deneyimleyen göçmenlere yönelik hemşirelik öğrencilerinin algıları ise uzaklaşan, yabancılaşan, bağımlı olan gibi olumsuz algıların yanı sıra özgürlük, maceracı gibi olumlu algılarda bulunmaktadır. Sonuç olarak çalışmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğu göç olayını olumsuz durumları barından bir olgu olarak algılamakta ve göçü deneyimleyen bireyleri ifade eden göçmen olgusunu ise bağlı olan, ayrılan ve ruhsal sorunlar yaşayanları anlamlandıran bir algı olarak nitelendirmektedirler.



## Kaynaklar

1. Ankaralı, H , Pasin, Ö , Karacan, B , Tokar, M , Künüroğlu, M , Çaçça, M , Özislam, M , Şahingöz, N. (2017). "Üniversite Öğrencilerinin Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılara Bakış Açısı". Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7:122-132 <http://dergipark.gov.tr/duzcesbed/issue/31504/345145>.
2. Erten ZK, Zincir H, Özen B Dinç S, Sevig Ü ve Özkan F. (2014). Göçle Gelen Ailelerin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 35.
3. Gushulak BD, MacPherson DW. (2006). The basic principles of migration and health: Population mobility and gaps in disease prevalence. Emerging Themes in Epidemiology, DOI: 10.1186/1742-7622-3-3.
4. Gümüş Y, Bilgili N. (2015). Göçün Sağlık Üzerine etkileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(1):64.
5. Topçu S, Beşer A. (2006;). Göç ve sağlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3:38-39.
6. Korkmaz AÇ. (2014). Sığınmacıların Sağlık Ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,1:38.
7. Kirmayer LJ. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. Canadian Medical Association Journal. DOI:10.1503/cmaj.090292.
8. Morris MD, Popper ST, Rodwell TC, Brodine SK, Brouwer KC. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. Journal of Community Health, 34(6):529–538.
9. Zunzunegua MV, Forstera M, Gauvina L, Raynaulta MF, Will JD. (2006). Community unemployment and immigrants' health in Montreal. Social Science and Medicine, 63:485–500.
10. Schick M, Zumwald A, Kno B, Nickerson A, Bryant RA, Schnyder U, Muller J, Morina N. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. European Journal of Psychotraumatology,7:1-5.
11. Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. (2007). "Health Effects of Migration", Danish Medical Bulletin, C.54,S.1, ,s.46- 47.
12. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems?. PlosOne,11(2):1-11.

- 13.** Ruppen W, Bandschapp O, Urwyler A. (2010). Language difficulties in out patients and their impact on a chronic pain unit in North West Switzerland. *SwissMedWkly*, 140(17–18): 260–64.
- 14.** Jirwe M, Gerrish K, Emami A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross cultural care encounters. *Scand J CaringSci*, 24:436–44.

# İhmal Edilen Psikiyatrik Sosyal Hizmet: Kadına Yönelik Şiddet Vaka Örneği

## Disregarded Psychiatric Social Work: Violence Against Women Case Example

Meliha DÖĞÜCÜ<sup>1</sup>

### ÖZET

Kadına yönelik şiddet ve paralelinde ruh sağlığı alanında psikolojik destek alma talebinde bulunan kişilerin sayıca artışı dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır. Bazı araştırmacılar vakaların arttığını bazıları ise vakaların bildirilme oranının arttığını düşünmektedir. Her iki durumda çözüm gerektiren bir problemle karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Kadına yönelik şiddet gizli kalan toplumsal bir sorundur. Kadına fiziksel ve psikolojik açıdan ciddi zararlar veren bu yaşantılar, gizli kaldığı oranda durumla ilgili gerçek bilgi düzeyine ulaşmamız güçtür. Kadına yönelik şiddet ancak ciddi yaralanmalar olduğu zaman tespit edilebilmektedir. Kadına yönelik şiddet çok boyutlu çalışmalar içermektedir. Bu boyutlardan biri olan ve dünyada çalışılan Psikiyatrik Sosyal Hizmet ne yazık ki ülkemizde henüz gereken önem ve dikkat verilmemektedir. Bu alanın eksikliği nedeni ile çok ciddi sorunlar ve sonuçlar yaşanmaktadır. Bu bildiride yaşanmış gerçek bir vaka örneği üzerinden kurgulanarak durumun ehemmiyeti ortaya konulacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Kadına Yönelik Şiddet, Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Ruh Sağlığı.

### ABSTRACT

The increase in the number of people demanding psychological support in the field of violence against women and parallel to it is becoming more widespread in the world and in our country. Some researchers believe that the number of cases has increased, while others think that the reporting rate of cases has increased. In both cases, we are facing a problem that requires a solution. Violence against women is a hidden social issue. These experiences which cause serious physical and psychological harm to women, are difficult to reach to the true level of knowledge about the situation as long as they remain confidential. Violence against women can only be detected when serious injuries occur. Violence against women includes multidimensional studies. One of these dimensions and working in the world Psychiatric Social Work unfortunately, the importance and attention is not yet given in our country. Due to the lack of this area, very serious problems and results are experienced. In this paper, the importance of the situation will be revealed by constructing a real case example.

**Key Words:** Violence Against Women, Psychiatric Social Work, Mental Health.

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Amasya Üniversitesi, Suluova Meslek Yüksekokulu, Mülkiyet Koruma ve Güvenlik Bölümü, Acil Durum ve Afet Yönetimi Programı, [meliha.dogucu@amasya.edu.tr](mailto:meliha.dogucu@amasya.edu.tr)

## Giriş

Aile aralarında kan bağı bulunan, evlilik ve diğer hukuki yollar ile aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğu aynı evde yaşayan kişilerden oluşan; kişilerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının giderildiği temel bir birimdir (Nazlı, 2011). Evlilik ve aile bir bireyin gelişiminde birinci düzeyde rol oynayan ve belirli süreç sonucu oluşan en küçük birimdir (Fletcher ve ark 1999). Aile bireylerin biyolojik anlamda varlığını devam ettirirken, aynı zamanda bireylerin psikolojik gelişimi ve sağlığı aile içi sevgi ve aidiyet duygusu ile oluşması mümkün olmaktadır (Aktaş, 2013).

Kadına yönelik şiddet, kadının sırf kadın olmasından dolayı yaşam hakkının, güvenliğinin, onurunun, özgürlüğünün ve bedensel bütünlüğünün ihlal edilmesidir (ABKHM, 2008). Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesinde (Declaration on the Elimination of Violence Against Women, 1993) kadına yönelik şiddet; kamusal hayatta ya da özel hayatta fiziksel, cinsel veya psikolojik acı ve zarar ile sonuçlanma olasılığı yüksek cinsiyete dayalı tüm kötü eylemler olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise (2002) kadına yönelik şiddet; cinsiyete dayanan, kadına zarar veren ve onu inciten, fiziksel ve ruhsal hasarlarla sonuçlanma olasılığı yüksek, özel hayatta ya da toplumsal hayatta kadına uygulanan baskıların, özgürlüklerin keyfi nedenlerle kısıtlanmasına sebep olan her türlü davranışların tümüdür.

Aile içi kadına yönelik şiddet vakaları her yaş grubunda, her eğitim düzeyinde, çeşitli toplumlarda ve sosyo-ekonomik gruplarda görülebilen yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Ünal, 2005). Bazı araştırmacılar aile içi şiddet vakalarının arttığını bazıları ise vakaların bildirilme oranının arttığını düşünmektedir. Bahsi geçen her iki durum da çözüm gerektiren bir problemle karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Aile içi sorunların, boşanma sayılarının ve bunların paralelinde psikolojik destek alma talebinde bulunan kişilerin sayıca artışı tüm dünyada ve Türkiye'de giderek yaygınlaşmaktadır (Soylu ve Kağnıcı, 2015). Kadına fiziksel ve psikolojik açıdan ciddi zararlar veren bu yaşantılar, gizli kaldığı oranda durumla ilgili gerçek bilgi düzeyine ulaşmamız güçtür. Kadına yönelik şiddet ancak ciddi yaralanmalar olduğu zaman tespit edilebilmektedir. Kadına yönelik şiddet çok boyutlu çalışmalar içermektedir. Bu boyutlardan biri olan ve dünyada çalışılan Psikiyatrik Sosyal Hizmete ne yazık ki ülkemizde henüz gereken önem ve dikkat verilmemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sosyal Hizmet Derneği (United States National Social Service Association) tarafından 1960 yılında hazırlanan raporda Psikiyatrik Sosyal Hizmet; psikiyatri alanında ruh sağlığı ile ilgili sorun durumlarında (Kriz), psikiyatrist ve klinik psikologları ile beraber iş birliği içerisinde sorun yaşayan birey ve ailelerine yönelik uygulanan Sosyal Hizmet uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. Dr. Eric Berne ait olan ve 1947'de ilk kez yayınlanan 'The Mind in Action' kitabının gözden geçirilip güncellenmesi ile 1957 yılında

yayınlanan 'The Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis' adlı kitapta psikiyatri alanında çalışan meslek gruplarına yer verilmiştir. Bu kitap içerisinde Psikiyatrik Sosyal Hizmet bölümü Monterey County Mental Health Clinic'te sorumlu Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görev alan Mrs. Edward tarafından yazılmıştır. Edward, ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireylerin sağaltımında Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanlarının psikiyatristler ve klinik psikologları ile birlikte rol aldığından bahsetmektedir. Klinik Sosyal Hizmet olarak da adlandırılan Psikiyatrik Sosyal Hizmet 1970li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde bir uygulama alanı olarak tanınmış, kabul edilmiş ve uygulamaya konulmuş olup 1976 yılında ilk kez Ulusal Sosyal Hizmet Derneği (United States National Social Service Association) tarafından Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanlarının ulusal kaydı yapılmıştır. Ancak ülkemizde Psikiyatrik Sosyal Hizmete ilişkin henüz böyle bir yapılaşma söz konusu olmamakla birlikte; bu alana olan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır (Yanardağ ve Özmete, 2017; Özdemir, 2018).

Kadına yönelik her türlü şiddet bir insan hakları ihlali olmakla beraber; şiddet vakalarının varlığından daha ciddi olan tehdit, şiddet vakalarının sürmesine zemin hazırlayan sebepler olmaktadır. Bu sebeplerin ortadan kaldırılabilmesi, şiddete yönelik farkındalığın artırılması ve kurumların iş birliği ile ortak amaç çevresinde çalışılmasına ve toplumsal duyarlılığın artırılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ülkemiz de dahil pek çok ülkede kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin geç kalınmış önlemlerin ivedilikle alınması ile daha fazla şiddet vakasının yaşanmasının önüne geçilmiş olacaktır (Aytaç ve ark 2016).

### **Vaka Tanıtımı**

M.Ö. 22 yaşında intihar vakası ile acil servise getirilmiş genç bir kadındır. İlaç içerek intihar girişiminde bulunmuş ancak ölümle sonuçlanmamıştır. Acil serviste ilk müdahalesi yapıp, midesi yıkanıp ve yaşamsal faaliyetleri stabil hale getirildikten sonra intihar vakası olması nedeniyle aynı hastanenin Psikiyatri Polikliniğine yönlendirilmiştir.

Psikiyatri Polikliniğine yönlendirilen M.Ö.'nün ilk görüşmesine sorumlu Psikiyatri Hekimi eşliğinde Psikiyatri Polikliniği Psikoloğu ve gözlemci olarak bir Sosyal Hizmet bölümü stajyer öğrencisi katılmıştır. Yapılan görüşmede M.Ö 22 yaşında olduğunu; 3 abisinin olduğunu; 15 yaşında iken ilk kez regl görmesi üzerine babası ve abileri tarafından artık evlenme zamanının geldiği ve 'yabancıya gitmemesi' gerektiği söylenerek öz amcasının 30 yaşındaki oğlu ile rızası dışında imam nikahı ile evlendirildiğini; evlilik sonrası amcası, yengesi, eşi ve eşinin 2 erkek kardeşi ile birlikte amcasının evinde oturduğunu; evin tüm işlerinin kendisine yaptırıldığını; evlenmeden önce sürekli babası ve abileri tarafından, evlendirildikten sonra da amcası, eşi ve eşinin kardeşleri tarafından şiddete maruz kaldığını; 18 yaşına geldiğinde resmi nikahının yapıldığını; 19 yaşında ilk kız çocuğunu ve 21 yaşında ikinci kız çocuğunu doğurduğunu; gebe iken de şiddete maruz kaldığını; evden dışarı çıkmasına asla izin verilmediğini; şiddete maruz

kalıp evden kaçıp ailesinin yanına 'beni kurtarın' demek için gittiğinde babası ve abileri tarafından tekrar şiddete maruz kalarak tekrar amca evine götürüldüğünü; götürüldüğü zaman amcası, eşi ve eşinin kardeşleri tarafından kendisine hakaret edilerek şiddet uygulandığını ve kendisine 'o evden ancak ölüsünün çıkabileceği' söylendiğini; zaman zaman eşinin kendisini çocuklarını öldürmekle tehdit ettiğini; defalarca evde şiddete maruz kaldığında komşuların polise bildirmesi üzerine eve polisin geldiğini; gelen polisin kendisini şiddete uğramış bir şekilde ağzı, yüzü ve bazı uzuvlarını kan içerisinde gördüğünü ve kendisine 'şikayetçi misin?' diye sorduklarını; ancak eşinin tehditlerinden korkması nedeni ile 'şikayetçiyim' diyemediğini ve polislerin 'o zaman komşuları rahatsız etmeyin' deyip, bir müdahalede bulunmadan gittiklerini; telefonu olmadığı ve evden çıkamadığı için şikayet edecek ya da sığınacak bir yer bulamadığını ve çok çaresiz kaldığını söylemiştir. Sorumlu Psikiyatri Hekimi tarafından kendisine neden intihar etmek istediği sorulduğunda; bir televizyon programında kendisinin yaşadıklarına benzer olaylar yaşayan bir kadının intihar etmesi sonucu, eşi ve ailesi tarafından ilgi gösterildiğini ve eşinin pişman olduğunu söyleyerek özür dilediğini görmesi ile aklına kendisinin de eğer intihar ederse eşinin ve ailesinin aynı şekilde ilgi gösterip korkacaklarını düşündüğünü, amacının ölmek olmadığını, sadece onları korkutmak istediğini, ya da en azından hastaneye geldiğinde birilerine durumunu anlatarak yardım bulabileceğini düşündüğünü söylemiştir. Bunun üzerine ilgili hekim tarafından kendisine eğer isterse hemen hastane polisine bildirileceği ve müdahale edilebileceği söylenmiştir. Ancak M.Ö. bir gece hastanede kalmak ve dinlenmek istediğini, yarın şikayetçi olacağını söylemiştir. Bunun üzerine M.Ö.'nün ancak bir gece hastane yatışı yapabileceği, ertesi gün mutlaka polise bildirilmesi gerektiği söylenmiş ve hastane yatışı yapılmıştır. Ertesi gün M.Ö.'nün babası, abileri, amcası, eşi ve eşinin kardeşleri hastaneye gelerek; kapalı servis olan Psikiyatri Servisinin kapılarına vurmaya başlamaları ile ilgili Psikiyatri Hekimi hemen hastane polislerine haber vermiştir. Polise haber verildiğini duyan eşinin M.Ö.'ye 'çocukları unutma' diye söyleyerek üstü kapalı yine öldürmekle tehdit etmesi üzerine korkan M.Ö. sorumlu hekime vazgeçtiğini, şikayetçi olmadığını ve çıkmak istediğini söylemesiyle; sorumlu Psikiyatri Hekimi sinirlenerek 'benimle oyun mu oynuyorsun, şikayetçi olmayacaksın ne uğraştırıyorsun, o zaman git o izlediğin kadın programına katıl, diğer hastaları rahatsız ediyorlar verin çıkışını gitsin şunlar' demiştir. Çıkış işlemleri yapılan M.Ö. babası, amcası ve eşi tarafından alınarak götürülmüştür.

Daha sonra yapılan Vaka Görüşmesinde yaşanan bu vaka tartışıldığında stajyer Sosyal Hizmet öğrencisinin, M.Ö.'nün hem 15 yaşında evlendirilmesi ile bir suç işlendiği, hem de sürekli şiddete maruz kaldığı için bölgedeki ilgili Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (yeni ismi ile Çalışma, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı) Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğüne bildirilmesi gerektiğinin söylenmesi üzerine hekim tarafından kendisine, Psikiyatri Hekimlerinin ve Psikiyatri polikliniklerinde ya da servislerinde görev alan psikologların böyle bir görev

tanımlarının olmadığı, kendilerinin tanımlı Psikiyatrik hastaların tedavisinde ya da şiddete maruz kalması sonucu kendi rızası ile Psikiyatrik destek almak üzere gelen kişilerle çalıştıkları, kendi rızası olmayan birine müdahalede bulunamayacakları söylenmiştir. Bu vakada yapabilecekleri herhangi ek bir şey olmadığı konuşularak vaka geçilmiştir. Yaklaşık 3 hafta sonra M.Ö. elinde kurtuluşuna yönelik herhangi bir umudunun kalmadığı, en azından belki intiharı sonrasında notu birinin okuyup kızlarını kurtarabileceğini umut ettiğini yazdığı bir kağıtla ölü olarak bulunmuştur.

## **Sonuç ve Öneriler**

M.Ö. çocuk yaşta zorla evlendirilmiş, hiçbir destek sistemi olmayan genç bir kadındır. Daha gencecik yaşında şiddete maruz kalmış, tehdit ve zorbalıkla intihara sürüklenmiştir. M.Ö.'nün ilk intihar girişimi aslında ikincil kazançlar için yapılan 'göstermelik intihar girişimi' kategorisine girmektedir. Göstermelik intihar girişimi kişinin kendini öldürebileceğini göstererek kendisine yakın olan kişileri korkutma yolu ile ilgiyi arttırmayı amaçladığı, aslında temel amacın ölmek olmadığı, hatta kurtarılmak için açık kapıların bırakıldığı bir intihar girişimidir. Burada da M.Ö.'nün amacı ölmek değil, içinde bulunduğu çıkmazdan kurtulmaktır. Göstermelik intihar girişimi de en az gerçek intihar girişimi kadar tehlikeli ve dikkat edilmesi gereken; aslında bir yardım çağrısı olan durumdur. Burada M.Ö.'nün göstermelik intihar girişiminde aslında bir yardım çağrısında bulunduğu göz ardı edilmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların pek çoğu aile üyelerinden, arkadaşlarından, polis memurlarından ve sağlık görevlilerinden yardım istedikleri zaman içinde bulunduğu durumun ciddiye alınmadığını görmekte ve yoğun çaresizlik duygusu yaşamaktadır (Saçaklıoğlu ve Çiçeklioğlu, 1994). Bahsi geçen vakada da benzeri görülmektedir. Burada zaman zaman yapılan ihbarlar sonucu polislerin ya da hastanede görev alan sağlık personellerinin kişide şikâyet etmesi için rıza araması ve mevcut durumu içerdiği ciddiyet boyutunda değerlendirmedeği görülmektedir. Bu tarz vakalarda kadının şikâyetçi olması beklenmemeli, kanıt niteliği taşıyan bilgiler mevcut ise ihbar edilmeli ve ilgili meslek gruplarınınca gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Sosyal Hizmet alanı yalnızca kendi rızası ya da isteği ile yardım çağrısında bulunan 'müracaatçı' ile çalışmamakta; kişi de rıza ve istek aramaksızın dezavantajlı konumda olan yardıma ihtiyacı olan herkese hizmet sunmakta, kişinin kurumlara gelmesi beklenmemekte, şikâyet ya da ihbar olarak bildirilen vakalara da 'İncelemeye' gidilmekte ve dezavantajlı konumda olan kişi yardım alma noktasında desteklenmekte, bilgilendirilmekte ve güçlendirilmektedir. Bu vakadan da anlaşılacağı üzere ülkemizde Psikiyatri Poliklinikleri ve Servislerinde bu ve benzeri çalışmaları yapmak üzere 'Psikiyatrik Sosyal Hizmet' uygulamalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Henüz ülkemizde 'Psikiyatrik Sosyal Hizmet' hak ettiği önemi görememektedir. Bu alanda Yüksek lisans ve Doktora Programları açılarak, ihtiyacı karşılayacak profesyonel meslek elemanları yetiştirilmeli ve Psikiyatri hizmeti verilen sağlık kurumlarına 'Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanı' bulundurma

zorunluluğu getirilmelidir. Bu alanda bilgiler yalnızca teorik olarak kalmamalı; uygulamaya dökülecek yapılanma da sağlanmalıdır.



## Kaynakça

1. Aktaş, A. M. (2013). *Ben ve ailem*. Konya: Atlas Akademi.
2. Ankara Barosu Kadın Hakları Merkezi. (2008). *Kadın hakları el kitabı*. Ankara.
3. Aytaç S., Eteman F.S., Aydın G.Ç., Reçber B., Sezen H.K. (2016). Kadına yönelik şiddetin dünü, bugünü, yarını: kestirim tabanlı bir araştırma. *Sosyoloji Konferansları*, 2, 275-297.
4. Berne, E. (1957.) *A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. New York: Simon and Schuster.
5. Fletcher G.J., Simpson J.A., Thomas G., Giles L. (1999). Ideals in intimate relationship. *J Pers Soc Psychol*, 1, 72-89.
6. Nazlı, S. (2011). *Aile danışmanlığı*. Ankara: Anı Yayıncılık.
7. Özdemir, U. (2018). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık.
8. Saçaklıoğlu F. ve Çiçeklioğlu M. (1994). *Kadına Yönelik Şiddetin Sonuçları ve Çözüm Yolları* (ss, 207-209). Didim: 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı.
9. Soylu Y. ve Kağnıcı D.Y. (2015). Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 43, 44-54.
10. United Nations General Assembly. (1993). *Declaration on the elimination of violence against women*. 85th Plenary Meeting.
11. Ünal, G. (2005). Aile içi şiddet. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 9, 85-92.
12. World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*, Geneva.
13. Zuharoğlu Yanardağ M. ve Özmete E. (2017). Bir Mesleki Uygulama Alanı Olarak Geçmişten Geleceğe Klinik Sosyal Hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 1, 203-225.

# Karabük İlinde YBÜ'de İzlenen Zehirlenme Olgularının Geriye Yönelik Değerlendirmesi

## A Retrospective Analysis of Poisoning Patients in ICU in Karabuk

MÜGE ARIKAN<sup>1</sup>

### ÖZET

**Giriş:** Zehir canlı sistem üzerine zararlı etki yapan her türlü madde olarak tanımlanmaktadır. Acil servise başvuran hastaların %0.46-1.57'sini zehirlenme vakaları oluşturmaktadır. Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gereksinimi olan zehirlenme olguları YBÜ hastalarının küçük bir grubunu oluştursa da zehirlenme nedenlerinin ve prognozlarının değerlendirilmesi ve diğer araştırmalar ile karşılaştırılması hekimler için YBÜ nin yönetimi bakımından çok önemlidir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmamızda, Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1.1.2017 ve 1.10.2018 tarihleri arasında akut zehirlenme nedeniyle YBÜ 'e kabul edilen hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların zehirlenme nedenleri, demografik verileri, YBÜ' de yatış süreleri ve sonuçları kaydedildi.

**Bulgular:** Belirtilen zaman aralığında YBÜ'e 1795 hasta kabul edilmişti ve bunlardan 68 i zehirlenme nedeni ile yatırılmıştı (%3.78). Bu hastaların yaş ortalaması 39.63 olup 43 hasta kadın ve 25'i erkekti. 36 hasta ilaç intoksikasyonu (%52.94), 24 hasta karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi (%35.29), 6 hasta mantar zehirlenmesi (%8.82), 1 hasta metil alkol zehirlenmesi ve 1 hastada benzin içimi nedeni ile YBÜ'e kabul edilmişti. İlaç intoksikasyonu ile yatırılan hastaların 3'ü yanlışlıkla ilaç almıştı ve diğerleri suisid amaçlı idi. En sık kullanılan ilaçlar analjezikler, antibiyotikler ve antidepresanlar idi. 19 hasta 2 yada daha fazla türden ilaç almıştı. Ayrıca 1 hasta tarım ilacı ile, 1 hasta da fare zehiri ile suisid girişiminde bulunmuştu. Bu hastaların 16 sı tedaviyi reddetmiş, diğerleri tedavisi tamamlanarak şifa ile taburcu edilmişti. Karbonmonoksit zehirlenmesi olan 24 hastada CO kaynağı soba idi. Karboksihemoglobin (COHb) değerleri ortalama 28.34 (17-52) idi. Yedi hastada hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmıştı. 6 hastamız ise mantar zehirlenmesi nedeni ile izlenmişti ve tamamı şifa ile taburcu edilmişti.

**Sonuç:** Diğer araştırmalara paralel olarak YBÜ deki zehirlenme olgularının çoğunu ilaç zehirlenmeleri oluşturuyordu ve bunların çoğu suisid amaçlı idi. Ancak CO ve mantar zehirlenmesi vakaları diğer çalışmalarda bildirilenlerden daha sıklıkla. YBÜ'de 2013 yılında yaptığımız araştırmada zehirlenme olguları tüm yatışların %7.61 ini oluşturmakta idi, ancak bu oranı bu çalışmada %3.78 e düşüğünü gördük. Bunun hastanemizde dahili, birinci ve ikinci basamak YBÜ lerin açılmasının etkisi olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Akut zehirlenme, Yoğun Bakım Ünitesi.

<sup>1</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, [mugearikan@hotmail.com.tr](mailto:mugearikan@hotmail.com.tr)

## ABSTRACT

**Background:** Poison is defined as any sort of substance inflicting the living organisms. %0.46-1.57 of patients presenting to emergency department suffer from poisoning. Although the poisoning phenomena under the responsibility of Intensive Care Unit (ICU) account for the small group of ICU patients, the assessment of the prognoses and the causes for poisoning, and the comparison of them with other studies are highly important for the doctors in regard to the administration of the ICU.

**Methods:** In our study, we retrospectively examined the records of patients with acute poisoning, who are admitted to the ICU in Karabük Training and Research University, between 01.01.2017 and 01.10.2018. The causes for the poisoning, demographic data, and the hospitalisation periods in ICU of the patients were recorded.

**Results:** Between the time period mentioned above, ICU admitted 1759 patients, and 68 of them (3.78%) were hospitalised due to poisoning. Median age of the patients was 39.63, and 43 of the patients were women, and 25 of them were men. ICU admitted 36 patients (52.94%) with drug intoxication, 24 patients (35.29%) with carbon monoxide (CO) poisoning, 6 patients (8.82%) with mushroom poisoning, 1 patient with methyl alcohol poisoning, and 1 patient with consumption of gasoline. 3 patients that were hospitalised due to drug intoxication were of drug misuse, and the others were suicidal. The drugs that were commonly used were analgesics, antibiotics, and antidepressants. 19 patients took two or more types of drugs. In addition, 1 patient attempted suicide with pesticide, and another patient with rat poison. Among them, 16 patients refused the treatment, and the others who completed their treatment discharged recovered. The source of the poisoning for the 24 patients with carbon monoxide poisoning was the stoves. Their carboxyhaemoglobin values were 28.34 (17-52) on average. Hyperbaric oxygen therapy was administered on the 7 patients. 6 patients with mushroom poisoning were observed, and all of them were discharged recovered.

**Conclusion:** In accordance with the other studies, drug poisoning accounted for the huge part of the poisoning, and most of them were suicidal. However, the cases of CO and mushroom poisoning were more frequent than what is reported in other studies. The study in 2013 concluded that poisoning phenomena accounted for the 7.61% of all the hospitalisation, however, in this study the percentage plummeted to 3.78%. We think that the establishment of the medical, primary, and secondary ICUs in our hospital was effective.

**Keywords:** Acute poisoning, Intensive Care Units.

## Giriş

Zehir, canlıyı olumsuz etkileyen tüm maddeler olarak tanımlanmaktadır (1). Acil servise zehirlenme ile başvuran hastaların klinik ve laboratuvar değerleri gözönüne alınarak, ayrıca zehirlenme ajanının türü ve toksik dozu da değerlendirildikten sonra hayati tehlikesi olanlar yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınmaktadır.

Zehirlenmeye yol açan etkenler ülkeden ülkeye, hatta kentten kente değişiklik göstermektedir (2). Ülkemizde en sık zehirlenme nedenleri ilaçlar, karbonmonoksit (CO), bitkiler,yiyecekler ve tarım ilaçlarıdır (3-6).

Bu çalışmamızın amacı; zehirlenme nedeni ile YBÜ'de takip ettiğimiz hastaların demografik özelliklerini, zehirlenme nedenlerini ve prognozlarını tespit ederek verilerimizi güncellemek, bu bilgiler ışığında sağlık çalışanları ve toplumun bilinçlendirilmesini sağlamaktır.

### Metot

Bu çalışma, Etik Kurulu onayı alındıktan sonra Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yapıldı. 1.1.2017-1.10.2018 tarihleri arasında akut zehirlenme nedeniyle YBÜ'e kabul edilen hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, zehirlenme nedenleri, YBÜ' de yatış süreleri ve sonuçları kaydedildi.

Verilerin analizi Statistical Package for Social Scienses (SPSS) for Windows 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı ile yapıldı.

### Bulgular

Yoğun Bakım Ünitesinde belirtilen zaman aralığında 1795 hasta kabul edilmişti ve bunlardan 68'i akut zehirlenme nedeniyle tedavi görmüştür (%3.78). Hastaların yaş ortalaması 39.63 olup, 43 hasta kadın ve 25'i erkekti. Akut zehirlenme nedenlerinin cinsiyet olarak dağılımı Tablo 1' de özetlenmiştir.

Tablo 1. Akut zehirlenme nedenlerinin cinsiyet olarak dağılımı.

	Kadın (n)	Erkek (n)	Toplam (n)	Yüzde (%)
<b>İlaç</b>	23	11	34	50
<b>Karbonmonoksit</b>	15	9	24	35.29
<b>Mantar</b>	4	2	6	8.83
<b>Fare zehiri</b>	1	0	1	1.47
<b>Tarım ilacı</b>	0	1	1	1.47
<b>Benzin</b>	0	1	1	1.47
<b>Metil alkol</b>	0	1	1	1.47
<b>Toplam</b>	43	25	68	100

İlaç zehirlenmesi nedeni ile kabul edilen hastaların yaş ortalaması 29.32 idi ve 32 hasta suisid amacı ile ilaç almıştı. En sık kullanılan ajanlar; analjezikler (n=22), antidepresanlar (n=12), antibiyotikler (n=9), anksiyolitikler ve antipsikotikler (n=5), kardiyak ilaçlar (n=4) ve diğerleri (n=3) idi. Bu hastalardan 18'i iki yada daha fazla türden ilaç kullanmıştı. Hastaların ortalama

yatış süreleri 2.09 gündü. On altı hasta tedaviyi red formunu imzalayarak YBÜ'nden çıkmıştı ve 24 hasta şifa ile taburcu edilmişti.

Karbonmonoksit zehirlenmesi ile kabul edilen 24 hastanın yaş ortalaması 53.62 idi ve karboksihemoglobin değeri ortalama 28,34 idi. Yedi hastada hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmış, tamamı şifa ile taburcu edilmişti. Hastaların ortalama yatış süreleri 2.45 gün idi.

Mantar zehirlenmesi olgularının yaş ortalaması 41.16 olup, bu hastaların da tamamı şifa ile taburcu edilmişti ve ortalama yatış süreleri 2,16 gün idi.

Metil alkol zehirlenmesi ile 1 hasta ve yanlışlıkla benzin içimi nedeniyle de 1 hasta kabul edilmiş ve şifa ile taburcu edilmişti. Bunlar dışında 1 hasta fare zehiri ile, bir hastada tarım ilacı olarak suisid girişiminde bulunmuştu ve bu hastalarda şifa ile taburcu edilmişti.

Tüm hastalarımızın 34'ü suisid amacı ile ajanlar almıştı bu hastaların yaş ortalaması 27.55 idi ve 22'si kadındı. YBÜ'de yatış süreleri 2.17 gün olup, 16 hasta tedaviyi red formu imzalayarak taburcu olmuştu.

Hastaların zehirlenme nedenlerine göre ortalama yaşları, YBÜ'de yatış süreleri ve çıkış şekilleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

**Tablo 2.** Zehirlenme nedenlerine göre yaş, YBÜ'de yatış süresi ve çıkış şekilleri.

	Yaş (ort)	YBÜ'de yatış süresi (gün)	Çıkış Şekli	
			Tedavi red	Şifa
<b>İlaç</b>	29.32	2.09	16	18
<b>Karbonmonoksit</b>	53.62	2.45	0	24
<b>Mantar</b>	41.16	2.16	0	6
<b>Diğerleri</b>	41.00	3,50	0	4
<b>Toplam</b>	39.63	2.31	16	52

### Tartışma

Çalışmamızda; akut zehirlenme nedeniyle yoğun bakım ünitemize yatırılan hastalar, kabul edilen tüm hastaların %3.78'ini oluşturmakta olup, bu hastaların %61.76'sı kadındı. Suisid amaçlı zehirlenmeler %50 olarak tespit edildi. Tüfek ve ark.(5) yoğun bakıma yatan zehirlenme olgularının tüm olguların %10.06'sını oluşturduğunu, %65.6'sının kadın olduğunu ve %81.1'inin suisid amaçlı olduğunu bildirmişlerdir. Güven ve ark. (7) ise altı yıllık periyotta YBÜ'de izledikleri 3500 hastadan 272'sinin (%7.8) akut zehirlenme olduğunu tespit etmişlerdir. Özayar ve ark. (8) araştırmalarında zehirlenme olgularının yoğun bakımdaki oranını %10.06

olarak bildirmişlerdir, bu hastaların %70.4'ünün kadın olduğunu ve %87'sinin özyıkım amaçlı olduğunu bulmuşlardır.

Araştırmamızda, en sık zehirlenme etkeni tıbbi ilaçlar idi, bunu karbonmonoksit zehirlenmesi ve mantar zehirlenmesi izlemekte idi. Çanakçı ve ark.'nın (2) çalışmasında zehirlenmeye neden olan madde olarak en sık ilaçlar (%74) yer almaktaydı. Ülkemizde yapılan farklı araştırmalarda zehirlenmelerin en sık nedeninin ilaçlar olduğu bildirilmiştir. Antidepresanlar, analjezikler ve antibiyotikler en yaygın kullanılan ilaçlardır. Bizim çalışmamızda en sık kullanılan ilaçlar literatür ile uyumlu idi.

Akut karbonmonoksit zehirlenmeleri ülkemizde hala yaygındır ve hayati komplikasyonlara neden olabilir. Özköse ve ark. (9) CO zehirlenmelerinin oranının %6.9 olduğunu bildirmiştir. Bu oranı Yağan ve ark. (10) %19.25 olarak, Tüfek ve ark. (5) ise %4.9 olarak bulmuşlardır. Biz hastanemizde daha önce yaptığımız araştırmada bu oranı %24.70 bulmuştuk (6), bu çalışmamızda ise %35.29 olduğunu belirledik. Şehrimizde hala kömür sobası ile ısınmanın çok yaygın olması ve yoğun bakımda izlenen diğer zehirlenme olgularının azalmasına rağmen, CO zehirlenmelerinin ciddi komplikasyonları düşünülerek yoğun bakım takibine alınmasının bir sonucu olduğu kanısındayız.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda mantara bağlı zehirlenme oranları; Tüfek ve ark. (5) tarafından %5,7, Akköse ve ark. (11) tarafından %2.5, Özayar ve ark. (12) tarafından %4.62 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda bu oran %8.83 idi, bunun bölgemizin bol yağış alması sonucu çok çeşitli yabani mantarların yetişmesinin sonucu olduğunu düşünmekteyiz. Karabük' de 2013 yılında yaptığımız benzer bir araştırmada bu oranı %19.28 olarak tespit etmiştik (6). Bu zaman aralığında bölgemizde mantar zehirlenmeleri hakkında bilgilendirme çalışmalarının yürütülmüş olması ve hastanemizde birinci ve ikinci basamak YBÜ lerin açılması sonucunda zehirlenme nedeni ile yoğun bakım ünitemize kabul edilen hasta sayısının azalmasına bağlı olduğu kanısındayız.

Sonuç olarak; literatür ile uyumlu olarak akut zehirlenme nedeni ile YBÜ'ne kabul edilen hastaların çoğunu ilaç zehirlenmeleri oluşturuyordu ve bunların tamamına yakını suisid amaçlı idi. Karbonmonoksit ve mantar zehirlenmeleri bildirilen çalışmalardan daha sıklıkla. YBÜ'de 2013 yılında yaptığımız araştırmada zehirlenme olguları tüm yatışların %7.61 ini oluşturmaktaydı idi, ancak bu oranı bu çalışmada %3.78 e düşüğünü gördük. Bunun hastanemizde dahili, birinci ve ikinci basamak YBÜ lerin açılmasının etkisi olduğunu düşünüyoruz.

## Kaynakça

1. Chirasirisap K, Ussanawarong S, Tassaneeyakul W et al. A study of major causes and types of poisoning in Khonkaen, Thailand, *Vet Hum Toxicol* 1992; 34: 489- 492.
2. Çanakçı, E , Kaya, Y , Karataş, A . (2017). Yoğun Bakım Ünitemize Kabul Edilen İntoksikasyon Olgularının Retrospektif Analizi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18 (3), 100-105.
3. Urfalıoğlu A, Dilmen N, Öner SF, Hanbeyoğlu O, Gündoğdu Z. Analysis of the Poisoning Cases Admitted into Intensive Care Unit. *İKSST Derg* 2015;7:63-8.
4. Goksu S, Yildirim C, Kocoglu H, Tutak A, Oner U. Characteristics of acute adult poisoning in Gaziantep, Turkey. *J Toxicol Clin Toxicol* 2002;40:833-7.
5. Tüfek D, Taşdemir BB, Sivacı R. Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen İntoksikasyon Hastalarının Retrospektif İncelemesi. *J Turk Soc Intens Care* 2017;15(2):67-71.
6. Arıkan M, Temel, Acat M, Arıkan O, Koc M, Aydoslu B. Incidence of Intoxication in Karabuk (Turkey) in 2013. *British Journal of Medicine & Medical Research* 2014; 4(18): 3406-3414.
7. Guven M, Sungur M, Tanrıverdi F, Eser B and Kekec Z. Evaluation of the patients with acute intoxication. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2002;32:169-172.
8. Ozayar E, Degerli S, Gulec H, Sahin S, Dereli N. Retrospective Analysis of Intoxication Cases in the ICU. *Turkish Journal of Intensive Care Medicine*. 2011;3(2):59-62.
9. Ozkose Z, Ayoglu F. Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Ankara, Turkey. *Hum Exp Toxicol*. 1999;18(10):514-618.
10. Ö. Yağan, B. Akan, D. Erdem, D. Albayrak, B. Bilal, N. Göğüş. The retrospective analysis of the acute poisoning cases applying to the emergency unit in one year. *SETB*. 2009; 43(2): 60-64
11. Akköse ŞA, Köksal Ö, Fedakar R, Emircan Ş, Durmuş O. 1996-2004 Yılları Arasındaki Erişkin Zehirlenme Olguları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;32:25-7.
12. Ozayar E, Degerli S, Gulec H, Sahin S, Dereli N. Retrospective Analysis of Intoxication Cases in the ICU. *Turkish Journal of Intensive Care Medicine*. 2011;3(2):59-62.

# Fabrika Çalışanlarında Ergonomi Bilgi Düzeyi ile Çalışma Postürü Arasındaki İlişkinin Araştırılması

## Investigation of the Relationship Between Ergonomics Knowledge Level and Work Posture in Factory Workers

Özal KELEŞ<sup>1</sup>

Yasemin ASLAN KELEŞ<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı fabrika çalışanlarında, ergonomi bilgi düzeyi ile çalışma postürü arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

**Materyal ve Metot:** Bu amaçla iki fabrikada çalışan, 18-60 yaş arası, 217 çalışan araştırmaya dahil edildi. Çalışanlara, demografik veriler için sosyo-demografik değerlendirme formu uygulandı. Çalışanların ergonomi bilgi düzeyi TÜİSAG –İş güvenliği uzmanlığı soruları ile değerlendirildi. Çalışma postürünün analizi için Ovako Çalışma Duruşu Analiz Metodu (OWAS) uygulandı.

**Bulgular:** İstatistiksel analiz Statiscal Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 versiyonu ile gerçekleştirildi. Ergonomi bilgi düzeyi ile çalışma postürü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Fabrika çalışanlarında ergonomi bilgi düzeyi ile çalışma postürü arasında bir ilişki yoktur. Çalışanların ergonomi hakkında bilgi sahibi olmaları düzgün postürde çalışmalarını için yeterli değildir.

**Anahtar Kelimeler:** Postür, OWAS, Fabrika Çalışanları, Ergonomi

### ABSTRACT

**Objective:** The purpose of the study is to compare ergonomics knowledge and working posture in factory workers.

**Material and Method:** For this purpose, 217 employees working in two factories, aged 18-60 years, were included in the survey. Employees were applied a socio-demographic evaluation form for demographic data. The ergonomics knowledge level of the employees was evaluated with the questions of TÜİSAG -Professional safety expertise.Ovako Working Posture Analyzing System (OWAS) was applied for the analysis of working posture.

**Result:** Statistical analysis was performed with SPSS (Statiscal Package for Social Sciences) version 20.0. Statistically significant relationship wasn't found between the ergonomics knowledge and the bad work posture ( $p>0,05$ ).

**Conclusion:** There is no significant relation between ergonomics knowledge level and work posture in

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Biruni Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Fizyoterapi Prog, [okeles@biruni.edu.tr](mailto:okeles@biruni.edu.tr)

<sup>2</sup> Uzm. Fzt. Özel Çiftoğlu Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi,, [fzt.yaseminaslan@gmail.com](mailto:fzt.yaseminaslan@gmail.com)



factory employees. Employees' knowledge of ergonomics is not enough for them to work properly in posture.

**Keywords:** Posture, OWAS, Factory Workers, Ergonomic

## **Giriş**

Mesleki hastalıklar tüm dünyada mesleki yetersizliklere yol açan önemli bir sorundur. İskelet kas yaralanmaları ise mesleki hastalıklar içinde işçileri en çok etkileyen ise olgudur. Kas iskelet yaralanmaları açısından en çok risk altında olan grup fiziksel güç harcayan fabrika çalışanlarıdır. Çalışanlarda kas yaralanma oranları artmakta, çalışan sağlığını ve iş gücünü olumsuz etkilemektedir. Yaralanmalara en çok sebep olan etmenler; yanlış postür, ağırlık kaldırma, aşırı güç isteyen hareketler, aşırı vibrasyon ve tekrarlı yüklenme içeren hareketlerdir. Uzun süreli mesailer, dinlenme sürelerinin yetersizliği, mesai saatlerine bağlı uykusuzluk ve depresyon gibi etkenler de fabrika çalışanlarında ciddi risk faktörleridir (1).

2011 yılında Güney Kore'de yanlış postür ve uzun çalışma saatlerinin, kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına en çok neden olan faktörler olduğu bildirilmiştir, ayrıca işçilerde şiddetli lumbal disk hernisi oranının %44.2 olduğu tespit edilmiştir(2) .

Fabrika çalışanlarında kas iskelet sistemi yaralanmalarının önemli sebeplerinden biri de uygun olmayan çalışma postürleridir. Arkaya uzanma, dönme, baş üstü aktiviteler, bileğin bükülmesi, dizüstünde durma, kambur durma, çömelme, öne ve arkaya eğilme gibi yanlış pozisyonlar yaralanmalara yol açar. Çalışanlara uygun duruş eğitiminin verilmesi ve gerekli önlemlerin alınması iskelet kas yaralanmalarının ortaya çıkma oranını azaltabilmektedir. Örneğin Güney Kore'de 2007 yılında yaralanma oranı %55.3 iken, çalışma postürü düzeltilmesi ile bu oran 2010 yılı itibarıyla %47.7'ye gerilemiştir (2). Çalışma postürlerinin düzeltilmesi çalışanlarda öncelikle yapılması gereken bir uygulamadır. Kas iskelet ağrıları nedeniyle tedavi altına alınacak çalışanların öncelikle postür değerlendirmelerinin yapılması, tedavinin etkinliğini arttıracaktır (1).

## **Uygun olmayan duruş**

Herhangi bir çalışma sırasında vücut bölümlerinin sağlıklı olmayan konumuna denir. Eklemlerin çoğu için, iyi ya da doğal duruş, aşırı duruşlarda uzak durma, eklemlerin hareket aralıklarının arasında kullanılması anlamına gelmektedir (3). Eklem hareketi, hareket açıklıklarının uç noktalarında uzun süre kullanılırsa, kas, ligament ve bağ dokularda hasara neden olabilir. Örneğin üst ekstremitte ekstansiyon pozisyonundayken dirsek ve omuz eklemleri hareket aralıklarının son noktalarında yer alır. Olecranon, fossa olecrani'ye yerleşerek dirsekte hareket açıklığını tamamlar. Eğer çalışan bu durumda tekrarlı çekme ya da kaldırma yaparsa, daha yüksek bir yaralanma riski oluşmaktadır (3).

## **Materyal ve Metot**

Fabrika çalışanlarında çalışma postürü ile kas iskelet sistemi rahatsızlıkları arasındaki ilişkinin araştırılması” adlı tez çalışmamıza Mayıs 2016 – Temmuz 2016 tarihleri arasında Aydın Aykim Metal Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi Fabrikası ve Özyıldırım Plastik ve Kalıp San. Ltd. Şirketi Fabrikası çalışanları içinden gönüllü, çalışmaya alınma kriterlerine uyan 217 çalışan seçilerek araştırmaya dahil edildi.

Araştırmamızın etik kurul onayı İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 25.04.2016 tarihinde, 10840098- 604.01.01-E.5764 sayı numarası ile alınmıştır. Araştırmaya katılan bütün çalışanlara değerlendirme öncesi, araştırmanın amacı, süresi, yapılacak değerlendirmeler, karşılaşılabilecek problemler hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılan tüm çalışanlardan “ Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile onam alındı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Tam zamanlı olarak çalışmak
- Düzenli bir şekilde işe geliyor olmak
- Son 1 yıldır aynı fabrikada çalışıyor olmak
- 18-60 yaşlarında olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Aynı fabrikada 1 yıldan daha az süredir çalışanlar
- Çalışmaya katılmayı reddeden olgular
- Yarı zamanlı olarak çalışan işçiler

## **Gönüllülerin Değerlendirilmesi**

Çalışmaya dahil olan olgulara Sosyo-Demografik Değerlendirme Formu, Ovako Çalışma Duruşu Analiz Sistemi (OWAS), Ergonomi bilgi düzeyi TÜİSAG –İş güvenliği Uzmanlığı Soruları ile değerlendirildi. OWAS değerlendirmesi araştırmacı tarafından gözlemlenerek yapılmıştır. Sosyo-demografik değerlendirme formu ve TÜİSAG –İş güvenliği Uzmanlığı Soruları çalışana sorular sorularak araştırmacı tarafından yapılmıştır.

## **Sosyo-Demografik Değerlendirme Formu**

Bu değerlendirme kapsamında çalışmaya katılan bireylerin adı, soyadı, yaşı, kilosu, boyu, öğrenim durumu, sigara ve alkol kullanımları ve bunun sıklığı, spor yapıp yapmadıkları, sporun sıklığı ve süresi, hastalık hikayeleri, hangi bölümde çalıştıkları, günde kaç saat çalıştıkları, kaç yıldır çalıştıkları, gün içinde dinlenme araları, çalışırken ne kadar, kaç tekrarlı, hangi hizadan yük kaldırdıkları, kas iskelet sistemi ağrılarının ne zaman başladığı, ne tür bir ağrı hissettikleri, bu ağrı nedeniyle işe gelmeme durumlarının olup olmadığı, olduysa süresi, kas iskelet

sistemiyle ilgili bir rahatsızlıklarının olup olmadığı sorgulandı.

### **Ovako Çalışma Duruşu Analiz Sistemi (OWAS)**

OWAS, 1970'li yıllarda Finlandiya' da çalışanların kas iskelet sistemine olan yüklenmeyi ve çalışmanın neden olduğu ve ortaya çıkardığı postürü değerlendiren gözleme dayalı bir çalışma duruşu analiz metodudur (4,5).

Riskli çalışma duruşlarını tanımlamak ve değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan OWAS yönteminde 4 sırt, 3 kol, 7 bacak duruşu ve 3 farklı yük seviyesi dikkate alındığında 252 standart duruş ve yük kombinasyonu elde edilmektedir. Bu yöntemin kullanımı ile yapılan analiz kapsamında her bir duruş için harcanan zaman ve o duruşun görülme sıklığı değerlendirilmektedir. Yöntemin uygulanmasında duruşlar 4 haneli kodlama sistemine uygun olarak kaydedilmektedir. Analizin her bir aşamasındaki yüksek kod numaraları arzu edilmeyen duruşları temsil etmektedir. Gözlenen duruş kombinasyonları, 4 risk kategorisine göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma, her bir çalışma duruşunun ve duruş kombinasyonunun kas-iskelet sistemi üzerinde oluşturduğu sağlık risklerinin uzmanlar tarafından öngörülmesine dayanmaktadır. Riskli duruşların düzeltilmesindeki öncelik durumlarını belirleyen risk kategorileri aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

Kategori 1: Çalışma duruşlarının kas-iskelet sistemi üzerinde herhangi bir zararlı etkisi bulunmamaktadır. Bu duruşlar için, ergonomik düzenleme gerekmemektedir.

Kategori 2: Çalışma duruşlarının kas-iskelet sistemi üzerinde bazı zararlı etkileri mevcuttur. Gerekli ergonomik düzenlemelerin gelecek planları içerisinde yer alması gerekmektedir.

Kategori 3: Çalışma duruşlarının kas-iskelet sistemi üzerinde açıkça zararlı etkileri mevcuttur. Mümkün olan en kısa sürede çalışma duruşlarında gerekli ergonomic düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Kategori 4: Çalışma duruşlarının kas-iskelet sistemi üzerinde oldukça zararlı etkileri mevcuttur. Bu duruşlar için gerekli ergonomik düzenlemelerin derhal yapılması gerekmektedir (3,4).

### **TÜİSAG –İş güvenliği Uzmanlığı Soruları**

Bireylerin ergonomi bilgi düzeylerini değerlendirmek için oluşturulmuş 27 soruluk bir testtir. Her soruda bir doğru cevap vardır ve 4 şık arasından seçilmektedir. Ergonomi bilgi düzeyi sorulara verilen doğru cevap sayısının yüzdeye çevrilmesiyle hesaplanmıştır. Bu anket iş sağlığı ve güvenliği için hazırlanan deneme sınavıdır. Dernek 29 Ocak 2012'de kurulmuştur.

### **Bulgular**

İstatistiksel analiz Stata Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 versiyonu ile gerçekleştirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun tespiti için "Komolrow – Spinorow"

testi kullanıldı. Kategorik (Dikotom) değişkenler, "ki-kare" testi ile karşılaştırıldı. Numeratik verilerin korelasyonu için "Spearman" ve kategorik veriler için "Pearson" korelasyon analizi testi uygulandı. Ergonomi bilgi düzeyi ile çalışma postürü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Ağırlık kaldırma ve ergonomi bilgi düzeyi ile owas eylem sınıflarının karşılaştırılması

N=216		Owas eylem sınıfları					N
		1	2	3	4		
Ergonomi Bilgi Düzeyi	Yüksek	25	18	6	0	P* 0,073	49
	Düşük	69	57	31	10		167

## Tartışma

Ergonomi bilgi düzeyi ile çalışma postürü arasında ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada katılımcıların ergonomi bilgi düzeylerinin çalışma postürü ile arasında bir ilişki olmadığını tespit ettik. Çalışmamıza katılan katılımcıların ergonomi hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarını sorguladığımızda 167 katılımcının bilgi düzeyinin düşük olduğunu tespit ettik. Ergonomi hakkında bilgi düzeyi yüksek olanların varlığı da göz önünde bulundurulduğunda iki grubun da çalışma için doğru postüre sahip olmadıklarını göstermektedir. Yakut ve ark. (5) yaptığı çalışmada kişilerin ergonomi bilgi düzeyinin yüksek olmasının Kas İskelet Sistemi Hastalıkları'nın (KİSH) azalmasını etkilemediğini çünkü kişilerin ergonomik düzenlemeleri uygulamadıkları ve postürlerine dikkat etmediklerini belirtmiştir. Ancak ergonomi bilgi düzeyinin yüksek olmasının doğru postür sağlamakta yeterli olmadığı görülmüştür. Çünkü kişinin doğru bir vücut postürüne sahip olması ve bel ağrısı şikâyetlerinin azalması için kendi postürünün farkında olması dışında, ergonomik düzenlemelere uyması ve egzersizlerini yapması gerekir. Tanır ve ark. (2013) yaptığı çalışmada egzersiz programı verilen çalışanlarda postür düzelme ve ağrı şiddetinde anlamlı azalma olduğu bildirmişlerdir.

## Sonuç

1. Fabrika çalışanlarının çoğunluğunda kötü çalışma postürü mevcuttur.
2. Fabrika çalışanlarının çoğunluğunda ergonomi bilgi düzeyi düşük seviyededir.
3. Ergonomi bilgi düzeyi ile çalışma postürü arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
4. Ergonomi farkındalığının artması için ergonomi eğitimine önem verilmelidir.
5. Çalışma ortamlarında ergonomik düzenlemeler yapılmalı ve çalışanların bunlara uymaları sağlanmalıdır.

6. Çalışma ortamında uygulanabilecek egzersiz programı verilmelidir.

## **Kaynakça**

1. Lee TH, Han CS. Analysis of working postures at a construction site using the OWAS method. *Int J Occup Saf Ergon*. 2013;19(2):245-50.
2. Min Choi, Hyoung-Ryoul Kim Email author, Jinwoo Lee, Hye-Eun Lee, Junsu Byun and Jong Uk Won. Workers' experiences with compensated sick leave due to musculoskeletal disorder: a qualitative study 2014.
3. MSD Prevention Tool box, Beyond The Basics, Occupational Health and Safety Council of Ontario (OHSCO), musculoskeletal disorders prevention series, 2008.
4. Akay D, Dağdeviren M, Kurt M, Çalışma Duruşlarının Ergonomik Analizi, Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Der.1. Cilt 18, No 3, 73-84, 2003.
5. Yakut E, Düger T, Öksüz C, Yörükan S, Ureten K, Turan D et al. (2004) Validation of the Turkish version of the Oswestry disability index for patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 29(5):581-5
6. Ferdi TANIR, Rengin GÜZEL, Halim İŞSEVER, Ulviye ÇALIŞKAN POLAT (2013). Bir Otomotiv Fabrikasında Kas-İskelet Sorunları ve İstirahat Raporu Alanlara Verilen Ergonomi ve Egzersiz Eğitimi Sonuçları

# Şiddet ve İstismarda Halk Sağlığı Hemşireliği

## Public Health Nursing in Violence and Abuse

Özge ÖZ YILDIRIM<sup>1</sup>

### ÖZET

Şiddet son zamanlarda kadın, çocuk ve yaşlıya yönelik artarak devam eden bir olgu durumuna gelmiştir. Şiddet olgusu fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve duygusal boyutlarda karşımıza çıkmaktadır. Şiddete özellikle kadınlar, çocuklar ve yaşlılar maruz kalmakta ve hayatları birçok açıdan oldukça etkilenmektedir. Toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkan şiddet ile mücadelede, diğer pek çok sağlık sorunu gibi, stratejik olarak ele alındığında sıklıkla önlenabilir. Bununla mücadele etmek için uyumlu ve çok sektörlü bir halk sağlığı yaklaşımı gereklidir. Bu yaklaşımda halk sağlığının önemli bir bileşeni olan halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Halk sağlığı hemşireleri öncelikle risk gruplarını belirleyerek sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, istismar, hemşirelik yaklaşımı

### ABSTRACT

Violence has become a growing phenomenon towards women, children and the elderly. Violence occurs in physical, psychological, economic, sexual and emotional dimensions. Especially Women, children and the elderly are exposed to violence and their lives are affected in many ways. It can often be prevented strategically as many other health problems in combating violence as a social problem. A coherent and multisectoral public health approach is necessary to tackle this problem. In this approach, public health nurses, which is an important component of public health, have important duties. Public health nurses should first provide health education by identifying risk groups and organize supportive services to prevent crisis.

**Key words:** violence, abuse, nursing approach

### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü *Şiddet ve Sağlık Üzerine Dünya Raporu'nda* şiddet problemini; “ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişme veya yoksunluk ile sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimalinin yüksek olduğu, kişinin kendisine, bir başka kişiye, bir grup veya topluluğa karşı tehdit altında veya fiilen, kasıtlı olarak fiziksel ya da fiziksel olmayan güç kullanılması” olarak tanımlamıştır (WHO, 2002). Diğer bir tanımla şiddet, bireyin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik yönden zarar görmesiyle ya da acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması

---

<sup>1</sup> Arş.Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ozge.oz@omu.edu.tr](mailto:ozge.oz@omu.edu.tr)

muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranıştır (Adalet Bakanlığı,2017).

Şiddet Önleme İttifakı(VPA)' na göre şiddet uygulayan kişiye göre 2'ye ayrılmaktadır;

**Kendine yöneltilen şiddet**, fail ve mağdur aynı kişidir ve kendine kötü muamele ve intihara gibi şiddet anlamına gelir.

**Kişilerarası şiddet**, bireyler arasındaki şiddet anlamına gelir, aile/partner ve topluluk şiddeti olarak ikiye ayrılır.

## 1. Şiddet Türleri

Şiddet denilince akla ilk fiziksel şiddet gelmesine rağmen bir çok çeşidi bulunmaktadır. Şiddet türlerine 5'e ayrılmaktadır; (Kışlak, 2016; Department of Justice,2017).

**Fiziksel şiddet:** Vurma, tokatlama, itmek, tutmak, sıkıştırmak, ısırarak, saç çekmek, silah ve bıçakla yaralamak gibi beden bütünlüğüne zarar veren her çeşit davranışları kapsar.

**Cinsel şiddet:** isteği dışında cinsel ilişki ve fuhuşa zorlamak, cinsel yaşamda kadını aşağılayıcı davranışlarda bulunmak, kadının kişisel mahremiyetini ihlal etmek vb. davranışları içerir.

**Duygusal şiddet:** Kişinin öz değer ve / veya benlik saygısını etkileyecek, lakap, isim arama gibi davranışları kapsar.

**Ekonomik şiddet:** kadının çalışmasına izin vermemek, elinden parayı almak, harcamalarını kontrol etmek, evin ihtiyaçları için para vermemek, malını kontrol altına almak, kadını ilgilendiren ekonomik kararlara kadını katmamak, ekonomik kazanç amaçlı fuhuşa zorlamak ve parasına el koymak gibi davranışları içermektedir.

**Psikolojik şiddet:** suçlamak, hakaret etmek, küçük düşürmek, bağırarak, alay etmek, sevgiden mahrum bırakmak, küfür etmek, aldatılmak, istediği insanlarla görüştürmemek, güven ve saygısını düşürmeye yönelik söylemlerde bulunmak gibi psikolojik açıdan zarar veren davranışları kapsar.

## 2. Kadına Yönelik Şiddet Ve İstismar

Kadına yönelik şiddet İster kamu hayatında ister özel hayatta meydana gelsin baskı veya rastgele özgürlüğünü engelleme de dâhil kadınların fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik zararı veya ızdırabı ile sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan tüm eylemler (Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı, 2016). Ulusal ve uluslararası tüm gelişmelere karşın, kadına yönelik şiddet tüm dünyada 21. yüzyıla taşınan en önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Toplumsal yaşamın her aşamasında rastlanan kadına yönelik şiddet olgusu;



kadının maddi ve manevi bütünlüğüne ağır zarar vermesi nedeniyle ciddi bir sorun olmasının yanı sıra, kadının toplumsal yaşama aktif ve üretken katılımının önüne geçerek sosyal ve ekonomik kalkınma önünde bir engel oluşturmakta, kadın-erkek eşitsizliğinin devamına neden olmaktadır (Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Her yıl dünya çapında 1,3 milyondan fazla insan şiddet (kişinin kendisine, kişilerarası) yüzünden ölmekte ve bu rakam küresel nüfusun% 2,5'ini oluşturmaktadır. Şiddet, 15-44 yaş arası insanlar için dünyada dördüncü ölüm sebebidir (WHO, 2014). Dünya'da kadınların partnerinden fiziksel şiddet görme oranları, Afrika'da %36.6, Amerika'da % 29.8, Avrupa'da %25.4'tür. Kadınların cinsel şiddet görme oranları ise Afrika'da %11.9, Amerika'da %10,7, Avrupa'da %5.2' dir (DSÖ, 2013).

AB Temel Haklar Ajansı (FRA) 2014 yılında 28 AB üyesi ülkede, 42.000 kadınla aile içi şiddet araştırması yapmıştır. Araştırma sonuçlarına göre(FRA,2014);

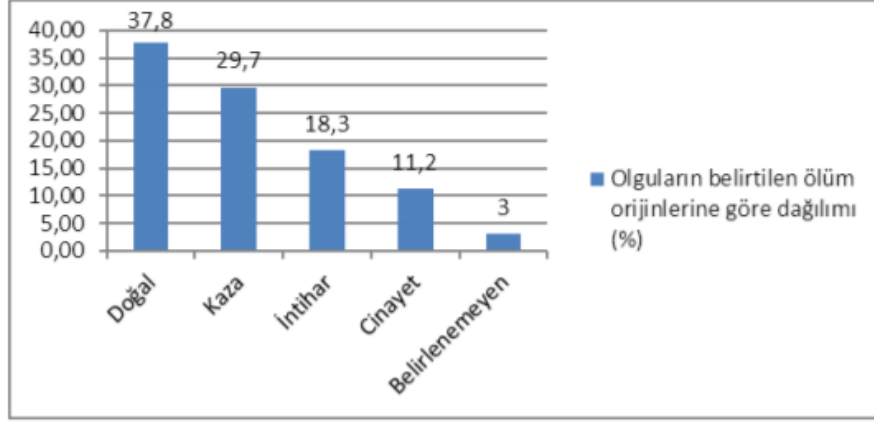
- Her üç kadından birinin 15 yaşından itibaren fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığını, son 12 ayda ise bu oranın %8 olduğunu,
- Kadınların yaygın biçimde istismara uğradığını ancak bunların çok azının kayıtlara geçtiğini, aile içi şiddet vakalarının sadece %14'ünün ve diğer şiddet vakalarının sadece %13'ünün rapor edildiğini,
- Her beş kadından ikisinin (%43) şimdiki veya eski eşi/hayat arkadaşından psikolojik şiddet gördüğünü,
- Kadınların yaklaşık %12'sinin 15 yaşından önce yetişkin biri tarafından cinsel istismara maruz kaldığını,
- Eşi veya hayat arkadaşının şiddetine maruz kalan kadınların %42'sinin hamile iken de şiddet gördüğü belirlenmiştir.

Ülke genelinde güvenilir tahminler ortaya koyan en kapsamlı araştırma olan "*Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*" 2014 yılında yürütülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları şöyledir (Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı, 2015);

- Türkiye genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı yüzde 36'dır. Başka bir ifadeyle, her 10 kadından yaklaşık dördü eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmıştır.
- Kırsal veya kentsel yerleşim yeri farklılığı, yaşam boyu veya son dönemde maruz kalınan şiddet düzeyinde önemli bir farklılaşmaya neden olmaz iken, bölgeler arasında fiziksel şiddet düzeyinin yaşam boyu şiddet için yüzde 27 ile 43 arasında; son 12 ayda yaşanan şiddet için ise yüzde 5 ile 11 arasında değiştiği görülmektedir. Her iki zaman diliminde de şiddet düzeyinin en yüksek olduğu bölge Orta Anadolu'dur.

- Araştırma sonuçları, fiziksel ve cinsel şiddetin bir arada yaşanmasının yaygın olduğunu göstermektedir. Türkiye genelindeki kadınların yüzde 36'sı fiziksel şiddete, yüzde 12'si cinsel şiddete maruz kaldığını belirtirken, kadınların yüzde 38'inin iki şiddet biçiminden en az birine maruz kalması, çoğunlukla cinsel şiddetin fiziksel şiddet ile bir arada olduğunu göstermektedir.
- On sekiz yaşından önce evlenen kadınların yaklaşık yarısı fiziksel şiddete, beşte biri ise cinsel şiddete maruz kalmıştır. On sekiz yaşını tamamladıktan sonra evlenen kadınlar arasında ise her on kadından üçünün fiziksel şiddete, her on kadından birinin cinsel şiddete maruz kaldığı görülmektedir.
- Eğitim düzeyinin artması fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalma yüzdelerini azaltmaktadır. Örneğin, hiç eğitimi olmayan/ilkokulu bitirmemiş kadınların yüzde 43'ü fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalırken, lisans ve üzeri eğitimi olan grupta bu oran, yüzde 21'e düşmektedir. Eğitime göre farklılık, özellikle lise ve üzeri eğitimle birlikte başlamaktadır. Eğitime göre farklılaşma önemli düzeydedir ancak, yüksek eğitimi olan kadınlar arasında her beş kadından birinin şiddet mağduru olması azımsanamayacak kadar yüksek bir şiddet düzeyini işaret etmektedir.
- Araştırma sonuçları, Batı Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgelerinde yaşayan kadınların zorla cinsel ilişkiye girme ve korktuğu için cinsel ilişkiye girme davranışlarına en sık maruz kalan kadınlar olduklarını göstermektedir. Aşağılayıcı ya da küçük düşürücü eylemlere zorlanan kadınların yüzdesinin en fazla olduğu bölgeler ise Batı Anadolu, İstanbul, Ege ve Doğu Karadeniz bölgeleridir.
- En yaygın şiddet biçimi olan duygusal şiddetin/istismarın genel düzeyi incelendiğinde, Türkiye genelinde, evlenmiş kadınların yüzde 44'ünün, duygusal şiddet/istismar biçimlerinden en az birine hayatlarının herhangi bir döneminde maruz kaldığı görülmektedir.

İzmir'de yapılan adli otopsilerde kadın ölümlerinin özelliklerinin incelenmesi ve kadına yönelik şiddetin araştırılması çalışmasında ölümlerin %32.5'i şiddet nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir (Şengül ve Ergöner, 2017).



Şekil 1. Olguların belirtilen ölüm orijinlerine göre dağılımı.

## 2.1. Kadına Yönelik Şiddet Ve Hemşirelik Yaklaşımı

Uluslararası Hemşirelik Birliği'ne(ICN) göre Kadına yönelik şiddette Halk Sağlığı Hemşireliği yaklaşımı;

Şiddet, diğer pek çok sağlık sorunu gibi, stratejik olarak ele alındığında sıklıkla önlenabilir. Bununla mücadele etmek için uyumlu ve çok sektörlü bir halk sağlığı yaklaşımı gereklidir.

Bir halk sağlığı yaklaşımının ana hedefi, savunma faaliyetlerini ve şiddet mağdurlarının ve şiddet mağdurlarının erken tanı ve bakımını teşvik etmek üzere tasarlanan müdahaleleri birleştirerek şiddeti önlemektir.

Şiddetin önlenmesi için halk sağlığı yaklaşımındaki adımlar şunları içerir:

1. Verileri toplayın ve nedeni ve sorunu tanımlayın.
2. Hassas grupları ve yaşam döngüsünün her aşaması için koruma önlemlerini belirleyin.
3. Koruyucu koşulları teşvik etmek ve farklı ortamlarda savunmasızlıkları en aza indirmek için müdahaleleri geliştirin ve pilot uygulamalar yapın.
4. Pilot uygulama ve ölçü sonuçlarına dayalı olarak müdahalelerin uygulanması.

Birincil korumada aile içi şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almak amaçlanır. Bu amaca ulaşmak için hemşireler öncelikle risk gruplarını belirlemeli, sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidir. Ev içi şiddet için birincil koruma stratejileri; risk faktörlerini belirleme, bireyin yaşadığı gerginliği azaltma, sosyal desteği artırma, bireyin baş etme becerilerini artırma, yaşam stresörleri ile daha etkin baş etmelerini sağlama, benlik saygısını artırma gibi girişimleri içermektedir (ICN, 2001).

### 3. Çocuğa Yönelik Şiddet Ve İstismar

*Çocuk İstismarı:* 18 yaşın altındaki çocuğun, ondan sorumlu kişi ya da kurumlar tarafından, gelişimini her yönde zedeleyici biçimde fiziksel, cinsel ve duygusal açıdan zarar görmesidir (Turan ve Traş, 2016).

*Fiziksel İstismar:* Çocukların onlara bakmakla yükümlü olan kişilerin elinde fiziksel açıdan zarar görmesi yani bedensel bütünlüğünün bozulmasıdır (Turan ve Traş, 2016). Fiziksel istismar, elle ya da bir nesneyle vurma, itme, sarsma ya da benzeri eylemleri içermektedir. Fiziksel istismarın nedenleri arasında, ebeveynlerde görülen psikiyatrik bozukluk, uyuşturucu madde bağımlılığı, sosyal destek yokluğu, çocuklukta kendilerinin istismara uğramış olmaları sayılmaktadır (Yaşar, 2017).

*Duygusal İstismar:* Çocukların kendilerine bakan kişilerin olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kalmaları ve gereksinimleri olan sevgiden mahrum bırakılmalarıdır (Turan ve Traş, 2016). Duygusal istismar çoğu zaman fiziksel ve cinsel istismarın bir parçasıdır. Duygusal istismar, küçük düşürme, gururunu incitme, hareket özgürlüğünü kısıtlama gibi uygulamaları içermektedir (Yaşar, 2017).

*Cinsel İstismar:* Psikososyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır (Turan ve Traş, 2016). Aileyi derinden etkileyen bir başka özel durum ise aile içi cinsel istismar, "ensest" ilişkilerdir. Ensest ilişki, biyolojik bağı olan kişiler arasındaki cinsel ilişki olarak değerlendirilmektedir. Ensest ilişki bir tabu olarak kabul edilmekte ve çoğu zaman bir aile sırrı olarak kalmaktadır. Cinsel istismara uğrayanlar yoğun suçluluk ve utanma duyguları hissedebilmekte ve dışlanma korkularından dolayı bu olayları gizlemektedirler (Yaşar, 2017).

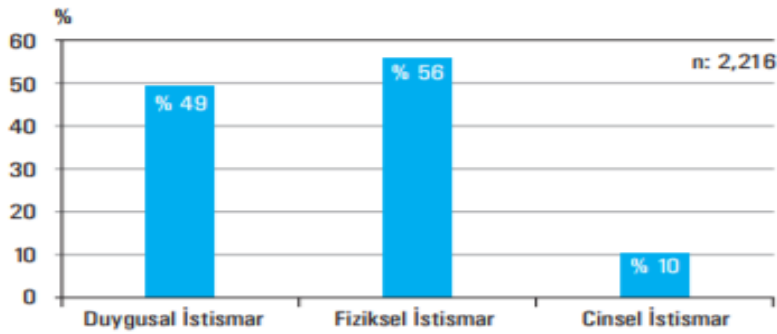
Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), **A Familial Face: Violence In The Lives Of Children And Adolescents raporuna göre** (UNICEF, 2017);

- Dünya çapında, 5 yaşın altındaki çocukların 1 / 4'ü (176 milyon) partner şiddeti deneyimleyen anne ile yaşıyor,
- Dünya genelinde 2 ila 4 yaş arasındaki 300 milyona yakın (3'te 4) çocuk, bakıcıları tarafından düzenli olarak şiddet yaşıyor,
- Dünya genelinde, 13-15 yaşları arasındaki yaklaşık 130 milyon öğrenciye (3'te 1'den biraz fazla) zorbalığa zorlanmaktadır,
- Dünyada her 7 dakikada bir ergen şiddet eylemiyle öldürülmektedir. 2015 yılında şiddet, dünya çapında yaklaşık 82.000 ergenin hayatını kaybetmesine neden olmuştur,

- Amerika Birleşik Devletleri'nde, 10 ila 19 yaşları arasındaki İspanyol olmayan siyah ergenlik çağı erkek çocukları arasındaki cinayet oranı, Hispanik olmayan Beyaz ergen erkeklerden neredeyse 19 kat daha fazladır.
- Dünya çapında, 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 15 milyon ergen kız çocuğu hayatları boyunca zorla cinsel ilişkiye girmiştir.
- 30 ülkeden alınan verilere dayanılarak, zorla seks yaşayan ergenlik çağındaki kızların sadece% 1'si profesyonel yardım almıştır.

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF'in desteği ile İstanbul, Samsun, Konya, Şanlıurfa, Adana ve Erzurum'da gerçekleştirilen Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması, Bu illerde toplam 235 katılımcı ile 30 grup çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu rapora göre (T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 2010);

- Türkiye'de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların yüzde 56'sının fiziksel istismara, yüzde 49'unun duygusal istismara, ve yüzde 10'unun cinsel istismara tanık olduğunu görülmektedir



- Fiziksel istismara tanık olma en fazla ev dışında gözlemlenirken, duygusal istismara tanıklık ev ve ev dışı ortamlarda benzer oranlarda gerçekleşmektedir. Çocuklar ve gençler en fazla çocukların veya gençlerin başka bir çocuğa fiziksel istismar uyguladığına tanık olmaktadır. Saç çekme, kulak çekme, cisim fırlatma, elle vurma tokat atma en sık görülen fiziksel istismar biçimleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklar / gençler bu davranışlara en fazla okulda maruz kalmaktadır. Bu davranışları uygulayan genellikle başka bir genç veya çocuktur. Ceza olarak uygulanan fiziksel istismarda ise sorumlu olarak öğretmen gösterilmektedir. Kızgınlık, üzüntü fiziksel istismarın yarattığı hislerdir. Fiziksel acı ve kendisiyle ilgili hislerinin zarar görmesi, fiziksel istismarın diğer etkileridir.
- Araştırmada cinsel istismara rastlanma oranı diğer istismar türlerine göre daha düşük olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukların yüzde 1'i, son bir yıl içinde, izlemek ya da bakmak istemediği halde, cinsel içerikli bir film izlettirildiğini; bir dergi ya da bilgisayardaki

cinsel içerikli resimlere bakmaya zorlandığını söylemiştir. Yüzde 0,5'i ise, herhangi birinin, kendisine, istemediği halde, dokunmak kendine dokundurtmak gibi- cinsel içerikli başka bir davranışta bulunduğunu belirtmiştir

2014 yılında yapılan 26 il ve ilçe'de tabakalı olarak 0-8 yaş arası çocuğu olduğu tespit edilen adreslerde toplam 3.043 kadın ve 1.058 erkek ile yapılan Türkiye'de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre (Türkiye'de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014);

- Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça çocuğa yönelik ihmal ve duygusal/fiziksel şiddet azalmaktadır.
- Ailedeki çocuk sayısı arttıkça çocuğa yönelik ihmal ve duygusal/fiziksel şiddet ile çocuğun aile içi şiddet tanıklığı artış göstermektedir.
- Ailede engelli bir bireyin olduğu hanelerde çocuklar daha çok ihmal ve duygusal/fiziksel şiddete maruz kalmakta ve tanıklık etmektedir.
- Çocukluklarında ve halihazırda şiddet gören ebeveynlerin çocuklarına yönelik aile içinde yaşanan ihmal ve duygusal/ fiziksel şiddet deneyimlerine dair beyanları, şiddet görmeyenlere göre daha yüksektir.

Bu çalışmaya göre bölgeler arasında görülen şiddet oranları;

- Kentte uygulandığı beyan edilen düşük düzey fiziksel şiddet %21 iken, kırdada bu oranın %26 olduğu;
- Erkek çocuklara uygulandığı beyan edilen düşük düzey fiziksel şiddet %24 iken kız çocuklar için bu oranın %21 olduğu
- Düşük düzey fiziksel şiddetin en çok beyan edildiği bölge Akdeniz (%31) ve Karadeniz (%29) iken, en düşük beyan oranının ise Ege (%15) bölgesinde olduğu görülmektedir.

#### **4. Yaşlıya Yönelik Şiddet Ve İstismar**

Yaşlı istismarı kendi evinde oluşan, çoğunlukla yetişkin çocukları ve eşleri tarafından suçun işlendiği ev ve ya kişilerarası şiddet olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir yerde meydana gelebilen istismar ve ihmalinin en çok oluşabileceği yerler arasında yaşlının kendi evi, hastane, huzurevleri, günlük bakım evleri sayılabilir (Lök, 2015).

İstanbul'da Adli Tıp Bakışı İle Yaşlı Ölümleri ve özellikleri'nin incelendiği çalışmaya göre, adli nedenli otopsiler içindeki yaşlı oranları 1996'da %6,1 iken, 2001 yılında bu oran %8,8'e çıkmış, yaşlıya zarar vermek amacıyla yapıldığı kesin olarak söylenebilecek eylemlerde de artış tespit edilmiştir (İnce ve ark., 2007).

##### **4.1. Yaşlı istismarının önlenmesi**

Yaşlı istismarını önlemeye yönelik ilk ve en önemli adım, her yaştan kişinin şiddet içeren, küfreden, aşağılayan veya ihmal eden davranışlara maruz kalmamasının kabullenilmesidir.

- **Eğitim**, yaşlı istismarını önlemenin temel taşıdır. Çoğu istismar, aile üyeleri veya bakıcılar tarafından evde gerçekleştiğinden, yaşlıların özel ihtiyaçları ve sorunları ve istismar için risk faktörleri konusunda halkın eğitmesi gerekmektedir.
- **Bakıcı bakımı**, yaşlı istismarı konusunda bakım verenlerin yükünü ve stresini azaltmak için hafta birkaç gün ve ya birkaç saat yaşlının bakıcı tarafından bakılması sağlanabilir.
- **Sosyal iletişim ve destek**, yaşlı insanlara, aile üyelerine ve bakıcılara da faydalı olabilir. Çoğu zaman, benzer koşullardaki aileler, çözüm paylaşmak ve birbirlerine informal bilgiler vermek içi biraraya gelebilir. Yaşlıların izolasyonu istismar olasılığını artırır ve istismarın gerçekleştiğinin bir işareti bile olabilir. istismar edenler, yaşlısını insanlardan uzak tutmaya çalışabilir (American Psychological Association, 2012).

### **Sonuç ve Öneriler**

Şiddet olaylarına özellikle kadınlar, çocuklar ve yaşlılar maruz kalmakta ve hayatları birçok açıdan olumsuz etkilenmektedir. Toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkan şiddet ile mücadelede, diğer pek çok sağlık sorunu gibi, stratejik olarak ele alındığında sıklıkla önlenabilir. Bununla mücadele etmek için uyumlu ve çok sektörlü bir halk sağlığı yaklaşımı gereklidir. Bu yaklaşımda halk sağlığının önemli bir bileşeni olan halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Halk sağlığı hemşireleri öncelikle risk gruplarını belirleyerek sağlık eğitimi vermeli ve krizi önlemek için destekleyici hizmetleri düzenlemelidir.

## Kaynaça

1. Adalet Bakanlığı. Erişim adresi: [http://www.evicisiddet.adalet.gov.tr/SIDDET\\_NEDIR.html](http://www.evicisiddet.adalet.gov.tr/SIDDET_NEDIR.html). Erişim tarihi:12.11.2017.
2. Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>. Erişim tarihi:12.11.2017.
3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2016). Kadına Yönelik Őiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020. Ankara. Erişim Adresi:<http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/585d231c369dc55714513399/Kad%C4%B1na%20Y%C3%B6nelik%20C5%9Eiddetle%20M%C3%BCcadele%20Ulusal%20Eylem%20Plan%C4%B1%202016-2020.pdf>. Erişim tarihi:14.11.2017.
4. American Psychological Association. (2012). Elder Abuse & Neglect In Search of Solutions. Washington. Erişim adresi: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf>.
5. Avrupa Birliği Temel Haklar Ajansı (FRA), (2014). Erişim adresi: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf). Erişim tarihi:14.11.2017.
6. Department of Justice. Erişim adresi: <https://www.justice.gov/ovw/domestic-violence>. Erişim tarihi:12.11.2017.
7. Aliustaoğlu, S., Yazıcı, Y., Nurhan, İ. N. C. E., İnce, H., & All, A.(2007). İstanbul’da Adli Tıp Bakışı İle Yaşlı lmleri Ve zellikleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 70(2), 34-38.
8. Kışlak, ŐT.(2016) “Kadına Yönelik Şiddet ve Travmanın izleri”, Keser A, Yıldırım F ve Kalkan M.(Ed.) Hastalıkta Sağlıkta Kadın Olmak(ss. 121-139). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
9. Lk Neslihan. (2015). “Türkiye’de Yaşlı İstismarı ve İhlali, SistematiK Derleme”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Sayı:7, s.149-156.
10. Şengül HM, Ergnen AT (2017) “İzmir’de yapılan adli otopsielerde kadın ölümlerinin özelliklerinin incelenmesi ve kadına yönelik Şiddetin araştırılması”, *DE Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı:31, s. 87-96.
11. World Health Organisation. *World report on violence and health*. 2002. Erişim adresi: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf) . Erişim tarihi: 12.11.2017.



12. World Health Organisation. Global Health Observatory Data Repository [online database].2014. Erişim adresi: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.SDG161?lang=en>. Erişim tarihi:12.11.2017.
13. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. 2010. Erişim adresi: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>.
14. Turan, A., Traş, Z.(2016) “Çocuk İhmal ve İstismarı”. Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A(Ed.) Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar(ss.37-58). Çizgi Kitapevi.
15. Türkiye’de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması,2014. Erişim adresi: <http://www.ailecocuksiddet.info/RAPOR.pdf>. Erişim tarihi:22.12.2017.
16. United Nations Children’s Fund (UNICEF). A Familiar Face: Violence In The Lives Of Children And Adolescents. November, 2017. Erişim Adresi: [https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/10/EVAC-Booklet-FINAL-10\\_31\\_17-high-res.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/10/EVAC-Booklet-FINAL-10_31_17-high-res.pdf). Erişim tarihi:12.11.2017.
17. Yaşat M. Çocuk İhmal ve İstismarı. Erişim Adresi: [http://anaokulu.cu.edu.tr/\\_\\_\\_/file/2\\_COCUK\\_IHMAL\\_VE\\_ISTISMARI.pdf](http://anaokulu.cu.edu.tr/___/file/2_COCUK_IHMAL_VE_ISTISMARI.pdf). Erişim Tarihi:30.11.2017.
18. WHO. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
- 19.International Council of Nursing(ICN). Nurses, Always There for You: United Against Violence Anti-Violence Tool Kit.2001, Geneva (Switzerland). Erişim adresi: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/nurses.pdf>.

# Afetlerde Halk Sağlığı Hemşireliği

## Public Health Nursing in Disaster

Özge ÖZ YILDIRIM<sup>1</sup>

### ÖZET

Afet, bir topluluğun veya toplumun işleyişini ciddi biçimde bozan, topluluğun veya toplumun kendi kaynaklarını kullanarak baş etme yeteneğini aşan beşeri, maddi, ekonomik veya çevresel kayıplara neden olan ani bir olaydır. Afetler, doğal ve doğal olmayan olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Afet yönetimi ise önleme (veya hafifletme), hazırlıklı olma, yanıt verme ve iyileşme olmak üzere dört aşamadan oluşur. Halk sağlığı hemşireleri, halk sağlığı profesyonelleri olarak hem afete hazırlık hem de yanıt vermede önemli bir role sahiptir. Halk sağlığı hemşireleri, afet hemşireliği uygulamaları ile ilişkili bilimsel ve mesleki bilgileri kullanma, diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak afet hazırlığı yapma, afet anında bakım verme ve afet sonrası rehabilitasyon hizmetlerini sürdürme gibi görevlere sahiptirler. Günümüzde savaşlar gibi insanlar tarafından oluşturulan doğal olmayan afetler toplum sağlığını oldukça etkilemektedir. Bu derleme makale ile afetler ve afetlerde halk sağlığı hemşirelerinin görevlerini tanımlamak amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Afet, hemşirelik, hemşirelik yaklaşımı

### ABSTRACT

Disaster is a sudden event that seriously disrupts the functioning of a community or society, causing human, material, economic or environmental losses that exceed the ability of the community or society to cope with its own resources. Disasters are divided into natural and non-natural. Disaster management consists of four stages: prevention (or mitigation), preparedness, response and recovery. Public health nurses play an important role in both disaster preparedness and response as public health professionals. Public health nurses have duties such as using scientific and professional knowledge related to disaster nursing practices, disaster preparedness by cooperating with other organizations, providing care at the time of disaster and continuing rehabilitation services after disaster. Non-natural disasters created by human beings, such as wars, have a great impact on public health at nowadays. This review article aims to describe the duties of public health nurses in disasters and disasters.

**Key words:** disaster, nursing, nursing approach

---

<sup>1</sup>Arş.Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ozge.oz@omu.edu.tr](mailto:ozge.oz@omu.edu.tr)

## **Giriş**

### **1. Afet**

Afet, bir topluluğun veya toplumun işleyişini ciddi biçimde bozan, topluluğun veya toplumun kendi kaynaklarını kullanarak baş etme yeteneğini aşan beşeri, maddi, ekonomik veya çevresel kayıplara neden olan ani bir olaydır. Sıklıkla doğadan kaynaklanıyor olsa da felaketler insanın kökeni olabilir (Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu, 2018). Diğer bir tanımla Afet, “afet bölgesindeki fiziksel, ruhsal, sosyal olarak etkilenmiş insanların(yaralıların) iradesi için, o anda mevcut kaynaklar ile tıbbi bakım ve halk sağlığı hizmetlerinin yetersiz kalması, böylece insanların ölmesi, organ/uzuv kaybetmesi ve sakat kalması ile sonuçlanan bir olaydır”(Altıntaş, 2015). AFAD ise afeti, “Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur” şeklinde tanımlamaktadır(AFAD,2018).

#### **1.1. Afet tıbbi**

Afet tıbbi, bir afet anında, ortaya çıkan ani sağlık gereksinimleri ile etkilenen toplumdaki mevcut kaynaklar arasındaki orantısızlığı mümkün olan en yüksek sayıda yaralıyı kurtaracak şekilde idare eden tıp dalıdır. Afet tıbbının amacı, etkilenen toplumların sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek, azaltmak, sağlık koşullarını afet öncesi duruma getirmek, sağlık hizmetlerini ve kuruluşlarını korumak ve ya yeniden kurmaktır (Altıntaş, 2015).

#### **1.2. Afet Çeşitleri**

##### **Doğal Afetler**

Doğa olayları sonucu oluşan afetlerdir. Kaynağı yer kabuğu olanlar; depremler, heyelanlar, yanardağ patlamaları, kaya düşmeleri, çamur selleri gibi afetlerdir. Atmosfer olayları sonucu oluşanlar; sel, kuraklık, çığ, fırtına, hortum, kasırga, don, sis ve aşırı yağmur buna örnek verilebilir (Kılıç, 2016)

##### **Doğal Olmayan Afetler**

İnsan ve teknoloji kaynaklı afetlerdir. Savaşlar, nükleer-kimyasal-biyolojik kaynaklı, silahlı-bombalı saldırılar, bazı yangınlar, tehlikeli madde kazaları, hava ve su kirliliği, isyan, terörizm, kitlesel göçler, mülteci hareketleri bu grup içinde değerlendirilir. Olaydan etkilenen mağdurların biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı önemli ölçüde bozulmakta, dünya genelinde morbitide ve mortalite artmakta ve konu uluslar arası bir halk sağlığı sorununa dönüşmektedir (Kılıç, 2016). Uluslararası Kızıl Haç ve Kızılay Derneği Federasyonu (2003) İnsan yapımı bir felaketin ani veya daha uzun vadeli olabilecek doğal olmayan felaket

olaylarına neden olduğunu vurgulamıştır. Ani insan yapımı afetler, dış güç olmadan bağımsız olarak yapısal ve maden çökmeleri gibi olayları içerir. Hem insan hatası hem de doğal güçlerden kaynaklanan felaketler karma felaketlerdir. Karma bir felaket örneği, ormanların geniş bir şekilde yok edilmesi sonucu toprak erozyonuna ve daha sonra yoğun yağışlarla birlikte heyelanların meydana gelmesidir (Shaluf, 2007).

### **Karmaşık Afetler**

Hem insan hem de doğa kaynaklı afetlerdir. Yangınlar, nükleer ve endüstriyel patlamalar hem kazara hem de doğal bir afetin meydana getirdiği hasarlar ile ortaya çıkabilir (Kılıç, 2016).

	<b>Felaketin tipi</b>	<b>Alt felaketler</b>	<b>Felaketin adı</b>
<b>Doğal</b>		Dünya yüzeyden kaynaklanan doğal olaylar	Depremler Tsunamiler Volkanik patlamalar
		Topografik fenomen	Heyelanlar Çığlar
		Meteorolojik/hidrolojik olaylar	Rüzgar fırtınaları (siklonlar, tayfunlar) Kasırga Sağnak fırtınalar ve kar fırtınaları Deniz dalgalanmaları Sel Kuraklıklar Isı dalgaları / soğuk dalgalar
		Biyolojik olaylar	Enfeksiyonlar Epidemiler (kolera, dang, ebola, Sıtma, kızamık, menenjit, sarıhumma, HIV / AIDS, tüberküloz)
	Sosyo-teknik	Teknolojik felaketler	Yangın Patlamalar (mühimmat patlaması, Kimyasal patlamalar, nükleer patlamalar, Mayın patlamaları) Sızıntı Zehirli salım Kirlilikler (kirlilik, asit yağmuru, kimyasal Kirlilik, atmosferik kirlilik)

<b>Doğal olmayan afetler</b>			Fiziksel varlıkların yapısal çöküşü
		Nakliye felaketleri	Hava, kara, deniz felaketleri
		Stadyumlar diğer toplu yerlerde olan felaketler	Yangın, çökme
		Üretim hataları	Bilgisayar sistemi arızası Arızalı ürünlerin dağıtımı
	Savaş	Ulusal	Aynı ülkeden silahlı gruplar arasındaki iç savaş Sivil grevler Sivil karmaşıklıklar Bomba tehditleri / terör saldırısı
		Uluslararası	
		Konvansiyonel	Farklı ülkelerden gelen iki ordu arasındaki savaş Kuşatmalar Ablukalar
		Konvansiyonel olmayan	Nükleer Kimyasal Biyolojik
<b>Karmaşık</b>			Volkanik ya da çığ bölgelerine yapı yapmak Sel yatağına yapı yapmak

Felaketleri sonuçlarına göre tanımlamak için çeşitli kriterler önerilmiştir. Birleşmiş Milletler Çevre Programı ve Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (2003) İnternet sitelerini oluşturduklar ve veritabanına girebilmek için afet kriterlerini belirlediler. Felaket Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED), bir felaketin veritabanına girilebilmesi için aşağıdaki ölçütlerden en az birinin yerine getirilmesi gerektiğini belirtmiştir (Shaluf, 2007);

- On veya daha fazla kişi ölmesi,
- 100 kişinin etkilenmesi,
- Uluslararası yardım çağırısı
- Olağanüstü hal ilan edilmesi.

Son on yılda 2.6 milyardan fazla kişi deprem, tsunami, heyelan, sıcak hava dalgası, sel baskını veya şiddetli soğuk hava gibi doğal olaylardan etkilenmiştir. Bu felaketler, yerel tıbbi

kaynakları etkilemiş ve kapsamlı ve kesin tıbbi bakım sunmalarını engelleyen kitlesel kayıplara (ör., Künt travma, ezilme, boğulma) neden olmuştur (WHO, 2018).

Savaş, ölümcül bir salgın, deprem ya da sel gibi her kriz, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık, güvenlik, geçim ve haklarına benzersiz güçlükler getirmektedir (UNFPA, 2015). Afetler Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi'nden alınan verilere göre, afet sayısı 1980 ile 2000 yılları arasında üç kat artmış ve bunu takiben bir miktar gerileyerek, bugün 25 yıl önce kaydedilenin sayısından iki katına çıkmıştır (UNFPA, 2015).

2014 Birleşmiş Milletler raporuna göre, 1994'ten bu yana, 4.4 milyon kişi afetlerden etkilendiği, 1.3 milyon insanın hayatını kaybettiği ve 2 trilyon dolar ekonomik kayıp yaşandığını belirtilmiştir. Düşük ve orta-düşük gelirli ülkeler orantısız olarak doğal afetlerden etkilenmektedir. Aynı 20 yıllık dönemde felaket yaşayan ülkelerin yüzde 33'ü düşük-orta düşük gelirli ülkelerdi ve afetler sonucu ölenlerin yüzde 81'i bu ülkelerde yaşıyordu. Dünyada doğal afetler içinde en çok tehlike oluşturan felaketlerden 10'undan 8'i Filipinlerde gerçekleşmiştir. Doğal felaketler, yoksulluk sınırının altında yaşayan insan sayısını artırıyor (Childfund International, 2013).

## 2. Afet Yönetimi

Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi ve zararların azaltılabilmesi için, afet öncesi, afet sırası ve sonrasında yapılması gereken teknik yönetsel ve yasal çalışmaları belirleyen ve uygulamaya aktaran, bir olayla karşılaşıldığında etkili bir uygulama yapabilmeyi sağlayan ve her olaydan elde edilen deneyimlerin ışığında mevcut sistemi geliştiren bir yönetim yaklaşımıdır (Kılıç, 2016). Afet yönetimindeki karmaşayı ve çok başlılığı ortadan kaldırmak amacıyla 29.05.2009 tarihinde 5902 sayılı "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun", TBMM'de kabul edilmiş ve 17.06.2009 tarih ve 27261 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir(Resmi Gazete,2009).

Afet yönetimi, zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme olmak üzere dört aşamadan oluşur(Hassmiller ve Stanley,2014; Kılıç,2016).



## **Zarar azaltma**

Tüm tehlikelerin hafifletilmesi (önleme), insanlara ve mallarına afetlerden önce oluşabilecek riskleri azaltmak için kullanılan acil durum yönetimidir. Zarar azaltma, bina ve altyapıyı rüzgar ve su kuvvetlerinden korumak gibi yapısal önlemleri ve arazi geliştirme kısıtlamaları gibi yapısal olmayan önlemleri içerebilir. Yerel yönetim düzeyinde uygulanan bu birincil önleme tedbirleri, tehditlere karşı tüm tehlikeli yaklaşımlarda etkinlik sağlamaktadır(Hassmiller ve Stanley,2014). Afet zararlarının azaltılması, birincil ve ikincil zarar azaltma ile mümkündür. Her ikisi de afet meydana gelmeden önce yapılır. Birincil zarar azaltma, afet yönetiminde tercih edilen yaklaşımdır. Amaç afetin oluşumunu önlemektir. İkincil zarar azaltma da tehlikenin etkilerini azaltmak amaçlanır (Altıntaş, 2015). Hemşire, toplum içinde felaketin önlenmesinde birçok rol oynayabilir. Topluluk savunucuları olarak, hemşireler çevresel tehlikeleri belirleyerek ve önleme amacıyla çevre sağlığı için halk sağlığı ekibinde hizmet ederler. Halk sağlığı hemşireleri, özellikle, bir hastalığın önlenmesi için aşı kampanyaları düzenlerler. İnsan yapımı felaket önleme açısından, hemşire, yüksek riskli hedeflerin ve mevcut güvenlik açıklarının ve güvenlik açığının ortadan kaldırılması veya hafifletilmesi için neler yapılabileceğinin farkında olmalıdır (Hassmiller ve Stanley,2014).

## **Hazırlık**

Afete hazırlık, etkili bir yardım için, güvenli bir çevrede; personel, para, araç-gereç ve diğer kaynakların organize biçimde harekete geçirilmesini sağlayacak tedbirleri almaktır (Altıntaş, 2015). Halk sağlığı hemşireleri topluluğa hazırlık açısından önemli bir rol oynamaktadır, ancak önce kişisel ve mesleki hazırlığın kritik unsurlarını yerine getirmelidirler. Felaketler doğalarından dolayı hemşirelerin çabucak yanıt vermelerini gerektirir. Hemşirelerin hazırlaması gereken acil durum malzemeleri(Hassmiller ve Stanley,2014);

- Kimlik ve ehliyet
- Lisans ve sertifikasyon belgesi(CPR)
- Kan basıncı manşeti (yetişkin ve çocuk) ve stetoskop
- Eldiven, maske ve diğer kişisel koruyucu ekipman
- Airway
- Radyo ve pil şarj cihazı
- Güneş koruması
- Çoraplar ve sağlam ayakkabılar

## **Müdahale**

Afet yanıtı afet tesirinden sonra uygulanan bir grup faaliyettir. Afet sonrası ortaya çıkan gereksinimlerin değerlendirilmesi, acının azaltılması, afet etkilerinin yayılımının sınırlandırılmasından oluşur (Altıntaş, 2015). Bir afet sırasında halk sağlığı hemşiresinin rolü,

hemşirenin deneyimi, bir toplum felaket planında mesleki rolü, kişisel hazırlığı ve önceki afet bilgilerine büyük ölçüde bağlıdır. Halk sağlığı hemşirelerinin felaket hazırlığı ve cevabı liderlik, politika, planlama ve uygulama uzmanlığı getirir. Coğrafi bir konuma dayanan bir olayda kullanılmak üzere nüfusa dayalı bir yaklaşım olan halk sağlığı triajı adı verilen triyaj tipi de mevcuttur. Halk sağlığı triajı, öncelikli müdahaleler için popülasyonun sınıflandırılmasını veya tanımlanmasını içerir. Örneğin salgın hastalıklarda, halk sağlığı triajı odak noktası sekonder enfeksiyonun önlenmesidir. Sürveyans raporları, etkilenen nüfusun devam eden durumunu ve sürmekte olan yardım çabalarının etkinliğini göstermektedir. Sürveyans, bir felaketin iyileşme aşamasına kadar devam eder (Hassmiller ve Stanley,2014).

### **Yeniden iyileşme**

Afet tesirinden sonra, toplumun temel sosyal fonksiyonlarının yeniden inşa edildiği dönemdir(Altıntaş, 2015). Afetle karşılaşan toplum üyelerinin yaşam koşullarını yeniden oluşturmak ve olası afet risklerini azaltmak için yapılan faaliyetlerdir. Bu aşamada; afet mağdurlarının asgari yaşam standartlarına sahip olabilmeleri için geçici barınak, yemek gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. En iyi örnek çadır kentlerdir (Kılıç, 2016).

### **3. Afetler Toplumu Nasıl Etkiler?**

Bir toplumdaki insanlar felaketin türüne, nedenine ve konumuna; hasarın büyüklüğü ve kapsamı; süresine bağlı olarak fiziksel ve duygusal olarak etkilenir. Herhangi bir felakette müdahale etmenin ilk hedefi mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde sıhhi bariyerler oluşturmaktır. Su, yiyecek, atık giderme, vektör kontrolü, barınak ve güvenlik temel ihtiyaçlardır. Aşırı sıcaklık veya soğuk gibi zor hava şartları, özellikle elektrik yoksa çabalar oldukça engellenebilir. Hastalıkları önleme özellikle devam etmekte olan bir hedeftir (Hassmiller ve Stanley,2014).

11 Eylül'ün psikolojik etkileri, daha kapsamlı, tek olaylı felaketlerden farklıydı. Saldırı, tamamen beklenmedik ve büyük oldu, sonrasında neler olabileceği konusunda belirsizlik ve korku oldu. Bundan sonraki bir saldırının ne zaman ya da ne zaman gerçekleşeceğini bilmemek, bireylerin korku ve öfkelerini daha da artırdı. (Hassmiller ve Stanley,2014).

#### **3.1. Afetlerin Aile Sağlığına Etkileri**

Bir felaketin ardından bir ailenin yaşayabileceği bazı reaksiyonlar aşağıda belirtilmiştir. Bunlar ani, orta dönem veya uzun vadede gerçekleşebilir. Felaketten hemen sonra bazı reaksiyonlar meydana gelebilir ve birkaç hafta devam eder (Queensland Government,2016).

#### **Ani etkiler;**

- Evden uzakta birbirinizin güvenliği korkusu.
- Kabuslar ya da başka bir felaketin meydana gelmesi korkusu.



- Felaketin neden olduğu korku ve sıkıntıdan dolayı öfke yaşanması. Bazen bu öfke, başka bir aile üyesine veya ailenin dışındaki kişilere yönlendirilebilir.
- Kendilerine ve başkalarına olan güven kaybı
- Duygusal kargaşa, öfke, suçluluk, üzüntü, öngörülemeyen davranış ya da makul olmayan tepkiler.
- Çocuklarda güvensizlik, gece idrar kaçırma, yeme ve uyku alışkanlıklarındaki değişiklikler

### ***Orta dönem etkiler;***

Felaketten açıkça kaynaklanmayan değişiklikler olaydan haftalar veya aylar sonra gerçekleşebilir.

- Eşler / anne-babalar, birbirleri ve çocukları arasında sürtüşme ve yanlış anlaşılmalara neden olan aşırı sinirli veya hoşgörüsüz davranışlar sergileyebilir.
- Çocuklar ve gençler, endişeli ve korkulu olduklarından dolayı dikkatsiz davranmaya veya itaatsiz davranmaya başlayabilirler.
- Aile üyelerinin birbirlerine duydukları hisler, kendi sorun ve tepkileriyle daha fazla müstakbel veya meşgul oldukları için değişebilir.
- Aile üyeleri başkalarına yardım etmek ve kendi ihtiyaçlarını yok saymak için çok zorlanabilirler.
- Aile üyelerinin çalışması, okul performansı ve konsantrasyon seviyeleri zarar görebilir.
- Eşlerin cinsel ilişkileri değişebilir.
- Aile bireyleri eğlence, spor ve sosyal etkinliklere olan ilgisini kaybedebilir.
- Gençler duygusal destek için ailelerinin dışında ihtiyaçlarını karşılayabilir.

### ***Uzun dönem etkileri***

Bazen problemler, olaydan sonraki ilk günler, aylar veya yıllar boyunca belirgindir ve genellikle gündelik meseleler olarak görülür.

- Aile üyeleri bir başka krizde yer aldıklarında, felâket anıları gözlerinin önüne gelebilir.
- Aile üyeleri olayları sık sık gözden geçirmeye ihtiyaç duyar (belki de aylar veya yıllar boyunca)
- İnsanlar gelecekteki felaketleri, özellikle de benzer duygular oluştuğunda daha zor ele alabilirler.
- Aile üyeleri, işler normale dönene kadar acı duygularını gizleyebilir ve yalnızca sıkıntılarını gösterebilir.

Marmara depremi öncesi ve sonrasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastaların dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildiği çalışmada, 1998 yılında iletişim bozuklukları ve dışa atım bozuklukları tanısı

konan çocuklar daha çokken, 1999 yılında anksiyete bozuklukları tanısı anlamlı şekilde daha yüksek oranda konduğu belirlenmiştir. Polikliniğe başvuran hastalara konan tanılar her iki yılda aylara göre karşılaştırıldığında, anksiyete bozukluğu tanısının 1999 yılında Ağustos ayı ve Eylül ayında daha yüksek oranda konduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucuna göre, deprem gibi doğal afetin çocukların üzerinde önemli oranda psikolojik etki bıraktığını görmekteyiz (Berkem ve Bildik, 2001). Marmara depreminden sonra Gölcük Ford Otosan Çayırkenti'ne yerleştirilen 25 ergen ile İstanbul-Avcılar'da yaşayan 24 ergenin depresyon, anksiyete ve davranışı özelliklerini saptamak; yerleşim yeri, cinsiyet ve barınma koşullarının etkilerini değerlendirildiği başka bir çalışmada, Gölcük ve Avcılar'daki örneklemelerinin travmaya ve deprem sonrasında oluşan duruma tepkisi depresyon, kaygı ve davranış olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Gölcük örneğinde kızların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde durumsal kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur(Sabuncuoğlu ve ark.,2003).

#### **4. Afet ve Halk Sağlığı Hemşiresi**

Halk sağlığı profesyonelleri olarak, toplum sağlığı hemşireleri hem afete hazırlık hem de yanıt vermede önemli bir role sahiptir (Vogt ve Kulbok, 2008). Halk sağlığı hemşireleri felaket zamanlarında belirli becerilerle afet yönetimine katkıda bulunurlar. Sadece bazı olaylara resmi olarak hizmet etmekle kalmazlar, aynı zamanda nüfusa dayalı bir vizyona sahiptirler, politikalar ve kapsamlı planlar geliştirerek, afet cevabını, önlemeyi, egzersizleri, eğitimlerini yapmak ve değerlendirmek için gerekli beceri ve yetkinliğe sahip bulunmaktadırlar. Halk sağlığı hemşireleri, çevreciler, epidemiyologlar, laboratuvar çalışanları, biyoistatisticiler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları ve diğer pek çok uzmanla işbirliği yapmaktadır (Jakeway ve ark.,2008).

Acil durum yönetimi merkezinde ya da kasırga mağdurları için bir afet barınağında olsun, halk sağlığı hemşireleri için zorluklardan biri, yerel, bölgesel, devlet, ulusal ve küresel düzeyde acil müdahale altyapısını geliştirmek için diğer disiplinlerle işbirliği yapmaktır(Jakeway ve ark.,2008).

Afetlere hazırlanmak, bunlara cevap vermek ve önlemek, gün geçtikçe yaygınlaşan halk sağlığı önceliğidir. Florence Nightingale, hemşirelerin savaşla cephelerinde önemli rol oynadığını gösterdi. Halk sağlığı alanı ve afet hemşireliği 21. yüzyılda bu yeteneklerini geliştirmeye devam etmektedir (APHN, 2013).

Halk sağlığı hemşireliği uygulaması, sağlık ve refahı artırmak, hastalıkları, engelliliği, erken ölümü önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla sağlıktaki çoklu belirleyicilerin sürekli olarak gözlenmesi ve değerlendirilmesi yoluyla nüfus sağlığına odaklanmaktadır. Bu tanım, halk sağlığı hemşiresi kapsamını, uygulama standartlarını ve afete hazır olma

yeterliliklerini, müdahale etme ve iyileşme konularına yönlendirmek için rehberlik eder. Bu, Halk sağlığı hemşirelerinin toplulukların, ailelerin ve bireylerin sağlık ve güvenliğini korumak için alması gereken roller ve eylemler hakkında bilgi sağlar (APHN,2013).

#### 4.1. Halk Sağlığı Hemşiresinin Roller

Afet durumunda halk sağlığı hemşireliğinin uygulanmasına yol gösteren temel ilkeler aşağıdaki gibidir;

- Afetteki halk sağlığı hemşireliğinin rolü, halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının kapsamıyla uyumludur ve bu standart ve kapsamda özellikle belirtilmiştir.
- Hemşirelik sürecinin bileşenleri zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileşme gibi planlama çerçevesi aşamalarıyla uyumludur.
- Yeterlilikler, afet döngüsü boyunca halk sağlığı hemşireliği rolünü ve uygulamasını tanımlamak için bir çerçeve sağlar ve bu yetkinlikler halk sağlığı hemşireliği, afet hemşireliği, afet halk sağlığı ve halk sağlığı hemşirelerine felaketteki uygulamalarına özgü yetkinlikleri içerir.
- Halk sağlığı hemşireleri, afete hazırlıklı olma, tepki ve iyileşme için liderlik, politika, planlama ve uygulama uzmanlığını gerektirir.

Hemşirelerin afetin her yönü için hem önleyici hem de akut bakım ihtiyaçlarının karşılanması, önceliklerin belirleme, işbirliği ve değerlendirme gibi benzersiz becerileri vardır. Hemşireler yüzyılı aşkın bir süredir felaketlerde hem gönüllü hem de afet ekibinin içinde çalışmaktadır. Dünya Afet ve Acil Tıp Birliği (WADEM) bir hemşirelik bölümü içerir. WADEM Hemşirelik Bölümü afet hemşireliği uygulamasını ve bilgisini güçlendirme ve iyileştirme arzusu ile tüm ülkelerin hemşirelerini ağırlamaya ve temsil etmeye hizmet etmektedir. Hemşirelik Bölümü amaçları aşağıdaki gibidir (WADEM, 2010; Hassmiller ve Stanley,2014);

- Halk sağlığı bakımı ve afet sağlık bakımı için hemşirelik konularını tanımlamak.
- Afet hemşireliği uygulamaları ile ilişkili bilimsel ve mesleki bilgileri kullanmak
- Hemşirelik afet araştırması alanını genişleten ve geliştiren işbirlik çalışmaları yapmak
- Diğer hemşirelik kuruluşlarıyla işbirliği yapmak

Afette hemşirelik uygulama adımları(APHN,2013);

#### Hemşirelik Süreci İle Düzenlenen Her Bir Faaliyet Fazı Örnekleri

Afet fazı	Tanımlama	Değerlendirme	Planlama	Müdahale	Değerlendirme
Önleme	Felaketi ve acil durumlari önleyin; Riskler oluşmadan önce azaltın; Olayın	Sıcak çarpmasını önlemede bir grup yaşlıyı farkındalıkları açısından	Sıcak çarpmasını önleme bilincini artırmak için toplum eğitimi planını	Sıcak çarpmalarını önlemeye yönelik farkındalığı artırmak için topluluk eğitimi	Sıcak çarpmasını önleme ile ilgili toplum eğitimlerini

	etkilerine karşı savunmasızlığı en aza indirin.	değerlendirin.	geliştirin	faaliyetleri yürütün.	değerlendirme.
<b>Hazırlık</b>	Afetlere ve acil durumlara etkin bir şekilde cevap verme kapasitesini güvence altına alın.	Felaketler sırasında özel ihtiyaçlar için risk altındaki nüfusu değerlendirin.	Afet sırasında toplumun özel bakım ihtiyaçları için plan geliştirin.	İnsanların özel bakım ihtiyaçlarını içeren eğitimler (egzersiz, kazıma) yapın.	Özel ihtiyaçlar taşıyan toplum hizmet planlarının bileşenlerini değerlendirin.
<b>Müdahale</b>	Felaketlerden ve acil durumlardan etkilenen insanlara ve topluluklara destek sağlayın.	Kasırga mağdurlarının sağlık ihtiyaçları ve spesifik etkiyi belirlemek için bir müdahale ekibinde görev yapın.	Yanıt veren kişiler arasında stres ve tükenmişliği önlemek için cevap ekiplerinde görev yapan personelin rotasyon planlarını geliştirin.	Yerel ya da ulusal acil müdahale planlarına göre fırtınadan sonra korumak için personel görevlendirin.	Sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve çıkan sonuçları değerlendirmek için incelememe ve / veya bilgilendirme toplantılarına katılın.
<b>İyileşme</b>	Sistemleri fonksiyonel seviyeye geri getirin.	Toplum varlıklarını ve son zamanlarda meydana gelen sel felaketinden kurtulma potansiyelini değerlendirmek için bir ekipte yer alın.	Sel sonrası önceliklerin iyileştirilmesi uzun vadeli planlamada ortaklar ve topluluk liderleriyle işbirliği yapın	Bir sel sonrasında toplum hizmetlerinin restorasyonuna katılın.	Bir taşkınla yerinden edilmiş kişiler üzerinde uzun vadeli etkileri değerlendirmek için ekibe hizmet edin.

## Sonuç ve öneriler

Halk sağlığı hemşireleri, afet hemşireliği uygulamaları ile ilişkili bilimsel ve mesleki bilgileri kullanma, diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak afet hazırlığı yapma, afet anında bakım verme ve afet sonrası rehabilitasyon hizmetlerini sürdürme gibi görevlere sahiptirler. Doğal afetlerin yanında, günümüzde savaşlar gibi insanlar tarafından oluşturulan doğal olmayan afetler de toplum sağlığını oldukça etkilemektedir. Afetlerde önemli görevlere sahip olan hemşirelere gerek lisans eğitimleri, gerekse hizmet içi eğitimler sırasında bu görevlerinin önemi vurgulanmalıdır.

## Kaynakça

1. AFAD. *Açıklamalı afet terimleri sözlüğü*. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/tr/23792/Aciklamali-Afet-Yonetimi-Terimleri-Sozluqu?kelime=afet>. Erişim tarihi:18.12.18.
2. Altıntaş, KH.(2015) “Afetler ve Afet Tıbbı”, Ç. Güler ve L. Akın (Ed.) Halk Sağlığı Temel Bilgiler (ss. 1106-1131). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
3. Association of Public Health Nursing.(2013). *The Role of Public Health Nurses In Disaster Preparedness, Response, and Recovery*.
4. Berkem, M., & Bildik, T. (2001). *Depremin Marmara üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuru profili üzerine etkisi*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 29-35.
5. Carole, Jakeway , Glynnis, Larosa, Ann, Cary, Sandra, Schoenfish.(2008) “*The Role of Public Health Nursing in Emergency Preparedness and Responce: A Position Paper of The Association of State And Territorial Directors of Nursing*”. *Public Health Nursing*, Sayı:25, s.353–361.
6. Childfund International. (2013). *The Devastating Effects of Natural Disasters*. Erişim adresi: <https://www.childfund.org/Content/NewsDetail/2147489272/>. Erişim tarihi:8.11.18.
7. Hassmiller, SB, Stanley, SAR.(2014). *Public Health Nursing And The Disaster Management Cycle*. Erişim Adresi: <https://tr.scribd.com/document/211100033/Public-Health-Nursing-and-the-Disaster-Management-Cycle>.
8. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *Felaket nedir?*. Erişim adresi: <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/>. Erişim Tarihi:08.12.2018.
9. Kılıç, D.(2016). *Afetlerde Halk Sağlığı Hemşireliği*, B. Erci(Ed.) Halk Sağlığı Hemşireliği(ss.382-394). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri.
10. Mohamed Shaluf, I. (2007). *Disaster types*. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 16(5), 704-717.
11. Resmi Gazete. *Afet ve acil durum yönetimi başkanlığı ile ilgili bazı düzenlemeler hakkında kanun*. Kanun numarası: 5902. 17.06.2009. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5902.pdf>
12. Queensland Government.(2016). *Family relationships after a disaster*. Erişim adresi: <https://www.qld.gov.au/community/disasters-emergencies/family-relationships/>. Erişim tarihi:8.11.18.
13. Sabuncuoğlu, O., Çevikaslan, A., & Berkem, M. (2003). *Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış*. *Klinik Psikiyatri*, 6, 189-197.

14. UNFPA.(2015). *Shelter from the Storm*. Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/swop-2015>. Erişim tarihi: 08.12.2018.
15. Vogt, V, Kulbok, PA. (2008) "*Care of Clients in Disaster Settings*". (Clark, Ed.) Community Health Nursing(ss. 759-857). Pearson Prentcie Hall.
16. WHO. *Emergency and essential surgical care*. Erişim adresi:[https://www.who.int/surgery/challenges/esc\\_disasters\\_emergencies/en/](https://www.who.int/surgery/challenges/esc_disasters_emergencies/en/). Erişim tarihi:12.12.18

# Tasavvuf Âlimlerinin Tıbbi Çalışmaları: Erzurumlu İbrahim Hakkı Örneği

## Medical Studies of Sufi Scholars: The Sample of Ibrahim Hakki Erzurumi

Ramazan BİÇER<sup>1</sup>

### ÖZET

İslam düşüncesinde ilimlerin sınıflandırılmasında ana tema, dini ve müspet ilimler olarak şekillenmiştir. Müspet ilimler ile dini ilimler, İslam düşüncesinde birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmemiştir. Nitekim birçok din âlimi, aynı zamanda bir tıp, fizik veya astronomi bilgini olmuştur. Zira onlara göre din, aynı zamanda insanı ve dünya hayatını korumaktadır. Dini ilimlerle müspet bilimleri birlikte yürüten âlimler, daha çok Kelamcılar ve Sufiler olmuştur. Bu çalışmamızda, Kelam, tasavvuf, astronomi ve de tıp görüşlerinin yer aldığı “Marifetname” sahibi Erzurumlu İbrahim Hakkı'nın konuyla ilgili görüş ve yaklaşımları üzerinde duracağız. Ona göre din ve tasavvuf bir ruh terbiyesi olduğu gibi, aynı zamanda bir beden terbiyesidir. Bu doğrultuda İbrahim Hakkı, günümüz tıp dünyasında da yankı yapan görüşler ileri sürmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Din, Tıp, Kelam, Tasavvuf, İbrahim Hakkı Erzurumi

### ABSTRACT

The main theme in the classification of sciences in Islamic thought was shaped as religious and positive science. Religious sciences and religious sciences have not been evaluated independently in Islamic thought. Indeed, many religious scholars have also been a scholar of medicine, physics or astronomy. According to them, religion also protects human and world life. The scholars, who carried out religious sciences and positive sciences together, were mostly the Islamic theologians and Sufis. In this study, we will focus on the views and approaches of Ibrahim Hakki of Erzurum, who owns *Marifatnama*, which includes both theology, mysticism, astronomy and medicine. According to him, religion (mysticism) is also a matter of decency as well as a spirit dressage. In this respect, Ibrahim Hakki has put forward opinions that echo in the medical world.

**Key words:** Religion, Medicine, Theology, Tasawwuf, Ibrahim Hakki

### Giriş

Tasavvuf geleneğinde ve terbiyesinde, eğitim olarak sadece sufilerin eserleri ve hayatları incelenmemiş, aynı zamanda farklı ilimler de tedris edilmiştir. Bu doğrultuda onlar, sufi geleneği içerisinde başta Tıbb-ı nebevi olmak üzere İslam kültüründe tıp çalışmalarını da

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Kelam Anabilim Dalı. [rbicer@sakarya.edu.tr](mailto:rbicer@sakarya.edu.tr)

öğrenmişlerdir. Sözelimi öncü sufilere olan ve önce Nesef'te doğup Horasan'a göç eden, daha sonra Buhara da ikamet eden Aziz Nesefi, burada tasavvuf ve tıp eğitimi almıştır. O, aynı zamanda yaşadığı devirde tıp ilminde kendisinden söz ettiren bir bilim adamı olmuştur.<sup>2</sup>

Aziz Nesefi gibi tasavvuf geleneğinden gelen âlimlerden birçok kimse, tasavvufi eserlerinde tıbbi konulara da yer vermişlerdir. Bunlardan birisi de Erzurumlu İbrahim Hakkı'dır.

2 Muharrem 1115'te (18 Mayıs 1703) Erzurum'un Hasankale ilçesinde doğan müellif, memleketinde medrese eğitimi aldıktan sonra Siirt Tillo'ya gidip, orana Fakirullah Hazretlerinden ders almış ve 1160 (1747) yılında İstanbul'a gitmiştir. Şeyhi Fakîrullah'ın Sultan I. Mahmud nezdindeki saygınlığından faydalanarak padişahla görüşüp ilgi ve takdirini kazanarak, saray kütüphanesinde çalışma izni almıştır. Özellikle Tıp ve Astronomi ile ilgili eserleri inceleyen İbrâhim Hakkı İstanbul'da iken kendisine müderrislik pâyesi verilmiş ve ders okutması şartıyla Erzurum'daki Abdurrahman Gazi Dede Tekkesi'nin zâviyedârlığına tayin edilmiştir.

19 Cemâziyelâhir 1194 (22 Haziran 1780) tarihinde vefat eden İbrahim Hakkı, ölümünden iki yıl önce yazdığı vasiyetnâmesinde şeyhinin kubbesi altına defnedilmemesini istemişse de bunu bir fedakârlık olarak telakki eden İsmâil Fakîrullah'ın oğlu Mustafa Fânî'nin isteği üzerine şeyhinin türbesine defnedilmiştir. Bizzat İbrâhim Hakkı tarafından yaptırılan, planı da kendisine ait olan bu kubbeli türbe yaklaşık 40 m<sup>2</sup> olup sekizgen bir kaide üzerine oturtulmuştur.

Geniş tasavvufi bilgisi, konuları iyi bir düzen içinde ve anlaşılır bir üslupla ifade etmesi, özellikle eğitimde Arapça'nın hâkim olduğu, Türkçe eserlerde ise ağıdalı bir dilin kullanıldığı dönemde eserlerinin büyük bölümünü nispeten sade bir Türkçe ile yazması İbrahim Hakkı'nın takdire değer yönlerindedir. Ayrıca geleneksel astronomi yanında yeni astronomiyle tıp, anatomi, fizyoloji, aritmetik, geometri, Trigonometri, felsefe, psikoloji, ahlak gibi alanlarda oldukça geniş bir birikime sahip olduğu görülmektedir.<sup>3</sup>

Din bilim ilişkisi bağlamında Erzurumlu İbrahim Hakkı, Yeni astronominin verilerinden söz ederken hiçbir ilmî gelişmenin Allah'ın evreni yaratıp yönettiği gerçeğine aykırı olamayacağını belirtmektedir. Bütün gelişmelerin bu inanç çerçevesinde yorumlanması gerektiğini sık sık vurgular. Ona göre din bakımından önemli olan, âlemin Allah tarafından yaratıldığının kabul edilmiş olmasıdır; bunun ötesinde yaratılışın ve oluşun keyfiyetine dair ortaya konan teorileri ve ilmî tespitleri benimsemenin bir sakıncası yoktur. Onun, Hz. Peygamber'in, "Siz dünya işlerini benden daha iyi bilirsiniz" hadisini hatırlatarak umûr-i dîniyyeden olmayan şeylerin din

<sup>2</sup> Ali Tenik, "Tasavvuf üzerine yapılan tezler – XVI", *Tasavvuf: İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, 7:17 (2006), 303-322. 304.

<sup>3</sup> Mustafa Çağrı. "İbrahim Hakkı Erzurumi". *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi (DİA)*, 21 (2000), 306.



âlimlerinden sorulmaması gerektiğini söylemek suretiyle dinî ilimlerle pozitif bilimlerin metotlarının ayrı olduğuna dikkat çekmesi oldukça önemlidir.<sup>4</sup>

## Erzurumlu İbrahim Hakkı ve Tıp

Erzurumlu İbrahim Hakkı, ünlü eseri *Marifetname*'de din-bilim ilişkisi ekseninde tasavvufi kavram ve konular yanında, astronomi ve tıp mevzuları üzerinde durmuştur. Erzurumlu burada kendisine özgü bir metot ortaya koymuştur. Ona göre evrende her şey birbiriyle bağlantılıdır. Bu doğrultuda insan çevresiyle alakadar olduğu gibi, çevresi de onunla ilintilidir. Bu durumda insan varlığı, çevresel varlıkların etkisi altındadır. Söz konusu çevre, yaşadığı ortamın yanında tüm dünya ile ilişkilidir. Bu durumu daha da genişleten İbrahim Hakkı insanın, atmosfer ötesi ay ve güneşle ilişkili olduğunu vurgular. Ay ve güneşin insan üzerine olumlu ve olumsuz etkilerinden bahseden müellif, insanın fiziksel ve ruhsal yapısının aynı zamanda gezegenlerle de alakadar olduğunu belirtir.

Bu doğrultuda Ay ile dünyadaki canlılar arasındaki ilişki, Erzurumlu'nun ilgi odağı olmuş ve tedavilerinde bu bağlantıyı göz önüne alınması gerektiğini vurgulamıştır.

Erzurumlu İbrahim Hakkı'ya (ö. 1194/1780) göre, ayın ilk yarısında canlıların beyin dokuları artmakta, ikinci yarısında azalmaktadır. Yine ona göre, ayın ilk yarısında hasta olanlar, bedenleri kuvvetli olduğu için ekseri hastalıklardan kurtulur. Ayın ikinci yarısında hasta olanların bedenli zayıflayıp, hastalıkları artar.<sup>5</sup>

Mehtapta insan aya karşı uyusa veya çok otursa, bedenine gevşeklik ve tembellik oluşup, baş ağrısı ve nezle meydana gelir. Mehtapta hayvan eti dışarıda kalsa, tadı ve kokusu değişir.

Müellife göre, ayın ilk gününden dolunaya kadarki süresi içerisinde deniz ve ırmaklardaki bağlıklar yağlı olup, su yüzüne çıkarlar. Dolunaydan sonra ay ışığının azaldığı, noksanlaştığı sürede balıklar zayıflayıp, suyun dibine inerler.

Erzurumlu'ya göre ayın ilk yarısında haşerat yeryüzüne çıkıp çoğalır. Yırtıcı hayvanlar da canlıları yemeğe çok hırslı olur. Ayın ikinci yarısında ise bunun tam tersi gerçekleşir. Yine ona göre ayın ilk yarısında dikilen ağaçlar çabuk büyür ve çok gelişir. İkinci yarısında dikilen ağaçlar zayıf olur veya kurur. Ayrıca ayın ilk yarısında bütün meyveler, çiçekler ve otlar, büyüüp gelişir ve renklenir. Ayın ilk yarısında kamış, keten ve kuru bitkiler üzerine ay ışığı düşünce, daha çok çürüyüp, parçalanır. Bu durum ayın ikinci evresinde tam tersine gerçekleşir.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Mustafa Çağrı. "İbrahim Hakkı Erzurumi", 308.

<sup>5</sup> Erzurumlu İbrahim Hakkı. *Marifetname*. Sadeleştiren Faruk Meyan (İstanbul: Veli Yayınları, 1981), 147.

<sup>6</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 147.

Ayın parlak küresi aynı gibi yer küresinden karşısına gelen deniz ve karaların, ada ve sahillerin, gemi ve dalgaların, dağ ve ovaların köy ve şehirlerin bütün şekilleri, renkleri, şahısları ve halleri ile bize aksetmektedir. Bu doğrultuda da ayın halleri insan psikolojisine etki eder.

Uzay-insan ilişkisi bağlamında müellif, sağlık uygulamasına yönelik günlük ritmin verilerine göre tablolar oluşturmuştur. O, günü gece ve gündüz olarak on ikişer saatlik dilimlere ayırmış ve bunları da yedi gezegen doğrultusunda şekillendirmiştir. Gezegenin dünya üzerindeki izdüşümü doğrultusunda insanlara olumlu-olumsuz etki edeceği kanaatinde olan yazar, insanların gündelik hayatlarının, günlük dilimlere göre şekillenmesinde, anlamlı bir ilişki olduğunu kabul etmiştir. Erzurumlu gibi klasik dönem bilginlerin yapmış oldukları tabloların benzerleri günümüzde bilimsel araştırmalara konu olmuştur.<sup>7</sup> Günümüz çalışmalarında bu yönlü değerlendirmeler, 'biyolojik saat' ve 'sirkadiyan ritim' şeklinde adlandırılmaktadır.

Erzurumlu'ya göre güneş, ay ve gezegenlerin canlılar ve insan üzerindeki etkisi, âlemin her parçasında olduğu gibi, hakiki müessir, amil etken, Allah Teâlâ olduğu bilgisiyle şekillenmektedir. Nitekim bu gökler yıldızlar, tabiatlar, dolap, aletler ve hayaller gibi bulunmuştur. Bu hallere tefekkür etmek, Allah'ı tanımaya vesile olduğu için, her şeyde insanın Tanrısı bulması amacıyla söz konusu astronomi ve tıp konuları işlenmiştir.<sup>8</sup>

Yazar söz konusu *Marifetname* adlı eserinde güneşin, dünyanın, ayın ve gezegenlerin konumlarına ve hareketlerine bağlı olan zaman dilimleri ve bunların canlılar üzerindeki etkilerinden söz etmektedir. O, günlük 24 saatlik dilimi uygulamakla birlikte, gündelik hayatı tanımlamak amacıyla 60 dakikalık bir saat dilimi yerine imsak, seher, kuşluk, öğlen, gün ortası, ikindi, grup, akşam, yatsı ve gece yarısı gibi tanımlamalarda bulunmuştur.<sup>9</sup>

*Marifetname*'de dünya ve içindekiler üzerinde çevresel faktörler olarak, güneş ve ayın etkisi olduğu gibi, bazı gezegenlerin de tesirinden de bahsedilmektedir. Dünya güneş ekseninde dönmesi esnasında, aynı zamanda gezegenlerle de yörüngesel bağlantı kurmaktadır. Bu doğrultuda müellif, aylık, haftalık dünya döngüsünde, günlük olarak gezegenlerle ilgili bir bağlantı oluşturmuşlardır. Daha sonra bu verilerini, gece 12, gündüz de 12 olmak üzere, 24 saatlik gezegen dilimlerine ayırmışlardır. Modern araştırmalarda buna, "vücudun günlük mesaisi" gibi adlar verilmiştir.<sup>10</sup>

Konuyla ilgili son dönem çalışmalar arasında yer alan dikkat çekici bir makale hazırlayan Eda Alemdar'a göre, İbn Sina'nın ifadesi doğrultusunda doktor, sadece hasta bedenindeki bulgularına göre değil, o hastalıkta etkin olan tabiatı iyi tanımakla başarılı sonuçlar elde eder.

<sup>7</sup> Ferda Şenel. "Biyolojik Saat". *Bilim ve Teknik*. 493 (2008):58-67.

<sup>8</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 147.

<sup>9</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 156.

<sup>10</sup> Nirvani, M&Cuong, K&Tor, P. U&Lars, P.S&Amer, S. "Circadian clock and oral cancer". *Molecular And Clinical Oncology*, 8 (2018): 219-226; Webb, Alexis. "Adapting Your Body Clock to a 24-Hour Society". *American Scientist*. 105:6 (2017), 348-355.

Bu bağlamda Erzurumlu'nun tıbbıya yönelik ifadeleri ile modern tıp çalışmaları yanında astronomik veriler doğrultusunda Alemdar'ın yapmış olduğu araştırmaya göre, hastalıkların tedavisinde en uygun olan zaman dilimi ve bu zaman dilimini oluşturan biyolojik saat belirginleşmiştir. Bu çalışmada ayrıca gezegenlerin gece ve gündüz döngüsüne ve her bölgenin konumuna göre ayarlanıp, o bölge hangi gezegenin döngüsüne giriyorsa, tespit edilen biyolojik saatte, o ışının rengiyle hastalıkların tedavisinin yapılabileceği, yine Alemdar tarafından belirtilmiştir.<sup>11</sup>

Yine Alemdar'ın, bu çalışmasına göre gezegenlerden dünyaya yayılan sıradışı bir ışımaya söz konusudur. Ay ve Güneş yanında gezegenlerin de dünya ile ışık ve frekans bağlantısı bulunmaktadır. Onların, dünyaya doğrudan etkisi söz konusudur. Bu etki şekli ışın ve renk frekanslarıyla gerçekteşmektedir. Nitekim NASA'nın ortaya çıkardığı son araştırmalara göre, karadeliklerin radyo yankıları olduğu ve onların evrene enerji jeti saldığı ortaya çıkmıştır. Buna göre evrende yayılan ışıkların dünyayı etkilediği kabul edilmektedir. Yine uzaydaki yüklü parçalar, dünyanın manyetik alanına etki etmektedir. Bu doğrultuda uzaydaki kütleler, evrene ışık ve enerji yaymaktadır. Bu, güneş sistemi için de söz konusudur. Ancak bunun yeterli düzeyde belirlenmesi için daha fazla bilimsel araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.<sup>12</sup>

Öte yandan, dünyanın dönüşü esnasında söz konusu gezegenle ilişkisi noktasında o gezegenin rengi ile bağlantılı tedavi uygulamaları gerçekteşebilir. Bu ise dünyanın döngüsü doğrultusunda kıta ve bölgelere göre bir farklılık arz edebilir. Dünya ile belirli bir gezegenin yörünge kesişimi sonucu, bir kıta veya bölgenin insanları için tedavide uygulanacak ışığın rengi ve dalga boyu, bir başka kıta ve bölge için söz konusu olmayabilir. Gezegenlere ait olan renklerin ve onların atmosfere yansıyan ışınları, frekans titreşimlerini harekete geçirmek suretiyle, tedavide önemli bir pozitif etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Belirli bölgelerde yaşayan insanların, o yöreye ait belirli hastalıkları bulunduğu şeklindeki çalışmalar göstermektedir ki, yerel anlamda bir hastalığın varlığı veya yaygınlaşmasında, insan davranışları, seyahatler, iklim değişikliği ve küreselleşme gibi faktörler bazı çalışmalarda öne sürülse de, söz konusu gerekçelerden önce de bu yönlü hastalıkların mevcut olması, bu gerekçelerin yeterli olmadığını göstermektedir.<sup>13</sup> Yine, ekonomik durumun değişkenliğine rağmen hastalıkların değişkenlik göstermediği şeklinde yapılan değerlendirmeler göstermektedir ki, gelir ve gider düzeyi farklı olan kesimlerde de aynı hastalıklar mevcuttur. Bu da ileri sürülen gerekçelerin dışında başka faktörler olduğunu göstermektedir.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> Eda Alemdar, "External Factors that Direct the Biological Clock and Role in Treatment of Disease". *Archives of Medicine*, 10:3 (2018),1-7.

<sup>12</sup> Eda Alemdar, "The Best Times to Treat of Diseases". *Biomedical science* 5:3 (2018):1-3.

<sup>13</sup> Eda Alemdar, "External Factors that Direct the Biological Clock and Role in Treatment of Disease". *Archives of Medicine*, 10:3 (2018),1-7.

<sup>14</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 204, 210, 218-220.

Erzurumlu'ya göre bedenın beş senelik eczası, tamamen değişip, an be an tedrici ile bedenimizde ayrılıp, külle gitmiştir. Mesela elli beş yaşıımızda iken bedenimizde olan hücreler, elli yaşıımızdakinden başkadır. İnsan bedeninin hücreleri her an dışta ve içte değişmekte ve yerine yenileri, aldığı gıdalardan olmaktadır.<sup>15</sup>

*Marifetname*'de tüm organları tek tek ele alarak inceleyen Erzurumlu, insan vücudundaki kemik, et ve kaslar gibi tüm parçaların kendilerine özgü nitelikleri olduğunu belirtir. Ona göre insandaki her parçanın bir yararı ve anlamı vardır. Bu doğrultuda en küçük parça dâhil hiçbir parça yararsız ve anlamsız değildir. Sözelimi bedende olan sinirlerin bir kısmının bizzat bazısının ise dolaylı yararları vardır. Zati olan faydası, sinirler aracılığıyla beyin, diğer uzuvlara his ve hareket bahşetmiştir. Dolaylı olan yararı ise, eti sağlam, bedeni kuvvetli eylesidir. Bu sinirlerin kökleri beyinde, uçları ise cilttedir. Allah beyinden iç organlara inen hareket sinirlerini muhafazada çok ihtiyat etmiştir. Çünkü başlangıç noktalarından uzak oldukları için çok sağlam olmaları gerektiğinden, üç yerde kıkırdakla sinirler arasında, orta kıvamda olan şeylerle perdelenmiştir. Birinci yer hançere, ikincisi kaburgaların kökleri, üçüncüsü ise göğsün altıdır.<sup>16</sup> Yazara göre uyku, beyin damarlarının dinlenmesi ve boşalmasıdır. Kuvvetlerin dinlenmesi, gıdaların hazm olması ve uzuvların olgunlaşması içindir.<sup>17</sup>

Bu doğrultuda yazar, insan bedeninin yaratılışındaki mükemmelliği ve uygunluğa dikkat çekerek, organların kullanım amaçlarını belirtmektedir. Buna göre Erzurumlu, insandaki her aza ve organın mükemmel bir yapısı ve görevi vardır. Bize anlamsız veya hikmetsiz gibi görünen bazı organların kendisine özgü ama tüm bedenle ilişkisi bir yapısı vardır. Bu nedenle insan mahiyetini anlamadığı aza organların, hikmet boyutunu incelemeli ve özelliklerini araştırmalıdır.

Bu doğrultuda insan bedeninin sağlıklı olması açısından hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik tavsiyelerde bulunan İbrahim Hakkı'ya göre, kanın çok olmasının göstergesi, baş ağrısı, tansiyon yükselmesi sonucu sallanma, esnemek, durgunluk, hislerin hareketsizliği, yüzün ve dilin kızarması, çıban çıkması, görmek ve uyandığında ağızda tatlı bulmak, kanın çokluğunun alametidir.

Mevsimlerin de kendisine özgü hastalıkları olduğunu ve bunlara önlem alınması gerektiğini vurgulayan Erzurumlu, yazın safrayı çoğaltarak, rutubeti bozup, kalbi ısıtarak susuzluk ve harareti artırır. Sonbahar ise, gece ve gündüz döngüsüyle sıcaklık ve soğukluğu hızlı değiştirir, bu ise bazı hastalıklara davetiye olur. Bu mevsimde meyvelerin çoğalması, kanın azalmasına yol açar. Kış ise, balgamı çoğaltarak zükam ve nezleyi artırır. İlkbahar mevsimi, dört esas

<sup>15</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 260.

<sup>16</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 301

<sup>17</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 327.

karişımı hareket ettirerek bademcikleri şişirir, kanı çoğaltarak maddeli hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur.<sup>18</sup>

Hareketli olmanın sağlık açısından büyük bir önemi olduğunu belirten Erzurumlu'ya göre, cismani olan hareket ve durmaları bakımından çok eylem ve çok durmak, bedeni soğutur. Mutedili ise, normal yemek yediren ve sindirimi kolaylaştıran harekettir.

Psikolojik bağlamda şekillenen hareket ve durmalar açısından kızgınlık, heyecan, sevinç ve lezzetin fazla veya yok denecek kadar az olması, insanı hasta eder.

Sağlıklı olma açısından uykunun önemine değinen İbrahim Hakkı'ya göre, uykunun çokluğu, bedenin rutubet ve soğukluğunu artırır. Gece uykusunun çokluğu, beyni zayıflatır, sindirimi bozar, maddeyi tahlil edip, tabii rutubet ile acıkma getirir. Gündüz uykusu da iyi değildir. Zira rengi bozar, dalağa zarar verir ve üzüntüyü artırır. Ancak gündüz uykusu adet haline geldiyse, hemen terk edilmemelidir. Ancak yavaş yavaş terkedilmelidir.

İnsan sağlığının temel taşı olan yiyecek ve içeceklerin bedenin ilacıdır ve halis gıdası olduğunu söyleyen Erzurumlu'ya göre, gıdalar ya latif veya galiz olur. Bunların bedeni beslemesi ya çok veya az olur. İkisi arasında olanlar da vardır. Mutlak su basit olduğundan onun bir gıdası yoktur.

Sağlıklı olmak için kuvvetli hareketlerden, tatlılardan ve hamam gibi sıcak ortamlardan kaçınıp, az yemeli ve ince giyilmelidir.

Yazara göre bedenin gıdaya ihtiyacı olması nedeniyle onsuz hayat devam edemez ancak hiçbir gıda, bir organa doğrudan parça olamaz. Söz konusu kısmın ilgili uzva gıda olup, ondan bir parça olurken, bir kısmı da bedene fazlalık olur. Tüm bu fazlalıklar için riyazet en önemli ilaçtır. Bütün maddi hastalıklardan emin edip, mizâcî hastalıklardan çoğunu uzaklaştırır.

Söz konusu riyazetin vaktinin besinlerin tamamen alınması ve hazmından sonra olduğunu belirten İbrahim Hakkı, bunun akşam yemeğinin mide, karaciğer ve damarlarda hazm olunup, diğer yemeğin vakti geldiği zaman olduğunu vurgular. Riyazette de aşırılıklarda kaçınılması gerektiğini belirten yazar, mutedil bir riyazetle hangi uzvun riyazeti yapılıyorsa, söz konusu organın çok güçleneceğini belirtir.

Psikolojik boyuttaki hareket ve hareketsizliğin tezahürünün gazap ve şehvet olduğunu kaydeden yazar, kızgınlığın çokluğunun kontrolsüz gazap, azlığının ise korkaklık, orta yolunun ise yiğitlik olduğunu kaydeder.<sup>19</sup> Ona göre bu üçlü taksim, tüm beden organları için bir ölçüttür. En sağlıklı her türlü bedensel eylemlerde, ifrat ve tefritten kaçınıp, orta yol olan itidali seçmek insan ömrünü uzatır.

<sup>18</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 362.

<sup>19</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 363-365.

İnsan sağlığının korunması için, uyku ve uyanıklık, yiyecek ve içeceklerde orta yolu bulmak olduğunu belirten Erzurumlu'ya göre, siyah tanelerden temizlenmiş buğday ekmeği, hafif tatlılar, koyun eti, kümes hayvanları eti yenilmeli. Lokmalar küçük olmalı, çok iğnenmeli, meyvelerden incir, üzüm, kuru üzüm yenmelidir. İştahsız yemek yenmemelidir. Yeme iştahu olunca da geciktirilmemelidir. Yaz günlerinde soğuk, kışın ise sıcak besinler tercih edilmeli, çok çeşitli yemeklerden kaçınılmalıdır.

Yazara göre ekşi yiyecekler bedene zararlı, çabuk ihtiyarlatıcı, uzuvları da kurutucudur. Tatlı yemek, mideyi rahatlatır, bedeni ısıtır, safrayı tahrik eder; tuzlu gıdalar ise bedeni kurutur, organ ve kuvvetlere zarar verir. Tatlının zararını, ekşi giderir. Ekşinin zararını ise tatlı giderir. Tuzsuzlar, tuzluyu, tuzlular da tuzsuzu dengeleştirir.

Zararlı gıdaları yemeye alışanlar, bunu hemen terketmesin, yavaş yavaş bırakmaya çalışsın. Yemek vakitleri ise, gündüz ve akşam olmak üzere iki öğün olmalıdır.

Su içmek, ikinci hazımdan sonra olmalıdır. Yani yemek yedikten iki üç saat sonra su içmek yararlıdır. Yeme yerken su içmek, hastalıklara davetiyedir. Ancak midesi hararetli olan bir kimsenin su içmesinde yarar vardır. Kk ve büyük abdesti çok tutmak, zararlıdır. Titreme verir ve çabuk ihtiyarlatır.<sup>20</sup>

Erzurumlu'ya göre herkes kendi vücudunun tabibi olmalıdır. Kullandığı ilaçları, bilerek istimal etmelidir. En iyi tedavi yöntemi, hastalığı yol açacak etkenlerden uzak durmaktır. Tedavi gerektiren durumlarda ise hazık bir doktorun tavsiyeleri doğrultusunda, hastanın kendi bedensel refleksini göz önüne alarak uygulama yöntemine tabi olmalıdır. Zira her birey, özeldir. Bu nedenle kişiye göre tedavi, asıldır.<sup>21</sup>

## Sonuç

Erzurumlu İbrahim Hakkı rneğinde olduğu gibi tasavvuf ehli, bedeni manevi olarak arındırmak metotlarına sahip oldukları gibi maddi olarak da maneviyata yardımcı olacak şekilde tedavi uygulamalarına sahiptirler. Bu doğrultuda onlar, gündelik hayatta yaşamı zenginleştirecek, iyileştirecek ve sağlıklı kılacak tavsiyelerde bulunmuşlardır.

İbrahim Hakkı, tıp ilmiyle meşgul olduğu gibi, aynı zamanda astronomi bilimiyle de uğraşmıştır. Ancak o, astronomiyi, dünya ile bağlantılı ve insanın sağlığı ile ilişkili olarak incelemiştir. Ona göre başta ay ve güneş olmak üzere, yedi gezegen, insan hayatıyla ilişkilidir. Bu bağlantı ise, insanın sağlığını olumlu ve olumsuz olarak etkileyecek boyuttur.

<sup>20</sup> Erzurumlu, *Marifetname*, 368.

<sup>21</sup> Ramazan Biçer, "Kişilik ve bir Kur'an terimi olarak şakile". *G, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31:2 (2011), 399-418.

Müellifin bu ilişkilendirmesi, modern tıbbın da üzerinde durduğu bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim Ay hareketlerinin canlılar üzerindeki etkisi ile ilgili ciddi bilimsel araştırmalar mevcuttur. Aynı zamanda gezegenlerin dünya ve insana yönelik etkisi, yine araştırılan konular arasındadır.

Yazar, hıfzu's-sıhha bağlamında bir kimsenin sağlığını koruması amacıyla bir takım yeme ve içme önerilerinde bulunmuştur. Söz konusu tavsiye metotları, günümüz tıp verileriyle bağdaşmaktadır.

İnsanın her bir bireyi özel bir varlıktır ve herkes için geçerli tek bir tedavi yöntemi yoktur. Zira Allah, Vahid olduğu için tüm insan türünü benzer yaratırken, Ehad ismi gereği de herkesi özel ve diğerlerinden farklı yaratmıştır. Bu doğrultuda her bir kişinin hastalık gerekçesi, kendisinden kaynaklanan ve ona özgü bir etkenle ortaya çıkabilir. Bu nedenle 'kişiye özgü' tedavi asıldır. Zira Kur'an'da, "De ki: 'Herkes kendi yaratılışına (şâkilesine) göre davranır'" (el-İsra 17/84) buyruğu bulunmaktadır.

## Kaynakça

1. Alemdar, Eda. (2018). External factors that direct the biological clock and role in treatment of disease". *Archives of Medicine*, 10 (3),1-7.
2. Alemdar, Eda. (2018). The Best times to treat of diseases. *Biomedical science* 5 (3),1-3.
3. Biçer, Ramazan. (2011). Kişilik ve bir Kur'an terimi olarak şâkile. *GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31 (2), 399-418.
4. Çağrııcı, Mustafa. (2000). İbrahim Hakkı Erzurumi. *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi (DİA)*, 21, 305-311.
5. Erzurumlu, İbrahim Hakkı. (1981). *Marifetnâme*. Sad. Faruk Meyan, İstanbul: Veli Yayınları.
6. Irmak, Sadi. (1973). Tıp Tarihi: İbrahim Hakkı (703-780) ve Pozitif ilimler. *İÜ. Tıp Fakültesi Mecmuası*, 36, 133-168.
7. Nirvani, M&Cuong, K&Tor, P. U&Lars, P.S&Amer, S. (2018). Circadian clock and oral cancer. *Molecular And Clinical Oncology*, 8, 219-226.
8. Şenel, Ferda. (2008). Biyolojik saat. *Bilim ve Teknik*, 493, 58-67.
9. Tenik, Ali. (2006). Tasavvuf üzerine yapılan tezler-XVI. *Tasavvuf: İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, 7 (17), 303-322.
10. Webb, Alexis. (2017). Adapting your body clock to a 24-hour society. *American Scientist*. 105 (6), 348-355.



# İmam Matüridi'ye Göre Ruh Sağlığını Olumsuz Etkileyen Psikolojik Faktörler

## Psychological Factors Affecting Mental Health According to Imam Maturidi

Ramazan BİÇER<sup>1</sup>

### ÖZET

İmam Matüridi çok yönlü bir bilgidir. O, inanç konularını işlerken, çağının verileri doğrultusunda, günümüz psikolojik araştırmalara ışık tutacak aşkın tahlillerde bulunmuştur. Ona göre insanı diğer canlılardan ayıran temel özellik, sahip olduğu iradedir. İnsan, iradesiyle iş yapar ve psikolojik algı, tutum ve davranışlarını bu doğrultuda şekillendirir. Nitekim insan, doğru bildiklerini benimsemesine rağmen, yanlış olarak kabul ettiği tutum ve davranışlara yönelebilir. Bunun en büyük etkeni, sahip olduğu iradenin etkinliğidir. Matüridi'ye göre insanın mutlu olabilmesi için ruhsal boyutunun sağlıklı işleyip, bedenini de o doğrultuda hareket ettirmesi gerekir. Sağlıklı bir ruh hali ise, psikolojik eylemlerin akli veriler çerçevesinde şekillenmesini icap ettirir. Bu doğrultuda insan, bedensel zevklerde uzak durmak suretiyle, ruhsal boyutunu geliştirir. Böylece o kimse, negatif olarak belirlenen psikolojik faktörlerden uzaklaşmak suretiyle, ruhunu nefsanî kötülüklerden arındırmış olur. Bu ise insan mutluluğunun temel bir faktörüdür.

**Anahtar Sözcükler:** Matüridi, Ruh Sağlığı, Psikolojik Faktörler, Mutluluk

### ABSTRACT

Maturidi is a versatile scholar. While he was practicing his subjects of faith, he made analyzes to indicated light on today's psychological research. According to Maturidi, the basic feature that distinguishes human from creature is his/her voluntary. Man does business with his will and guides his psychological perceptions and behaviors accordingly. Indeed, even though he/she acknowledges what he knows to be true, he can leave them and behave in wrong ways. The reason for this is the effectiveness of the will. According to Maturidi, the spiritual dimension must be healthy in order to be happy. The human body must act in accordance with its spirit. A healthy mood requires psychological actions to occur within the framework of mental data. In this direction, man develops his spiritual dimension by avoiding bodily pleasures. In this way, moves away from the negative psychological factors. He/she cleanses his soul from deviant evils. This is an essential factor in human happiness.

**Key Words:** Maturidi, Mental health, Psychological factors, Happiness

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, [rbicer@sakarya.edu.tr](mailto:rbicer@sakarya.edu.tr)

## İmam Matürîdî'ye Göre Ruh Sağlığını Olumsuz Etkileyen Psikolojik Faktörler

Türk din bilgini ve Ehl-i sünnet'in iki öncül imamından birisi olan İmam Matürîdî, dini konuları işlerken, psikolojik tahlillerde bulunmuştur. O, yaşadığı dönemin kültürü doğrultusunda terminoloji kullanırken, psikolojik tahlillerini daha çok dini kelime ve kavramlarla ifade etmiştir. Bu doğrultuda yazar, ruhsal sağlığın oluşması ve devam ettirilmesini, psikolojik yapısının sağlıklı olmasını, hidayette olma terimiyle ifade etmiştir. Matürîdî'ye göre hidayete ulaştıran sağlam düşünme kaynağı olan ruh sağlığını olumsuz etkileyen temel faktörler şunlardır:

**1. Aklın Zafiyetleri.** Mâtürîdî'ye göre hakikatlerin bilinmesine ulaştıran ana yollar, duyular aracılığıyla oluşan idrak, istidlâl ve haberdir. Aklın bir ürünü olan istidlâl ve nazar, Mâtürîdî'ye göre zorunludur. Ancak şeytan vesvesesiyle insanı nazar eyleminden alıkoymaya çalışır. Zira şeytanın işi, aklın işlerliğine engel olmaktır. Nitekim şeytan çeşitli bahaneler ileri sürerek, insanı aklını kullanmaktan uzaklaştırır. Zira akıl, varlıklar üzerinde düşünerek, onun bir yaratıcısı olduğunu anlar, ardından da ona itaati teşvik ederek, bireyi nefsânî ve şehevânî arzularından uzak tutmaya çalışır.<sup>2</sup>

Aklın ana karakterinin, kendisinin kullanılmasının ihmal edilmesine karşı bir direnişe geçmek olduğunu söyleyen Mâtürîdî, İlâhî sahaya ait hususları da sorgulama temayülünün, onun tabiatı gereği olduğunu kabul etmiştir. Bu nedenle teklifin akıl bağlamında değerlendirilmesi gerektiğini belirtirken Allah'ın, insan aklının kabul edemeyeceği hiçbir emri vermediğini kaydetmeyi de ihmal etmez. Nitekim müellife göre akliyyât, araştırma ve inceleme sonucu ulaşılan tevhid, peygamberlik ve diğer bilgileri içermektedir. Hakikatin anlaşılmasında başvuru yegâne ölçünün akıl olduğunu düşünen Mâtürîdî, her halükârda aklın, sınırsız bir niteliğe sahip olmadığını da kabul etmiştir. Ona göre aklın kendisine özgü bazı zayıflıkları ve afetleri vardır. Nitekim aklî delillerin çokluğu, vesvese ve tereddüdün gölgeleyemeyeceği gerçek bilgiyi sağlamaz. Zira makul âlemin çok karmaşık olması, ince ve dakik boyutları bulunması, göz ardı edilemez realitelerdendir. Hakikatlere ulaşmanın da insan zihninde oluşan bir idrak sonucu olduğunu benimseyen Mâtürîdî, idrakin de sınırlı ve hacimli bir şeyi kapsayıp ihata ettiğini savunur. Oysaki Allah, sınır ve hacimle nitelendirilmekten münezzehtir. Zira sınırlı oluş, bir sona eriştir ve daha üstün olmaktan aciz kalıştır. Sınırlılık, eninde sonunda nihayete eren bitişik cüzler statüsünden ibaret iken, Allah bölünmez bir zâtî birliğe sahiptir. Buna göre sınırlı bir varlık olan aklın, sınırsız statüdeki Tanrı'yı algılaması mümkün değildir.<sup>3</sup>

Aklın yeteneklerinin belirli olması nedeniyle, kendisine çizilen alanı aşamayacağını düşünen Mâtürîdî, bu bağlamda insana yönelik olması itibarıyla güzel görünen birçok durumun, asıl olarak çirkin olabildiği, düzenli görünenlerin de zâtında bozuk olduğunu sezme yeteneğinin

<sup>2</sup> Ebû Mansûr Muhammed b. Muhammed b. Mahmûd Mâtürîdî Semerkandî Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*. çev. Bekir Topaloğlu. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi, 2002), 136.

<sup>3</sup> Matürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 81

akılda bulunduğunu söyler. Ancak bunun her zaman geçerli olamayacağını öne süren müellif, bazen kendi alanına giren hikmet ve sefehin mahiyetini anlamaktan alıkoyan engellerin, aklın gerçeği anlamasında şaşırtıcı bir fonksiyonlarda bulunacağını kabul eder. Buna rağmen, salim bir akıl ve sağlıklı bir duyguya sahip bir kimsenin, fikrî problemleri rahatlıkla halledebileceğini savunur.<sup>4</sup>

Mâtüridî, hidayete ermeye yol açan ruh sağlığının işlevselliğine engel olan psikolojik faktörleri şöyle belirtir:

-İnsanın ülfet edip sempati duyduğu kişilere özenmesi.

-Hakikate ulaştıracak delilleri incelemekten ve akıl yürütmekten yüz çevirip, fitratının zevk alacak şeylere düşkün olması sonucu, nefsinin arzularına yönelmesi. O bunu yaparken, taklit ettiği kimselere güvenir, onların arkadaşlığına ve kendileri aracılığıyla ulaşacağı nefsânî arzulara heves eder. Ardından görüşlerinin isabetliliğine ve kendilerini gerçeğe ulaştıracığına ümit bağlar veya özendiği kişilerin lütufkarlığını hesaba katar.

-Bireysel ve toplumsal mutluluk faktörler.

-Alışkanlıklarından ayrılamaması.

-Günlük yaşantıdaki stresler, meşguliyetler, çeşitli hastalık ve sıkıntılar.

-Nefsânî arzuların insan üzerindeki egemenliği, dünyevî arzu ve lezzetlerin çokluğu

-Bütün bunların sonucunda oluşan özeni, öylelerini nefsin doyumsuzluğuna ve kötü alışkanlıklarını normal telakki etmeye doğru sürükler. Bu da aklî eylemlerin yerine getirilmesini önemli oranda engellemektedir.

Matüridi, akılı hakikati idrakten alıkoyan engelleri sayarken, bunlardan dünyevî uğraşların onu meşgul ettiğini, sağlıklı bir şekilde çalışmasına engel olduğunu kabul eder. Olayı daha psikolojik boyutta ele alan Mâtüridî, insanların doğasında bulunan sıkıntılar yanında, hayatının farklı boyutlarında karşılaştığı acı ve kederlerin de akıl üzerindeki etkisine dikkatleri çeker. Dolayısıyla bu tür etkenler insan aklını meşgul etmekte, onun küçük büyük, gizli açık her alandaki gerçeği kavramaktan alıkoymaktadır.<sup>5</sup>

Nitekim “muhtaç ve fakir bir kimsenin, gelenek ve alışkanlıkların etkisiyle, hikmetin saklı bulunduğu noktayı nasıl tespit edeceği?” sorusu müellifin cevap aradığı bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla rububiyete ait hikmeti kavramada konumu bu olan ve söz konusu afetlere maruz kalan akıl, kendi sınırlarını aşamaz. Aşamadığı gibi, görevini doğrudan yerine getirmesine de mâni olur. Aklın sağlıklı bir şekilde işlemesine engel olan öncü faktörlerden kabul edilen nefsânî arzuların, aklın rakibi olduğunu kabul eden Mâtüridî, bu duygunun insana özgü arzu ve şehvetlerle, bunları cazip gösteren şeytanlardan oluşan yardımcılarla desteklendiğini söyler. Bu tür şeytanî destekli bir duygunun, psikolojik

<sup>4</sup> Matüridi, *Kitabü't-Tevhid*, 116.

<sup>5</sup> Matüridi, *Kitabü't-Tevhid*, 182-183, 185.

fonksiyonunun etkisine vurguda bulunan müellife göre, nefsanî duygunun bütün güdöleri, duyu âlemi çerçevesinde ve yanı başımızda iken, hak yolda ilerlemenin bütün faktörleri duyular ötesindedir.

Bu yaklaşımları doğrultusunda müellif, hidayete ulaşmanın en uygun yolu olan psikolojik değerlendirmeden uzak kalmanın temel etkenleri arasında, insan tabiatının (fitrat) nesne ve olayları güzel ve çirkin göstermede, akla muhalif düştükleri zamanda, birçok kimse için akıl ile insan fitratının gösterdiği neticeleri birbirinden ayırmak çok zor olduğunu kabul eder. Böyle bir değerlendirmenin nedeni ise, her şeyin “reel idraki” sorunudur. Yani kendine özgü verilerin dışında, farklı bir analiz ile çözümlenmeye çalışılmasındandır.<sup>6</sup>

**2. Taassup ve Taklit.** Mâtürîdî, hakikate ulaşma aracı olan sağlıklı düşünmeye engel olan ana faktörlerden birisini taassup olarak tanımlar. Zira ona göre peşin hüküm ve sabit fikirlikte, birey kendi anlayışının tam gerçeği yansıttığını, başkalarının ise bunu sağlayamadığını düşünür. Yine böyle bir kimse, kendi inancını irdelemez bile. Dolayısıyla kabullerindeki yanlış ve hataları görmez, hatta görmek de istemez. Çünkü o inanç argümanlarına bilinçli bir şekilde yaklaşmamıştır. Zira taassup sonucu kabul edilen fikirlerde, herhangi bir aklî eylem olmadığı için, aksi istikametteki kavrayış, onun için bir şey ifade etmez. Oysaki kabuller, akli bir zorunluluk sonucu oluşmalıdır.<sup>7</sup> Aklî zaaflardan kabul edilen hususlardan olan taassubun farklı bir boyutu da Mâtürîdî’ye göre taklit olgusudur. Zira taklit, bu eylemi gerçekleştirme çabasından kaçınmak amacıyla, nazar ve tefekküre dayalı araştırma yoksunluğunu neticesidir. Bilindiği gibi Mâtürîdî, akaid sistemini oluştururken, taklitten kaçınmayı ve nazar ve istidlâl sonucunda, tahkiki imana ulaşmayı ana hedef olarak tayin etmiş ve bunu da kelâm ilminin temel prensibi olarak benimsemiştir.<sup>8</sup>

Kur’an taklidin bilinçsizce yapılan bir eylem olduğunu vurgularken, sahiplerine de “körü körüne hareket edenler”<sup>9</sup> şeklinde bir değer biçmiştir. Söz konusu kimseler, bu tutumlar nedeniyle helak edilmişlerdir. Bu tür bir yargılama, aynı zamanda dünyevî ve uhrevî felaketlerin çağırıcısı olmaktadır. Kalbin hidayete engel olan eylemleri anlatılırken, genellikle bu tavrın arkasında kibir ve ön yargı olduğu, ayetler bağlamında rahatlıkla gözlemlenmektedir. Nitekim Şuayb peygamberin hidayet daveti karşısında insanların “Söylediklerinin çoğunu anlamıyoruz”<sup>10</sup> şeklinde bir tepki göstermeleri, bir tür ön yargı belirtisidir. Zira söz konusu ayet ifadelerinden evrensel bazda ahlak kurallarını içeren Hz. Şuayb’ın, davetini anlamamaları düşünülemez. Ancak “Biz seni içimizde zayıf görüyoruz. Kabilen olmasaydı seni mutlaka taşlardık. Senin bizim yanımızda hiçbir değer yoktur” ifadeleri, itirazlarına açıklık getirmektedir.

<sup>6</sup> Matürîdî, *Kitabü’t-Tevhid*, 224.

<sup>7</sup> Matürîdî, *Kitabü’t-Tevhid*, 111.

<sup>8</sup> Recep Önal. “Mâtürîdî’nin hayatı, eserleri ve Kelam ilmi’ndeki yeri”. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 8:3 (2013),355.

<sup>9</sup> ez-Zuhuruf 43/23-24.

<sup>10</sup> Hud 11/87.

Yine Mekkeli müşriklerin “Biz arkadaşımızı daha iyi biliriz. Eğer onun doğru söylediğini bilseydik ona uyardık”<sup>11</sup> demeleri de bir tür önyargının belirtisidir. Öte yandan bu sözlerin sahipleri “Bizi çağırdığın şeye karşı kalplerimiz kılıflıdır, kulaklarımızda ağırlık, seninle aramızda perde vardır. Elinden geleni yap, biz de elimizden geleni yapıyoruz”<sup>12</sup> şeklindeki söylemleriyle, açık bir şekilde hidâyete karşı direnme gerekçelerini göstermişlerdir. Mâtürîdî’ye göre Allah’ın emir ve yasaklarına karşı gelme, peygamberin sözlerini dinlememe, kibir ve inadın son noktasıdır<sup>13</sup>. Zira bunlar hakikati kabule niyetli kimseler değildir. Zira sağlıklı bir düşüncenin sonucu olan hidayete yönelmek, öncelikle, bir meyli ifade eden “kulak vermek” suretiyle gerçekleşir. Oysaki hakikatten yüz çevirenler, bu tür eyleme yönelmekten uzaktırlar. Böyle bir tutumun arkasında, ileri boyuttaki taassup ve taklit olduğu da dikkatlerden kaçmamaktadır.

Taassubun oluşturduğu psikolojik yapı, ortamlara göre olumsuz anlamda farklı değerler kazanmıştır. Nitekim İslam tarihinde mezhep taassubunun ilerlediği, fikri müsamahaların tamamen ortadan kalktığı devirlerde, küfrün tanımı da değişmiş, her gurup kendi inancına aykırı hareket etmeyi, küfrün bir sınırı olarak algılamıştır.

**3. Cahillik.** Mâtürîdî’ye göre bir anlamda basiretsizliği de içeren bu terim, sağlıklı düşünmenin sonucu olan hidayet psikolojisinin önündeki büyük engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Bilgi ve idrakin karşı kıyısında olan cahillik ve basiretsizlik, daha çok ahiret bilincinin gerçekleşmemesiyle tezahür etmekte ve bu nedenle Kur’an da gerçeklerin mutlak olarak ölüm ötesinde anlaşılacağını vurgulamaktadır. Ancak dinî hakikatlerin dünya hayatında da bilinebileceğini vurgulayan Kur’an ayetleri, “Keşke bilseydiniz” temennisiyle konuyu dile getirmektedir. Elbette bu ifadelerin arkasında, “bilmek için çaba sarfetseydiniz” şeklinde bir çağrı bulunmaktadır. Bu tür bir temenni tefekkür etmedikleri ve nazar eyleminde bulunmadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Evrendeki her şeyin hikmet içerisinde bir gayeye yönelik yaratıldığını ve var olduğunu belirten Mâtürîdî, insanı hidayetten alıkoyan etkenler arasında, insanın bu hikmeti algılamaktan uzak olması, yani cehaleti veya ihtiyaçları olduğunu kaydeder. Oysaki bir insan belli alanlarda bilgili olsa bile, yaratmaya müteallik bazı hususlara akli yetişemeyebilir, yani onun idrak gücünü aşabilir. Bu nedenle “adalet”, “zülüm”; “hikmet” ve “sefeh” kavramları bazen benzerlik gösterse de, bunu ayıramamanın ana mazereti, bilgisizliktir.<sup>14</sup> Zira Mâtürîdî’ye göre dine bağlanmanın ve İlâhî bilgiye ulaşmak, akli kullanmakla gerçekleşir. Kendilerine akıl verilmiş olması itibarıyla insanların inanç konularında Allah’a karşı cehalet türü bir itiraza hakları yoktur. Zira aklın varlığı bu tür itirazlara kapı kapar mahiyettedir. Cehaletin, Kur’an ve sünnete aykırı anlayış ve hayat biçimi olduğu da düşünüldüğünde, İlâhî

<sup>11</sup> Ahmed b. Hanbel, IV, 335.

<sup>12</sup> Fussilet 41/5.

<sup>13</sup> Mâtürîdî, *Kitabü’t-Tevhid*, 8.

<sup>14</sup> Mâtürîdî, *Kitabü’t-Tevhid*, 218.

buyrukların kabulünün belirtisi olan hidayete karşı umursamaz olmak şeklinde bir anlam ortaya çıkmaktadır.

Kur'an cehaletin belirtileri, isyan vasıtası, hidayet mukabilinde dalalete talip olmak, aşırı cinsel arzulara düşkünlük, dinî konuları bilgisizce tartışmak, dindarlara karşı tavır takınmak, hevaya tâbi olmak şekillerinde belirtmiştir.<sup>15</sup> Bu tür anlayış ve tutumlara sahip olan kimseler, cehalet içerisinde değerlendirilmekte ve hidayet olgusundan da uzak kalmaktadırlar. Reel bağlamda bir sıfat olarak cehaleti üstlenen bireyin, bu tavrına neden olan etkenler arasında, duyu ve duygu zayıflığının önemli bir yeri olduğu anlaşılmaktadır.

**4. Duyu ve Duygu Zayıflığı.** Kur'an ayetleri bağlamında insanın yapısal olarak bazı kötü tutum ve davranışları olduğu kabul edilmektedir.<sup>16</sup> Bu tür tavırların daha çok insanın duyu eksikliği veya duygu zayıflığından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Mâtürîdî, duyu ve duyguları, "havassı selime" ve "iyân" terimi içinde değerlendirmiştir. Ona göre objelerin anlaşılmasındaki incelik ve derinlik, ya da fazla uzaklık gibi etkenler, hastalık ve rahatsızlık gibi aksaklıklar, duyuların gerçek anlamda işlerliğini engelleyen etkenlerdir. Dolayısıyla duyu ve duygularla elde edilebilen hakikatlerde, hata ve yanlışlıklar ortaya çıkabilir.<sup>17</sup> Duyularla hakikatin algılanmasında yanlışlığı sürükleyen temel unsurun, duyular çerçevesine giren varlık âleminin göz önünde bulundurulması olduğunu düşünen Mâtürîdî, duyular yoluyla elde edilen gözlemin, her zaman gerçeğe ulaştıramayacağını ileri sürer. Zira sadece duyular âlemiyle hareket eden kimseler, duyular ötesini algılayamaz. Çünkü bu öteki âlemlerle ilgili olguları hiç görmemişler ve algılamamışlardır. Onlara göre duyular âlemi, duyular ötesinin yegâne ölçütüdür. Oysaki inanç konuları daha çok duyular ötesi bir olgudur. Buna göre metafizik âlemi, duyularla algılamak, gözle sesleri anlamak, renkleri de kulak ile idrak etmek istemek gibidir.<sup>18</sup> Müellif, duyularımızın her birisinin kendi alanındaki hususları anlamak için yaratıldığını kabul ederken, bu tür bir duyunun bazen kendi alanını kavramada da yetersiz kalabileceğini ileri sürer. Böyle bir durumda bir diğer duyunun devreye gireceğini belirten Mâtürîdî, inanç konusunun ancak böylece anlaşılabilirliğini kabul eder. Öte yandan müellife göre, bireyin kişisel mizacı, mevcut lezzetlere davet eden arzu ve istekleri, göz önünde canlanan çekici şehvi unsurlar, ihtiyaç ve zaruretleri, alışkanlık ve adetleri, duyu ve duyguları yanıltarak, sahibine gerçek olmayan bir şeyi, doğru imiş gibi gösterebilir.<sup>19</sup>

Duyuların her hakikati kavrayamamasının harici nedenleri de olduğunu belirten Mâtürîdî, meselâ uzaklığın yanında, bakılan nesnenin saydam veya küçük olması, sağlam bir yapıya sahip olmasına rağmen, duyunun görevini yapmasına engel olduğunu söyler. Müellife göre,

<sup>15</sup> el-Bakara 2/274, el-Bakara 2/216, en-Neml 27/54-55, Lokman 31/20, el-Hac 22/8, el-Furkan 25/63, Yusuf 12/33.

<sup>16</sup> Al-i İmran 3/14.

<sup>17</sup> Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 12, 18-19.

<sup>18</sup> Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 32.

<sup>19</sup> Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 116, 223.

duyunun konusu olan varlıkların idrak edilmesinin iki alternatifi vardır. Bunların ilki, kişinin duyu yoluyla algıladığı şeyle istidlâlde bulunmasıdır. Bunun da duyuyu aşan şeyin, duyumla ilişkili olduğu zamanda gerçekleşeceğini ileri süren yazar, buna örnek olarak, dumanın ateşe, aydınlığın güneşe delalet etmesini verir. İkinci olarak duyu ile algılananı aktaran haberdir. Nitekim uzak ülkeler, yeni meydana gelen olaylar bu konumdadır. Bu iki alternatifin sağlıklı bir duyu veya güvenilir kaynakla elde edilebileceğini kabul eden Mâtürîdî, özellikle duyuyu aşan ikincisinin, ancak haber verenin haberiyle anlaşılabilirliğini vurgular. Gaybî âlemle ilgili bilgilere ise ancak peygamber haberiyle ulaşılabilir. Akıl-duyu çakışmasına dikkat çeken müellif, insanların tabiatlarının hoşlanmadığı ama aklın benimsediği tutum ve davranışlara uymakla yükümlü olduğunu vurgulamıştır.

Ona göre duyular, sadece “şimdi olan” ve “şu anda” duyu âlemine giren olguya göre şekillenebilir. Oysaki akıl hem duyular âleminde hem de duyular ötesinde bulunanı algılayabilir. Bu nedenle nesnelere güzelliği ve çirkinliği aslî tabiat ve duyularla değerlendirilmeyip, akli ölçülere göre değer biçilmiştir. Bu durumda akıl, değişikliğe uğramayan ve herhangi bir bilinmezlik sebebiyle geçersiz hale getirilemeyen duyu bilgisi gibidir. Bu tür bir duyu bilgisi, bütün gizli ve kapalı hususların mercî konumundadır. Yine akıl, her tabîî-duyusal bilginin temelini ve ölçütünü oluşturur.<sup>20</sup> Nitekim Kur'an “dünyada kör olan kimsenin, ahirette de kör olacağını”<sup>21</sup> belirtirken, nazar ve istidlalden uzak duygu yoksunluğunun, “ahirette kurtuluşa ermek” anlamındaki hidâyete engel olmadaki faktörünü anlatmış olmaktadır. Duyu ve duygunun hidayete engel olma formuna girmesinde en önemli âmilin, her ikisinin de hevânın güdümünde kullanılmasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

**5. Hevâya Tâbi Olmak.** Sağlıklı düşünmeyi engelleyen ve gerçekçi psikolojik tahlillere ulaşmaya mâni olan önemli bir amil, hevâya uymaktır. İnsanın gelişigüzel davranmasını salık veren hevâ, kötülüğe prim veren bu konumuyla birçok İlâhî buyrukla çelişmektedir. Genel anlamda nefsin bedensel arzularının aşırı temsilcisi olan hevâ<sup>22</sup>, sürekli olarak kötülük ve günahlara insanı temayül ettirmektedir.<sup>23</sup> Bu konumu nedeniyle insan hevâsının bireyler bazda farklılık arzemesi de hevânın tanım ve eylem sınırını tespit etmeyi zorlaştırmaktadır.

Nitekim peygamberler de kendilerinin ve insanların hevâlarına uymamaları konusunda uyarılmıştır.<sup>24</sup> Mâtürîdî'ye göre İlâhî va'd ve va'îd hikmet açısından gerekli olmuştur. Zira nefis ve hevâyî itaate zorlama, insan tabiatının hoşlanmadığı erdemlere sevk etme, ancak İlâhî buyrukları ihtiva eden teklif sonucunda olur. İnsan tabiatının, yapılan işlerin sonucunu göz önünde bulundurmamak hissiyle şekillendiğini düşünen müellife göre, yöneldiği olgunun

<sup>20</sup> Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 32, 229.

<sup>21</sup> el-İsra 17/72.

<sup>22</sup> Râgıb el-İsfahânî, el-Müfredât, “hevâ” md.

<sup>23</sup> Sa'd 38/26; en-Necm 53/3; el-Câsiye 45/23.

<sup>24</sup> eş-Şûrâ 42/15; Sâd 38/26.

sonucunda yarar ve zararı acele görmek isteyen nefis ve hevâ, elbette hidayet sonucunu uzak görmekte ve mümkün olduğu kadar, o tarafa yönelmekten insanı alıkoymaya çalışmaktadır. Hevâ ve nefsin istekleri yanında onlar için bahaneler oluşturan hayatın zorluklarına karşı, tefekkür ve istidlâl ile göğüs germek gerektiğini düşünen Mâtürîdî bunun, peşin bir menfaati bulunmadığı, kişiyi zevk ve arzularından alıkoymaya için, hevânın direnç göstereceğini belirtir. Ona göre bu güç durum, nefsin terbiyesiyle ve olumlu yönde alışkanlıklar kazandırılmasıyla aşılabılır. Nitekim mükellef olmadıkları halde çocukların ibadete yönelik bazı sözlü yaptırımlarda bulunulmasında da aynı gaye gözetilmektedir. Bu nedenle tefekkür ve istidlâl, hevânın karşısında önemli bir güç oluştururken, bunun zararlı ve yararlı nesnelere hakkında öğüt ve ibrete vesile oluşu da gözden uzak tutulmamalıdır.<sup>25</sup>

Mâtürîdî söz konusu problemi incelerken, değerlendirme bağlamında farklı bir tahlile girer. Şöyle ki, ona göre Allah, insanları iyiyi kötünden ayırmasını bilecek bir şekilde yaratmış, onların aklî idraklerine kötü davranışı çirkin, iyi tutumları da güzel göstermiştir. Bu sebeple o, insanın yapısal özelliğine paralel olarak, olumlu davranışlara onları davet etmiştir. Öte yandan insanın bazı davranışlardan nefret etmesi, bazı tutumları da benimsemesi, yaratıcının insana sunduğu özelliklerdendir. Beşerin dünya lezzetlerine meyledici bir karakterde yaratılması sonucu, bu lezzetler ona çekici görünmektedir. Yine acı ve meşakkat yükleyici durumlardan kaçan insan psikolojisi, onun akli ile tabiatı arasında bir çatışmayı doğurmasına yol açar. Zor gelen şeye, zevk verici sonucu uğruna tahammül gösteren bireyin, aynı amaçla meşakkatin külfetlerine katlanır bir halde olması, hidayet amillerinden birisi olmuştur. İnsan aklının zorluklara göğüs germeye karşı direneceği gerçeğine binaen, kötülüklerden yasaklanmış ve iyiliklere davet edilmiştir. Hidayet ve dalalete ulaştırıcı sebepler yaratan Allah, akıllarını kullanan kulların, harcayacakları çaba ve insan tabiatının hoşlanmadığı, nefsin nefret ettiği hususlara gösterecekleri tahammül derecesine bağlı olarak, nail olacakları üstün mertebeler hedeflemiştir. Bunun için de hidayete ulaşacak iki yol belirleyen yaratıcı, birincisini ve en üstününü duyular aracılığıyla oluşan müşahede; ikincisi ise duyuları aşan nakil olarak tespit etmiştir. Bu veriler çerçevesinde hidayete ulaşmak amacıyla nefis ve hevânın etkisinden kurtulmak, eğitim, nefsi alışageldiği şeyden alıkoymaya özen gösterme ve yapmak istemediği şeye fitratın da benimseyebileceği güzel bir yöntemle sürekli olarak yönlendirmek suretiyle gerçekleşebilir.<sup>26</sup> Bireysel anlamda tanrı edinilmesinden dolayı kalbin mühürlenme nedeni olan hevâ<sup>27</sup>, aynı zamanda toplumsal bazda ortak özelliklere sahip olup sosyal bir nitelik kazandığı da görülmektedir.<sup>28</sup> Buna göre Allah'ı hatırlamaktan uzak tutum ve davranışlarda yüce yaratıcıyı dikkate almayan fertlerin oluşturduğu toplum, hevâyâ tâbi olmuş ve hidâyetten uzak

<sup>25</sup> Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 100, 110.

<sup>26</sup> Mâtürîdî, *Kitabü't-Tevhid*, 221-224.

<sup>27</sup> Muhammed 47/16; el-Casiye 45/23.

<sup>28</sup> el-Mâide 5/77.



bir tutum içindedir.<sup>29</sup> Hevânın şeytanî olduğu düşünülürken, zülüm ve şehvet ile kişinin kendisine yaptığı aşırılık, hevâ ile yaratıcısına karşı yönelmiştir. Yine hevâ, fert ve toplumların önüne, toplumsal bir baskı unsuru ve dolayısıyla yaşam tarzı olarak da sunulmaktadır.<sup>30</sup> Nitekim hevâyâ tâbi olmanın, affı mümkün olmayan şirk<sup>31</sup> veya bir zülüm olarak<sup>32</sup> nitelendirilmesi de bu anlayış pekiştirmektedir. İnsan yapısında yaratılıştan var olan hevâ olgusunun, yan faktörlerle birlikte, insanın hidayetten yüz çevirmesine neden olacak bir niteliğe sahip olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda hevâyı olumsuz kanallara sevkeden insanın, en önemli eksikliğinin, bilgisizlik olduğu da bilinmektedir. Bu özelliklere sahip olan bir kimse, hevâsına tâbi olarak, nefis ve şeytanın emirleri doğrultusunda hareket etmesi, bunun doğal bir sonucudur. Yeterli bilgi donanımına sahip olmayan insanın, hidayetten uzaklaşma konusunda zannına uyması da kaçınılmazdır.<sup>33</sup> Hevâ bir anlamda yerilen nefsin güdümünde olan ve birlikte kişiyi hidayetten alıkoyma yolunda güç birliği etmiş iki dâhili engeldir. Nitekim nefis insan aklının boyunduruğu altına girmekte gerçekten önemli dirence sahiptir. Öte yandan nefis ne kadar olgunlaşırsa olgunlaşsın, yine de insanı kötülüğe itmekte ve yaşam boyu kişinin alt etmekte emin olamayacağı yegâne varlık olarak görülmektedir. Nitekim konu bağlamında değerlendirilebileceğimiz Âl-i İmrân suresinin on dördüncü ayeti, hevânın motivasyonlarını, cinsel arzular, dünya tamahını oluşturan mal, mülk, para ve makam gibi hususlar olduğunu göstermektedir. Bu olgular aynı zamanda kişinin Allah'a karşı istiğna göstermesine yol açan etkenlerdir.<sup>34</sup> Kibir, gurur ve istiğnânın ifadesi ve hevânın insanî yansıması olan büyüklenme, Kur'an ayetleri bağlamında, inkârcını ana vasfı olarak görülmektedir.<sup>35</sup> Nitekim cehennemde azap çeken insanlar arasında aşırı şımarık olanlar ile anormal şekilde böbürleneler olduğu anlaşılmaktadır.<sup>36</sup> Kibrin arka planında, yaşamın her türlü kayıttan bağımsız olma arzusu ve ilmi yetkinlik düşüncesinin olduğu anlaşılmaktadır.<sup>37</sup> Kibirleşmek, haktan yüz çevirmede inat gibi bazı olumsuz nitelikleri de beraberinde taşımaktadır.

## Sonuç

İmam Matürîdi, sağlıklı düşünmeye, psikolojik düzgünlüğe ve ruhsal sıhhate engel olan birtakım faktörler olduğunu kabul etmiş ve tüm bu olumsuz niteliklerin, sağlıklı din anlayışı ve düşünce biçimi olan İslamiyet ile hidayete engel olduklarını kabul etmiştir. Söz konusu etkenler arasında sosyal faktörler olduğu gibi, psikolojik unsurların da bulunmaktadır. Metin içerisinde söz konusu olan insani nitelikler, törpülenmesi gerekmektedir. Zira bunlar bir açıdan sağlıklı

<sup>29</sup> el-Kehf 18/18.

<sup>30</sup> Ramazan Altıntaş, *Kur'an'da hidayet ve dalalet* (İstanbul: Pınar Yayınları, 1995), 113.

<sup>31</sup> el-Furkân 24/43

<sup>32</sup> Ahmed b. Hanbel, VI, 240.

<sup>33</sup> el-A'râf 7/71; el-Mü'min 40/35-36.

<sup>34</sup> Izutsu, *The Structure of the Ethical terms in the Kur'an*, Tokyo 1959, II, 134-137, 199-200.

<sup>35</sup> el-A'râf 7/75-76; ez-Zümer 39/59-60.

<sup>36</sup> el-Mü'min 40/71-75.

<sup>37</sup> el-Câsiye 45/31; el-A'râf 7/146; el-Alak 96-9-10; el-Mü'min 40/83.

bir bireyin oluşmasına mâni olurken, psikolojik çarpıklıklar ve ruhsal yozlaşmaları sonuç vermekte ve aynı zamanda da hidayete ulaşmaya engel olmaktadır. Bu doğrultuda dünyada mutsuzluğa, ahirette ise bahtsızlığa ulaştıran bir kognitif yapıya bürünün kişi, yaratılış amacı doğrultusunda hareket etmeyerek, dünya ve ahiret mutsuzluğunu sonuç veren olguya, kendi iradesiyle yönelmiş olmaktadır.

## Kaynakça

1. Ahmed b. Hanbel. (1991) *el-Müsned*. thk. Sıdkı Muhammed Cemil Attar. Beyrut: Dârü'l-Fikr,
2. Altıntaş, Ramazan. (1995). *Kur'an'da hidayet ve dalalet*, İstanbul: Pınar Yayınları.
3. Biçer, Ramazan. (2017). Teo-Psikolojik Açıdan Matüridi'de İrade Özgürlüğü". *Bilgi*. 80, 239-263.
4. Biçer, Ramazan. (2004). Matüridi'ye göre hidayete engel olan beşerî zaafı ve tezahürleri, *Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 41-59.
5. Işık, Harun. (2013). *Matüridi'de insan özgürlüğü*. Ankara: Araştırma Yayınları.
6. Izutsu, Toshihiko. (1959). *The Structure of the Ethical terms in the Koran*, Tokyo: Keio University.
7. Mâtürîdî, Ebû Mansûr Muhammed b. Muhammed b. Mahmûd Semerkandî. (2002). *Kitabü't-Tevhid*. çev. Bekir Topaloğlu. İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Araştırmaları Merkezi Yayınları.
8. Önal, Recep. (2013). Mâtürîdî'nin hayatı, eserleri ve Kelam ilmi'ndeki yeri. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 8 (3),325-360.
9. Râgıb el-İsfehânî, Ebü'l-Kâsım Hüseyin b. Muhammed b. Mufaddal. (1970). *el-Müfredât fi garibi'l-Kur'ân*. Kahire: Mektebetü'l-Enclû el-Mısriyye.

# İlkokul Öğrencilerinin Çocuk Kitaplarıyla Edindikleri “Doğa” Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi

## An Investigation of the Perceptions of Primary School Student on the Concept of Nature in Children's Books

Erkan ÇER<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarıyla edindikleri “doğa” kavramına ilişkin algılarının incelenmesidir. Karma yöntem desenlerinden açıklayıcı sıralı desenin kullanıldığı bu araştırmanın çalışma grubunu Amasya Üniversitesi “Çocuk Kütüphanesi”ne gelen 27 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma sürecinde öğrencilere, araştırmacı tarafından seçilen 30 kitap her hafta iki tane olmak üzere okutulmuştur. Araştırmanın verileri, “Çevresel Duyuş Ölçeği” ile odak grup görüşmesiyle toplanmış ve bu veriler çoklu istatistiksel analizler ile içerik analizi kullanılarak çözümlenmiştir. Araştırma sonucunda, öğrencilerin “doğa” kavramına ilişkin algılarının çocuk kitaplarına bağlı olarak geliştiği görülmüştür. Bu araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak sunulacak öneri ise, farklı sınıf düzeylerinde öğrencilerin “doğa” kavramına ilişkin algılarının çocuk kitaplarına bağlı olarak değişip değişmediği ile ilgili nicel ve nitel araştırmaların yapılmasıdır.

**Anahtar Sözcükler:** İlkokul Öğrencileri, Çocuk Kitapları, Doğa Kavramı

### ABSTRACT

The aim of this study is to examine the perceptions of primary school students about the concept of nature acquired by children's books. The study group of this research, in which the descriptive sequential pattern is used from mixed method designs, consisted of 27 students who came to Amasya University Children's Library. In the research process, 30 books selected by the researcher is taught to be two each week. The data of the study is collected by focus group interview with the scale for environmental perception and the data is analyzed by using multiple statistical analyzes and content analysis. As a result of the research, it is seen that the perceptions of the students about the concept of nature changed depending on the children's books. Based on the results of this research, the suggestion is to make quantitative and qualitative researches about whether the perceptions of the students about the concept of nature have changed according to children's books at different grade levels.

**Key Words:** Primary School Students, Children's Books, Nature Concept

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Sosyal Bilimler ve Türkçe Eğitimi Bölümü, Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı, [erkan.cer@amasya.edu.tr](mailto:erkan.cer@amasya.edu.tr)

## Giriş

Çocuk edebiyatı, çocukların dil gelişimleri ile birlikte anlama düzeylerine uygun, gereksinmelerini de önceleyen bir yaklaşımla, çocuklara yaşam ve insan gerçekliğini sanatsal nitelikli görsel ve dilsel iletilerle sunan, onların düşünce ve duygu dünyalarında etkilenimler uyandıran yapıtlardır (Sever, 2004). Bu yönüyle, çocuk edebiyatı yapıtları resmin ve dilin estetik yönlerini duyumsatma işlevleriyle birlikte çocuk okurun kendini, yaşamı ve doğayı tanımaya, insan doğasını sezinlemesine olanak tanınmalıdır. Çünkü çocuklara görsel ve dilsel bir dünya sunularak estetik bir biçimde duygu ve düşüncelerinin gelişmesi, sosyal olarak değişim yaşamaları, insan ilişkilerini sezinleyebilmeleri, doğaya yönelik algılarının gelişmesi ve deneyimlerini geliştirmeleri, yaşamlarını anlamlı kılacak nitelikli metinlerin sorumluluğundadır (Sawyer, 2012; Lukens, Smith ve Coffel, 2013). Çocuk edebiyatının genel amacı, çocuklara duyma, düş kurma ve düşünme sorumluluğu vererek onların duyarlılığını işletmek, estetik beğeni düzeylerini geliştirmek ve üst düzey düşünme becerilerini geliştirmek olduğuna göre (Dilidüzgün, 2004, 2011; Sever, 2004, 2007, 2013), düşünce ve davranışlarıyla çocukların doğaya yönelik algılarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, erken dönemden başlayarak çocukların doğaya yönelik algılarının geliştirilmesi için onların doğasına, ilgi ve gereksinmelerine, dil ve anlam evrenlerine uygun çocuk edebiyatı yapıtlarıyla onları karşılaştırmak gerekir.

Çocuk edebiyatı yapıtları çocuklara duygusuyla, düşüncesiyle kendilerini gerçekleştirebilecekleri nitelikli yaşam alanları sunar (Sever, 2008). Bu yaşam alanı içinde kalan çocuğun insan, yaşam ve doğaya yönelik algısı olumlu yönde değişime uğrayabilir. Bu nedenle, nitelikli çocuk edebiyatı yapıtlarının insan sevgisi, yaşam sevgisi ve doğa sevgisini önceleyen bir yaklaşımla oluşturulması gerekmektedir. Başka bir söyleyişle, çocuğun sanatsal nitelikli olan düzeye uygun çocuk edebiyatı yapıtlarıyla sürekli olarak etkileşim içinde olması, onun insana, yaşama ve doğaya yönelik algısını yapılandırmasına olanak sağlayabilir. Özellikle çocuğun doğaya yönelik sorunları sezinleyip bu sorunlara yönelik etkili çözümler üretmesi, çocukta nitelikli çocuk edebiyatı yapıtlarıyla oluşması beklenen duyarlılık bilincini geliştirebilir. Bu nedenle, çocuğun gelişen ve değişen doğa kavramına yönelik algısının incelenmesi ve bu algının nitelikli çocuk edebiyatı yapıtlarıyla geliştirilmesi gerekir.

Bu araştırmanın problemi, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarıyla edindikleri “doğa” kavramına ilişkin algılarının incelenmesidir. Bu probleme yönelik olarak bu çalışmanın yapılma nedeni, “doğa” kavramına yönelik birçok çalışma yapılmış olmasına karşın (Deniş Çeliker ve Akar, 2015; Kahyaoğlu, 2015; Kahyaoğlu ve Kırıktaş, 2016; Kahyaoğlu ve Yetişir, 2016; Karapınar ve Arıbaş, 2017) alanyazında çocuk kitaplarının “doğa” kavramı üzerindeki etkilerinin incelendiği çok az araştırmanın olmasıdır. Bu yönüyle, çocuk kitaplarının “doğa” kavramı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi alanyazına önemli katkılar sunabilir.

## **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın genel amacı, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarıyla edindikleri “doğa” kavramına ilişkin algılarını belirlemektir. Bu çerçevede, bu çalışmada aşağıdaki soruya yanıt aranmıştır:

İlkokul öğrencilerinin “doğa” kavramına ilişkin algılarının gelişmesinde çocuk kitaplarının etkisi var mıdır?

## **Yöntem**

Bu çalışmada karma yöntem kullanılmıştır. Karma yöntem, araştırma sürecinde nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanımını kapsayan bir yaklaşımdır (Creswell ve Plano Clark, 2011). Bununla birlikte, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarıyla edindikleri “doğa” kavramına ilişkin algılarının incelendiği bu çalışmada, açıklayıcı sıralı karma desen uygulanmıştır. Bu desen, araştırmacının birinci aşamada nicel veri topladığı, bulguları analiz ettiği ve daha sonra bu bulguları kullanarak ikinci aşamayı planladığı iki proje aşamasından oluşmaktadır. Bu süreçte ilk aşama nicel verilerin toplanması ve verilerin analizini içermektedir. Daha sonra ise nitel çalışmada yapılan görüşmelerle nitel boyutta verilen yanıtların açıklanmasına yardımcı olmak amaçlanmaktadır (Creswell, 2016).

## **Çalışma Grubu**

Bu araştırmanın çalışma grubunu Amasya Üniversitesi’nde yer alan “Çocuk Kütüphanesi”ne düzenli olarak gelen 27 öğrenci (15 kız ve 12 erkek) oluşturmaktadır. Öğrencilerin 14’ü (8 kız ile 7 erkek) altıncı sınıfta yer alırken 12’si (7 kız ve 5 erkek) yedinci sınıfta yer almaktadır.

## **Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi**

Bu araştırmanın nicel verileri Sontay, Gökdere ve Usta (2014) tarafından geliştirilen “Çevresel Duyuş Ölçeği” ile toplanmıştır. Araştırmacı, bu çalışmada öğrencilere ölçeği uygulamadan önce doğaya yönelik sorunlar ile doğa bilinci ve duyarlılığını duyumsatan kitapları seçmiştir. Araştırmacı, “Çocuk Kütüphanesi”den 6. ve 7. sınıf düzeylerini yansıtan “doğa” kavramı odağındaki 30 kitabı seçtikten sonra öğrencilere her hafta iki tane olmak üzere bu kitapları okutmuştur. Bununla birlikte, öğrencilere kitaplar verilmeden önce “Çevresel Duyuş Ölçeği” ön test sırasında öğrencilere uygulanmıştır. Bütün öğrenciler, kitap okuma sürecini bitirdikten sonra ise ölçek son test olarak uygulanmıştır. Bununla birlikte, nicel veriler elde edildikten sonra araştırmacı gönüllü olan altı öğrenciyle odak grup görüşmesi yapmıştır. Araştırmacı tarafından elde edilen bütün veriler istatistiksel analizler ile içerik analizi kullanılarak çözümlenmiştir.

## Bulgular

Bu bölümde, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarıyla edindikleri “doğa” kavramına ilişkin algılarının ortaya çıkartılmasında nicel ve nitel bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. İlkokul Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Çevresel Duyuş Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar

	<i>X</i>	<i>S.s</i>	<i>Sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Kız	59.23	26.13	25	1.88	.00*	.20*
Erkek	49.33	24.14				

Not:  $p < .05^*$

Tablo 1 incelendiğinde, erkek öğrencilerin çevresel duyuş ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 49.33 olmasına karşın kız öğrencilerin aldıkları puanların ortalaması 59.23'tür. Bu durum, cinsiyete göre öğrencilerin çevresel duyuş ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ( $t(25)=1.88$ ,  $p < .05$ ).

Tablo 2. İlkokul Öğrencilerinin Sınıf Düzeylerine Göre Çevresel Duyuş Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Sonuçlar

	<i>X</i>	<i>S.s</i>	<i>Sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Altıncı Sınıf	38.16	14.23	25	2.16	.00*	.11*
Yedinci Sınıf	44.89	15.30				

Not:  $p < .05^*$

Tablo 2 incelendiğinde, altıncı ve yedinci sınıfta yer alan öğrenciler arasında çevresel duyuş ölçeğinden elde edilen toplam puanlara göre anlamlı bir farklılık vardır ( $t(25)=2.16$ ,  $p < .05$ ,  $d=.11$ ). Farklı bir söyleyişle, yedinci sınıfta yer alan öğrencilerin ( $\bar{x}=44.89$ ) “doğa” kavramına ilişkin algıları altıncı sınıfta yer alan öğrencilerden ( $\bar{x}=38.16$ ) anlamlı bir biçimde daha yüksektir.

Tablo 3. İlkokul Öğrencilerinin “Doğa” Kavramına İlişkin Aldıkları Puanlara İlişkin Bağımsız Örneklemeler İçin t-testi Sonuçları

	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>Min.</i>	<i>Mak.</i>	<i>Std</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>
Ön Test	27	50.12	47.01	64.04	5.01	26	.00*
Son Test	27	67.15	51.14	69.12	8.12	26	

Not:  $p < .05^*$

Tablo 3 incelendiğinde, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarını okumadan önce “50.12” düzeyinde olan “doğa” kavramına yönelik algı düzeyleri çocuk kitaplarını okuduktan sonra “67.15” düzeyine geldiği görülmektedir. Son testten elde edilen bulgulara göre, ilkokul öğrencilerinin “doğa” kavramına yönelik algı düzeylerinin çocuk kitaplarıyla geliştiği söylenebilir.

Tablo 4. İlkokul Öğrencileriyle Yapılan Odak Grup Görüşmesi

<b>Kategoriler</b>	<b>Alt Temalar</b>	<b>Ana Tema</b>
Doğayı koruma isteği		
Hayvanların yaşam alanlarının genişletilmesi		
Ağaçların gereksiz yere kesilmemesi		
Canlıların yaşam hakkının olması	Doğada Bulunan Canlı	
Ormanların korunması gerektiği	ve Cansız Varlıkların	
Sokak hayvanlarının bakımı	Korunması	
Denizlerin kirletilmemesi gerektiği		“Doğanın
Çöplerin toplanması gerektiği		Korunması”
Geri dönüşümün olmasının önemi		
İnsanların doğaya yönelik dikkatsiz olması	Doğanın Korunması	
Sokakların temiz kalmasının gerekliliği	Yönelik Farkındalık	
Ağaç dikme çalışmalarının yapılması		
Binaların çok fazla yapılması		

Tablo 4 incelendiğinde, odak grup görüşmesi sonucunda ilkokul öğrencilerinin “doğa” yönelik algılarının “Doğada bulunan canlı ve cansız varlıkların korunması” alt temasında “Doğayı koruma isteği, hayvanların yaşam alanlarının genişletilmesi, ağaçların gereksiz yere kesilmemesi, canlıların yaşam hakkının olması, ormanların korunması gerektiği, sokak hayvanlarının bakımı, denizlerin kirletilmemesi gerektiği” ile “Doğanın korunması yönelik farkındalık” alt temasında “Çöplerin toplanması gerektiği, geri dönüşümün olmasının önemi,



insanların doğaya yönelik dikkatsiz olması, sokakların temiz kalmasının gerekliliği, ağaç dikme çalışmalarının yapılması ve binaların çok fazla yapılması” olduğu görülmüştür. Bütün bu bulgular, ilkokul öğrencilerinin “doğa” kavramına yönelik algılarının alt temalarda görüldüğu gibi “doğanın korunması” biçiminde geliştini ortaya koymaktadır.

### **Sonuç ve Tartışma**

Bu araştırma, ilkokul öğrencilerinin çocuk kitaplarıyla “doğa” kavramına yönelik algılarının geliştini ortaya koymaktadır. Başka bir söyleyişle bu araştırma, ilkokul öğrencilerinin doğaya yönelik sorunlar ile doğa bilinci ve duyarlığını duyumsatan kitaplarla girdikleri etkileşim sonucunda doğaya yönelik algılarının geliştini ortaya çıkarmaktadır. Özellikle öğrencilerin doğanın korunmasına yönelik verdikleri görüşler doğrultusunda doğaya zarar veren eylem ve davranışlar ile doğanın korunması için ne/neler yapılması gerektiğini belirtmeleri, onların “doğa” kavramına yönelik bilinç ve duyarlık edindiklerini ortaya koymaktadır. Bu durum, ilkokul döneminde yer alan öğrencilerin doğaya zarar veren sorunların nedenlerini ve bu sorunların çözüm yollarını sezinleten kitaplarla karşı karşıya getirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çünkü sanatçılar tarafından yazılmış düzeye uygun ve nitelikli çocuk kitapları, öğrencilerin düşünme ve düşünme sorumluluğu almasına olanak tanıdığı için (Sever, 2008) bu tür kitaplar onların doğayı sevmesine ve korunmasına katkı sağlayabilir. Bütün bu yönleriyle, ilkokulda yer alan öğrenciler hem öğrenme ve öğretme süreci içerisinde hem de “Çocuk Kütüphaneleri”nde yer alması gereken nitelikli kitaplarla buluşturularak “doğa” kavramına yönelik algı düzeylerinin geliştirilmesi gerekir.

## Kaynakça

1. Creswell, J. W. (2016). *Research desing: Qualitaitve, quantitative, and mixed methods approaches*. London: SAGE.
2. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: SAGE.
3. Deniz Çeliker, H. ve Akar, A. (2015). Ortaokul öğrencilerinin doğaya ilişkin metaforları. *Journal of Kırşehir Education Faculty*, 16(2), 101-119.
4. Dilidüzgün, S. (2004). *Çağdaş çocuk yazını: Yazın eğitime atılan ilk adım*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
5. Dilidüzgün, S. (2011). Çocuk kitaplarının çocuğun sanat eğitimine katkısı. *II. Ulusal Çocuk Gençlik Edebiyatı Sempozyumu, Gelişmeler-Sorunlar, Çözüm Önerileri Sempozyumu Bildirileri 04-06 Ekim 2006 içinde (ss.111-115)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
6. Kahyaoğlu, M. (2015). İlköğretim öğrencilerinin doğa kavramına ilişkin algılarının metaforlar yoluyla incelenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 10(11), 831-846.
7. Kahyaoğlu, M. ve Kırıktaş, H. (2016). Ortaöğretim ve üniversite öğrencilerinin “doğa” kavramına ilişkin algılarının metafor analizi yoluyla incelenmesi. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 33, 58-76.
8. Kahyaoğlu, M. ve Yetişir, M. İ. (2016). Doğa kavramı ve çocukların doğadan uzaklaşmasına ilişkin fenomenografik bir çalışma. *Eğitim ve Bilim*, 40(182), 159-170.
9. Karapınar, B. Ç. ve Arıbaş, K. (2017). Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının doğa eğitimi hakkında metaforik algıları. *Journal of Anatolian Cultural Research*, 1(2), 40-66.
10. Lukens, R. J., Smith, J. J., & Coffel, C. M. (2013). *A critical handbok of children's lirerature*. New York: Pearson Education.
11. Sawyer, W. E. (2012). *Growing up with literature*. United States: Wadsworth Cengage Learning.
12. Sever, S. (2004). Anadili öğretiminin temel bir aracı: Yazınsal nitelikli çocuk kitapları. *Disiplinlerarası Bakışla Türkiye’de Çocuk*, 4. *Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi 15-17 Ekim 2003 içinde (ss. 223-236)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları.
13. Sever, S. (2007). Çocuk edebiyatı öğretimi nasıl olmalıdır? *II. Ulusal Çocuk ve Gençlik Edebiyatı Sempozyumu, Gelişmeler-Sorunlar, Çözüm Önerileri Sempozyum Kitabı 04-06 Ekim 2006 içinde (ss. 41-56)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
14. Sever, S. (2008). *Çocuk ve edebiyat*. İzmir: Tudem Yayınları.
15. Sever, S. (2013). *Çocuk edebiyatı ve okuma kültürü*. İzmir: Tudem Yayınları.

**16.** Sontay, G., Gökdere, M. ve Usta, E. (2015). Ortaokul seviyesinde çevre okuryazarlık bileşenleri ile ilgili ölçek geliştirme çalışması. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 9(1), 49-80.

# Çevre Bilinci ve Duyarlığı Edindirmede Çocuk Kitaplarının İşlevi

## The Function of Children's Books in Achieving Environmental Awareness and Sensitivity

Erkan ÇER<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı, çevre bilinci ve duyarlığı edindirmede çocuk kitaplarının işlevini ortaya çıkarmaktır. Çocuk edebiyatının başat amaçlarından birisi, çocukların gelişme ve olgunlaşma sürecinde insan, yaşam ve doğa sevgisi üzerine duyarlı ve bilinçli olmasına olanak tanımaktır. Bu yönüyle çocuk edebiyatı, bebeklik döneminden başlayarak çocukların gelişimsel düzeylerini önceleyen sanatsal nitelikli görsel ve dilsel uyarımlarla çocukların duyu ve düşünce dünyasını insan, yaşam ve doğa sevgisi üzerine devindirebilmelidir. Çocukların sanatçılar tarafından hazırlanmış nitelikli ve düzeye uygun çocuk edebiyatı yapıtlarından erken dönemden başlayarak etkili bir biçimde yararlanabilmeleri, onların insana, yaşama ve doğaya yönelik duyarlı bir birey olmalarına katkı sağlayabilir. Böyle bir çaba insan, yaşam ve doğa sevgisi üzerine duyarlı ve bilinçli olan bir toplumun oluşması açısından da önemlidir. Bütün bu yönleriyle bu çalışma, çocuğun eğitim sürecini tümleyen nitelikli bir uyarımlar olarak çocuk kitaplarının okuma kültürü sürecinde çevre bilinci ve duyarlığı edindirmede işlevlerini ortaya çıkarması bakımından önem taşımaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Çevre Bilinci ve Duyarlığı, Çocuk Edebiyatı, Çocuk Okur

### ABSTRACT

The aim of this study is to reveal the function of children's books in environmental awareness and sensitization. One of the primary aims of children's literature is to allow children to be sensitive and conscious about the love of human, life and nature in the period of development and maturation. From this point of view, children's literature should be able to adopt children's feelings of life and nature with the visual and linguistic stimuli that prioritize the developmental levels of children starting from infancy. Children's ability to use children's literary works appropriately prepared by artists from an early stage can contribute to their sensitivity to human, life and nature. Such an effort is important in terms of the formation of a society that is sensitive and conscious about the love of people, life and nature. As a qualified stimulus that completes the child's education process, it is important for children's books to reveal their functions in environmental awareness and sensitivity in the process of reading culture.

**Key Words:** Environmental Awareness and Sensitivity, Children's Literature, Children

---

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Sosyal Bilimler ve Türkçe Eğitimi Bölümü, Türkçe Eğitimi Anabilim Dalı, [erkan.cer@amasya.edu.tr](mailto:erkan.cer@amasya.edu.tr)

## Giriş

Çevre eğitimi, çevrenin doğal ve toplumsal yaşamını inceleyen ve okul izlencelerinde hayat bilgisi, toplumsal incelemeler ya da çevreye yönelik duygu, duyarlık ve bilgi kazandırma (Türkiye Bilimler Akademisi, 2011), çevre ve ilgili konularda bilinçli, çevreye yönelik var olan problemlerin çözümüne katkı sağlayacak ve yenilerinin oluşumunu engelleyebilecek beceri, bilgi, güdü, tutum, kişisel ve toplumsal sorumluluk ve görevlere sahip bir dünya nüfusu geliştirme (Deniş ve Genç, 2010), yaşam boyunca gelişebilen dinamik bir yapı (Türküm, 1998), çevreye yönelik duyarlılığı gelişmiş bireyler yetiştirme (Havlick ve Hourdequin, 2005), var olan ve olabilecek çevre sorunlarının çözümü için bireysel ya da ortak hareket noktasında insanlara değer, bilgi, beceri ve deneyim kazandırarak çevre bilincini geliştirme (Indabawa, S. ve Mpofo, 2006), doğal çevreyi koruma ve kullanmaya yönelik duyarlılığı artırma (Başal, 2003), çevre sorunları hakkında duyarlı olan ve olası çözümleri sağlayabilecek yetenekte bilinçli kitleler oluşturmaktır (Hsu, 2004; Külköylüoğlu, 2009). Çevre eğitiminin amacı ise, çevreyle ilgili sorunlar karşısında bireylerin bilinçlenmesini sağlamak, çevre sorunlarının çözümünde becerilerini geliştirmek, doğaya ilişkin bilgilerini artırmak, davranış ve tutumlarında çevreyi gözetme alışkanlıkları kazandırmak ve çevre sorunlarına etkin olarak katılımını sağlamaktır (Ünal ve Dımışkı, 1999). Bütün bu yönleriyle, çocukların çevreye yönelik tutum ve davranışlarının aile ve sistemli eğitim kurumları tarafından nitelikli uyarılar temel alınarak erken dönemden başlayarak geliştirilmesi gerekir

Çevre eğitimi konusunda duyarlık sahibi olan çocuklar aynı zamanda çevre sorunlarına karşı da duyarlık gösterebilirler (Haftacı ve Soylu, 2007). Bu bakımdan, çocukların çevreye yönelik bilinç ve duyarlık edinebilmesi için erken dönemden başlayarak onların duygu ve düşünce dünyalarının doğa sevgisi temel alınarak geliştirilmesi gerekir. Böylelikle doğaya sevgiyle yaklaşan çocuklar, çevreye yönelik sorun yaratacak eylem ve davranışlar konusunda bilinçli olabilirler ve bu sorunlara karşı önlem alabilirler. Başka bir söyleyişle, çocukların doğayı oluşturan orman, ağaç, hayvan, bitki ve çevre gibi canlı ve cansız varlıklara sevgi temelli yaklaşımları ve çevre sorunlarını oluşturan nedenleri sezinleyebilmeleri için nitelikli uyarıların çocukların yaşamlarında yer edinmesi gerekmektedir. Özellikle anne ve baba ile öğretmenlerin çocuk ile doğa arasında oluşturulmak istenen neden-sonuç temelli eğitimi geliştirmek için doğa sevgisini duyumsatan nitelikli kitapları çocuklarla buluşturması gerekmektedir. Anne ve baba ile öğretmenlerin doğaya yönelik bu tür bir çabası, çocuğu yaşam boyunca çevresel sorunlara karşı duyarlı ve sorumluluk sahibi bir bireye dönüştürebilir.

Çocukların çevre okuryazarı bireyler olarak yetiştirilmesinin önemli olduğu günümüz dünyasında çevresel problemlerin önlenmesi için duyarlı ve bilinçli bireylerin yetiştirilmesi gerekmektedir (Kıyıcı, Yiğit ve Darçın, 2014). Özellikle çocukların nüfus artışı, çoraklaşma, hava kirliliği, enerji sorunu, tarımsal sorunlar, yer sorunu, çölleşme, küresel ısınma, toprak

kirliliği, atık sorunlar, canlı türlerinin yok olması, ormanların azalması, erozyon, kuraklık, su kirliliği, nükleer enerji gibi çevresel sorunlara yönelik farkındalık kazanabilmeleri için (Capra, 2009; Topaloğlu, 1999; Tuna, 2007; Türküm, 1998; UNESCO, 1987; Uzun ve Sağlam, 2006) bu sorunların etkili çözümlerini sezinletecek düzeye uygun kitapların çocuk okurla karşı karşıya getirilmesi gerekir. Çünkü çevresel sorunları duyumsatan nitelikli bir kitapta yer alan karakterlerin bu sorunların çözümüne ilişkin tutum ve davranışları, çocuk okurun da çevresel sorunlara ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyebilir. Daha farklı bir söyleyişle eğlenceli, ilginç ya da sıra dışı bir kurgu içerisinde çevresel sorunları etkili bir biçimde çözüme kavuşturan bir karakter, görüş, duygu ve davranış yönünden çocuk okuru etkisi altına alabilir. Bu bakımdan, erken dönemden başlayarak çocukların çevresel konular hakkında duyarlı ve bilinçli olabilmeleri için nitelikli kitapların yaşamlarında yer edinmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, çevre bilinci ve duyarlılığı edindirmede çocuk kitaplarının işlevini ortaya çıkarmaktır. Çocuk kitaplarının işlevlerinden birisi, çocuğa doğa sevgisi bağlamında çevre bilinci ve duyarlılığı kazandırmaktır. Bu yönüyle çocuk kitapları, çevresel her türlü sorunu dilsel ve görsel metinlerin tanıklığında çocuk okura sezinletmesi gerekmektedir. Bütün bu yönleriyle bu çalışma, çocuğun eğitim sürecini tümleyen nitelikli bir uyaran olarak çocuk kitaplarının okuma kültürü sürecinde çevre bilinci ve duyarlılığı edindirmede işlevlerini ortaya çıkarması bakımından önem taşımaktadır.

## **Yöntem**

### **Araştırmanın Modeli**

Çevre bilinci ve duyarlılığı edindirmede çocuk kitaplarının işlevleri üzerine odaklanan bu araştırma betimsel nitelikte bir araştırmadır. Betimsel araştırmalar, olayı olduğu gibi araştırmaya ve var olan durumu belirlemeye çalışan araştırmalardır. Bu tür araştırmalarda, ele alınan olaylar ve durumlar ayrıntılı ve derinlemesine bir biçimde araştırılmaktadır. Bununla birlikte, betimsel araştırmalarda amaç elde edilen bulguları düzenlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde okuyucuya sunmaktır. Bu amaçla elde edilen veriler, önce dizgesel ve açık bir biçimde belirtilir. Daha sonra yapılan bu betimlemeler açıklanır, yorumlanır ve birtakım sonuçlara ulaşılır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Betimsel araştırmalarda, üzerinde çalışılan olay, olgu ya da durumları kontrol etme etkinliği yoktur. Araştırmacılar, bu değişkenlere müdahale etmeyerek olayların akışını engelleyecek tutum ya da davranış içinde olmazlar (Creswell, 2009).

### **Verilerin Toplanması**

Bu çalışmada veriler doküman incelemesi ile toplanmıştır. Doküman incelemesi, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı ve görsel materyallerin çözümlenmesini kapsar. Dokümanlar, nitel araştırmalarda etkili bir biçimde kullanılması

gereken önemli bilgi kaynaklarıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Araştırma problemine ilişkin olarak yazılı ve görsel dokümanların incelenmesi daha zengin ve kapsamlı bir çıkarım sağlanması açısından oldukça önemlidir (Baş ve Akturan, 2008). Bu yönüyle, bu araştırmada veriler okulöncesi döneme seslenen nitelikli kitaplarda yer alan görsellerden elde edilerek toplanmıştır. Araştırmacı, okulöncesi döneme yönelik 37 kitabı tarayarak doğa sevgisini, çevre bilinci ve duyarlılığını ya da çevresel sorunları duyumsatan 4 kitapta yer alan 6 görseli çalışma kapsamına almıştır.

### **Verilerin Çözülmesi**

Bu çalışmada doküman incelemesiyle toplanan verilere betimsel çözümlene yapılmıştır. Betimsel çözümlene, birçok kaynaktan elde edilen kaynakların betimlenmesinde, düzenlenmesinde ve yorumlanmasında araştırmacıya olanak tanır (Fraenkel, Wallen ve Hyun, 2012; Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu yönüyle, araştırma kapsamını alınan görseller çevresel sorunları yansıtırma durumu, çevre bilinci ve duyarlılığını gösterebilme düzeyi bakımından incelenmiştir. Bununla birlikte, araştırmacı seçilen görselleri çevre bilinci ve duyarlılığı bakımından değerlendirmesi için başka bir çocuk edebiyatı uzmanından görüş almıştır. Araştırmacı, uzmanın görüşlerini de dikkate alarak araştırma sürecine aldığı görselleri “çevresel sorunlar, çevre-karakter ilişkisi ve doğa sevgisi” bakımından yorumlamıştır.

### **Bulgular**

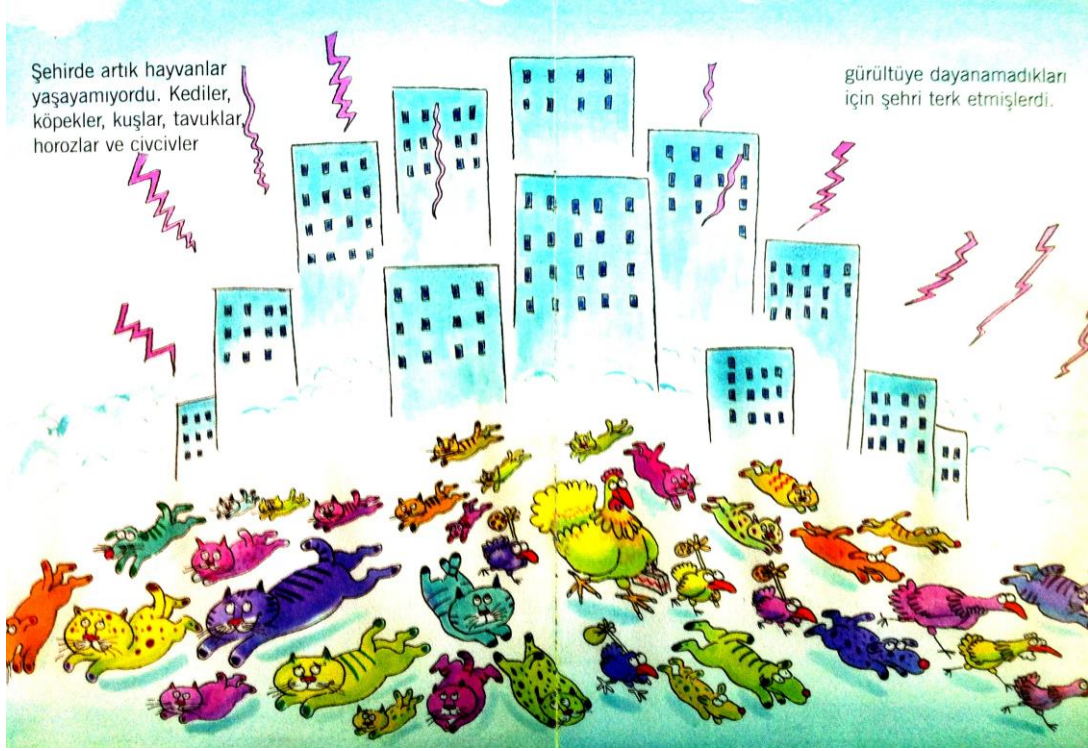
Bu çalışmada, çevre bilinci ve duyarlılığı edindirmeye yönelik olan altı görselin bütün yönleriyle incelenmesiyle oluşan bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.



Pittar, G. ve Morrell, C. (2001)

Görsel incelendiğinde, bir yetişkin ile çocuğun çiçeklerin köklerinde bulunan ayırık otlarını temizlemek için birlikte hareket ettiği görülmektedir. Başka bir söyleyişle, görselde yetişkin ile çocuğun çiçeklerin büyüebilmesi için kürekleriyle toprağı kazdıkları çocuk okura gösterilmiştir. Görselde yer alan karakterlerin çiçek etmek için böyle bir çaba içinde olması, çocuk okurun da aynı eylemi yapmasına katkı sağlayabilir. Özellikle çocuğun görselde yer alan karakterlerin

davranışlarını izlemesi, yorumlaması ve değerlendirmesi, onun da doğa sevgisi bağlamında çevreye değer vermesine olanak tanıyabilir. Anne ve babanın da kitapta yer alan görselden yol çıkarak çocuk okura “Çiçek ekersek ne/neler olur?” ve “Doğayı korumak için ne/neler yapmalıyız?” gibi soruları, çocuk okurun çevre bilinci ve duyarlılığı edinmesine katkı sağlayabilir. Bütün bu yönleriyle, çevresel sorunların etkili bir biçimde çözümünün sezinletildiği kitapların erken dönemden başlayarak çocuk okurun yaşamına katılması gerekmektedir.



Ak, Behiç (2016)

Görsel incelendiğinde, ilk bakışta farklı türlerde betimlenmiş hayvanların yüksek binaların olduğu bir şehirden hızlı bir biçimde kaçtıkları görülmektedir. Sanatçının görselde yer alan hayvanların şehirden neden kaçtığına yönelik çok fazla sezinletici dönüt vermemesi, onun çocuk okura düş kurma ve düşünme sorumluluğu vererek yüksek binalar ile hayvanların kaçması arasındaki ilişkiye ortak olmasını istediğini göstermektedir. Anne ve babanın bilinçli katkılarıyla çocuk okurun hayvanların yüzlerindeki korku, kaygı, şaşkınlık ve endişe duygularını sezinlemesi, onun hayvanların şehirden kaçarken onları korkutan, şaşkınlık içinde bırakan ya da rahatsız eden bir neden olduğunu duyumsamasına olanak tanıyabilir. Bu durum, çocuk okurun belleğinde “Hayvanlar şehirden neden kaçtı?” sorusunu oluşturduğu gibi bu sorunun yanıtına ilişkin onun neden-sonuç ilişkisi kurmasına da katkı sağlayabilir. Anne ve babanın bu çevresel soruna ilişkin verdikleri ipuçları doğrultusunda, çocuk okur da gürültü kirliliği ile hayvanların şehirden kaçması arasındaki ilişkiyi duyumsayabilir. Başka bir söyleyişle, yüksek binaların olduğu şehirlerde gürültü sorunu olduğunu duyumsayan çocuk okur, hayvanların şehirden kaçmasını bu sorun etrafında düşünebilir. Bununla birlikte, anne ve babanın öğüt ve



emir vermeden “Çok fazla gürültü yaparsak hayvanlar şehirden kaçabilir.” biçimindeki söylemi, bu çevresel sorunu şehir-hayvan ilişkisinden şehir-insan ilişkisine taşıyabilir. Bu durum, anne ve baba tarafından birkaç kez görselle ilişkilendirilerek çocuk okura sezinletildiğinde ise onun gürültü kirliliğine yönelik bilinç ve duyarlık temelli davranışlar kazanması sağlanabilir.



Maruki, Toski (2012)

Çocuk kitaplarının suya sabuna dokunması gerekir (Erdoğan, 1997). Özellikle çocuklar açısından sakıncalı, dahası tabu sayılan konular (savaş, hastalık, aşk, sevgi, cinsellik, özürülük sorunu, ölüm, aile çatışması, çevre bilincinin uyandırılması, iş yaşamının çocuklar üzerindeki etkisi vb.) çocuğun korkmasına, içine kapanmasına neden oluşturmaz; tersine günlük yaşamda içinde yaşadığı gerçekleri daha gerçekçi bir yaklaşımla anlamasını sağlar (Dilidüzgün, 2004). Bu bakımdan, çocuk edebiyatı yapıtlarının *Pollyanna* oluşturma tavrından vazgeçmesi ve her türlü yaşam gerçekliğini çocuğun içine bulunduğu gelişimsel gerçekliği göz önünde bulundurarak çocuğa sezinletmesi gerekir. Bu gerçeklik doğrultusunda görsel incelendiğinde, görselde gökyüzünün kızıla bürünmesi ile insanların bir kenarda acı çekerek durduğu görülmektedir. Bu durumda, anne ve babanın yönlendirmesiyle çocuk okurun görselde gördüğü gökyüzünün bildiği gökyüzünden farklı olduğunu sezinlemesi, onun gökyüzüyle ilişkili farklı ve olumsuz bir durum olduğunu duyumsamasına olanak tanıyabilir. Özellikle, anne ve baba tarafından insanların yerde acı çekerek durduklarının çocuk okura gösterilmesi, onun gökyüzünün kızıl olmasıyla sezinlediği olumsuzluğu insanlara da aktararak görselin tamamını değerlendirmesine olanak sağlayabilir. Başka bir söyleyişle, çocuk okur görselden yola çıkarak gökyüzünün kızıl olması ile insanların acı çekmesi arasında neden-sonuç ilişkisi kurabilir. Bununla birlikte, anne ve babanın nükleer silahların gökyüzü, doğa ve

insanlar üzerindeki olumsuz sonuçlarını görselle ilişki kurarak gerçekçi bir biçimde dile getirmesi, çocuk okurun savaşın çevre ve insanlar üzerindeki olumsuz etkilerini duyumsamasına katkı sağlayabilir.



Ovat, Ü. ve Öğmel, Ü. (2010)

Kitabın farklı sayfalarında yer alan görseller incelendiğinde, ilk olarak koyu ve gri renklerle oluşturulmuş görselde salt kafası, gagası, gözleri ve kanatlarıyla sezinletilmiş bir canlı betimlenmiştir. İkinci olarak, daha açık mavi tonlarda oluşturulmuş görselde kuşu andırarak biçimde bir canlı çizilmiştir. Son olarak verilen görselde ise, koyu mavi bir deniz, açık bir gökyüzü ile beyaz renkte bir martı gösterilmiştir. Görsellere bütüncül bir biçimde bakıldığında, bir kuşun kirli bir denizde yaşamayacağı ve denizler temiz tutulursa kuşların sağlıklı bir biçimde yaşayabileceği sezinletilmiştir. Bu durumda, anne ve babanın “Neden deniz siyah renkte?” ve “Martılar, deniz siyah olunca neden uçamıyorlar?” gibi sorularla görsellerin iletisine yönelik ipuçları vermesi, çocuğun belleğinde siyah rengin görsel metinde “kirlilik”, mavi rengin ise “temizlik” olduğuna ilişkin şemalar oluşturmasına olanak tanıyabilir. Böylelikle çocuk, deniz ve martının benzer ve farklı yönlerini görerek “Deniz temiz olursa martı uçabilir.” ya da “Deniz kirli olursa martı uçamaz.” yönünde “Martı” ve “Deniz” kavramları ile ilgili genellemeye gidebilir. Çocuk ile kitap arasındaki bu tür bir etkileşime anne ve babanın kitabın sonuna kadar sürdürdüğü çabayla birlikte çocuk, yazarın çevresel bir sorun olarak duyumsatmaya çalıştığı iletiye/iletilere ortak olmaya çalışacaktır.

### **Sonuç ve Tartışma**

Çocuk edebiyatı, erken çocukluk döneminden başlayıp ergenlik dönemini de kapsayan bir yaşam evresinde, çocukların dil gelişimi ve anlama düzeylerine uygun olarak duygu ve düşünce dünyalarını sanatsal niteliği olan dilsel ve görsel iletilerle zenginleştiren, beğeni düzeylerini yükselten yapıtların genel adıdır (Sever, 2008). Bununla birlikte, çocuk edebiyatı okulöncesi dönem ile çocuğun ergenliğe ulaştığı döneme kadar olan bir zaman diliminde

çocuğu yaşama hazırlayan, ona anadilinin güzelliklerini duyumsatan, okuma sevgisi ve alışkanlığı kazandıran, onun kavram bilgisine katkı sağlayan ve beğeni düzeyini geliştiren bir edebiyattır (Nas, 2004; Güteryüz, 2013; Dilidüzgün, 2003, 2004; Çılgın, 2007; Gönen ve Veziroğlu, 2013; İpşiroğlu, 1992; Lukens, Smith ve Coffel, 2013; Lynch-Brown, Tomlinson, 1999; Norton ve Norton, 2010; Sever, 2013). Aynı zamanda çocuk edebiyatı, çocukları yaşamın ilk yıllarından başlayarak insana, yaşama ve doğaya yönelik iletileri farkındalık, bilinç ve duyarlık temelli görsel ve dilsel metinlerle duyumsatan bir edebiyattır. Bu bakımdan, çocuk edebiyatının dilsel ve görsel metinlerle oluşturduğu kurmaca bir gerçeklik içinde düşsel ve gerçek deneyimlerle çocuk okurun duyma, düş kurma ve düşünme sorumluluğu alabilmesine, duygu ve düşünce dünyasıyla insanı, yaşamı ve doğayı sezinleyebilmesine, bilme ve tanıma isteğini karşılayabilmesine ve paylaşımcı olabilmesine katkı sağlaması gerekmektedir.

Çocuğun düzeye uygun nitelikli çocuk edebiyatı yapıtlarıyla çevresel sorunlara ilişkin duyarlığının artırılması, onun bu konuya yönelik duygu ve düşüncelerini etkili bir biçimde kullanabilmesine, doğru ve amaca uygun bir biçimde çevresel sorunların çözümüne ilişkin davranış geliştirmesine, sorumluluk bilinciyle hareket etmesine ve çevre kirliliğine yönelik bir konuda içten denetimli olmasına olanak tanıyabilir. Bütün bu yönleriyle, çevre bilinci ve duyarlığı edindirmede çocuk kitaplarının işlevleri aşağıda maddeler biçiminde verilmiştir:

- Erken dönemden başlayarak anne ve babanın bilinçli çabaları ve çocuk kitapların etkisiyle çocuk okurda çevresel konulara yönelik duyarlık oluşturulmalıdır.
- Çocuk kitapları, her türlü çevresel sorunu çocuk okura duyumsatmalıdır.
- Çocuk kitapları, çocuğun doğaya sevgi temelli yaklaşmasına olanak tanımalıdır.
- Çocuk kitapları gürültü kirliliği, nüfus artışı, çoraklaşma, hava kirliliği, enerji sorunu, tarımsal sorunlar, yer sorunu, çölleşme, küresel ısınma, toprak kirliliği, atık sorunlar, canlı türlerinin yok olması, ormanların azalması, erozyon, kuraklık, su kirliliği, nükleer enerji gibi çevresel sorunları çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel düzeyini önceleyerek kurmaca bir gerçeklik içinde çocuk okura sezinletmelidir.
- Çocuk kitapları, çevresel sorunların etkili ve doğru bir biçimde çözümüne ilişkin çocuk okura düş kurma ve düşünme sorumluluğu vermelidir.
- Çocuk kitaplarını yazan sanatçıların çevresel sorunların farkında olması gerekir.
- Çocuk kitaplarının erken dönemden başlayarak yaşam ve doğa sevgisi üzerine duyarlı ve bilinçli bir toplumun oluşmasına öncelik vermesi gerekir.
- Çocuk kitaplarını oluşturan karakter, konu, ileti, kurgu ve görsellerin çocukların çevre okuryazarı olmalarına katkı sağlayıcı bir biçimde geliştirilmesi gerekir.

- Çocuk kitaplarının, çocuğun yaşadığı çevreyi sevmesine yönelik öğretim ve belleme anlayışı dışında sezinletici bir yaklaşımla çocuk okura seslenmesi gerekir.
- Çocuk kitaplarını yazan sanatçıların düzeye uygun, eğlenceli, ilginç ya da sıra dışı bir kurgu içerisinde çevresel sorunları etkili bir biçimde çözüme kavuşturan bir karakterin görüş, duygu ve davranış yönünden çocuk okuru etkisi altına alabileceğinin bilincinde olması gerekir.
- Çocuk kitaplarının “Çevreni sev ve koru, doğayı sevmemiz gerekir, yerlere çöp atmamalıyız.” gibi öğüt ve emir temelli söylemlerden kurtularak neden-sonuç ilişkisi içerisinde çocuk okurun niçin doğayı sevmesi ve koruması gerektiğini duyumsatması gerekir.
- Çocuğa bilinç ve duyarlık kazandırma sürecinde okulöncesi dönemin yaşamsal öneminden dolayı bu döneme yönelik çevresel sorunları sezinleten resimli kitapların sayısının artırılması gerekir.

Çocukların sanatçılar tarafından hazırlanmış nitelikli ve düzeye uygun çocuk edebiyatı yapıtlarından erken dönemden başlayarak etkili bir biçimde yararlanabilmeleri, onların çevre bilinci ve duyarlığı kazanmalarına ve doğaya yönelik sevgi temelli yaklaşımlarına katkı sağlayabilir. Böyle bir çaba yaşam ve doğa sevgisi üzerine duyarlı ve bilinçli olan bir toplumun oluşması açısından da önemlidir. Bu çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak sunulacak öneri ise, çevre bilinci ve duyarlığı edindirmede çocuk kitaplarının etkisinin ortaya çıkartıldığı deneysel araştırmaların yapılmasıdır.

## Kaynakça

1. Ak, B. (2016). *Uyurgezer fil*. İstanbul: Can Çocuk Yayınları.
2. Baş, T. ve Akturan, U. (2008). *Nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
3. Başal, H. A. (2003). *Okul öncesi eğitimde uygulamalı çevre eğitimi. Erken çocuklukta gelişim ve eğitimde yeni yaklaşımlar*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
4. Capra, F. (2009). *Batı düşüncesinde dönüm noktası*. İstanbul: İnsan Yayınları.
5. Creswell, J. W. (2009). *Research desing: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: SAGE.
6. Çılgın, A. S. (2007). *Çocuk edebiyatı*. İstanbul: Morpa Yayınları.
7. Deniş, H. ve Genç, H. (2010). İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin yaşadıkları çevrede bulunan milli parklara yönelik tutumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi (Isparta ili örneği). *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Fen bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1, 9-25.
8. Dilidüzgün, S. (2003). *İletişim odaklı Türkçe derslerinde çocuk kitapları*. İstanbul: Morpa Yayınları.
9. Dilidüzgün, S. (2004). *Çağdaş çocuk yazını*. İstanbul: Morpa Yayınları.
10. Erdoğan, F. (1997). Kitaplar ve çocuklar. Didem Güneri Öztaşbaşı (Edt.). *Ana Dili Eğitimi ve Çocuk Kitapları Sempozyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tömer Dil Eğitim Merkezi.
11. Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., & Hyun, H. H. (2012). *How to desing and evaluate research in education*. New York: McGraw Hill.
12. Gönen, M. ve Veziroğlu, M. (2013). Çocuk edebiyatının genel hedefleri. Mübeccel Gönen (Edt.). *Çocuk edebiyatı*. Ankara: Eğiten Kitap.
13. Güteryüz, H. (2013). *Yaratıcı çocuk edebiyatı*. Ankara: Edge Akademi.
14. Haftacı, V. ve Soylu, K. (2007). Çevre kirlenmesi ve çevre koruma bağlamında çevre muhasebesinin önemi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 33, 102-120.
15. Havlick D., & Hourdequin, M. (2005). Practical wisdom in environmental educationethics. *Place and Environment*. 8(3), 385–392.
16. Hsu, S. J. (2004). The effects of an environmental education program on responsible environmental behavior and associated environmental literacy variables in Taiwanese college students. *The Journal of Environmental Education*, 35(2), 37-48.
17. Indabawa, S., & Mpofu, S. (2006). *The social context of adult learning in Africa*. London: Pearson.

18. İpşiroğlu, Z. (1992). Nasıl bir çocuk edebiyatı? *Milliyet Sanat*, 301, 26-27.
19. Kıyıcı, F. B., Yiğit, E. A., & Darçın, E. S. (2014). Doğa eğitimi ile öğretmen adaylarının çevre okuryazarlık düzeylerindeki değişimin ve görüşlerinin incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-27.
20. Külköylüoğlu, O. (2009). *Çevre ve çevre: İnsan-doğa ilişkisi*. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Basımevi.
21. Lukens, R. J., Smith, J. J., & Coffel, C. M. (2013). *A critical handbok of children's lirerature*. New York: Pearson Education.
22. Lynch-Brown, C. & Tomlinson, C. M. (1999). *Essentials of children's literature*. USA: Allyn and Bacon.
23. Maruki, T. (2012). *Hiroshima: No pica*. İstanbul: İleri Yayıncılık.
24. Nas, R. (2004). *Örneklerle çocuk edebiyatı*. Bursa: Ezgi Kitapevi.
25. Norton, D. E. & Norton, S. E. (2010). *Through the eyes of a child: An introduction to children's literature*. New York: Pearson.
26. Ovat, Ü. ve Öğmel, Ü. (2010). *Martılar mavi sever*. Ankara: Um:ag.
27. Pittar, G. ve Morrell, C. (2001). *Milly, Molly ve Emre'nin tohumları*. İzmir: Tudem Yayınları.
28. Sever, S. (2008). *Çocuk ve edebiyat*. İzmir: Tudem Yayınları.
29. Sever, S. (2013). *Çocuk edebiyatı ve okuma kültürü*. İzmir: Tudem Yayınları.
30. Topaloğlu, D. (1999). *Çevreye yönelik tutumlar ve çevre eğitimi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
31. Tuna, M. (2006). *Türkiye'de çevrecilik*. Ankara: Nobel Yayınları.
32. Türkiye Bilimler Akademisi (2011). *Türkçe bilim terimleri sözlüğü*. Ankara: TÜBA.
33. Türküm, A. S. (1998). *Çağdaş toplumda çevre sorunları ve çevre bilinci. Çağdaş yaşam çağdaş insan*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.
34. Unesco (1987). *Strategies for the training of teachers in environmental education*. Environmental Education Series 25.
35. Uzun, N ve Sağlam, N. (2006). Orta öğretim öğrencileri için çevresel tutum ölçeği geliştirme ve geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30, 240-250.
36. Ünal, S. ve Dımışkı, E. (1999). UNESCO-NEP Himayesinde çevre eğitiminin gelişimi ve Türkiye'de ortaöğretim çevre eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16-17, 142-154.

37. Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınevi.

# Kültürlerarası Bakım ve Hemşirelik

## Intercultural Care and Nursing

Tuğba SOLMAZ<sup>1</sup>

Birsen ALTAY<sup>2</sup>

### ÖZET

Kültür yazılı olmayan, nesilden nesile aktarılan, değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır. İnsan varlığının bir boyutu olan kültür sosyal, etnik ve kişisel çeşitliliklerin nedenidir. Sağlık sistemi kültürün insana verdiği değeri göstermektedir. Bakım, sadece hastalık ya da sağlıkla ilgili bir kavram değil, aynı zamanda kültüre bakışın da temel ögesidir. Toplumların giderek çok kültürlü yapıya dönüşmesi ve kültüre özgü yeterli bakımın verilmesi gerekliliği hemşireliği önemli derecede etkilemiştir. Kültürlerarası bakım 21.yüzyılda sağlık hizmet kurumlarında görevli hemşireler için mesleki ve ahlaki bir sorumluluk ve zorunluluk olarak kabul edilmektedir. Kültürlerarası bakımının amacı; kültürlerarası hemşirelik bilgisi geliştirmek, bu bilgiyi hemşirelik uygulamalarına katmak ve kültürlerarası kavram ve kuramları klinik uygulamalarla bütünleştirmek olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda; sağlık hizmet kurumlarında ve hemşire yetiştiren okullarda çok kültürlü yaklaşımla, kültürlerarası bakım açısından stratejiler, politikalar, eğitim programları geliştirilmeli ve yenilikler için gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kültür, Bakım, Hemşirelik

### ABSTRACT

Culture is defined as values, beliefs, attitudes and behaviours, manners and customs that are not written and transferred from generation to generation. Culture, which is a dimension of human being is a cause of social, ethnic, and personal diversities. Healthcare system reflects the value given to human by culture. Care is not only a concept related to illness and health, but is also an essential element of viewing culture. Increasing transformation of societies to a multicultural structure and necessity of giving culture specific sufficient care have significantly affected nursery. Intercultural care is considered as a professional and ethical responsibility for nurses working in healthcare institutions in the 21<sup>st</sup> century. Intercultural care should aim to develop knowledge of intercultural nursery, to incorporate this knowledge in nursing practice, and to integrate intercultural concepts and theories with clinical practice. In line with this objective; strategies, policies and educational programs should be developed and necessary regulations should be made for innovations in terms of intercultural care with a multicultural approach in healthcare institutions and schools raising nurses.

**Key Words:** Culture, Care, Nursing.

---

<sup>1</sup> Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Erbaa Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, [tugbasolmaz.gou@gmail.com](mailto:tugbasolmaz.gou@gmail.com)

<sup>2</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr)



## **Giriş**

Türk Dil Kurumu'nda kültür; tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü, hars, ekin anlamına gelmektedir. Kültürün bir diğer tanımı ise literatürde bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak belirtilmektedir (TDK, 2019). Kültür; tanımından ve özelliklerinden anlaşılacağı üzere yazılı olmayan, kuşaktan kuşağa aktarılan ve toplumdaki bireyler arasında paylaşılan, doğuştan itibaren farkındalık olmaksızın öğrenilen güçlü bir bağdır (Öztürk ve Öztaş, 2012). Kültür aynı toplum içerisindeki bireylerin ortak dilidir. Kültür toplumu oluşturan bireyler tarafından etkilendiği gibi bireylerin yaşadığı coğrafik konum ve çevre koşullarından da etkilenmektedir. Dünya'nın çeşitli bölgelerinde yaşayan bireyler değişik kültürlere ve dolayısıyla değişik kültürel yapılara sahiplerdir. Kişilerin davranışları, kişilerin sağlık ve hastalık algılarını oluşturduğu gibi sağlık ve hastalık durumunda kişilerin bakım alma, hizmeti talep etme ve tedaviye uyum gibi tüm sağlık uygulamalarına yön verir (Öztürk ve Öztaş, 2012).

Sağlık kültürlere göre değişen göreceli bir kavramdır Sağlık, biyolojik ve çevresel etmenler tarafından olduğu kadar kültürel etmenlerden de etkilenmektedir. Toplumların giderek çok kültürlü yapıya dönüşmesi ve kültüre özgü yeterli bakımın verilmesi gerekliliği hemşireliği önemli derecede etkilemiştir. Sosyal kurallar ve beklentilerdeki değişimler, yeni tıbbi tedavilerin keşfi, teknik sistemlerdeki gelişmeler çağdaş hemşirelik uygulamalarının şekillenmesinde yardımcı olmuştur (İz-Başalan ve Bayık 2009). Kültürlerarası hemşirelik bir uzmanlık alanı olarak 1950'li yıllarda Jean Paul Sartre'den etkilenen Madeleine Leininger tarafından ele alınmıştır. Leininger, önceleri kültürün, hastalık ve bakımı nasıl etkilediğini incelemiştir (Green, 2001; Price ve Cortis, 2000). Kültürlerarası hemşirelik giderek dünyada ilgi görerek, 1960'lı yıllarda gelişerek, 1970'li yıllarda kavram olarak açıklanmıştır (Green, 2001). Leininger, kuramında bakım ve kültürel bakıma yoğunlaşmıştır.

Leininger'e göre kültürlerarası hemşirelik; farklı kültürden insanlara kültürel açıdan doğru, duyarlı ve yeterli hemşirelik bakımı sağlamak için kültürel değerler, inançlar ve uygulamalardaki farklılıkları ve benzerlikleri göz önüne alarak ve karşılaştırmalı olarak bireylerin ve grupların kültürel bakımına, sağlık ve hastalık durumlarına yönelen bir hemşirelik çalışma ve uygulama alanıdır (Price ve Cortis, 2000).

## **Kültürlerarası Hemşireliğin Tarihçesi**

Kültürlerarası Hemşireliğin temelleri 1950'lerin ortasında atılmıştır. Hemşirelikte ilk olarak 1950'de Peplau, kültürün ruh sağlığı üzerinde önemli bir değişken olduğundan söz etmiştir. Leininger'in ortaya koyduğu kültürlerarası hemşirelik modeline ilginin artması, nüfus

değişiklikleri ve göçlerle başlamıştır. Leininger kültürlerarası hemşirelik hareketlerini yaygınlaştırmaya çalışmıştır. Farklı kültürdeki bireylerin bakımına 1960'lı yıllarda daha çok önem verilmiştir. 1960'tan bu yana hemşireler tüm topluluklardan olan insanlara özellikle kültürel bakım sağlamayı amaçlayan çalışmalar yürütmektedir. 1962 yılında King, psikopatolojik davranışların kültürden kültüre farklılık gösterdiğini ifade etmiştir (Leininger, 2005). 1969'da Uluslararası Hemşirelik Birliği (International Council of Nursing = ICN) kültür içeriğini hemşirelikte kullanmaya başlamıştır. Hemşirelerin bu alanda yetiştirilmeleri amacıyla 1974 yılında "Kültürlerarası Hemşirelik Örgütü" (Transcultural Nursing Society = TCNS) kurulmuştur. Bu örgüt hemşirelere ve diğer sağlık bakım mesleklerine kültürlere duyarlı uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kültürel yetenekleri geliştirmek için gerekli temel bilgiyi sağlamayı amaçlamaktadır. 1989'dan beri hemşireleri transkültürel bakımla ilgili eğitmeyi ve uygulamalarını geliştirmeyi amaçlayan "Journal of Transcultural Nursing" yayınlanmaktadır. Bu alanda kanıt temelli çalışmalar yürütülmektedir. Günümüzde kültürlerarası hemşirelikle ilgili araştırma, teori ve uygulamalarını kapsayan yaklaşık 25 kitap ve 800'ün üzerinde makale vardır (Cioffi, 2005; Leininger, 2005; Miller, 2007; Narayanasamy ve White, 2005).

Türkiye, çok eski çağlardan beri çeşitli uygarlıkların kurulduğu, bu nedenle zengin kültüre sahip bir ülkedir. Özellikle büyük şehirlerde toplumsal ve kültürel yapı heterojen bir özellik gösterir. Türk toplumunda var olan çok kültürlülük gerçeği, kültürel farklılıkları anlama ve kültürlerarası ilişkiler konusunda "Kültürlerarası Hemşirelik" alanına duyulan gereksinimi artırmıştır. Türkiye' de ilk olarak 1978 yılında yine ilk Türk hemşirelik dergisi olan Türk Hemşireler Dergisi'nde Prof. Dr. Ayşe Özcan hemşirelik mesleğinin antropoloji disiplini ile ne denli ilişkili olduğunu ortaya koyan bir yazı yazmıştır. Özcan bu yazısında Kültürlerarası hemşireliğin öncüsü M. Leininger' ın "Nursing and Antropoloji: Two worlds to blend" adlı kitabını özetlemiştir. Bu özetle kültürel faktörlerin hasta davranışını nasıl etkilediği ve hasta bakımında kültürel verilerin kullanılmasının önemini ortaya koymuştur (Seviğ ve Tanrıverdi, 2012).

Alana özgü çalışmalar 1983 yılından beri devam etmektedir. Önceleri geleneksel uygulamaları tanımlamaya yönelik çalışmaların yoğunlukta yapıldığı gözlemlenirken günümüzde kültürlerarası modellerin uygulamalarda kullanılmasına yönelik çalışmalar yer almaktadır. Hemşireler yıllardır bireylerin sağlığını geliştirmek, korumak ve hastalıkları tedavi amacıyla yaptıkları kültürel uygulamaları tanımlayan araştırmalar yapmaktadırlar. Bu tür araştırmalar kültürel özelliklere yönelik veri toplamada yararlı olmakla birlikte derinlemesine kültürel özellikleri tanılamak için yeterli değildir. Ancak bu çalışmalar etkili bir bakım için kültürel yeterliliğe sahip hemşirelerin gereksinimini ortaya koymuştur. Böylece kültürlerarası hemşirelik kavramının önemi her gün biraz daha fark edilir olmuştur. Bu bağlamda

kültürlerarası hemşirelik kavramına duyulan ilgi artmaya başlamış ve bu kavramdan söz edilmeye başlanmıştır. Ancak yıllarca kültürlerarası hemşirelik lisansüstü eğitimde karşılaşılan bir kavram olmaktan öteye gidememiş hemşirelik eğitim, araştırma ve uygulamalarda yeterince ele alınmamıştır.

2000' li yılların başlarında bu kavram; konferans, seminer ve bilimsel etkinliklere konu edilmeye başlanmıştır. Yapılan bir çalışmada 2005 yılında hemşirelik lisans programlarında kültürlerarası hemşirelik dersinin sadece bir hemşirelik lisans programında seçmeli ders olarak verildiği saptanmıştır. Bununla birlikte Türkiye' de son 5 yıldır kültürlerarası yaklaşımın eğitim, araştırma ve uygulamalarda kültürel yaklaşımın önemi vurgulama eğilimleri artmıştır. Hemşire akademisyenler tarafından bakım verilecek bireylerin kültürel özelliklerini tanılamaya yönelik bir rehber geliştirilmiş ve bazı akademisyenler tarafından modeller Türkçe' ye çevrilerek eğitim, uygulama ve araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye' de ilk olarak 2005 yılında "Kültür ve Hemşirelik" konulu sempozyum bu alanda Türkiye' de yapılan ilk bilimsel etkinliktir. Çok kültürlü toplumlarda kültürel çeşitliliğe dayalı karmaşık, benzer ve farklı kültürel anlayışlar yaygındır. Bu kültürel anlayışlar; yaş, cinsiyet, ırk, etnik özellikler, sosyoekonomik sınıf, dinsel kimlik, seksüel davranışlar, eğitim, tarih gibi pek çok faktörlerle şekillenir. Diğer bir deyişle her birey, dünyayı kendi kültür penceresinden algılar. Kültürel özgeçmişimiz, sağlık inançlarımızın, değerlerimizin ve sağlık davranışlarımızın oluşmasında önemli bir role sahiptir (Clark, 2003).

### **Kültürlerarası Hemşireliğin Amacı**

Kültürlerarası hemşirelik hem uzmanlık hem de genel uygulama alanıdır. Kültürlerarası hemşireliğin amacı; birey, aile ve grupların kültürel gereksinimlerini karşılamada duyarlı ve etkili bir hemşirelik bakımı sunmak, hemşirelik bilgi ve uygulamalarını kültürel olarak kavramsallaştırarak kullanılmasını sağlamaktır. Diğer bir biçimde kültürlerarası hemşireliğin amacı, kültürlerarası hemşirelik bilgisini geliştirmek; bu bilgiyi hemşirelik ve uygulamalarına katmak; kültürler arası kavramı, kuram ve uygulamaları hemşirelik eğitim, araştırma ve klinik uygulamalarıyla bütünleştirmektir (Şahin ve ark., 2009; Seviğ ve Tanrıverdi, 2012).

#### *Kültürlerarası hemşireliğin dört anahtar kavramı vardır:*

- 1.Hemşirelik; bireylere anlamlı, uygun, kültürel değerlere ve yaşam biçimine saygılı, insana yakışır bir hizmet sunmayı amaçlayan kültürlerarası hizmet veren bir meslektir.
- 2.Birey; kültürel bir varlıktır, kültürel geçmişinden ayrı olarak düşünülemez.
- 3.Çevre; birey çevresiyle bir bütündür ve çevre kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle de fiziksel, ekolojik, sosyo-politik ve/ veya kültürel varlık olarak sürekli etkileşim halindedir.

4.Sağlık; kültürden kültüre değişen bir kavramdır(Öztürk ve Öztaş, 2012).

Kültürel özgeçmişimiz, sağlık inançlarımızın, değerlerimizin ve sağlık davranışlarımızın oluşmasında önemli bir role sahiptir. Bu durum, bireylerin sağlık, hastalık ve dünyayı algılamasını biçimlendirir (Biol, 2000; Türkoğlu, 2006).

### **Kültürlerarası Bakım ve Hemşireliğin Önemi**

Hemşirelik temelde kültürel bir olgudur. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Bu nedenle kültüre duyarlı hemşirelik bakımı kavramı ortaya çıkmıştır.

*Kültürlerarası bakım;* bir toplumda farklı kültür gruplarından bireylerin ve ailelerin gereksinimlerine duyarlı biçimde sağlanan hemşirelik bakımınıdır (Narayanasamy ve White, 2005). Bakım, sağlık ekibi içinde önemli yeri olan hemşirelerin temel konusudur. Hemşirelik bakımı, fiziksel, psikolojik ve psikososyal gereksinimleri ile ilgili işlevlerini yerine getiremeyen bireye yardım ve eşlik etmektir. Nitelikli bireysel bakım, bireyin bir bütün olarak kültürü, inançları, adetleri ve değerleri ile ilgili faktörlerin göz önüne alınması ile verilebilir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2012).

Farklı kültürel özelliği olan bireylerin hastalığı ve sağlığı algılamaları, inanç ve geleneklerinden etkilenir. Hemşirenin de kültürel değerleri, inançları hasta bakımı ile ilgili kararlarını, tutumunu ve uygulamalarını etkiler. Bu gerçek göz önüne alınarak, hemşirelik bakımının kültüre uygun verilip verilmediği sorgulanmalıdır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) Etik Kodu' nda, hemşireliğe gereksinimin evrensel olduğunu, hemşireliğin özünde; insan yaşamına ve insan haklarına ulus, dil, din, cins, inanç, yaş, politik görüş ve sosyal statü farkı gözetmeksizin değer ve saygı olduğunu belirtmektedir. Kültürlerarası bakım 21.yüzyılda sağlık hizmet kurumlarında görevli hemşireler için mesleki ve ahlaki bir sorumluluk ve zorunluluktur. Sağlık bakımında kültürel farklılıklara değer vermek hizmetin kullanımını, niteliğini ve insan sağlığının düzeyini yükseltir. Kültürlerarası hemşirelik eğitimi için artık tüm dünyada programlar gözden geçirilmekte, yeni kuramlar geliştirilmektedir. Hemşire eğitimcilerin gelişen kültürlerarası bilgilerini, hemşirelik eğitime yansıtma çabaları da giderek artmaktadır (Temel Bayık, 2008). Hemşireler kültürel faktörleri, kendi kültürlerini, bakım verdikleri hastaların ve ailelerinin kültürlerini bilmeli ve değerlendirmelidir. Hastanın kültürünü dikkate alarak, saygı ve anlayış göstermeli, bu kültürün sağlığı destekleyici yönlerinden yararlanmalıdırlar. Bireylerin kültürlerinden kaynaklı herhangi bir sağlığı bozucu bir yönü varsa uygun müdahaleyi yapmaları gerekmektedir (Öztürk ve Öztaş, 2012).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), Amerikan Hemşirelik Akademisi ve Transkültürel Hemşirelik Derneği tarafından temeli sosyal eşitlik, adalet ve bireysel farklılıkları göz önünde bulunduran, bütüncül ve kültürel içerikli bakım vermeyi amaçlayan ve tüm dünyada

hemşirelik uygulamaları için ortak bir dil oluşturmayı hedefleyen bir rehber hazırlanmıştır. Hazırlanan bu rehber 12 temel standarttan oluşmaktadır. Bu standartlar;

1. Sosyal Adalet
2. Eleştirel Bakış
3. Kültürel Farkındalık
4. Kültüre Dayalı Bakım
5. Kültüre Dayalı Sağlık Bakım Sistemleri ve Organizasyonları
6. Hasta Savunuculuğu ve Güçlendirme
7. Multikültürel İşgücü
8. Eğitim ve Öğretimde Kültüre Dayalı Bakım
9. Kültürlerarası İletişim
10. Kültürlerarası Liderlik
11. Politika Geliştirme
12. Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Araştırmalar (Douglas, 2011).

## **Sonuç ve Öneriler**

Hemşirelik temelde kültürel bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Hastanın kültürel değerleri, inançları, davranış ve tutumları hemşirelik yaklaşımının önemli bir alanıdır. Hemşirelik eğitiminde kültürel içerikli bakıma yönelik teorik bilgi verilmesine rağmen hasta bakımında kültüre duyarlı bakım yeterince uygulanmamaktadır. Bu nedenle; hemşireler sağlıklı veya hasta bireylere bakım verirken aşağıdaki konularda duyarlı davranmalıdır:

➤ Hemşire kendi kültürünün farkında olmalı, sağlık alanında ön yargı ve ırkçılığa karşı koyarken bireysel tercihleri de tanımalıdır.

➤ Hemşireler kültürlere duyarlı yaklaşımda hizmet verdiği topluma ilişkin bilgi sahibi olmalıdır. Hizmet verdiği toplumun okul, hastane, ibadethane gibi sosyal birliktelik ortamlarını tanımalı, mümkünse ziyaret etmeli, toplum liderleriyle görüşmelidir.

➤ Hemşire kültürel veri toplamada kendisine yardımcı olabilecek stratejileri belirlemelidir. Toplumda çok yaygın olarak kullanılan ve bakım verirken iletişimi kolaylaştıracak kelime ve cümleleri de öğrenmeli ve uygun soru sormayı bilmelidir.

➤ Hemşire topladığı objektif ve subjektif verilerin doğruluğundan emin olmalıdır.

➤ Hemşire meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliğine girmelidir.

➤ Hemşirelik bakımı verirken kültür kavramını merkez almalı, bireyin kültürel gereksinimleri ile uyumlu bakım sağlamalıdır (Şahin, Bayram ve Avcı, 2009).

Ülkemiz hemşirelerinin de çok kültürlü dünya insanlarına hak ettikleri bakımı verebilmeleri için, sağlık hizmet kurumlarında ve hemşire yetiştiren okullarda çok kültürlü yaklaşımla, kültürlerarası bakım açısından stratejiler, politikalar, eğitim programları ve eğitim

yöntemleri gözden geçirilerek, yenilikler için düzenlemeler yapılmalıdır (Temel Bayık, 2008)

### **Kaynakça**

1. Birol, Leman (2000). *Hemşirelik süreci*. İzmir: Bozkaya matbaacılık.
2. Cioffi, Jane (2005). Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting. *Contemp Nurse*, 20, 78-86.
3. Clark, Mary Jo (2003). *Community health nursing caring for populations*. USA: Prentice Hall, New Jersey.
4. Douglas, Marilyn (2011). Standarts of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22, 317-333.
5. Green, Laura Serrant (2001). Transcultural nursing education: A view from within. *Nurse Education Today*, 21, 670-678.
6. İz-Başalan, F. ve Temel Bayık, A. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlik. *Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5, 51-58.
7. Miller, June E (2007). Madeleine leininger over the years. *Nurs Sci Q*, 20,199.
8. Narayanasamy, A. ve White, E. (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse Educ Today*, 25, 102-111.
9. Leininger, MM. ve McFarland, M.R. (2005). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
10. Öztürk, E. ve Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*,1, 293-300.
11. Price, K.M. ve Cortis, J.D. (2000). "The way forward for transcultural nursing", *Nurse Education Today*, 20, 233-243.
12. Seviğ, Ü. ve Tanrıverdi, G. (2012). *Kültürlerarası hemşirelik*. İstanbul: Tıp Kitabevi.
13. Şahin, N.H., Bayram, G.O. & Avcı, D. (2009). Kültürlere duyarlı yaklaşım: Transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6, 2-7.
14. Temel Bayık, Ayla (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 292.
15. Türkoğlu, Çiğdem (2006). *Örgüt yönetimi eğitim kılavuzu*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
16. Türk Dil Kurumu (TDK) (2019). Erişim adresi: [http://www.tdk.gov.tr, index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f8d1533d72138.01980270](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f8d1533d72138.01980270). Erişim tarihi: 20.02.2019.

## 1-8. Sınıf Türkçe Ders Kitaplarında Sağlık

### The Subject of Health in Grade 1-8's Turkish Textbooks

Zekerya BATUR<sup>1</sup>

Ahmet ASAR<sup>2</sup>

#### ÖZET

Bu çalışmanın amacı 1-8. sınıf Türkçe ders kitaplarında sağlık konusunun yer alıp almadığını incelemektir. Bu amaçla Türkçe ders kitaplarında sağlık konusunun hangi yönünün ele alındığı incelenmiş, eşitlik ve sıklık açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma betimsel olup tarama modelinde yapılmıştır. Çalışmanın verileri 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında MEB'e bağlı okullarda okutulmakta olan 1-8. sınıf Türkçe ders kitaplarından elde edilmiştir. İnceleme neticesinde 1. ve 6-7. sınıfların Türkçe ders kitabında sağlıkla ilgili hiçbir anlatıma rastlanmamıştır. 2. sınıftan itibaren beslenme, diş fırçalama, diş tedavisi ve iğneden korkmama gibi genel konulardan başlanılarak mikroskopik canlılar, prospektüs okuma gibi daha ayrıntılı konulara yer verildiği görülmektedir. Ancak Sağlık ve Spor teması, yazarlar için seçmeli olduğundan sağlık konusunun tüm Türkçe kitaplarında ardışık ve aşamalı olarak yer almadığı ortaya çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Türkçe eğitimi, Ders kitabı, Sağlık

#### ABSTRACT

The aim of this study is to examine whether the topic of health is included in Grade 1-8 Turkish textbooks. For this purpose, the aspects of the health topic in Turkish textbooks were examined and compared in terms of diversity and frequency. Descriptive screening method was used in the study. The data of the study is consisted of 1-8 grade Turkish textbooks that are taught in schools affiliated to MEB during the academic year 2018-2019. As a result of the study, no data about health were found in the 1st and 6-8th grade Turkish textbook. Starting with general topics such as nutrition, tooth brushing, dental treatment, not being afraid of injection it is seen that more detailed subjects such as microscopic life forms and prospectus reading are included in the textbook which are presented Health and Sport theme. However, since health and sport theme is an elective theme for the authors, it is seen that the issue of health is not consecutive and progressive in all Turkish textbooks.

**Keywords:** Turkish education, textbook, health

<sup>1</sup> Doc. Dr., Uşak Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Türkçe Eğitimi ABD, [zekeryabatur9@gmail.com](mailto:zekeryabatur9@gmail.com)

<sup>2</sup> Doktorant, Uşak Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Türkçe Eğitimi ABD, [asar4267@gmail.com](mailto:asar4267@gmail.com)

## Giriş

2018 Türkçe Programı farklı sınıf düzeyinde konuları sarmal yaklaşımla ele alan, tekrar eden kazanımlara yer verdiği gibi bütünsel ve tek seferde kazandırılacak öğrenme çıktılarına sahiptir. Bütün kazanımlar hayatla ilişkilendirilebilecek özellikte ve diğer disiplinlerle bütünleşmiş şekildedir (MEB, 2018). Programda Türkçe dersi için önerilen temalarda sosyal, bilimsel, kişisel gelişim, tarih gibi birçok disipline ait konuların yer aldığı görülmektedir. Türkçe dersinde her sınıf için sekiz tema bulunması öngörülmektedir. Erdemler, Millî Kültürümüz, Millî Mücadele ve Atatürk temaları her sınıf seviyesinde bulunması gereken temalar olup diğer temalar ders kitabı yazarlarınca seçilebilecek; Birey ve Toplum, Okuma Kültürü, İletişim, Hak ve Özgürlükler, Kişisel Gelişim, Bilim ve Teknoloji, Sağlık ve Spor, Zaman ve Mekân, Duygular, Doğa ve Evren, Sanat, Vatandaşlık, Çocuk Dünyası temalarıdır (MEB, 2018). Dolayısıyla bu temalar aracılığıyla öğrencilere çeşitli değerler kazandırılmaya çalışılmaktadır. Bu temalardan biri de Sağlık ve Spor temasıdır. Bilindiği gibi sağlıklı yaşam hem bireysel hem de toplumsal olarak en önemli hedeflerdendir. Bireysel ve toplumsal düzeyde önemli olan bu hedefe ulaşmanın yolu eğitimidir. Bireylerin gelişiminde önemli bir seviye olan ilköğretim birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da temel teşkil etmektedir. Ancak ülkemizde bu düzeyde sağlık eğitiminin bir ana disiplin değil diğer derslerle ilişkili bir ara disiplin olarak ele alındığı görülmektedir (Çıldır Pelitoğlu, 2013). Yarham (1994)'den aktararak bir okul eğitim programında yer alması gereken sekiz içeriği; bütünüyle sağlıklı bir insan, sağlık sorumluluğu, sosyal sağlık, güvenlik sağlığı, çevresel sağlık, beslenme sağlığı, ilaçlar, tüketici sağlığı şeklinde veren Çıldır Pelitoğlu (2013) 1-3. sınıf Hayat Bilgisi programının bu sekiz içeriği karşıladığını sınıflar ilerledikçe bu sekiz içeriğin bir kısmının temsil edildiğini ya da hiç temsil edilmediğini belirtmektedir.

2018 Türkçe Programı'nda yer alan Sağlık ve Spor temasında "adil oyun, beden eğitimi, beden sağlığı, beslenme, centilmenlik, dengeli beslenme, hareketlilik, hastalıklardan korunma, ilaç kullanımı, ilk yardım, öz bakım, ruh sağlığı, sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşam, spor kültürü, sportmenlik, temizlik, uyku vb.(MEB, 2018)." konularının işlenmesi öngörülmektedir. Ancak, MEB (2018) Türkçe dersini farklı disiplinlerle ilişkilendiren seçmeli temaların hangi sınıf seviyesinde yer alacağını tamamen ders kitabı yazarlarının tercihine bıraktığı görülmektedir. Bu durum öğrencilerin hangi temada yer alan konuları öğreneceği konusunda ders kitaplarının dağıtımına bağlı bir tesadüfiliği gündeme getirmektedir.

İlköğretim düzeyinde sağlık eğitimi yeterlilik ve etkinlik açısından inceleyen Çıldır Pelitoğlu, (2013) çalışmasında ara disiplin olarak sağlık konusunun ele alınışında birtakım problemleri tespit etmiş ve çözümünü için önerilerde bulunmuştur. Söz konusu çalışma Türkçe ders kitaplarında ve Türkçe Programı'nda sağlık konusunun ele alınışının incelenmesini aklı getirmiştir. Bu nedenle çalışmada öncelikle Sağlık ve Spor temasının ilköğretim birinci sınıftan



sekizinci sınıfa kadar Türkçe ders kitaplarında bir tema olarak yer alıp almadığı incelenmiştir. Daha sonra ilkokul birinci sınıftan sekizince sınıfa kadar Türkçe ders kitaplarında sağlıkla ilgili hangi konulara yer verildiği incelenmiş ilkokul ve ortaokul düzeyinde ele alınan konular tablo haline getirilmiştir. Böylelikle ilkokul birinci sınıftan sekizinci sınıfa kadar Türkçe ders kitaplarında sağlık konusunun hangi alanlarında bilgilerin yer aldığı ortaya çıkarılması disiplinler arası konunun daha sistemli bir şekilde ele alınması için katkı sağlayabilecektir.

### **Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmanın genel amacı ilkokul birinci sınıftan sekizinci sınıfa kadar kullanılmakta olan Türkçe ders kitaplarında sağlık konusunun ele alınışını inceleyerek konunun ele alınış mantığını ve sağlık konusunun hangi alanlarına yer verildiğini sıklık açısından değerlendirmektir.

### **Yöntem**

Bu çalışma betimsel olup tarama modelinde yapılmıştır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen varolan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır (Karasar, 2014: 77).” Araştırmada içerik çözümlemesi tekniği ile Türkçe ders kitaplarında sağlık konusu incelenmiş ilkokul ve ortaokul düzeyinde sağlık konusunda nelerin verildiği tablo haline getirilmiştir. “İçerik çözümlemesi, belli bir metnin, kitabın, belgenin, belli özelliklerini sayısallaştırarak belirleme amacı ile yapılan bir taramadır (Karasar, 2014: 77).”

### **Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi**

Çalışma, 2018 Türkçe Programı'na bağlı olarak hazırlanan ders kitaplarındaki temalar ışığında hazırlanmıştır. Çalışma verileri 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılında MEB'e bağlı okullarda okutulmakta olan tesadüfi yöntemle seçilmiş olan aşağıda listelenmiş Türkçe ders kitaplarından elde edilmiştir.

İlkokul Türkçe 1 Ders Kitabı (Civelek, Yılmaz Gündüz, & Karafilik, 2018)

İlkokul Ders Kitabı Türkçe 2. Sınıf (Ataşçi, 2018)

İlkokul Türkçe Ders Kitabı 3 (Karaduman, Özdemir, & Yılmaz, 2018)

İlkokul Türkçe Ders Kitabı 4 (Kaftan Yaman, Arslan, Kul, & Yılmaz, 2018)

Ortaokul ve İmam Hatip Ortaokulu Türkçe Ders Kitabı 5 (Ağın Haykır, Kaplan, Kıryar, Tarakçı, & Üstün, 2018)

6. Sınıf Ortaokul Türkçe Ders Kitabı (Şekerci, 2018)

Ortaokul ve İmam Hatip Ortaokulu Türkçe 7 Ders Kitabı (Akgül, Demirer, Gürcan, Karadaş, Karahan, & Uysal, 2018)

Ortaokul ve İmam Hatip Ortaokulu Türkçe 8 Ders Kitabı (Mete, Karaaslan, Kaya, Ozan, & Özdemir, 2018)

2018 Türkçe Ders Programı'nda yer alan seçmeli ve zorunlu temalar incelenmiştir. Sağlık ve Spor temasının seçmeli temalar içerisinde yer aldığı görülmüştür. Sağlık ve Spor teması içinde yer alan metinlerdeki konular listelenmiştir. 1-8. sınıf Türkçe ders kitapları öncelikle Sağlık konusunu ele alıp almadıkları hususunda incelenmiştir. Sağlık temasını içeren ders kitaplarında adı geçen temada hangi konuların ele alındığı iki ayrı araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiş, ilkökul ve ortaokul Türkçe ders kitaplarında sağlıkla ilgili hangi konulara yer verildiği orta çıkarılmıştır. Daha sonra Sağlık konusu dışındaki temalarda sağlıkla ilgili konulara yer verilip verilmediği yine iki ayrı araştırmacı tarafından ayrı ayrı incelenerek tabloda birleştirilmiştir. Sağlıkla ilgili ortaya çıkan konular sıklığı ve çeşitliliği açısından tablo haline getirilmiştir.

## Bulgular

Yapılan incelemeye göre örneklem içerisinde yer alan Türkçe ders kitaplarında zorunlu temalar dışındaki temaların sınıflara göre sistemli bir şekilde dağılmadığı görülmektedir.

Tablo 1: İncelenen Türkçe Ders Kitaplarında Temalar

Temalar	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf	6. Sınıf	7. Sınıf	8. Sınıf
Erdemler		*	*	*	*	*	*	*
Millî Kültürümüz		*	*	*	*	*	*	*
Millî Mücadele ve Atatürk	*	*	*	*	*	*	*	*
Birey ve Toplum			*			*		*
Okuma Kültürü				*	*		*	
İletişim			*			*		
Hak ve Özgürlükler								*
Kişisel Gelişim							*	*
Bilim ve Teknoloji	*	*	*	*	*	*	*	
Sağlık ve Spor		*	*	*	*			
Zaman ve Mekân							*	*
Duygular								
Doğa ve Evren	*	*		*	*	*	*	

Sanat				*			*
Vatandaşlık		*					
Çocuk Dünyası	*	*	*		*	*	

1. sınıfların Türkçe ders kitabında sağlıkla ilgili herhangi bir konu anlatımı ya da etkinliğe rastlanmamaktadır. Bilim ve Teknoloji temasında “*Kimlere bilim insanı denir?*” köşe başlığı altında bilim insanı olarak İbni Sina tanıtılmakta ve konuşma baloncuğunda “*Merhaba, ben Zeynep. Size muhteşem bir bilim insanını tanıtmak istiyorum. İbni Sina, doktorların doktoru olarak anılıyor.*” şeklinde yer alan sözler de vurgulandığı gibi İbni Sina’nın sağlıkçı yönü değil bir bilim adamı olması ele alınmaktadır. Aynı konunun 8. etkinliğinde İbni Sina’nın azimli, meraklı, çalışkan olması vurgulanarak büyüdüğünde ünlü bir doktor olduğu ifade edilir. Bu anlatımda da sağlıkla ilgili bir içeriğin yer almadığı görülmektedir.

2. sınıfların Türkçe ders kitabında Sağlık ve Spor temasının giriş sayfasında mavi zemin üzerine pembeden sarıya geçişli renkle tema sayısı, sarı renkle tema adı verilmekte ve bakış yönüne göre bunların hemen sol üstünde diş doktorlarının kullandığı reflektör (tepe lambası) ile aydınlatılmış alanda temada işlenen metin isimleri yer almaktadır. Giriş, temanın ilk konusunun diş sağlığı üzerine olacağı izlenimi vermektedir. İzleyen sayfayı dolduracak şekilde diş hekimi tarafından dişleri kontrol edilen küçük bir kız resmi vardır. Bir sonraki sayfanın başında “*Sağlıksız beslenirseniz ne tür sıkıntılar yaşarsınız?*” ve “*Diş sağlığınızı korumak için neler yapıyorsunuz?*” şeklinde iki hazırlık sorusunun yer aldığı görülmektedir. Çizgi hikâye şeklinde tasarlanmış anlatımın konuşma baloncukları ile yapıldığı metin incelendiğinde yemek yerine bisküvi ve çikolata gibi atıştırmalıklarla beslenen Pelin isimli küçük kızın dişinin ağrması ve diş doktoruna gidilerek dişinin çekilmesi işlenmektedir. Metnin ana kahramanı Pelin akşam yemeği yerine tatlı atıştırmalıklar yemeyi tercih eder. Kardeşi Selim ise akşam yemeği yemeyi tercih eder. Pelin’in dişi ağrımaya başlar. Dişi ağrıyan Pelin kahvaltı yapmak istemez, arkadaşları ile oyun oynarken diş ağrısı yüzünden acı çeker. Gece dişi çok ağrıyan Pelin’i kardeşi Selim daha önce haber vermesi gerektiği konusunda uyarır. Uykudan uyanan baba, Pelin’i diş doktoruna götürür. Dişinin çekilmesinden ve kendisine iğne yapılmasından korkan Pelin tedavi sonunda korkulacak bir şey olmadığını öğrenir. Cesaretinden dolayı diş doktoru Pelin’e bir diş fırçası hediye eder. Çekilen dişini bir kutuya koyarak arkadaşlarına gösteren Pelin onlara diş tedavisinden korkulmaması gerektiğini söyler.

Metinde okuyucuya dolaylı olarak sağlıklı beslenmek gerektiği, sağlıklı beslenilmezse dişlerin çürüyeceği, hastalığın aileye zamanında haber verilmesi gerektiği, diş tedavisinden korkulmaması gerektiği, dişleri fırçalamak gerektiği mesajları verilmektedir. Metinde mesajların doğrudan verilmemesi ve bu mesajların “*Pelin, atıştırmalıkları fazla tüketmesinden dolayı nasıl bir sağlık sorunu yaşıyor?*” gibi etkinlikler yoluyla pekiştirilmesi dikkat çekicidir.

Başka bir etkinlikte de dişlerin nasıl fırçalanması gerektiğinin öğretimi için *“Fatma, dişlerini nasıl fırçalayacağını bilmiyor. Ona yardımcı olmak için diş fırçalamayla ilgili kuralları sırasıyla yazınız.”* şeklinde örtük öğrenme yolunun kullanıldığı görülmektedir. 8. etkinlikte ise 22 Kasım Diş Hekimliği Günü ile ilgili bir afişte *“Sağlıklı Bir Yaşam Ağız ve Diş Sağlığıyla Başlar”* iletisi ile ağız ve diş sağlığının sağlıklı yaşam için önemi vurgulanmaktadır.

Sağlık ve Spor temasının ikinci metninde *“Gerçek Bir Meslek”* ismiyle futbol sporu tanıtılmaktadır. Bu metinde ve etkinliklerinde sağlıkla ilgili bir anlatım yer almamaktadır. Metnin etkinliklerinin sonunda *“Sınıfa farklı spor dallarına ilişkin görseller getiriniz.”* yönergesinde bir sonraki metnin konusunun belirtildiği görülmektedir. Temanın üçüncü metni ise dört adet dördlükten oluşan *“Sporcu”* isimli şiirdir. Şiirin ilk üç dördlüğünde spor dalları verilmiş son dördlüğünde ise *“Benim adım sporcu, / Hiç durmam yerimde. / Sağlıklı beden için, / Haydi gelin sizler de!”* şeklinde sporun sağlıklı bir beden için gerekliliği vurgulanmıştır. Etkinlikler sonunda bir sonraki derse hazırlık için *“Sağlığınız için tüketmeniz gereken besinleri araştırınız.”* yönergesinde bir sonraki metnin konusunun belirtildiği görülmektedir. Temanın 4. metni *“Ne Yemelisiniz?”* adıyla temada yer alan bir dinleme metnidir. Metinde vücudun sağlıklı kalması için değişik yiyeceklerin yenmesi gerektiği mesajı verilerek peynir, süt, balık, yumurta gibi yiyeceklerin yara ve kesiklerin iyileşmesini hızlandıran ve büyümeye yardımcı olduğu; meyve ve sebzelerin vücudu sağlıklı tuttuğu, mineral ve vitamin kaynağı olduğu belirtilmektedir. Bazı yiyeceklerin enerji kaynağı olduğu, çürümüş yiyeceklerin yenmemesi gerektiği, yiyeceklerdeki mikroplara dikkat edilmesi gerektiği mikropların çok küçük oldukları ve hastalık yaptıkları, mikropların aşırı sıcakta öldüğü bu yüzden tavuk, et, balığın pişirilerek yenmesi gerektiği, meyve sebzeleri yıkamak gerektiği gibi bilgiler doğrudan verilmektedir. Dinleme metninde verilen her bilgi için etkinliklerin yer aldığı görülmektedir. Bu bilgilerin etkinliklerde büyümeye yardımcı besinler, enerji veren besinler, vitamin ve mineral veren besinler şeklinde ayırt edilerek konunun pekiştirilmesi dikkat çekicidir. Konuyu eğlenceli hale getirmek için son etkinlikte meyve ve sebzelerle ilgili bilmecelere yer verilmiştir. Temanın son metni *“Dağınık Karga”* isimli hayvan masalı türünde bir serbest okuma metnidir. Bu metinde de örtülü olarak sağlıklı olmak için temiz olmalıyız mesajı verilmektedir. Tema sonu değerlendirmesinde yer alan 2. etkinlikte sağlık kelimesinin çağrıştırdıklarının yazılması, 7. etkinlikte ise spor, beslenme ve diş tedavisiyle ilgili görsellere uygun cümleler yazılması istenerek sağlık teması sonlandırılmaktadır.

Sağlık ve Spor teması haricinde Millî Kültürümüz temasında *“Yerli Malları Tutum Haftası”* isimli metinde yer alan *“Portakal”* isimli şiirde portakalın hastalara sağlık ve şifa verdiği belirtilmektedir. Aynı metin altında yer alan öğrenci isimli şiirde öğrenci tarafından meyvelerin sağlık verici, vücuda sıhhat verici olarak nitelendiği görülmektedir. Aynı temada *“Hoca Nasreddin”* isimli dinleme metninin 1. etkinliğinde ülkemizde yetişen meyveler ve sağlık

yönünden neden önemli olduğu açıklanır şeklinde yer alan yönergede meyvelerin sağlık açısından önemli olduğu üstü örtülü olarak vurgulanmaktadır.

3. sınıfların Türkçe ders kitabında Sağlık Ve Spor temasının giriş sayfasında resmi törenleri temsil eden bir fotoğraf, meyve ve sebzeleri gösteren bir fotoğraf bir de izci takımını gösteren bir fotoğraf yer almaktadır. Fotoğraflar tema adı ile ilgi kurularak yorumlandığında tema içerisinde 19 Mayıs Gençlik ve Spor Bayramı, meyve ve sebzeler bir de izcilik faaliyetleri konusunda metinlerle karşılaşılacağı izlenimi uyanmaktadır. İzleyen sayfada temada yer alan metinlerin *Yemek Seçimi*, *19 Mayıs*, *İzcilik*, *Hapşu*, *Meyve Ve Sebzeleri Yıkayalım* isimli metinler olduğu anlaşılmaktadır.

*Yemek Seçimi* metninden önce “*Yemek yemeden önce neler yapmalıyız?*”, “*Sevdiğiniz yemekler nelerdir?*” şeklinde iki tane metne hazırlık sorusu bulunmaktadır. Diyalog şeklindeki metinde anne, çocuk ve öğrencilerin konuşmalarına yer verilmektedir. Metinde anne karakteri çocuktan ellerini yıkamasını istemektedir. İsteddiği yemekler dışındaki yemeklerden yemek istemeyen çocuğa annesi yemeğin bir zamanı olduğunu, sağlıklı beslenmek için her çeşit yemekten yenmesi gerektiğini, vitaminler için meyve sebze yemesi gerektiğini anlatır ve çocuk yemekleri yemeye razı olur. 1. etkinlikte beslenme ve vitamin kelimelerinin anlamlarının tahmin edilmesi istenmekte, 2. etkinlikte boy uzatan gıdalar ve vitamin içeren besinler sorulmakta, 3. etkinlikte dengeli ve düzenli beslenmenin faydalarının sözlü anlatımı istenmekte, 8. etkinlikte sağlıklı yaşam konulu bir yazı yazılması istenmektedir. Böylece metinde yer alan mesajların etkinlikler yoluyla pekiştirildiği görülmektedir. Temadaki “*19 Mayıs*” isimli metinde spor dışında sağlıkla ilgili bir anlatım yer almamaktadır. Temadaki “*İzcilik*” isimli metinde sağlıkla ilgili bir anlatım yapılmamakta metnin 3. etkinliğinde “*Spor yapmanın çocuklara ve gençlere ne gibi faydaları olabilir?*” şeklinde bir sözlü anlatım sorusu ile sağlık konusuna örtülü bir bağlantının yer aldığı görülmektedir. Temadaki “*Hapşu*” isimli şarkı türündeki dinleme metnine ait “*Sağlık ve spor arasında nasıl bir ilişki vardır?*”, “*Hastalanınca iyileşmek için neler yaparız?*” şeklinde iki hazırlık sorusu bulunmaktadır. Metinde terli iken soğuk su içerek nezle olmuş bir çocuğun dilinden hastalığı dolayısıyla oyun oynayamaması, neşesini kaybetmesi, ilaç içmek zorunda olması gibi nedenlerden ötürü pişmanlığı anlatılmaktadır. Metinde verilen mesajın etkinlikler yoluyla pekiştirildiği, okuyucunun çıkarımda bulunması için 5. etkinlikte “*Hastalanmamak için hangi önlemleri almalıyız?*” sorusuna sözlü anlatım etkinliği olarak yer verildiği görülmektedir. Temada serbest okuma metni olarak yer alan “*Meyve Ve Sebzeleri Yıkayalım*” metninde meyve ve sebzelerin sağlıklı ve lezzetli oldukları vurgulanarak meyve ve sebzelerin türlerine göre nasıl temizlenmesi gerektiği anlatılmaktadır. Tema değerlendirme çalışmalarında 1. etkinlikte incir meyvesi tanıtılmakta ve sağlığa hangi açıdan faydalı olduğu bilgisi verilmekte ve bu bilgiler sorular yoluyla pekiştirilmektedir.

Sağlık ve Spor teması haricinde Bilim ve Teknoloji temasında “*Buluşlar*” isimli metinde bazı buluşların sağlığımıza katkıda bulunduğu söylenmektedir fakat bu katkının içeriği hakkında bilgi yer almamaktadır. Çocuk Dünyası temasında “*Geceyi Sevmeyen Çocuk*” isimli metnin 5. etkinliğinde sağlık kelimesinin eş anlamlısı sorulmaktadır.

4. sınıfların Türkçe ders kitabında Sağlık ve Spor temasının giriş bölümünde temada yer alan metinler ve izleyen sayfada tema adı ve tema numarası verilmektedir. Temanın girişinde tema ile ilgili herhangi bir görsel bulunmamaktadır. Temada yer alan “*Gizemli Canlılar*” isimli metinden önce “*Sağlığımızı korumak için neler yapmalıyız?*”, “*Bitkiler ve Yiyecekler neden çürür?*” şeklinde iki adet metne hazırlık sorusu bulunmaktadır. “*Gizemli Canlılar*” isimli metinde gözle görülemeyen mikroskobik canlıların küflenmeye, bozulmaya ve çürümeye sebep oldukları bunların bazılarını faydalı olduğu ama bazılarının hastalığa neden olduğu bilgisi verilmektedir. Hastalıklardan korunmak için düzenli beslenmeye, temizliğe, öksürürken veya hapşırırken mendil kullanmaya dikkat edilmesi gerektiği mesajı verilmektedir. Bu mesajların etkinlikler yoluyla pekiştirildiği, 6. etkinlikte ise hapşırarak bir çocuğun ağzını kapatmamasının nelere sebep olabileceği ile ilgili sorular sorularak okuyucudan çıkarım yapması beklenildiği anlaşılmaktadır. 7. etkinlikte okuyucuya bir prospektüs verilerek prospektüse göre ilacın saklanma koşulları, nasıl kullanılması gerektiği, yan etkileri, ilacı dikkatli kullanması gerekenler sorularak prospektüs okuma bilincinin kazandırılmaya çalışılması dikkate değerdir. 8. etkinlikte “*Sağlıklı bir yaşam için neler yapmalıyız?*” sorusu sorularak bir sözlü anlatım etkinliği istenmekte 9. etkinlikte ise sağlıklı bir besin olarak tarhana çorbası tarifine yer verilmesi öğrenciyi beslenme hususunda uygulamaya da yönlendirmektedir. Yazma çalışmasının yer aldığı 10. etkinlikte “*Sağlıklıyım*” isimli bir şiirin kullanılması konuyu pekiştirme çalışmalarına gereken önemin verildiğini göstermektedir. Verilen şiir içeriği bakımından da her yemeğin yenmesi, meyvelerin sevilmesi, süt içilmesi, spor yapılması, düzenli yıkanılması, düzenli uyunması konusunda mesajlar vermektedir. Etkinlikler sonunda gelecek derse hazırlık olarak ilgi duyulan bir spor hakkında araştırma yapılması istenmektedir. “*İlk Güreşçimiz Koca Yusuf Ve Başarısının Sırrı*” isimli metnin hazırlık sorularında “*Spor ve sağlık arasında nasıl bir ilişki vardır?*”, “*Güreş sporu hakkında neler biliyorsunuz?*” şeklinde spor ve sağlık bağlantısının okuyucu tarafından kurulması amaçlanmaktadır. Metinde Koca Yusufun başarısının beslenmesine dikkat etmesinden kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Metinde yer alan beslenme konusu etkinliklerle pekiştirilmektedir. 6. etkinlikte “*Bir sporcu için beslenmenin önemi nedir?*” sorusunun sınıf içinde tartışılması 9. etkinlikte ise spor konulu bir şiir yazılması istenmektedir. Temada yer alan “*Şifa Niyetine*” isimli metin öncesi “*Fazla yemenin zararları nelerdir?*”, “*Dengeli beslenmekten ne anlıyorsunuz?*” şeklinde iki soru yer almaktadır. “*Şifa Niyetine*” isimli metinde hazırlık sorularına paralel olarak hem fazla hem de doktor tarafından men edilen

yiyeceklerin yenmesi sonucu hastalanma konusu ele alınmaktadır. Metindeki mesajın etkinlikler yoluyla pekiştirildiği görülmektedir. 4. etkinlikte metinde yer alan sorun ve çözüm önerileri istenerek okuyucudan hem çıkarım yapması hem de çözüm yolları üretmesi istenmektedir. 5. etkinlikte besinlerin yararları konulu yazma çalışması, 6. etkinlikte uzun ve sağlıklı yaşamak için nasıl beslenmeliyiz konulu sözlü anlatım çalışması yer almaktadır. 7. etkinlikte metin türleri karşılaştırmasında sporcu için doğru beslenmenin önemini anlatan bir metinle bitki çaylarının faydasını ele alan bir metnin karşılaştırılması istenmektedir. 9. etkinlikte ise çalışma masasında çalışırken nasıl oturulması gerektiği konusunda bilgi verilmektedir. “*Bir İlaç Masalı*” isimli metnin hazırlık çalışmalarında “*İlaç kullanırken nelere dikkat ediyorsunuz?*”, “*Hastalanmamak için nelere dikkat etmeliyiz?*” şeklinde iki soru yer almaktadır. Temada dinleme metni olarak yer alan “*Bir İlaç Masalı*” isimli metinde boğazları iltihaplanan (anjin) bir çocuğun doktora gidip ilaç aldıktan sonra ilaçların insanı nasıl iyileştirdiği konusunda merakla düşmesi ve bu sorunun çözümü ele alınmaktadır. Metin uygun yerlerden kesilerek “*İlaçlar insanı nasıl iyileştirir?*” gibi sorular sorma yoluyla öğrencilerin yorum yapması beklenmektedir. Sorulardan sonra metinde soruların cevabı verilmektedir. İlaçların yanlış kullanımının insanlara zarar verebileceği, ilaçların miktar ve süre açısından doğru kullanımı, ilaçların doktor tavsiyesi ile alınması gerektiği konularında sorular yoluyla cevap aranarak bilgi aktarımı yapılmaktadır. Etkinlikler yoluyla konu pekiştirilmekte dinlenen olayın canlandırılması istenmekte, ilaçların kullanım konusunda dikkat edilmesi gereken hususlar sözlü anlatım etkinliği olarak işlenmektedir. Bunların yanında kişinin sağlık hikâyesinin yer aldığı bir formun yer alması öğrenilen bilgilerin uygulanması hususunda dikkat çeken bir etkinliktir. Temanın son metni “*Mezgit Mehmet*” isimli serbest okuma metninde fiziksel engelli bir çocuğun yüzme takımına alınması konusu etrafında düzenli uyku ve beslenmenin önemi vurgulanmaktadır.

Sağlık ve Spor teması haricinde Sanat temasında “*Yemenicilik*” isimli metinde yemeninin ciltten deriden yapılan sağlıklı bir ayakkabı olduğu belirtilmektedir.

İlkokul Türkçe ders kitaplarında sağlık konusunun 1. sınıf ders kitabı haricinde Sağlık ve Spor teması adı altında ele aldığı görülmektedir. Sağlık ve Spor teması haricindeki temalarda da sağlıkla ilgili konuların az sayıda da olsa ele alındığı görülmekle birlikte bu metinlerde sağlık konusunun işlenmesinin temel amaç olmadığı görülmektedir.

Tablo 2: İlkokul Türkçe Ders Kitaplarında Ele Alınan Sağlık Konuları

SAĞLIKLA İLGİLİ ELE ALINAN KONU	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf
<b>BESLENME</b>				
Sağlıklı ve düzenli Beslenmenin önemi		1	1	7
Bisküvi ve çikolata gibi atıştırmalıkların temel besin olmadığı		1		
Beslenmede besin çeşitliliğinin önemi		1	1	2
Farklı besinlerin vücuttaki işlevleri		1	3	1
Çürümüş yiyeceklerin yenmemesi gerektiği		1		
Besinlerin türüne göre temizliği ve pişirme gerekliliği		1	1	
Meyvelerin sağlık açısından önemi		1		1
Aşırı beslenmenin zararları				1
Sağlık için doktor tarafından yasaklanan besinlerin tüketilmemesi				1
Bitki çaylarının faydası				1
<b>AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI</b>				
Diş Sağlığı		1		
Sağlıklı beslenme diş sağlığı ilişkisi		1		
Diş tedavisinden korkulmaması gerektiği		1		
Dişleri fırçalamak gerektiği		1		
Diş fırçalama yöntemi		1		
Ağız ve diş sağlığının sağlıklı yaşam için önemi		1		
<b>TEMİZLİK</b>				
Sağlıklı olmak için temiz olmanın gerekliliği		1		2
Yemekten önce ellerin yıkanması gerektiği			1	
Mendil kullanma alışkanlığı				1
<b>SPOR</b>				
Sporun sağlıklı bir beden için gerekliliği		1	2	2
<b>İLAÇ KULLANIMI</b>				
Prospektüs okuma				1
İlaçların saklanma koşulları				2
İlaçların kullanım şekli				2
İlaçların yan etkileri				2
İlaçları dikkatli kullanması gerekenler				2



İlaçların doktor tavsiyesi ile alınması gerektiği	1	
<b>DİĞER KONULAR</b>		
Hastalığın aileye zamanında haber verilmesi gerektiği	1	
Enjeksiyondan korkmamak gerektiği	1	
Mikropların çok küçük oldukları ve hastalık yaptıkları	1	
Terli iken soğuk su içilmemesi gerektiği	1	
Hastalanmamak için alınması gereken önlemler	1	3
Buluşların sağlığınıza katkısı bulunması	1	
Bakteri ve mikropların özellikleri		1
Düzenli uyku		2
Anatomik yapıya uygun çalışma pozisyonu		1
Sağlık hikâyesi formu doldurma		1

5. Sınıfların Türkçe ders kitabında Sağlık ve Spor temasının giriş sayfasında tema adı ve temada yer alan metinlere yer verilmiştir. Temanın ilk metni olan “Anadolu’da Cirit Oyunları” metninin başlangıcında “Atların Türk kültüründeki yeri ve önemi” hakkında bir önceki temanın sonunda verilen ödevin sunulmasını isteyen “Spor yapmalıyız çünkü...” şeklinde verilen bir tamamlama cümlesi şeklinde iki adet metne hazırlık etkinliği bulunmaktadır. Metinde ise sağlıkla ilgili olabilecek tek nokta “Spor yapmalıyız çünkü...” şeklinde verilen açık uçlu sorudur. Temada yer alan ikinci metin “Sağlıklı Yaşıyorum” broşüründen önce “Yeterli ve dengeli beslenme nasıl olmalıdır? Açıklayınız.” ve “Sağlığınıza korumak için nelere dikkat edersiniz?” şeklinde iki adet metne hazırlık sorusu bulunmaktadır. “Sağlıklı Yaşıyorum” isimli broşürde sağlıkla ilgili konuların okuldayken dikkat edilecek temizlikle ilgili, uygu düzeni, zararlı maddeler, sağlıklı yaşam tarzı, dengeli ve yeterli beslenme, hareket etmenin gerekliliği, kişisel bakım gibi konuları içeren alt başlıklar halinde verildiği görülmektedir. “Okulda Sağlığına Dikkat Et” alt başlığında ellerin, sıraların tuvaletlerin, içme suyunun, gıdaların ve sınıfın temiz olması gerektiği anlatılmaktadır. Fazla şeker ve yağ içeren gıdalardan kaçınmak gerektiği belirtilir. “Uyku Düzenine Dikkat Et!” alt başlığında yetişkinler ve çocuklar için gereken uyuma süreleri verilerek uyku düzenine dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir. “Zararı Gör ve Kaç!” alt başlığı altında boyalı ve renkli gıdalar, çok fazla yağ ve şeker içeren gıdalar, açıkta satılan gıdalar, teknolojik araçların aşırı kullanımı hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. “Sağlıklı Yaşam Tarzını Benimse!” alt başlığı altında dengeli beslenme, hareket etmenin gerekliliği, kişisel temizliğe dikkat etme, uyku düzeni ve yeterince su içme konusunda uyarılar yer almaktadır. “Dengeli ve Yeterli Beslen!” alt başlığı altında et yumurta ve kuru baklagiller; sebze ve meyve; süt ve süt ürünleri; ekmek ve tahıl şeklinde her çeşit besinden yeteri kadar alınması gerektiği anlatılmaktadır. “Oyun Demek Hareket Demek!” alt başlığı altında hareket etmeye müsaade eden oyunların ve açık havada

oynanabilecek oyunları sağlığa faydaları hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. “*Kişisel Bakımına Dikkat Et!*” Alt başlığı altında kişisel bakımın ne demek olduğu ve kişisel bakım için nelerin yapılması gerektiği anlatılmaktadır. “*Sağlıklı Yaşıyorum*” broşürü ilkokul kitaplarında yer alan sağlıkla ilgili konuların özeti şeklinde, konuyla alakalı resimlerle desteklenmiş kapsamlı bir metin olarak karşımıza çıkmaktadır. Broşürde yer alan bilgilerin etkinliklerde not alma, soru cevap, görsellerle ilişkilendirme, sözlü anlatım, bilgileri değerlendirme çalışmaları ile desteklenmekte hatta Türkçe kelimelerin kullanılması gerekliliği dahi sağlık alanında terim içeren metin örnekleri ile verilmektedir.

Sağlık ve Spor temasının yer almadığı 6. Sınıflar Türkçe ders kitabında Doğa ve Evren temasında “*Orman*” isimli metinde ormanların sağlık kaynağı olduğundan, “*Mikrop Savaşları*” isimli serbest okuma metninde Bilim Adamı Louis Pasteur’ün bilime katkıları işlemekte küflerin oluşumu ve yiyeceklerin sağlıklı kalmasından, aşının gelişiminden bahsedilmektedir. Çocuk Dünyası temasının sonunda yer alan tema çalışmalarında “*Oyun Çocuklara da Yaşlılara da İyi geliyor*” isimli metinde oyunun ve hareket etmenin sosyal ilişkilere olumlu katkı sağladığına, duygusal sağlığa iyi geldiğine, bireylere iyimserlik kazandırdığına, stresle başa çıkmada, bağışıklık sistemini güçlendirmede etkili olduğuna değinilmektedir. Birey ve Toplum teması etkinliğinde yer alan “*Geri Kazanım*” isimli metinde atıkların canlı yaşamını tehdit ettiğine bu nedenle atık miktarının azaltılması ve geri dönüşümün gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Sağlık ve Spor temasının yer almadığı 7. Sınıflar Türkçe ders kitabında Kişisel Gelişim temasında sağlıklı davranışların duygu ve düşünce birlikteliği ile ortaya çıkmasından, Millî Kültür temasının etkinliklerinde çayın sağlıklı olduğundan bahsedilmektedir. Bilim ve Teknoloji temasında gelecekte sağlık alanında kullanılan teknolojiye dair öngörüler yer almaktadır. Okuma Kültürü temasında insansız hava araçlarının sağlık alanında kullanımından, tema sonu değerlendirmesinde bir etkinlikte örtülü olarak sıkıca giyinmenin gerekliliğinden, Doğa ve Evren temasında gezilerin sağlık amaçlı olabileceğinden bahsedilmektedir.

Sağlık ve Spor temasının yer almadığı 8. Sınıflar Türkçe ders kitabında Kişisel Gelişim temasında sağlam bir kişiliğin sağlıklı yaşamın kaynağı olduğuna, sağlıklı yaşamın toplumu çalışma ve üretim alanında etkilediğine, Birey ve Toplum teması etkinliklerinde verem hastalığının bulaşıcı olduğu ve Koch basilinden kaynaklandığı örtülü olarak ortaya çıkmaktadır.

Tablo 3: Ortaokul Türkçe Ders Kitaplarında Ele Alınan Sağlık Konuları

SAĞLIKLA İLGİLİ ELE ALINAN KONU	5. Sınıf	6. Sınıf	7. Sınıf	8. Sınıf
<b>BESLENME</b>				
Sağlıklı ve düzenli Beslenmenin önemi	3			
İçme suyunun temizliği	1			
Gıdaların temizliği	1			
Fazla şeker ve yağ içeren gıdalardan kaçınmak	1			
Boyalı ve renkli gıdalar	1			
Açıkta satılan gıdalar	1			
Yeterince su içme	1			
Çeşitli besinlerin tüketilmesi	1			
Çayın sağlıklı bir içecek olması			1	
<b>TEMİZLİK</b>				
Sağlıklı olmak için temiz olmanın gerekliliği	1			
Tuvalet temizliği	1			
Kişisel temizlik	1			
Çevrenin temizliği	1			
<b>SPOR</b>				
Açık havada oyun oynama	1			
Sporun sağlıklı bir beden için gerekliliği	4	1		
<b>DİĞER KONULAR</b>				
Hastalanmamak için alınması gereken önlemler	1			
Düzenli uyku	2			
Sağlığa zararlı maddeler	1			
Teknolojik araçların aşırı kullanımı	1			
Ormanların sağlık kaynağı olması		1		
Küflerin oluşumu		1		
Yiyeceklerin sağlıklı kalması		1		
Aşının gelişimi		1		
Atıkların canlı yaşamını tehdit etmesi		1		
Sağlık teknolojisi			2	
Sıkıca giyinme			1	
Sağlık gezileri			1	
Verem hastalığı				1

## **Sonuç ve Tartışma**

İlk ve ortaokul Türkçe ders kitaplarında Sağlık ve Spor teması zorunlu bir tema olmayıp kitap yazarlarının tercihinin bırakıldığından incelenen ders kitaplarından 2-5. sınıf ders kitaplarında Sağlık ve Spor temasına yer verildiği ortaya çıkmıştır. Bu sonuç Çıldır Pelitoğlu (2013)'nin belirttiği gibi sınıf düzeyi arttıkça sağlık eğitimi içeriğinin zayıfladığını desteklemektedir. Sağlıkla ilgili konuların ders kitaplarında sistematik bir şekilde ele alınmadığı görülmekle beraber Sağlık ve Spor temasına yer veren ders kitaplarında sağlıkla ilgili önemli konuların ele alındığı görülmektedir. Çıldır Pelitoğlu (2013)'ün Fen ve Teknoloji dersi için belirttiği sonucun Türkçe ders kitapları içinde geçerli olduğunu, Türkçe ders kitaplarında sağlık eğitimi içeriğine rastlanmakla beraber düzen ve dengenin yer almadığını göstermektedir.

Çalışmada incelenen Türkçe ders kitaplarına göre sağlık konusunun ilköğretim Türkçe ders kitaplarında yoğun olarak yer aldığı ortaokul Türkçe ders kitaplarında ise aynı yoğunlukta ele alınmadığı görülmektedir. Bireyin ve toplumun varlığını doğrudan ilgilendiren sağlık konusunun Türkçe ders kitaplarında bir ara disiplin olarak yer aldığı görülmektedir. Ancak 2018-2019 İlköğretim Kurumları Haftalık Ders Çizelgesi içinde bir ders olarak yer almayan sağlık konusunun en azından diğer dersler içinde bir ara disiplin olarak yer alırken sarmal, bütünleşik ve basamaklı bir şekilde düzenlenmesi sağlanabilir.

## Kaynakça

1. Ağın Haykır, H., Kaplan, H., Kıryar, A., Tarakçı, R., & Üstün, E. (2018). *Ortaokul ve İmam Hatip Ortaokulu Ders Kitabı 5*. Y.Y.: MEB.
2. Akgül, A., Demirer, N., Gürçan, E., Karadaş, D., Karahan, İ., & Uysal, A. (2018). *Ortaokul ve İmam Hatip Ortaokulu Türkçe 7 Ders Kitabı*. Y.Y.: MEB.
3. Ataşçi, A. (2018). *İlkokul Ders Kitabı Türkçe 2. Sınıf*. Ankara: Koza Yayınları.
4. Civelek, D., Yılmaz Gündüz, D., & Karafilik, F. (2018). *İlkokul Türkçe 1 Ders Kitabı*. Y.Y.: MEB.
5. Çıldır Pelitoğlu, F. (2013). "Türkiye'de İlköğretim Düzeyinde Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinlik Ve Yeterliliğinin, Transpozisyon Didaktik Süreci Kapsamında İrdelenmesi." Yayınlanmamış Doktora Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
6. Kaftan Yaman, H., Arslan, Ü., Kul, S., & Yılmaz, N. (2018). *İlkokul Türkçe Ders Kitabı 4*. Y.Y.: MEB.
7. Karaduman, B., Özdemir, E., & Yılmaz, O. (2018). *İlkokul Türkçe Ders Kitabı 3*. Y.Y.: MEB.
8. Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınları.
9. MEB. (2018). *Türkçe Dersi Öğretim Programı*. Ankara: MEB.
10. Mete, G., Karaaslan, M., Kaya, Y., Ozan, Ş., & Özdemir, D. (2018). *Ortaokul ve İmam Hatip Ortaokulu Türkçe 7 Ders Kitabı*. Y.Y.: MEB.
11. Şekerci, Y. (2018). *6. Sınıf Ortaokul Türkçe Ders Kitabı*. İstanbul: Eksen Yayıncılık.

# Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmet

## Public Health and Social Work

Ahmet Burhan ÇAKICI<sup>1</sup>

İbrahim YÜCEL<sup>2</sup>

### ÖZET

Sosyal hizmet birey refahını ve toplum kalkınmasını temel alan bir disiplindir. Bu bağlamda insanı ve toplumu temel alan birçok disiplin sosyal hizmet ile ilişkilidir. Halk sağlığı disiplini de bu yönüyle sosyal hizmet ile yakından ilişkilidir ve sosyal hizmet disiplini ile ortak ilgi alanlarına sahiptir. Çocuk sorunları, nüfus planlaması, yoksulluk, aile sorunları, bağımlılık sorunları, sağlık hizmetleri bu ortak ilgi alanlarından bazılarıdır. Bunun yanında her iki disiplin de sosyal refahı ve toplumsal kalkınmayı öncelemektedir. Bu bağlamdaki refah artırıcı uygulamaların temelini koruyucu-önleyici, rehabilite edici, geliştirici ve sosyal işlevselliği artırmaya yönelik çabalar oluşturmaktadır. Bu çalışma, sosyal hizmet ve halk sağlığı disiplinlerinin ortak ilgi alanlarını ortaya koyarak multidisipliner bir bakış açısı sağlamanın uygulamayı zenginleştireceğini gösterme çabası içerisindedir.

**Anahtar sözcükler:** Halk Sağlığı, Sosyal Hizmet, Sosyal Refah, Sağlık Hizmetleri

### ABSTRACT

Social work is a discipline based on individual welfare and the development of society. In this context, many disciplines that are based on human and society are associated with social work. Public health discipline is closely related to social work and has common interests with social work discipline. Child problems, population planning, poverty, family problems, dependency problems, health care are some of these common interests. In addition, both disciplines prioritize social welfare and social development. In this context, efforts are made to increase the welfare-enhancing practices to protect-preventative, rehabilitative, developer and social function. This study endeavors to show that providing a multidisciplinary perspective of social work and public health disciplines will enrich the practice.

**Keywords:** Public Health, Social Work, Social Welfare, Health Service

---

<sup>1</sup> Doç. Dr., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, [ahmetburhan@kmu.edu.tr](mailto:ahmetburhan@kmu.edu.tr)

<sup>2</sup>Arş. Gör., Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [yucelibrahim61@gmail.com](mailto:yucelibrahim61@gmail.com)

## **Giriş**

Sosyal hizmet ile sağlık alanları uzun yıllardır birbiriyle ilişkili alanlar olarak kabul görmektedir. Bu iki alan 20.yüzyılın başından itibaren kurumsal ve profesyonel bir dönüşüm içerisine girmiştir. Bu dönüşümün neticesi, ilgili alanlara bağlı yeni disiplinlerin ortaya çıkması olmuştur. Halk sağlığı disiplininin kökenleri daha eskilere dayanmasına rağmen profesyonel bir disiplin olarak tanımlanması bu döneme denk gelir. En genel tanımlamayla “Halkın sağlıklı olabileceği koşulların sağlanması ve herkesin sağlığının korunması” (Institute of Medicine, 1988:37) şeklinde tanımlanabilecek olan halk sağlığı disiplini, “Bireylerin iyilik haline odaklanan” (Sheafor ve Horejsi, 2016) sosyal hizmet disiplini ile yakın bir ilişki içerisinde ve bu ilişki Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için gün geçtikçe güçlenmektedir.

21. yüzyıl sosyal hizmet ve halk sağlığı ilişkisinde ortak bir dilin kullanılmasının daha kolay olduğu bir dönem olmuştur. Hayırseverlik hareketleriyle başlayan sosyal hizmetin tarihsel süreçte kazandığı profesyonel kimlik, disiplin içerisinde yeni alanların oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bu doğrultuda halk sağlığı alanıyla yakından ilişkili tıbbi sosyal hizmet, toplumla sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet gibi yeni yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımların kimisi doğrudan bireyle çalışmayı hedeflerken kimisi de grup ve toplum çalışması yoluyla toplumsal kalkınmayı hedeflemektedir. Ancak ortak olan durum şudur ki tıpkı çağdaş halk sağlığı yaklaşımında olduğu gibi sosyal hizmette de temel vurgu sosyal adalete ve iyilik halindedir (Güneş ve Tuncay, 2018: 6).

21. yüzyıl dünyasında sosyal hizmet ve halk sağlığı birçok uygulama alanında birlikte hareket etme potansiyeline sahiptir. Çocuk sorunları, nüfus planlaması, yoksulluk, aile sorunları, bağımlılık sorunları, sağlık hizmetleri gibi uygulama alanları bu alanlar arasında sayılabilir. Yukarıda da ifade edildiği gibi bu uygulama alanlarında sosyal hizmetin müdahale düzeylerine uygun olarak mikro, mezo ve makro boyutta müdahaleler gerçekleştirilebilir. Bu çalışmada sosyal hizmet ve halk sağlığı disiplinlerinin ortak ilgi ve hedefleri ortaya konularak iki disiplin arasındaki ilişkinin güçlülüğü vurgulanmıştır. Bu bağlamda öncelikle halk sağlığı-sosyal hizmet alanları tanımlanmış sonrasında ise halk sağlığı çalışanlarının genel görev ve sorumluluklarına değinilmiştir. Çalışmanın son kısmında ise ortak kaygılar ve hizmetler odağında halk sağlığı-sosyal hizmet ilişkisi açıklanmaya çalışılmıştır.

## **Sosyal Hizmet ve Halk Sağlığı Nedir?**

Sosyal hizmetin temelleri 1800'lerin başında ortaya çıkan ilk sosyal refah kurumları ile atılmıştır. Yaklaşık yüz yıl boyunca resmi eğitim almamış inanç temelli grup üyeleri ve hayırseverler tarafından sürdürülen yardım çalışmaları 1900'lü yılların başından itibaren daha profesyonel bir hal almıştır. Bu bağlamda, Richard Cabot'un 1905 yılında Massachusettes Hastanesi'nde Tıbbi Sosyal Hizmet birimini kurması sağlık alanındaki ilk gelişme olarak

değerlendirilebilir. Sosyal hizmet en genel tanımıyla, sosyal işlevselliği artırma, kapasiteyi yenilemek, güçlendirmek ve özlenen amaçlara uygun toplumsal koşulları yaratmak üzere bireylere, gruplara, ailelere ve topluluklara yardımcı kapsayan mesleki bir çalışmadır. Bu bağlamda Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NAWS) sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları olan sosyal çalışmacıları “Müracaatçılar için sosyal hizmet sağlamak üzere bilgi ve becerilerini kullanan (lisans ya da yüksek lisans) sosyal hizmet okulları mezunları” şeklinde tanımlamaktadır (Zastrow, 2013: 6).

Sosyal hizmet uygulamasının amacı, birey, aile ve toplum düzeyinde refahı geliştirmek, her bireyin kendi yaşamı üzerinde güç ve kontrol gelişimini ilerletmek ve sosyal adaleti sağlamaktır. Bu çerçevede sosyal hizmet “her bireyin sosyal çevresi ruhsal hastalığı deneyimine şekil verir” önermesiyle ilgilenir. Sosyal çalışmacıların ilgilendikleri konular bireyin kişiliği, incinebilirlik ve esneklik, aile işlevselliği, güçlü yönler ve stresörler, destek ağları, kültür, toplum, sınıf, etnik yapı ve cinsiyettir (Saruç ve Kılıç, 2015:60).

Fişek (1983)’e göre Halk Sağlığı kavramı, İngilizce “Public Health” ve Fransızca “Sante Publique” sözcüklerinin yanlış bir çevirisidir. “Kamu Sağlığı” diye çevrilmesi gereken kavram Türkiye’de yaygın bir şekilde “Halk Sağlığı” şeklinde kullanılmaktadır. “Public Health” terimi 19. yüzyıldan beri kullanılmaktadır ve bu süre içerisinde bu kavramın anlamında değişimler olmuştur. Bugün, halk sağlığı kavramı için klasik olarak kabul edilen tanımı 1923 yılında Winslow yapmıştır: “Halk Sağlığı, organize edilmiş toplumsal çalışmalar sonunda çevre sağlık koşullarını daha iyi bir hale getirerek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmalarını toplumdaki her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır”. Akşit (2015: 1568)’e göre ise halk sağlığı kavramının tanımını yapmak çok kolay değildir. Ona göre günümüzde yapılan tanımlamalarda odak olarak bireylerin değil nüfusların sağlık durumu alınmakta ve vurgu bilimsel ilkelere, örgüt ve işletmeye yapılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında Halk Sağlığı, “Her düzeydeki (yerel, ulusal, uluslararası) kaynakların, toplumlara etki eden belli başlı sağlık sorunlarına yönelik olarak organize edilmesi” şeklinde tanımlanabilir.

### **Halk Sağlığı Çalışanları Ne Yapar?**

Halk sağlığı alanındaki mesleki personelin genel görev ve sorumlulukları hakkında bir şeyler söylemeden önce Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun görev ve sorumluluklarına değinmenin faydalı olacağı kanaatindeyiz.



Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 02.11.2011 tarih ve 663 sayılı K.H.K. ile belirlenen görev ve sorumlulukları şu şekildedir<sup>3</sup>:

- Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmak.
- Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, inceleme ve araştırmalar yapmak.
- Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek.
- Görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumlarla iş birliğiyle eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak.

Bu çalışmanın odağında yer alan sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları olan sosyal çalışmacılar için görev tanımlamasına 2001 yılında kabul edilen ve sağlık müdürlüğü ve buna bağlı bütün sağlık kuruluşlarında çalışan personelin görevleri, hizmetin nasıl yürütüleceği, nasıl denetlenip değerlendirileceği ve niteliğinin nasıl iyileştirilebileceği hakkında temel ilke ve kuralları kapsayan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”de yer verilmiştir. Bu yönergede yer alan maddelerin Morton’un (1985’den akt. Güneş ve Tuncay, 2018) ifade ettiği “Halk Sağlığı Sosyal Hizmeti”nin amaçlarıyla büyük ölçüde örtüştüğü söylenebilir. Bu yönergeye göre sosyal çalışmacıların görev ve sorumlulukları şu şekildedir:

- a) Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak.
- b) Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak.
- c) Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik koşulları saptamak.
- d) Toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırmak, harekete geçirmek, verimliliğini arttırmak ve yeni kaynak oluşturmak.
- e)Sağlık ocaklarına başvuran birey ve ailelerin sosyal ve ekonomik sorun ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, çözümlenmesine yardımcı olmak ve sonuçlarını izlemek.
- f) Sağlık eğitimi hizmetlerinde görev almak.
- g) Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak.
- h) Planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak
- i) Görev ile ilgili kayıt ve formları tutmak.
- j) Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

---

<sup>3</sup> Bu kısım detaya girilmemek adına ilgili mevzuattan sadeleştirilerek aktarılmıştır.

Sosyal çalışmacıların görev ve sorumlulukları incelendiğinde genel olarak toplumsal sorunun tespiti, soruna ilişkin müdahale planının oluşturulması ve sorunun çözümüne katkı sağlamaya ilişkin temalar içerdiği görülmektedir. Tüm bu sorun çözme sürecinin temel amaçlarından biri şüphesiz ki toplum kalkınmasını ve sosyal refahı sağlamaktır. Kendini sorun çözme ve değişim sağlama mesleği olarak tanımlayan sosyal hizmet mesleğinin bu yönüyle halk sağlığı alanıyla doğrudan bir ilişki içerisinde olduğu söylenebilir.

Halk sağlığı çalışanlarının toplum halk sağlığı hizmetlerini sağlamak için yerine getirmeleri gereken toplum temelli hizmetler şunlardır:

- Hastalıkların epidemi ve yayılımını önlemek
- Toplum çevredeki risklere karşı korumak
- Yaralanmalardan korumak
- Sağlıklı davranışları desteklemek
- Doğal afetler ve onların etkilerinden korunmak için topluma yardımcı olmak
- Toplumun sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve kalitesini sağlamak

Bu hizmetleri gerçekleştirmek için halk sağlığı çalışanlarının temel becerilere sahip olması gerekmektedir. Bu temel becerileri zkahraman (2012: 37) araştırma yapma, toplum verilerini toplama, analiz etme ve toplumun sağlık verilerini sunma, analitik becerilere sahip olma, iletişim becerileri, liderlik, politika geliştirme ve program planlama olarak ifade etmektedir. Bu becerilere ek olarak halk sağlığı kurumlarında çalışanlarda kültürel duyarlılık ve kültürel yeterlikle ilgili beceriler, ğretim becerileri, finansal planlama ve yönetim becerilerinin de var olması beklenmektedir. Halk sağlığı alanı çalışanları içerisinde yer alan sosyal çalışmacılar bahsedilen bu bilgi ve beceri temeline sahip meslek personelidir. Bu bağlamda Duyan (2010:22)'in ifade ettiği, sosyal çalışmanın kolaylaştırıcı, planlayıcı, bağlantı kurucu, harekete geçirici rolleri sosyal çalışmacıların halk sağlığı alanında büyük oranda kullandığı rollerdir.

### **Ortak Kaygılar ve Hizmetler Odağında Halk Sağlığı-Sosyal Hizmet İlişkisi**

Sağlık alanında geleneksel görüşlerin terk edilmesiyle ortaya çıkan yeni paradigmlar sağlık alanını hem bir disiplin olarak hem de meslek elemanları boyutuyla yeni bir noktaya taşımıştır. Hasta ve hastalık odaklı geleneksel medikal modelin yerini sosyal etkenlere ve bireye önem veren sosyal modele bırakması, bahsedilen bu dönüşümün bir boyutudur. Yeni dönemde, sosyal model bireyin yaşadığı sağlık sorunlarını bireyin içinde bulunduğu evre ile birlikte bir bütün halinde değerlendirerek biyopsikososyal bir yaklaşım sergilemektedir. Korunma, sosyal işlevselliği artırma, psikososyal değerlendirme, bireyin deneyimlerine önem verme, katılım gibi kavramlar bu yeni dönemin ayırt edici kavramları arasındadır. Sosyal modelde medikal modelden farklı olarak yeni meslek elemanlarının uygulamadaki ağırlığı söz

konusu olmuştur. Artık uygulama tamamen tıp odaklı olmaktan çıkmış ve sosyoloji, sosyal hizmet, psikoloji gibi farklı disiplinlerin meslek elemanlarının da katılım sağladığı bir boyuta evrilmiştir.

Sağlık alanında yaşanan bu dönüşüm halk sağlığı alanında da kendisini belli etmiştir. Çevresel faktörlere yapılan vurgu, koruyucu-önleyici tedbirlerin öneminin fark edilmesi ve bireylerin yaşadığı sağlık sorunlarının sosyal yaşantılarına etkisinin göz önünde bulundurulması halk sağlığı alanında yeni odak noktalarının oluşmasını sağlamıştır.

Halk sağlığı yaklaşımında temel nokta, üç aşamadan oluşan koruyucu-önleyici sağlık hizmetleridir. Birincil koruma hastalığa neden olan çevresel etkenleri ortadan kaldırmayı ve risk faktörlerini azaltma (aile içi şiddet, yoksulluk, madde kullanımı vb.) anlamına gelirken, ikincil koruma erken teşhis ve bununla bağlantılı tarama programlarını, üçüncül koruma ise hastalıkla bağlantılı yeti yitimini azaltma çalışmalarını ifade etmektedir (Başer vd., 2013: 184-185). Oral ve Tuncay (2012:108-109)'ın sosyal hizmet perspektifinden yaptığı sınıflandırmaya göre ise birincil korumadaki amaç, kişinin hastalıklara yakalanması önlenmeye çalışmaktır. Bu amaçla yapılan aşılama, aile planlaması, genetik danışma ve sağlık eğitimi hizmetleri gibi uygulamalar birincil korumayı kapsar. Yani kısaca birincil koruma, hastalıklardan korunmayı amaçlayan uygulamalardır. İkincil koruma hizmetleri, birincil koruma hizmetlerinin etkisiz kalması durumlarında uygulanır. İkincil koruma, hastalık belirtileri meydana gelmeden veya belirtilerin yeni meydana geldiği durumlarda teşhis ve tedavisinin yapılması uygulamalarının tamamını kapsar. Üçüncül korumada ise alınan bütün önlemlere rağmen hastalığa yakalanan kişilerde hastalığın olumsuz sonuçları en aza indirilmeye çalışılır. Hastalık sonrasında oluşabilecek sakatlık ve işlev kayıplarının en aza indirilmesi için alınacak önlemler de üçüncül koruma uygulamaları arasındadır. Görüldüğü üzere sosyal hizmet disiplini koruyucu-önleyici ve tedavi-rehabilite edici boyuttaki rol ve fonksiyonlarıyla halk sağlığı alanında etkin olarak yer almaktadır.

Yeni halk sağlığı yaklaşımında<sup>4</sup> çevresel değişiklikler ve bireysel düzeydeki koruyucu tedbirlerle uygun tedavi için müdahaleler bir araya getirilmeye çalışılmaktadır. Bu hali ile yeni model, insan biyolojisini anlamanın ötesine geçerek yaşam biçimlerine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının sosyal yönlerini kavrama çabası içindedir. Bu yönüyle, halk sağlığı alanındaki uygulama ve değerlendirmelerde sosyal hizmet disiplinin temel değerlerine uyumlu bir kayma söz konusu olmuştur (Akşit, 2015: 1569). Ancak uygulamaya bakıldığında sosyal hizmet-halk sağlığı ilişkisinin henüz istenilen seviyede olmadığı görülmektedir. Güneş ve Tuncay'ın 2018 yılında yaptığı araştırmada elde ettiği sonuçlar da bu yöndedir: "Halk sağlığı sosyal hizmet alanının Türkiye'de önemi artan bir konum elde etmesine rağmen henüz gelişmekte olduğu tespit edilmekle birlikte halk sağlığı kurumlarında henüz tam

---

<sup>4</sup> A. Petersen ve D. Lupton tarafından 2000 yılında ortaya konulan bir yaklaşım.

manasıyla yerleşmiş bir halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasının olmadığından söz etmek mümkündür”.

Modernleşme ve diğer gelişme süreçleriyle birlikte müracaatçı sorunları çok yönlü ve derin bir inceleme içinde birçok mesleğin aynı anda ilgilendiği ve çözüm üretmeye çalıştığı vakalar haline dönüşmüştür. Bunun sonucunda her mesleki disiplin kendi bölümleri arasında bir bilgi alışverişine yönelmenin ötesinde çoğu zaman diğer mesleklerle de görüşme, dayanışma, bilgi alışverişinde bulunma ve birlikte hareket etme durumunda kalmıştır. Meslek elemanları müracaatçı sorunlarına çözüm üretmek için diğer disiplinlerdeki meslek elemanlarıyla iş birliği yapma gereği duymuştur. Bu iş birliği kavramsallaştırmasının sonraki süreçte karşılığı “ekip çalışması” veya “multidisipliner çalışma” olmuştur (Özdemir, 1999: 17). Bahsedilen bu multidisipliner çalışma yöntemi geniş bir paydada buluşan halk sağlığı ve sosyal hizmet alanları arasında kapsamlı ve sistematik bir şekilde uygulanabilirse şüphesiz ki toplum refahının artırılması konusunda büyük bir adım atılmış olur. Bu bağlamda Dedeoğlu (2003) tarafından ortaya konan sosyal hizmet–halk sağlığı iş birliğinin gelişmesine yönelik çözüm önerileri önem kazanmaktadır:

- Sosyal Hizmet bölümlerinde ve tıp fakültelerinde sosyal hizmet ve halk sağlığı dersleri konmalı,
- Her iki disiplinin hocaları öğrencilerine beraber çalışmanın önemini ve yararlarını vurgulamalı, mesleklerin işlevlerini tanıtmalı,
- Tıp öğrencisi gecekonduya ve köye, sosyal hizmet öğrencisi sağlık ocağı ve hastaneye daha çok gitmeli,
- Halk sağlığı asistanlarına sosyal hizmetler rotasyonu konmalı, seminer verdirilmeli,
- İki meslek grubu elemanları ortaklaşa araştırmalar, hizmet projeleri yürütmeli,
- İki meslek grubunu bir araya getiren seminerler, atölye çalışmaları düzenlenmeli.

Halk sağlığı uzmanları sosyal ve fizik çevrenin sağlık üzerindeki etkilerini çok iyi bilseler de bu koşullara müdahalede yeterli değildir. Başarı için özellikle bu müdahaleler konusunda eğitim görmüş olan sosyal çalışmacılar ile iş birliği yapılmalıdır. Yoksullukla mücadele görevi olan sosyal çalışmacı, halk sağlığı uzmanı desteği olmadan topluma yararlı olamaz. Aslında insanların gereksinimlerini disiplinlere, bölümlere ayıramayız. Toplum gereksinimlerinin sağlanmasında beraberce çalışmadıkça sonuca ulaşılması güçtür. Sağlık ve sosyal hizmetlerin ortak konularındaki sorunların çok daha fazla artacağı yakın gelecekte halk sağlığı uzmanları ve sosyal çalışmacılar el ele vermek zorundadırlar (Dedeoğlu, 2003:33).

## **Sonuç Yerine**

Bu çalışmada halk sağlığı ve sosyal hizmet alanları genel özellikleri itibarıyla açıklanmış ve iki disiplinin ortak yanlarına vurgu yapılarak ne kadar benzer amaçlar benimsedikleri ortaya

konulmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın ortaya koymaya çalıştığı temel fikir, toplumsal gelişmenin ve toplumsal kalkınmanın katalizörü olarak değerlendirilebilecek halk sağlığı ve sosyal hizmet alanlarının birbiriyle eşgüdümlü çalışması halinde uygulamadaki verimliliğin artacağı ve böylece ortak amaçlara ulaşma noktasında çok daha sağlam adımlarla ilerlenebileceğidir. Bu bağlamda halk sağlığı ve sosyal hizmet alanlarına yönelik multidisipliner bir bakışın her yönüyle faydalı olacağı kanaatindeyiz.

## Kaynakça

1. Akşit, B. (2015). "Halk Sağlığı", Ç. Güler ve L. Akın (Ed.) Sosyal Çalışma ve Halk Sağlığı (ss. 1560-1572). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
2. Başer, D., Kıriloğlu, M. ve Aktaş, A. M. (2013). "Sosyal Hizmet Mesleğinin Bir Uygulama Alanı Olarak Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi Ve Güncel Değişimler", Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, Cilt:24, Sayı:2, s.179-192.
3. Duyan, Veli (2010). Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
4. Fişek, Nusret (1983). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bülteni.
5. Gunes, T. ve Tuncay, T. (2018). "Türkiye'de Gelişmekte Olan Bir Uygulama Alanı" Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, Sayı:12, s.1-27.
6. Gunes, T. ve Tuncay, T. (2018). "Türkiye'de Halk Sağlığı Sosyal Hizmet Araştırması: Temel İhtiyaçlar ve Zorluklar", Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Kongre Özel Sayı, Cilt:5, s.199-200.
7. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/2017-performans-programi.pdf> erişim: 1.3.2019
8. Oral, M. ve Tuncay, T. (2012). "Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları", Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, Cilt:23, Sayı: 2, s.93-114.
9. Özdemir, Uğur. (1999). "Psikiyatri Tedavi Ekibinin" Ekip Çalışması" Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri", Kriz Dergisi, Cilt: 7, Sayı:2.
10. Özkahraman, Şükran (2012). "Halk sağlığında yeni yönelim: halk sağlığı öz yeterlikleri", Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Sayı:2, s.36-40.
11. Saruç, S., ve Kılıç, A. K.(2015). "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler", Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, Cilt:26, Sayı: 2, s.53-72.
12. Sheafor, B. W. ve Horejsi, C. R. (2016). Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler. (Çev. Ed.: D.B. Çiftçi).Ankara: Nika Yayınevi.
13. Thompson, N. (2016). Güç ve Güçlendirme. (Çev. Ed.: Ö.Cankurtaran). Ankara: Nika Yayınevi.
14. Zastrow, C. (2013). Sosyal Hizmete Giriş (Çev. Ed.: D.B. Çiftçi). Ankara: Nika Yayınevi.

# Hemşirelerin Çok Kültürlü Kişilik Özelliklerini Etkileyen Faktörler

## The Factors Affecting Multicultural Personality Characteristics of Nurses

Aslı KURTGÖZ<sup>1</sup>

Zeliha KOÇ<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma 10-28 Ekim 2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışan 235 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirildi. Veriler 32 soruluk bir anket formu ile “Çok Kültürlü Kişilik Ölçeği (ÇKÖ)” kullanılarak toplandı. ÇKÖ beş alt boyut ve 33 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Tek Yönlü ANOVA testi kullanıldı. ÇKÖ toplam puan ortanca değeri 113 (71-113), “Esneklik”, “Açıklık”, “Duygusal Denge” “Sosyal Girişim” ve “Kültürel Empati” alt boyut puanları sırasıyla 14, 16, 23, 21, 40 olarak belirlendi. Hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerinin orta düzeyde olduğu ve eğitim düzeyi, mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme, çalıştığı servisteki görev, günlük bakım verilen hasta sayısı, yabancı dil bilme, başka kültürden insanlarla tanışmayı sevme, farklı kültürlerden arkadaşın olma durumu, farklı kültürlerle ilgi duyma, farklı kültürden hastaya bakım verirken tedirgin olma değişkenleri açısından anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ( $p < 0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Çok Kültürlü, Kişilik

### ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study to determine the factors affecting the multicultural personality characteristics of the nurses. The study was conducted between 10-28 October 2018 with the participation of 235 nurses who are working in a public hospital. The data of the research were collected by using a 32-item questionnaire form and the “Multicultural Personality Scale”. The Multicultural Personality Scale is a five-point Likert-type scale consisting of five sub-dimensions and 33 items. The Mann Whitney U, Kruskal Wallis and One-Way Analysis of Variance were used to evaluate the data. The median value of total score of MPS 113 (71-113), “Flexibility”, “Openness”, “Emotional Balance”, “Social Initiative” and “Cultural Empathy” sub-dimensions were determined respectively as 14, 16, 23, 21, 40. It was determined as intermediate-level of the multicultural personality level of the nurses and it was found significantly different in terms of variables which

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, [asli.aydogan@amasya.edu.tr](mailto:asli.aydogan@amasya.edu.tr)

<sup>2</sup> Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, [zkoc@omu.edu.tr](mailto:zkoc@omu.edu.tr)

education level, choosing the profession with own request, liking the profession, task in the unit, number of patients given care in one day, foreign language speech status, liking to meet people from other cultures, state of having friends from different cultures, interest in different cultures, state of being irritated while patient care who is from different cultures ( $p<0,05$ ).

**Key Words:** Nurse, Multicultural, Personality

## **Giriş**

Günümüzde küreselleşme, savaş ve göç gibi faktörler farklı kültürel özelliklere sahip grupların oluşturduğu çok kültürlü yapıların ortaya çıkmasına neden olmuştur(Temel, 2008). Özellikle modern küreselleşme, çok kültürlü kişilik ölçütlerinin ve özelliklerinin gelişimini hızlandırmıştır (Herrera ve Owens, 2015). Diğer yandan bireylerin yaş, cinsiyet, ırk, etnik yapı, sosyoekonomik sınıf, dini kimlik ve eğitim gibi özellikleri de kültürel yapıları etkilemiştir (Temel, 2008). Kültür, insanlar tarafından paylaşılan, nesilden nesile aktarılan örf, adet, değer, tutum, davranış, inanış ve uygulamalar olarak tanımlanabilir (Kozier ve ark.,1991). Bu doğrultuda bir bireyin içinde yetiştiği kültür, o bireyin değer yargılarını, düşünce biçimini, başkalarına ilişkin görüşünü, kendisini nasıl hissettiğini ve davranışlarını etkileyebilir (Özgüzel, 2013).

Bireyin sağlık ve hastalık kavramına ilişkin görüş, inanç ve tutumları içinde bulunduğu kültür doğrultusunda şekillenir. Bu doğrultuda hastalık ve sağlık algısı, farklı toplumlarda farklı kültürel özellikler gösterir (Öz, 2010). Diğer yandan çok kültürlü toplumlarda, sağlık bakım profesyonellerinin kültürel yeterliliğe ve çok kültürlü kişilik özelliğine sahip olmaları beklenir (İz ve Temel, 2009).Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonellerinin hizmet verdiği bireylerin kültürel özelliklerini iyi tanımaması ve önyargılı davranması, iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa ve kalıplaşmış yargılamalara neden olabilir.Diğer yandan sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin bireylerin kültürlerine ilişkin yanlış veya eksik bilgileri birey, aile ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle hemşirelerin kültürel farklılıklara duyarlı bakım ve tedavi sunması (Temel, 2008), hastaların kültürel özelliklerini dikkate alan bir hemşirelik bakımı planlaması son derece önemlidir (Terkeş ve Bektaş, 2013).

## **Araştırmanın Amacı**

Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Hemşirelerin çok kültürlü kişilik özellikleri hangi düzeydedir?
- Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri çok kültürlü kişilik özelliklerini etkilemekte midir?



## **Yöntem**

Bu araştırma 10-28 Ekim 2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütüldü.

## **Çalışma Grubu**

Bu araştırmanın çalışma grubunu bir devlet hastanesinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 235 gönüllü kadın ve erkek hemşire oluşturmuştur.

## **Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi**

Bu çalışmada veriler, hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile “Çok Kültürlü Kişilik Ölçeği (ÇKÖ)” kullanılarak toplandı. Hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile çok kültürlü kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından toplanmaya başlanmıştır.

Çok Kültürlü Kişilik Ölçeği, Van der Zee ve Van Oudenhoven (2002), tarafından geliştirilen, Polat (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin orijinal formatında 91 madde bulunmaktadır. Polat, ölçeği Türkçe'ye uyarlarken kültürümüzde karşılığı olmayan ve anlaşılmayan bazı maddeleri çıkartarak 33 maddelik bir ölçek elde etmiştir. Ölçek; Esneklik, Duygusal Denge, Sosyal Girişim, Açıklık ve Kültürel Empati olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan bireylerin çok kültürlü kişilik özelliklerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,82 olarak bildirilmiştir (Polat, 2009). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak saptanmıştır.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 20 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Tek Yönlü ANOVA testi kullanıldı.

## **Bulgular**

Çalışma kapsamına alınan 235 hemşirenin,%83,4'ünün kadın, %77,0'ünün evli, %57,9'unun lisans mezunu, %96,6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %49,4'ünün aylık gelirin 3600-4400 TL arasında değiştiği,%45,5'inin cerrahi birimlerde çalıştığı, %92,8'inin servis hemşire olarak görev yaptığı, %42,1'inin çalışma yılının 1-10 yıl arasında değiştiği, %68,5'inin çalıştığı serviste görev yapan hemşire sayısının 8-11 arasında değiştiği, %96,6'sının kadrolu, %80,4'ünün vardiyalı olarak çalıştığı, %60,9'unun mesleğini isteyerek seçtiği, %66,4'ünün mesleğini sevdiği, %47,2'sinin çalıştığı servisten memnun olduğu, %55,3'ünün çalıştığı bölümü isteyerek seçmediği, %38,3'ünün haftalık çalışma saatinin 41-

50 saat arasında değiştiği, %63,0'ının günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısının 2-10 arası olduğu, %75,3'ünün yabancı dil bilmediği, %82,1'inin daha önce yurt dışına çıkmadığı, %71,1'inin daha önce çok kültürlü bir ortamda bulunduğu, %72,3'ünün Karadeniz bölgesinde yetiştiği, %75,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %83,4'ünün başka kültürden insanlarla tanışmayı sevdiği, %52,3'ünün farklı kültürlerden arkadaşının olduğu, %69,4'ünün farklı kültürlere ilgi duyduğu, %95,3'ünün farklı kültürden hastaya bakım verdiği, %59,1'inin farklı kültürden hastaya bakım verirken tedirgin olmadığını ifade ettiği saptandı.

Hemşirelerin K toplam ortanca puanı 113(71-113) olarak belirlendi. "Esneklik", "Açıklık", " Duygusal Denge", "Sosyal Girişim", ve " Kültürel Empati" alt boyut ortanca puanları sırasıyla 14(8-66), 16(9-25), 23(14-73), 21(12-30) ve 40(15-55)olarak saptandı. Hemşirelerin K puanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, ocuk sayısı, aylık gelir, çalıştığı servis, hemşire olarak çalışma yılı, bulunduğu hastanede hemşire olarak çalışma yılı, halen görev yaptığı serviste çalışma yılı, bulunduğu serviste çalışan hemşire sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, çalışma şekli, çalıştığı servisten memnun olma durumu, çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumu, haftalık çalışma saati, daha önce yurtdışında bulunma durumu, daha önce çok kültürlü bir ortamda bulunma durumu, yetiştiği coğrafı bölge, yetiştiği yerleşim birimi ve farklı kültürden hastaya bakım verme durumu gibi değişkenlere göre farklılık göstermediği belirlendi ( $p>0.05$ ).

Bununla birlikte K puanının hemşirelerin eğitim durumuna ( $p= 0, 007$ ), servisteki görevine ( $p= 0, 029$ ), mesleği isteyerek tercih etme durumuna ( $p=0,001$ ) mesleği sevme durumuna ( $p=0,004$ ), günlük ortalama bakım verilen hasta sayısına ( $p=0,022$ ), yabancı dil bilme durumuna ( $p=0,038$ ), farklı kültürlerden insanlarla tanışmayı sevme durumuna ( $p=0,001$ ), farklı kültürlerden arkadaşı olma durumuna ( $p=0,019$ ), farklı kültürlere ilgi duyma durumuna ( $p=0,001$ ) ve farklı kültürden hastaya bakım verirken tedirgin olma durumuna ( $p=0,015$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Eğitim durumu doktora olan, servis sorumlu hemşiresi olan görev yapan, mesleğini isteyerek seçen, mesleğini seven, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı 11 ve üzeri olan, yabancı dil bilen, başka kültürden insanlarla tanışmayı seven, farklı kültürlerden arkadaşı olan, farklı kültürlere ilgisi olan, farklı kültürden hastaya bakım verirken tedirgin olan hemşirelerin çok Kültürlü Kişilik leği puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Puanının Karşılaştırılması

Özellikler		Med (Min-Max) A.O±S.S	p değeri Test değeri
Yaş	19-30 yaş	110 (84- 170)	p=0,302 $\chi^2 =2,395$
	31-40 yaş	115 (71- 173)	
	41 yaş ve üzeri	114 (83- 133)	
Cinsiyet	Kadın	113 (84- 165)	p=0,401 U=4126,50
	Erkek	117 (71- 173)	
Medeni Durum	Evli	114 (71- 170)	p=0,202 U=4244,00
	Bekar	110 (95- 173)	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	106,5 (95- 129)	p=0,007 $\chi^2 =14,250$
	Ön Lisans	110 (71- 140)	
	Lisans	114 (84- 173)	
	Yüksek Lisans	117 (104- 140)	
	Doktora	108,5 (105- 112)	
Aile Tipi	Geniş Aile	116 (84- 133)	p=0,780 U=851,50
	Çekirdek Aile	113 (71- 173)	
Çocuk Sayınız	1 çocuk	113,9 ± 13,1	p=0,833 F=0,183
	2 çocuk	113,5 ± 12,1	
	3 çocuk	115,5 ± 10,4	
Aylık gelir	2500-3500 TL	111 (83- 135)	p=0,944 $\chi^2 =0,115$
	3600-4400 TL	113 (71- 173)	
	4500 TL ve üzeri	113,5 (90- 137)	
Çalışılan Servis	Dahili Birimler	114 (84- 170)	p=0,098 $\chi^2 =4,643$
	Cerrahi Birimler	115 (83- 165)	
	Diğer Birimler	111,5 (71- 173)	
Servisteki Görevi	Servis Hemşiresi	113 (71- 173)	p=0,029 U=2432,50
	Servis Sorumlu Hemşiresi	118 (103- 133)	
Çalışma yılı	1-10 yıl	111,5 (84- 173)	p=0,595 $\chi^2 =1,039$
	11-19 yıl	114 (71- 165)	
	20 yıl ve üzeri	114 (83- 135)	

Hastanedeki görev yılı	1-6 yıl	111 (71- 173)	p=0,104
	7-14 yıl	116 (83- 165)	$\chi^2 =4,534$
	15 yıl ve üzeri	115 (84- 140)	
Servisteki görev yılı	1-4 yıl	111 (71- 173)	p=0,261
	5-9 yıl	115 (83- 165)	$\chi^2 =2,686$
	10 yıl ve üzeri	114,5 (94- 140)	
Servisteki toplam hemşire sayısı	8-11 hemşire	114 (83- 165)	p=0,397
	12 hemşire ve üzeri	112 (71- 173)	U=5470,00
Çalışma Statüsü	Kadrolu	113 (71- 173)	p=0,894
	Sözleşmeli	111,5 (83- 135)	U=929,00

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Puanının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med (Min-Max)	p değeri Test değeri
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	116 (83- 135)	p=0,258
	Vardiya	113 (71- 173)	U=3859,00
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu	Evet	116 (71- 173)	p=0,001
	Hayır	109 (90- 165)	U=4861,00
Mesleği Sevme Durumu	Seviyor	115 (71- 170)a	p=0,004
	Sevmiyor	107 (90- 173)b	$\chi^2 =11,298$
	Kararsız	111,5 (83-165)ab	
Çalışılan Servisten Memnun Olma Durumu	Memnun	114 (91- 144)	p=0,148
	Memnun Değil	109,5 (83- 173)	$\chi^2 =3,826$
	Kısmen Memnun	112 (71- 170)	
Çalışılan Bölümü İsteyerek Seçme Durumu	Evet	113 (84- 173)	p=0,473
	Hayır	113 (71- 140)	U=6403,00
Haftalık çalışma saati	32-40 saat	113 (84- 165)	p=0,939
	41-50 saat	114 (71- 170)	$\chi^2 =0,127$
	51 saat ve üzeri	112,5 (91- 173)	
Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısı	2-10 hasta	112 (71- 173)	p=0,022
	11 hasta ve	116 (96- 165)	U=7537,50

	üzeri		
Yabancı Dil Bilme Durumu	Evet	115,5 (101- 165)	p=0,038
	Hayır	112 (71- 173)	U=4179,00
Yurtdışına Çıkma Durumu	Evet	113,5 (98- 137)	p=0,932
	Hayır	113 (71- 173)	U=4066,00
Çok Kültürlü Ortamda Bulunma Durumu	Evet	113,5 (71- 173)	p=0,344
	Hayır	112,5 (84- 170)	U=5199,00
Yetiştigi Coğrafi Bölge	Marmara	113 (98- 127)	
	İç Anadolu	111 (94- 140)	p=2,947
	Karadeniz	113 (71- 173)	$\chi^2 =2,947$
	Akdeniz	117 (103- 133)	
	Ege	108 (84- 144)	
Yetiştigi Yerleşim Birimi	Köy	118 (83- 133)	p=0,841
	İlçe	113 (71- 140)	$\chi^2 =0,347$
	İl Merkezi	113 (84- 173)	
Başka Kültürden İnsanlarla Tanışmayı Sevme Durumu	Evet	114 (84- 173)	p=0,001
	Hayır	105 (71- 137)	U=2318,00
Farklı Kültürden Arkadaşı Olma Durumu	Evet	114 (84- 173)	p=0,019
	Hayır	111 (71- 136)	U=5619,00
Farklı Kültürlere İlgisi Olma Durumu	Evet	115 (84- 173)	p=0,001
	Hayır	108 (71- 129)	U=3563,50
Farklı Kültürden Hastaya Bakım Verme Durumu	Evet	113 (71- 173)	p=0,084
	Hayır	110 (95- 118)	U=847,50

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Puanının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med (Min-Max)	p değeri Test değeri
Farklı Kültürden Hastaya Bakım Verirken Tedirgin Olma Durumu	Evet	118 (95- 140)	
	Hayır	113 (71- 173)	p=0,015
	Kararsızım	108,5 (96- 165)	$\chi^2 =8,446$

Not:  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği. F: Varyans Analizi test istatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

Açıklık alt boyutu puanının hemşirelerin cinsiyetine ( $p=0,008$ ), çalışma yılına ( $p=0,014$ ), servisteki görevine ( $p=0,006$ ), çalışma şekline ( $p=0,022$ ), mesleği isteyerek seçme durumuna ( $p=0,035$ ), çalışılan servisten memnun olma durumuna ( $p=0,032$ ), günlük ortalama bakım verilen hasta sayısına ( $p=0,013$ ), farklı kültürden arkadaşı olma durumuna ( $p=0,009$ ), farklı kültürlerle ilgi duyma durumuna ( $p=0,009$ ), farklı kültürlerden hastaya bakım verme durumuna ( $p=0,001$ ) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Erkek, çalışma yılı 11-19 yıl arası olan, servis sorumlusu hemşiresi olarak görev yapan, sürekli gündüz çalışan, mesleğini isteyerek seçen, çalıştığı servisten memnun olan, günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı 11 ve üzeri olan, farklı kültürlerden arkadaşı olan, farklı kültürlerle ilgisi olan, farklı kültürden hastaya bakım veren hemşirelerin Açıklık alt boyut puanının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Açıklık Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Özellikler		Med (Min-Max)	p değeri Test değeri
Cinsiyet	Kadın	16 (9- 25)	$p=0,008$
	Erkek	16 (13- 24)	$U=4836,00$
Servisteki Görevi	Servis Hemşiresi	16 (9- 25)	$p=0,006$
	Servis Sorumlu Hemşiresi	17 (15- 20)	$U=2591,00$
Çalışma yılı	1-10 yıl	15 (9- 24) <sup>ab</sup>	$p=0,014$
	11-19 yıl	16 (9- 25) <sup>b</sup>	$\chi^2=8,543$
	20 yıl ve üzeri	15,5 (11- 21) <sup>a</sup>	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	16,5 (9- 21)	$p=0,022$
	Vardiya	16 (9- 25)	$U=3411,50$
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu	Evet	16 (9- 24)	$p=0,035$
	Hayır	15 (9- 25)	$U=5518,50$
Çalışılan Servisten Memnun Olma Durumu	Memnun	16 (9- 23) <sup>a</sup>	$p=0,032$
	Memnun Değil	16 (9- 20) <sup>ab</sup>	$\chi^2=6,859$
	Kısmen Memnun	15 (11- 25) <sup>b</sup>	
Günlük bakım verilen hasta sayısı	2-10 hasta	16 (9- 24)	$p=0,013$
	11 hasta ve üzeri	16 (9- 25)	$U=7676,00$

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Açıklık Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med (Min-Max)	p değeri
------------	--	---------------	----------

			Test değeri
Farklı Kültürden Arkadaşı	Evet	16 (9- 25)	p=0,009
Olma Durumu	Hayır	15 (9- 24)	U=5549,00
Farklı Kültürlere İlgisi	Evet	16 (9- 25)	p=0,009
Olma Durumu	Hayır	15 (9- 22)	U=4624,00
Farklı Kültürden	Evet	16 (9- 25)	p=0,001
Hastalara Bakım Verme Durumu	Hayır	12 (9- 16)	U=389,50

Not:  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği. F: Varyans Analizi test istatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

Sosyal Girişim alt boyutu puanının hemşirelerin eğitim durumuna (p=0,001), haftalık çalışma saatine (p=0,023), günlük ortalama bakım verilen hasta sayısına (p=0,047), yabancı dil bilme durumuna (p=0,031), farklı kültürlerden insanlarla tanışmayı sevme durumuna (p=0,030), farklı kültürlerden arkadaşı olma durumuna (p=0,041) ve farklı kültürlere ilgi duyma durumuna (p=0,002) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Eğitim durumu lisans olan, haftalık çalışma saati 51 ve üzeri olan, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı 11 ve üzeri olan, yabancı dil bilen, başka kültürden insanlarla tanışmayı seven, farklı kültürlerden arkadaşı olan, farklı kültürlere ilgisi olan hemşirelerin Sosyal Girişim alt boyut puanının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Sosyal Girişim Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Özellikler		Med(Min-Max)	p değeri Test değeri
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek	20,5 (15- 25)ab	p=0,001 $\chi^2=25,062$
	Lisesi		
	Ön Lisans	20 (12- 25)b	
	Lisans	22 (13- 30)a	
	Yüksek Lisans	21 (17- 30)ab	
	Doktora	19 (17- 21)b	
Haftalık çalışma saati	32-40 saat	21 (13- 30)a	p=0,023 $\chi^2=7,571$
	41-50 saat	21 (12- 28)ab	
	51 saat ve üzeri	22 (15- 30)b	
Günlük bakım verilen hasta sayısı	2-10 saat	21 (12- 29)	p=0,047 U=7380,50
	11 saat ve üzeri	22 (15- 30)	
Yabancı Dil Bilme	Evet	21,5 (17- 30)	p=0,031

Durumu	Hayır	21 (12- 29)	U=4147,50
Başka Kültürden	Evet	21 (12- 30)	p=0,030
İnsanlarla Tanışmayı Sevme Durumu	Hayır	19,5 (16- 26)	U=2899,00

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Sosyal Girişim Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med(Min-Max)	p değeri Test değeri
Farklı Kültürden Arkadaşı Olma Durumu	Evet	21 (12- 30)	p=0,041
	Hayır	19,5 (16- 26)	U=5777,00
Farklı Kültürlere İlgil Duyma Durumu	Evet	21 (12- 30)	p=0,002
	Hayır	20 (16- 28)	U=4333,50

Not:  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği. F: Varyans Analizi test istatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

Kültürel Empati alt boyutu puanının hemşirelerin eğitim durumlarına (p=0,028), çalışılan servise (p=0,043), mesleği isteyerek tercih etme durumuna(p=0,013), mesleği sevme durumuna (p=0,007), yabancı dil bilme durumuna (p=0,027), çok kültürlü ortamda bulunma durumuna (p=0,031), başka kültürlerden insanlarla tanışmayı sevme durumuna (p=0,009) ve farklı kültürlere ilgi duyma durumlarına (p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Yüksek lisans mezunu, cerrahi birimde çalışan, mesleğini isteyerek tercih eden, mesleğini sevme konusunda kararsız olan, yabancı dil bilen, daha önce çok kültürlü ortamda bulunan, başka kültürden insanlarla tanışmayı seven ve farklı kültürlere ilgisi olan hemşirelerin Kültürel Empati alt boyut puanının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Kültürel Empati Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Özellikler		Med(Min-Max)	p değeri Test değeri
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	36 (32- 50)	p=0,028
	Önlisans	38 (15- 54)	$\chi^2=10,868$
	Lisans	40,5 (22- 55)	
	Yüksek Lisans	41,5 (36- 49)	
	Doktora	39,5 (36- 43)	



Çalışılan Servis	Dahili Birimler	39 (29- 51)ab	p=0,043
	Cerrahi Birimler	40 (22- 55)b	$\chi^2=6,299$
	Diğer Birimler	38 (15- 50)a	
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu	Evet	40 (15- 54)	p=0,013
	Hayır	38 (32- 55)	U=5257,00
Mesleği Sevme Durumu	Seviyor	40 (15- 55)	p=0,007
	Sevmiyor	36 (32- 45)	$\chi^2=9,952$
	Kararsız	41 (22- 55)	
Yabancı Dil Bilme Durumu	Evet	41 (32- 55)	p=0,027
	Hayır	40 (15- 54)	U=4120,50
Çok Kültürlü Ortamda Bulunma Durumu	Evet	40 (15- 55)	p=0,031
	Hayır	38,5 (28- 51)	U=4633,50

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Kültürel Empati Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med(Min-Max)	p değeri Test değeri
Başka Kültürden İnsanlarla Tanışmayı Sevme Durumu	Evet	40 (28- 55)	p=0,009
	Hayır	37 (15- 50)	U=2731,50
Farklı Kültürlere İlgi Duyma Durumu	Evet	40 (28- 55)	p=0,001
	Hayır	40 (15- 51)	U=4049,50

Not:  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği. F: Varyans Analizi test istatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

Esneklik alt boyutu puanının hemşirelerin mesleği isteyerek seçme (p=0,001), mesleği sevme durumlarına (p=0,033) ve başka kültürlerden insanlarla tanışmayı sevme durumlarına (p=0,007) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Mesleğini isteyerek seçen, mesleğini seven ve başka kültürden insanlarla tanışmayı seven hemşirelerin Esneklik alt boyut puanının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Esenlik Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Özellikler		Med(Min-Max)	p değeri Test değeri
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu	Evet	14 (8- 66)	p=0,001
	Hayır	13,5 (8- 20)	U=4956,00

Mesleği Sevme Durumu	Seviyor	14 (8- 66)	p=0,033 $\chi^2=6,847$
	Sevmiyor	14 (8- 16)	
	Kararsız	14 (9- 20)	
Başka Kültürden	Evet	14 (8- 66)	p=0,007
İnsanlarla Tanışmayı Sevme Durumu	Hayır	13 (10- 18)	U=2800,50

Not:  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği. F: Varyans Analizi test istatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

Duygusal Denge alt boyutu puanının hemşirelerin çalıştığı servise (p=0,044), mesleği isteyerek seçme durumlarına (p=0,035), günlük ortalama bakım verilen hasta sayısına (p=0,001), farklı kültürlerden insanlarla tanışmayı sevme durumuna (p=0,001), farklı kültürlerden arkadaşı olma durumuna (p=0,007), farklı kültürlere ilgi duyma durumuna (p=0,001) ve farklı kültürlerden hastaya bakım verirken tedirgin olma durumuna (p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Dahili birimlerde çalışan, mesleğini isteyerek seçen, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı 11 ve üzeri olan, başka kültürden insanlarla tanışmayı seven, farklı kültürlerden arkadaşı olan, farklı kültürlere ilgisi olan farklı kültürlerden hastaya bakım verirken tedirgin olan hemşirelerin Duygusal Denge alt boyutu puanının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile ÇKÖ Duygusal Denge Alt Boyut Puanının Karşılaştırılması

Özellikler		Med(Min-Max)	p Değeri Test Değeri
Çalışılan Servis	Dahili Birimler	23 (18- 70)	p=0,044 $\chi^2=6,255$
	Cerrahi Birimler	23 (16- 35)	
	Diğer Birimler	22 (14- 73)	
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu	Evet	23 (14- 73)	p=0,035
	Hayır	22 (17- 35)	U=5511,00
Günlük bakım verilen hasta sayısı	2-10 hasta	22 (14- 73)	p=0,001
	11 hasta ve üzeri	23 (17- 35)	U=8163,00
Başka Kültürden İnsanlarla Tanışmayı Sevme Durumu	Evet	23 (16- 73)	p=0,001
	Hayır	21 (14- 29)	U=2461,50
Farklı Kültürden Arkadaşı	Evet	23 (18- 73)	p=0,007

Olma Durumu	Hayır	22 (14- 30)	U=5485,00
Farklı Kültürlere İlgi	Evet	23 (16- 73)	p=0,001
Duyuma Durumu	Hayır	22 (14- 27)	U=4028,00
Farklı Kültürden Hastaya	Evet	24 (19- 32)	p=0,001
Bakım Verirken Tedirgin	Hayır	23 (14- 73)	$\chi^2=13,157$
Olma Durumu	Kararsız	21,5 (17- 35)	

Not:  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Test İstatistiği, U: Mann Whitney U Test İstatistiği. F: Varyans Analizi test istatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

## Sonuç ve Tartışma

Bu konudaki literatür incelendiğinde hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkileyen faktörler ile ilgili herhangi bir araştırma ile karşılaşmadığı için bu araştırmadan elde edilen bulguların tartışılması sınırlı olacaktır.

Bu çalışmada hemşirelerin ÇKÖ toplam ortanca puanı 113(71-113) olarak belirlendi. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça çok kültürlü kişilik özelliğinin arttığı göz önünde alındığında hemşirelerin orta düzeyde çok kültürlü kişilik özelliğine sahip oldukları söylenebilir.

Bu çalışmada, diğer gruplarla karşılaştırıldığında eğitim durumu doktora olan servis sorumlu hemşiresi olarak çalışan, mesleğini isteyerek seçen, mesleğini seven, günlük ortalama bakım sundukları hasta sayısı 11 ve üzeri olan hemşirelerin Çok Kültürlü Kişilik Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça sağlık hizmetlerinin kültüre uygun bir şekilde sunulması gerektiğini düşünme durumlarının azaldığı bildirilmiştir (Yaman ve ark., 2016). Hemşireler mesleki eğitim aldıkları kurum ve çalıştıkları kurumun kültüründen etkilenir ve bu kurumların değer ve uygulamaları ile kültürel yaklaşımlarını şekillendirirler (Temel, 2008). Bu durum hemşirelerin kültüre uygun bakım sunma algılarını etkilemektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin eğitim durumu, servisteki görevi, mesleğini isteyerek seçme, mesleğini sevme ve günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı değişkenlerin hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada yabancı dil bilen hemşirelerin Çok Kültürlü Kişilik Ölçeği puanlarının yabancı bir dil bilmeyen hemşirelerden daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Hemşireler ile yapılan bir çalışmada yabancı hastaya bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun dil yetersizliği nedeniyle iletişim zorluğu yaşadığı saptanmıştır (Yalçın ve Çam, 2015). Kültürlerarası bakım, dil ve iletişim güçlüklerinden olumsuz etkilenmektedir. Araştırma bulgusu doğrultusunda bu durum yabancı dil bilen hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliğinin daha olumlu olabileceğini göstermektedir.

Bununla birlikte bu çalışmada diğer gruplarla karşılaştırıldığında başka kültürden insanlarla tanışmayı seven, farklı kültürlerden arkadaşı olan, farklı kültürlere ilgisi olan, farklı kültürden hastaya bakım verirken tedirgin olan hemşirelerin ÇKÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Başka kültürlere ilgi duyma ve anlamaya çalışma bireylerin farklı kültürlere karşı olan anlayışlı yaklaşım ve tutumunun bir işareti olduğu söylenilebilir. Bu doğrultuda başka kültürlerden insanlarla tanışmayı seven, farklı kültürlere ilgi duyan ve farklı kültürlerden arkadaşı olan hemşirelerin ÇKÖ' den daha yüksek puan aldığı düşünülebilir.

Dünya'da toplumların giderek çok kültürlü yapıya dönüşmesi ve kültüre özgü bakım sunulması gerekliliği sağlık bakım hizmetlerini bu doğrultuda da hemşirelik uygulamalarını önemli derecede etkilemiştir (İz ve Temel, 2009). Hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini geliştirerek, farklı kültürel özelliklere sahip bireylere bakım vermeleri bakımın kalitesini artıracaktır. Bu doğrultuda hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkileyen faktörler belirlenerek, elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilebilir. Bireylerin çok kültürlü kişilik özellikleri bu konuda verilecek eğitimlerle desteklenebilir (Polat, 2009). Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşire ve tüm sağlık profesyonellerine bu konuda eğitimler verilmesi,
- Hemşirelerin çok kültürlü kişilik özelliklerini etkileyen faktörlerin hem nicel hem de nitel çalışmalar ile belirlenmesi ve
- Hemşirelerin bu konudaki farkındalık düzeylerinin artırılması önerilmektedir.

## Kaynakça

1. Aktaş, Y.Y., Uğur, H.G., & Orak, O.S. (2016). Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8,120-135.
2. Herrera, C. J. ve Owens, G.P. (2015). Multicultural personality and posttraumatic stress in U.S. service members. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4),323-33.
3. İz, F.B. ve Temel, A.B. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlik. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5(17), 51-58.
4. Kozier, B., Erb, G., & Olivieri, R. (1991). *Fundamentals of nursing concepts process and practise (4th ed)*. United States of America: Addison-Wesley Publishing Company.
5. Öz, F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Ankara: Mattek Matbacılık.
6. Özgüzel, S. (2013). Batı Avrupa'da çok kültürlü toplum olgusu ve kültürlerarası iletişimin önemi çok dillilik, çok kültürlülük ve dünya bireyi olmak. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 4,143-152.
7. Polat, S. (2009). Öğretmen adaylarının çok kültürlü eğitime yönelik kişilik özellikleri, *International Online Journal of Educational Sciences*, 1(1), 154-64.
8. Temel, A.B. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(11), 92-101.
9. Terkeş, N. ve Bektaş, H. (2013). Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında kültür. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1), 60-67.
10. Yalçiner, N. ve Çam, O. (2015). Psikiyatride çalışan hemşirelerin kültürlerarası bakım konusundaki görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3, 20-36.

# Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Belirlenmesi

## Determination of Intercultural Sensitivities of Intensive Care Nurses

Aslı KURTGÖZ<sup>1</sup>

Zeliha KOÇ<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma 5-20 Ocak 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 112 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirildi. Veriler 30 soruluk bir anket formu ile “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ)” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Hemşirelerin yaş ortalamasının 30, 99 ± 5,72 olduğu, %87,5'nin kadın olduğu %34,8'inin yenidoğan yoğun bakımda çalıştığı, %77,7'sinin yabancı bir dil bilmediği, %81,3'ünün daha önce yurt dışına çıkmadığı, %54,5'nin daha önce çok kültürlü bir ortamda bulunduğu, %80,4'ünün başka kültürden insanlarla tanışmayı ve onlarla arkadaşlık yapmayı sevdiği, %70,5'inin farklı kültürlere ilgi duyduğu belirlendi. Bu çalışmada hemşirelerin KDÖ puan ortalaması 80, 81 ± 11,14 (orta düzey) olduğu ve kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin medeni durum, aile tipi, farklı kültürlere ilgi duyma, başka kültürden insanlarla tanışmayı ve arkadaşlık etmeyi sevme durumu değişkenleri açısından anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p<0,05).

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Yoğun Bakım, Kültürlerarası Duyarlılık

### ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study to determine the intercultural sensitivity of nurses who are working in intensive care units. The study was conducted between 5-20 January 2018 with the participation of 112 nurses who are working in the intensive care units of a university hospital. The data of the research were collected by using a 30-item questionnaire form and the “Intercultural Sensitivity Scale”. The Mann Whitney U, Kruskal Wallis, One-Way Analysis of Variance and Independent sample t test were used to evaluate the data. It was detected that the mean age of the nurses is 30, 99 ± 5.72, 87.5% is female, 34.8% worked in neonatal intensive care, 77.7% didn't know a foreign language, 81.3% haven't been abroad, 54.5% had previously been in a multicultural environment, 80.4% of like to meet people from other cultures and make friendship with them, 70.5%

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, asli.aydogan@amasya.edu.tr

<sup>2</sup> Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı [zkoc@omu.edu.tr](mailto:zkoc@omu.edu.tr)

of are interested in different cultures. In this study the average score of the nurses from the Intercultural Sensitivity Scale was determined as 80, 81 ± 11,14 (intermediate) and the intercultural sensitivity levels of nurses that was found significantly different in terms of marital status, family type, interest in different cultures, liking to meet other people from other cultures / friendship (p<0,05).

**Key Words:** Nurse, Intensive Care, Intercultural Sensitivity

## Giriş

Kültür, insanlar tarafından paylaşılan ve nesilden nesile aktarılan örf, adet, değer, tutum, davranış, inanış ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Kozier et al.1991:82-93.). Günümüz dünyasında meydana gelen küreselleşme, savaşlar, etnik çatışmalar, baskıcı rejimler ve ekonomik krizler gibi nedenlerle bireyler, kendi ülkeleri içinde başka bir yere ya da farklı ülkelere göç etmektedirler. Buna bağlı olarak farklı kültürler ve alt kültürlerden bireylerin oluşturduğu çok kültürlü toplumsal yapılar ortaya çıkmaktadır (Temel, 2008). Dolayısıyla toplumların giderek çeşitlenmesi kültüre duyarlı bir iletişim ve bakımı zorunlu kılmaktadır (Brooks ve ark., 2019).

Kültürlerarası duyarlılık, kültürlerarası iletişim becerisinin bir parçası olup, “kültürlerarası farklılıkları anlama ve kabul etmede kendi motivasyonunu sağlamak için gerekli olan istek” olarak tanımlanmaktadır (Bulduk ve ark., 2017). Özellikle bir toplumda yer alan farklı kültürlerin sağlık hizmeti alımı sürecinde, sağlık profesyonellerinin bu bireylerin kültürlerine duyarlı bir yaklaşım sergilemeleri son derece önemlidir. Çünkü sağlık davranışları ve uygulamaları kültürler arasında çeşitlilik göstermekte, bireyler için sağlık ve hastalık kavramlarının tanımı değişmekte, bu durum bakım uygulamalarını etkilemektedir (Kozier ve ark.,1991). Sağlık hizmeti boyutunda kültürel duyarlılık, “kültürel olarak uygun bir dil kullanma, hastanın kültürü hakkında bilgi sahibi olma, kültürel değerlerini anlama, hasta bireyin değerlendirilmesinde o bireyin kültürünü düşünme ve tedaviyi hastanın sahip olduğu kültür doğrultusunda planlamadır” (Ulrey ve Amason, 2009).

Sağlık ekibi üyeleri içerisinde büyük bir popülasyona sahip olan hemşirelerin, hastayla kolay bir iletişim kurabilmesi, sağlıklı/hasta bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, nitelikli bir hemşirelik bakımı sunabilmesi için bireyin kültürel değerlerinin, inançlarının ve sağlık uygulamalarının farkında olması büyük önem arz etmektedir (Akar, 2011). Sağlık hizmetleri içerisinde yoğun bakım üniteleri gibi riskli hasta gruplarının bulunduğu alanlarda çalışan hemşirelerinde kültüre duyarlı bir hizmet sunması son derece önemlidir.

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olan bireylere özel bakımın sunulduğu birimlerdir. Farklı kültürel özelliklere sahip olan hastalar yoğun bakım hizmetlerine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu doğrultuda yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım ve tedavisini üstlendikleri hastalarla kültürel açıdan duyarlı iletişim kurabilmesi ve bu konuda

gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olması gerekmektedir. Ayrıca literatürde yoğun bakım ünitelerinde kültürel açıdan duyarlı bir iletişim ve bakım sunulduğunda bu durumun hasta ve yakınlarının yaşam sonu bakım deneyimlerini etkileme potansiyelinin bulunduğu bildirilmektedir (Brooks ve ark., 2019).

### **Araştırmanın Amacı**

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıklarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin kültürlerarası duyarlılıkları nasıldır?
- Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri kültürlerarası duyarlılık düzeylerini etkilemekte midir?

### **Yöntem**

Bu araştırma 5-20 Ocak 2018 tarihleri arasında yoğun bakım hemşirelerinin kültürlerarası duyarlılıklarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütüldü.

### **Çalışma Grubu**

Bu araştırmanın çalışma grubunu bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan, araştırmaya katılmayı kabul eden 112 gönüllü kadın ve erkek hemşire oluşturmaktadır.

### **Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi**

Bu çalışmada veriler, hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile "Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği" kullanılarak toplandı. Hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile farklı kültürlere ilgi duyma, çok kültürlü bir ortamda bulunma deneyimi gibi durumlarını belirlemeye yönelik toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından toplanmaya başlanmıştır.

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği; Chen ve Starosta (2000) tarafından geliştirilen ve Üstün (2011) tarafından Türkçeye uyarlanan, *kültürlerarası etkileşime katılım, kültürel farklılıklara saygı duyma, kültürlerarası etkileşimde özgüven, kültürlerarası etkileşimden zevk alma ve kültürlerarası etkileşime özen gösterme* olmak üzere beş alt boyut ve 24 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek (1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen Katılıyorum şeklinde derecelendirilmiş, beşli likert tipi bir ölçektir. Üstün (2011) ölçek uyarlama sürecinde yapmış olduğu doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinal formunda yer alan alt boyutlar ile tutarlılık göstermeyen 3 madde saptamış ve Chen'in önerisi



üzerine ölçek tek boyutlu bir yapı olarak kabul edilmiş, 19. madde ölçekten çıkarılmıştır. Elde edilen 23 maddelik ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir (Üstün, 2011). Bu çalışmada ölçek toplamı için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,85 olarak saptanmıştır.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 20 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ile Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Bağımsız Örneklem t testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır.

## **Bulgular**

Çalışmaya kapsamına alınan 112 hemşirenin, %87,5'ini kadın ve %12,5'ini erkek hemşirelerin oluşturduğu, %65,2'sinin evli olduğu, %83,9'unun lisans mezunu olduğu, %92,0'nin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %60,7'sinin çocuğunun bulunduğu, %30,4'ünün çocuk sayısının iki olduğu, %89,3'ünün aylık gelirin 2500-5000 TL arasında değiştiği, %34,8'inin yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %96,4'ünün yoğun bakım servisi hemşiresi olarak görev yaptığı, %56,3'ünün çalışma yılının 1-9 yıl arası olduğu, %60,7'sinin bulunduğu hastanede 1-9 yıldır görev yaptığı, %78,6'sının bulunduğu serviste 1-10 yıldır çalıştığı, %49,1'nin çalıştığı servisteki toplam hemşire sayısının 23-28 arası olduğu, %67,9'unun kadrolu, %90,2'sinin vardiyalı olarak çalıştığı, %72,3'ünün mesleğini isteyerek seçtiği, %67,0'nin mesleğini sevdiği, %48,2'sinin çalıştığı servisten kısmen memnun olduğu, %74,1'inin çalıştığı bölümü isteyerek seçmediği, %90,2'sinin haftalık çalışma saatinin 0-40 saat arası değiştiği, %92,0'nin günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısının 2-13 arası olduğu belirlenmiş olup yaş ortalamaları  $30,99 \pm 5,72$ 'dir.

Hemşirelerin %77,7'sinin yabancı bir dil bilmediği, %81,3'ünün daha önce yurt dışına çıkmadığı, %54,5'nin daha önce çok kültürlü bir ortamda bulunduğu, %88,4'ünün Karadeniz bölgesinde yetiştiği, %49,1'inin il merkezinde yaşadığı, %80,4'ünün başka kültürden insanlarla tanışmayı ve onlarla arkadaşlık etmeyi sevdiği, %54,5'inin farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşının olmadığı, %70,5'inin farklı kültürlerle ilgi duyduğu ve %56,3'ünün farklı kültürleri takip ettiği saptandı.

Bu çalışmada hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ortanca puanı 80 ve toplam puan ortalaması  $81,0 \pm 11,14$  olarak belirlendi. Hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sayısı, aylık gelir, servisteki görevi, hemşire olarak çalışma yılı, bulunduğu hastanede hemşire olarak çalışma yılı, halen görev yaptığı serviste çalışma yılı, bulunduğu serviste çalışan hemşire sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, çalışma şekli, mesleği isteyerek tercih etme durumu, mesleği sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, çalıştığı bölümü isteyerek tercih etme durumu,

haftalık çalışma saati, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, yabancı dil bilme durumu, daha önce yurtdışında ve çok kültürlü bir ortamda bulunma durumu, yetiştiği coğrafi bölge, yetiştiği yerleşim birimi, farklı ülkelerden ve/veya kültürlerden arkadaşının olma durumu, farklı kültürlerle ilgili takip edilen veya ilgilenilen alanlar gibi değişkenlere göre farklılık göstermediği belirlendi ( $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Bununla birlikte Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanının hemşirelerin medeni durumlarına ( $p= 0, 035$ ), aile tiplerine ( $p= 0, 038$ ), farklı kültürlere ilgi duyma ( $p<0,001$ ), başka kültürden insanlarla tanışmayı ve arkadaşlık etmeyi sevme durumlarına ( $p=0,014$ ) göre farklılık gösterdiği, evli olan, çekirdek aile yapısına sahip olan, farklı kültürlere ilgi duyan ve başka kültürlerden insanlarla tanışmayı ve arkadaşlık etmeyi seven hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler		Med (Min- Max) A.O $\pm$ S.S	Test değeri p değeri
Yaş	22-29 yaş	82 (52- 106)	$\chi^2 =1,206$ p=0,547
	30-36 yaş	83,5 (56- 106)	
	37-44 yaş	81 (67- 107)	
Cinsiyet	Kadın	82 (52- 107)	U=652,5 p=0,768
	Erkek	83 (62- 93)	
Medeni Durum	Evli	83 (56- 107)	U=1078 p=0,035
	Bekar	81 (52- 106)	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	71 (60- 106)	$\chi^2 =0,901$ p=0,825
	Ön Lisans	82 (71- 98)	
	Lisans	82 (52- 107)	
	Yüksek Lisans	83,5 (80- 90)	
Aile Tipi	Geniş aile	75 (56- 84)	U=270 p=0,038
	Çekirdek aile	82 (52- 107)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	83 (56- 107)	U=1219 p=0,098
	Hayır	80,5 (52- 106)	
Aylık Gelir	2500-5000 TL	82 (52- 107)	$\chi^2 =3,116$ p=0,211
	5001-7500 TL	85 (66- 101)	
	75001-10000 TL	106 (70- 106)	

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med (Min- Max) A.O ± S.S	Test değeri P değeri
Servisteki Görevi	Servis Hemşiresi	82 (52- 107)	U=150 p=0,3
	Servis Sorumlu Hemşiresi	84 (79- 104)	
Çalışma Yılı	1-9 yıl	82 (52- 106)	$\chi^2=0,337$ p=0,845
	10-18 yıl	82 (56- 107)	
	19-26 yıl	82,5 (70- 104)	
Bulunduğu Hastanede Kaç Yıldır Hemşire Olarak Görev Yaptığı	1-9 yıl	82 (52- 106)	$\chi^2=0,043$ p=0,979
	10-18 yıl	82 (56- 107)	
	19-26 yıl	82 (70- 104)	
Görev Yaptığı Serviste Kaç Yıldır Çalıştığı	1-10 yıl	82 (52- 106)	U=1262 p=0,843
	11-20 yıl	82 (56- 107)	
Hemşire Sayısı	9-15 hemşire	68,3 ± 7,1	F=2,767 p=0,067
	16-22 hemşire	81 ± 10,1	
	23-28 hemşire	81,6 ± 11,9	
Çalışma Statüsü	Kadrolu	80,7 ± 11,2	t=-0,14
	Sözleşmeli	81 ± 11,1	p=0,889
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	83 (67- 105)	U=523
	Vardiya	82 (52- 107)	p=0,75
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	82 (52- 107)	U=1162,5 p=0,545
	Hayır	83 (62- 106)	
Mesleği Sevme Durumu	Seviyor	82 (52- 107)	$\chi^2=2,685$ p=0,261
	Sevmiyor	83,5 (62- 106)	
	Kararsız	78 (62- 105)	
Çalıştığı Servisten Memnun Olma Durumu	Memnun	81,9 ± 10,4	F=0,424 p=0,656
	Memnun değil	80,8 ± 9,2	
	Kısmen memnun	79,9 ± 12,2	
Çalıştığı Bölümü İsteyerek Seçme Durumu	Evet	79,3 ± 13,1	t=-0,862 p=0,39
	Hayır	81,3 ± 10,4	
Haftalık Çalışma Saati	0-40 saat	82 (52- 107)	U= 428,5 p=0,214
	41-48 saat	76 (62- 91)	
Günlük Ortalama Bakım	2-13 hasta	82 (52- 107)	U=334,5

Verilen Hasta Sayısı	14-20 hasta	71 (62- 90)	p=0,167
----------------------	-------------	-------------	---------

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Med (Min- Max) A.O ± S.S	Test değeri P değeri
Yabancı Dil Bilme Durumu	Evet	82 (56- 106)	U=1040
	Hayır	82 (52- 107)	p=0,74
Daha Önce Yurt Dışına Çıkma Durumu	Evet	82 (52- 106)	U=915,5
	Hayır	82 (60- 107)	p=0,765
Daha Önce Çok Kültürlü Bir Ortamda Bulunma Durumu	Evet	81,6 ± 11,1	t=0,773
	Hayır	79,9 ± 11,2	p=0,441
Yetiştigi Yerleşim Birimi	Köy	80 ± 12,1	
	İlçe	82,3 ± 12	F=0,741
	İl Merkezi	79,7 ± 10,2	p=0,479
Başka Kültürden İnsanlarla Tanışmayı ve Arkadaşlık Etmeyi Sevme Durumu	Evet	82,5 (52- 107)	U=656
	Hayır	76,5 (62- 101)	p=0,014
Başka ülkelerden ve kültürden arkadaşı olma durumu	Evet	82 (52- 107)	U=1387
	Hayır	82 (60- 104)	p=0,324
Farklı Kültürlere İlgili Duyma Durumu	Evet	84 (56- 107)	U=656,5
	Hayır	76 (52- 101)	p<0,001
Farklı Kültürlere İlişkin İlgilendiği Alanlar	Film/dizi	82 (56- 106)	
	Kitap/dergi	84 (71- 98)	$\chi^2 = 2,067$
	TV	80 (52- 107)	p=0,723
	Müzik	79,5 (70- 85)	
	Belgesel	79 (67- 88)	

Not: t= Bağımsız örneklem t test istatistiği, U= Mann Whitney U Test İstatistiği,  $\chi^2$ = Kruskal Wallis Test İstatistiği, F= Tek Yönlü Varyans Analizi Test İstatistiği, A-B= Aynı harflere sahip gruplar arasında fark yoktur.

## Sonuç ve Tartışma

Bu çalışmada hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması 80,81±11,14 olarak belirlendi. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça kültürlerarası duyarlılık düzeyinin arttığı göz önüne alındığında hemşirelerin orta düzey bir duyarlılığa sahip oldukları

söylenbilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak, Karaca ve Özkan'ın (2017) kadın doğum hemşirelerinin katılımıyla yapmış oldukları bir çalışmada Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması  $77,93 \pm 6,53$  olarak saptanmıştır. Uzun ve Sevinç tarafından bir devlet hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada, hemşirelerin kültürel duyarlılığının orta düzey ( $84,32 \pm 11,40$ ) olduğu bildirilmiştir (Uzun ve Sevinç, 2015).

Bu çalışmada başka kültürlerden insanlarla tanışmayı ve arkadaşlık etmeyi seven hemşirelerin, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p < 0,05$ ). Araştırma bulgularına paralel olarak Öztürk ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanlarının başka kültürden insanlarla tanışmayı ve onlarla arkadaşlık yapmayı isteme durumuna göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir (Öztürk ve ark., 2017).

Bu araştırmada farklı kültürlere ilgi duyan hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanlarının farklı kültürlere ilgi duymayan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Farklı kültürlere ilgi duyup o kültür hakkında bilgi sahibi olmanın kültürlerarası duyarlılığı artırmasının beklendiği bir durum olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin farklı kültürlere sahip hastalara uygun bütüncül bir bakım verebilmesi ve kültürlerarası yaklaşım hakkında bilgi sahibi olması farklı kültürlerden bireylerle karşılaştıklarında nasıl davranılacağı konusunda yol gösterici olacaktır (Aktaş ve ark., 2016). Bu doğrultuda hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerini etkileyen faktörler belirlenerek, bu konuda uygun stratejiler geliştirilebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada veriler hemşirelerin kendilerini değerlendirmelerine dayalı olarak anket formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen bulguların hemşirelerle eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması, hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıklarını etkileyen faktörleri belirleyebilmek için gözlemler yapılamaması çalışmanın bir sınırlılığıdır. Bu konuda bundan sonra yapılacak çalışmalarda veriler toplanırken nitel araştırma yöntemlerinden de yararlanılması, daha geniş örneklem gruplarıyla ve farklı birimlerde çalışan hemşirelerle aynı konuda araştırmalar yapılması önerilmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin hem nicel hem de nitel çalışmalar ile değerlendirilmesi,
- Hizmet içi eğitim programında kültürlerarası duyarlılık konularına yer verilmesi,
- Kültürel özelliklere duyarlı bir hemşirelik bakım hizmetinin önemi konusunda hemşirelerin farkındalık düzeylerinin artırılması önerilmektedir.

## Kaynakça

1. Akar, N. (2011). Hemşirelerin ruh hastalarına yönelik kültürlerarası hemşirelik bakımı konusundaki görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
2. Aktaş, Y.Y., Uğur, H.G., & Orak, O.S. (2016). Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 120-135.
3. Brooks, L, A., Bloomer, M.J., & Manias, E. (2019). Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review. *Australian Critical Care*, 32, 516-523.
4. Bulduk, S., Usta, E., & Dinçer, Y. (2017). Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2, 73-77.
5. Karaca, T. ve Özkan, S.A. (2017). Kadın-doğum hemşirelerinin kültürlerarası duyarlılıklarının belirlenmesi. *1.Uluslararası 4.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi Bildiriler Kitabı* içinde (ss. 70-75) Erişim adresi: file:///C:/Users/x/Downloads/5054-18134-5-PB%20(1).pdf
6. Kozier, B., Erb, G. & Olivieri, R. (1991). *Fundamentals of nursing concepts process and practise* (4th ed). United States of America: Addison-Wesley Publishing Company.
7. Temel, A.B. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(11), 92-101.
8. Ulrey, K.L. ve Amason, P. (2009). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Journal of Health Communication*, 13(4), 449-63.
9. Uzun, Ö. ve Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3400-08.
10. Üstün, E. (2011). Öğretmen adaylarının kültürlerarası duyarlılık ve etnik merkezilik düzeylerin etkileyen etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
11. Öztürk, E.A., Gök, Z., & Koç, Z. (2017). The factors affecting the cultural intelligence levels of the emergency health service employees. *1.Uluslararası 4.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi Bildiriler Kitabı* içinde (ss. 90-95) Erişim adresi: file:///C:/Users/x/Downloads/5054-18134-5-PB%20(1).pdf

# Aile ve Bağımlılık Kavramı

## Family and Addiction Concept

Ayşe Zeynep AKKOYUN<sup>1</sup>

### ÖZET

Toplumun en küçük birimi olan aile; insanoğlunun kendi kültürünü, değerlerini, geçmişte yaşadığı tecrübelerini nesilden nesile aktarmaya aracılık etmektedir. Bebeğin doğumuyla birlikte ikili ilişkileri; başta annesiyle olmak üzere önce ailesi içinde başlamaktadır. İlerleyen süreçteki ilişkileri akrabaları, arkadaşları, iş hayatındaki insanlar ile zenginleşmektedir. Dolayısıyla bebeğin dünyaya geldiği andan itibaren ve özellikle de bakıma muhtaç olduğu zamanlarda ailesiyle ilişkisi; onun kimlik gelişimi, benimsedikleri ve ilerleyen yaşamında toplum içinde sergilediği davranışlarla yakından ilgilidir. Bağımlılık ise; günümüzde evrensel bir psikososyal sorun olarak karşımızda durmaktadır. Gerek toplum gerekse bireysel ruh sağlığını olumsuz etkileyen bağımlılık kavramı için ailenin önemi yadsınamaz düzeydedir. Göç, terör, savaş gibi ailedeki dengeleri bozan dış etkenler, aile içi sorunlar, rol model konumundaki bireylerin bağımlı olması, aile ortamında sevginin ve güvenin yeterli düzeyde olmaması gibi faktörler; bireyleri bağımlılığa yatkın hale getirmektedir. Psikiyatri literatürü derlenerek hazırlanan bu bildiri; toplumsal bir ruh sağlığı problemi olan bağımlılık kavramı ve bağımlılığın gelişiminde ailenin rolü hakkında farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** aile, bağımlılık, kültür, kimlik gelişimi, rol model, toplum ruh sağlığı

### ABSTRACT

The family, which is the smallest unit of a society, are the mediators of transferring of humanity's own culture, values, past experiences from generation to generation. With the birth of the baby, its bilateral relations being in its family, especially with his mother. In the upcoming process, its relationship are enriched by its relatives, friends and people in business life. Hence, from the moment the baby was born, and particularly at the moments when he was in need of care, its relationship with his family is closely related to his identity development and the behaviors he adopts and exhibits in society in its later life. On the other hand, addiction emerges as a universal psychosocial problem nowadays. The importance of the family is at an undeniable level for the addiction that adversely affects on both community and an individual mental health. Extrinsic factors destroying the balance in the family such as immigration, terrorism and war; interparental conflict, being addicted of the person on role models and the lack of love and confidence in family environment makes individuals predisposed to addiction. In this paper prepared by compiling psychiatric literature, it is aimed to create awareness about the concept of addiction, a social mental health problem, and the role of the family in the development of addiction.

---

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Kastamonu Tosya Devlet Hastanesi, [aysezeynep.akkoyun@gmail.com](mailto:aysezeynep.akkoyun@gmail.com)

**Keywords:** family, addiction, culture, identity developmant, role model, community mental health

## **Giriş**

Bağımlılık; toplumda görülme sıklığı gittikçe artan, çeşitli psikososyal sorunları beraberinde getiren, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan evrensel bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Birçok yeti yitimine sebep olan bağımlılık; önlenebilir ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır. Etiyolojisinde; biyolojik, psikolojik, sosyolojik, davranışsal ve çevresel birçok etken rol oynamaktadır (Bozkurt, 2016; Öztürk, 2015: 514; Sadock, 2016). Hastalığın biyolojik boyutu tıbbi tedavileri devreye sokmaktadır. Bahsi geçen diğer boyutlar ise; toplumsal desteğin harekete geçirilmesi, olası risk etkenlerin saptanması ve bu etkenlere erken müdahalede bulunulmasını gerekli kılmaktadır.

Ruh sağlığı yazını bağımlılık konusu ele alınırken bireyin ailesiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Evren, 2016: 42). Nitekim bağımlılığa yatkınlaştırıcı etkenler arasında ailesel faktörlerin olması ve bağımlılığın bireysel zararları yanında aile ortamına olumsuz etkilerinin varlığı; ailenin bağımlılık kavramından ayrı düşünülmemesini zorunlu kılmaktadır. Dolayısıyla bağımlılığın meydana gelişinde ailesel faktörlerin açıkça anlaşılması; bağımlılık ile mücadele ve koruyucu hekimlik noktasında önem arz etmektedir.

Psikiyatri literatürü derlenerek hazırlanan bu bildiri de; bağımlılık kavramı, bağımlılık gelişiminde ailesel faktörlerin rolü ve bağımlılığın aile üzerindeki etkileri hakkında farkındalık oluşturmak amaçlanmaktadır. Ayrıca bildirinin içeriğinde; bağımlılık ile mücadele bağlamında ailesel faktörlere yönelik çözüm önerileri de sunulmaktadır.

## **Bağımlılık Kavramı:**

Bağımlılık; bireyin kullandığı bir nesne ya da yaptığı bir eylem üzerinde kontrolünü kaybedip onsuз yaşayamaz hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır (TBM, 2016: 2). Bağımlı kişi; her koşulda bağımlısı olduğu maddeye karşı aşırı bir istek duymakta, kullanmadığında ya da kullandığı dozu azalttığında o maddeye özgü bir takım yoksunluk semptomları yaşamakta, maddeye karşı tolerans geliştiği için gittikçe kullandığı dozu artırmakta, bırakmak için boşa çıkan çabaları olmakta, zararlarına rağmen madde kullanımına devam etmekte, günün büyük bir dilimini maddeye ulaşmak için harcamakta ve işlevselliğın birçok alanında kayıplar yaşamaktadır (TBM, 2015). Burada aslında bağımlı kişi derken madde bağımlısı kastedilmekle birlikte; benzer özellikler diğer bağımlılık yapıcı nesnelere veya eylemlerin bağımlılığı için de geçerlidir.

Psikiyatri literatüründe bağımlılığın; davranışsal, fiziksel ve psikolojik bileşenleri üzerinde durulmaktadır. Davranışsal bağımlılıkta madde arayışı aktivitelerinin ve patolojik kullanım yöntemlerinin varlığına; fiziksel bağımlılıkta tekrarlayan madde kullanımına bağlı değişmiş



fizyolojik duruma ve kullanımın kesilmesiyle ya da dozunun azaltılmasıyla oluşan o maddeye özgü yoksunluk semptomlarına vurgu yapılmaktadır. Alışkanlık olarak da isimlendirilen psikolojik bağımlılıkta vurgulanan nokta ise; kişinin disforik durumdan kaçınmak için maddeye karşı aşermesidir (Sadock, 2016: 616-617). Bir başka deyişle davranışsal bağımlılık uygun olmayan madde temin etme yollarının; fizyolojik bağımlılık maddenin varlığına duyulan fizyolojik isteğin; psikolojik bağımlılık ise haz ve doyum sağlayabilmek amacıyla maddeye düşkünlüğün ve maddenin kesilmesiyle psikolojik yoksunluk belirtilerinin olması halidir.

Bağımlılık; toplumun her kesiminde ve tüm yaş gruplarında görülebilmektedir. Bu bozukluk özellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde karşılaşılan önemli ruhsal sorunların başında gelmektedir. Bağımlılık yapıcı maddeye başlama noktasında da bu dönemler vurgulanmaktadır. Ancak deneme yaşının gittikçe daha küçük yaşlara doğru kaydığı da bildirilmektedir (Turhan, 2011; Yüncü, 2006; Yüncü, 2014).

Bağımlılık denilince akla ilk olarak alkol ve madde bağımlılığı gelmektedir. Ancak son yıllarda bazı davranışlar ile alkol ve madde bağımlılığı arasındaki birtakım benzerlikler dikkati çekmiştir. Aralarındaki klinik özellikleri, psikososyal sonuçları, işlevselliğe etkileri, başlangıç dönemleri, seyri, kolaylaştırıcı ve koruyucu faktörleri gibi benzerlikler; tekrarlayıcı davranış bozuklukların bağımlılık kavramı açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür (Grant, 2010). Bu durum “davranışsal bağımlılık” kavramını gündeme getirmiştir. Günümüzde bağımlılığı temsil edebileceği düşünülen davranışlardan bazıları; kumar oynama, alışveriş yapma, televizyon izleme, seks, egzersiz, para harcama, aşırı yeme, bilgisayar oyunu ve aşırı internet kullanımınıdır (Altıntoprak, 2016; Arısoy, 2009; Bozkurt, 2016; Dalbudak, 2016; Deveci, 2016; Evren, 2016b; Griffiths, 2000; Güleç, 2016; Holden, 2001; Karadağ, 2016; Nurmedov, 2016; Şengül, 2016; Sevi, 2014; Vardar, 2016; Yurtseven, 2014; Yüncü, 2016).

Kullanımının artması; internetin yaşamın vazgeçilmezleri arasında yerini almasına neden olmuştur. Öyle ki günümüzde artık bebekler anne kucağının yanında bir de dijital teknolojinin içine doğmaktadır (Göka, 2017: 30). Amacı dışında ve kontrolsüz internet kullanımı birçok psikososyal soruna neden olmaktadır. Bununla birlikte internet kullanımının yaygınlaşması internet bağımlılığı riskini de beraberinde getirmektedir (Davis, 2010). Artan ekran sürelerinin ve olumsuz sonuçlarının yadsınamaz hale gelmesiyle birlikte internet bağımlılığı; ruh sağlığı çalışanları gibi toplumumuzun da gündemine oturarak davranışsal bağımlılıklar içinde ön plana çıkmıştır.

İnternet bağımlılığı hakkında henüz yeterli kanıt ve tanı ölçütleri üzerinde tam bir fikir birliği bulunmadığından dolayı; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın 5. baskısında (DSM-V) resmi sınıflandırma sistemine girememiştir (Arlington, 2013). Resmi sınıflandırmada yer almamakla birlikte klinik özellikleri arasında; internetteyken zaman duygusunun

kaybedilmesi, internet kullanımının denetlenememesi, bu nedenle sorumlulukların ihmal edilmesi, internete bağlanılmadığında sinirlilik, kaygı ve çökkünlük gibi belirtilerin ortaya çıkması, tolerans gelişimi, işlevselliğin etkilenmesi gibi belirtilerin olduğu bildirilmiştir (Block, 2008; Yen, 2007).

## **Bağımlılık ve Aile**

Bağımlılığın meydana gelişinde birçok kolaylaştırıcı faktör rol oynamaktadır. Bu faktörlerden biri de sosyal çevredir. Bebeğin ilk sosyal çevresi ailesidir. Bebek yaşamı öğrenirken ilk sosyal etkileşimlerini ve ikili ilişkilerini; başta annesiyle olmak üzere önce ailesi içinde gerçekleştirmektedir. İlerleyen yıllarda ilişkileri akrabaları, arkadaşları ve iş hayatındaki insanlarla zenginleşmektedir. Bebeğin dünyaya geldiği andan itibaren ailesiyle ilişkisi; onun kişilik ve kimlik gelişimiyle yakından ilgilidir. Dolayısıyla çocuğun ailevi ilişkilerinin niteliği; onun bütün yaşamını etkilemekte ve toplum içinde sergilediği tüm davranışları üzerinde belirleyici bir rol üstlenmektedir. Yani erişkin birey; aile dinamiklerinin izlerini ömrü boyunca ruhsal aygıtında taşımaktadır. O halde bağımlılığı kolaylaştırıcı faktörler tespit edilirken; aile ortamının niteliği üzerinde özenle durulması gerekmektedir.

İnsanoğlu kendi kültürünü, değerlerini, geçmişte yaşadığı tecrübelerini, gelenek ve göreneklerini; aile ortamı aracılığıyla nesiller boyu aktarmaktadır. Dolayısıyla kimliğin temelleri de bu ortamda atılmaktadır. Kimlik oluşumu bebeğin doğumundan önce annenin gebeliğiyle başlayan ve yaşamı boyunca devam eden dinamik bir süreçtir (Akhtar, 2018: 44). Literatürde tutarlı bir kendilik hissi şeklinde tanımlanan kimliğin sağlanması noktasında; ergenlik dönemine özellikle vurgu yapmaktadır (Wheeler, 1958: 19).

Erikson'a göre ergenlik; bireyin bütünlüklü kişisel hissiyatını kurabilmesi için hem kendisine hem de dünyasına dair bilgilerini, geçmiş bilgilerinden, şimdiki tecrübelerinden ve geleceğe dair hedeflerinden oluşan, tutarlığı ve sürekliliği içeren birleştirme girişimidir. Akhtar ise ergenliği "çocuğun kendi özerkliğini, isyanını ve bireyselleşerek ebeveyninden ayrılma gereksinimini ortaya koyduğu zaman" olarak tanımlamaktadır (Akhtar, 2018: 42, 122). Tanımlardan da anlaşılacağı üzere çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlik; risk alma davranışının daha sık görüldüğü, kimlik arayışını içinde barındıran zorlu ve dinamik bir süreçtir. Birey ergenlik dönemindeyken önceki ruhsal gelişim basamaklarının çatışmalarını ve kimliğini yeniden gözden geçirmektedir. Bu noktada kimlik gelişimi ve bütünleşmesi için hem çocukluk hem de ergenlik dönemindeki aile içi ilişkilerin göreceli önemi ortaya çıkmaktadır.

Sevgi ve güven insanoğlunun en temel ve en doğal ihtiyaçlarındandır. Çocuğun sağlıklı bir kimlik gelişimi için; aile ortamının yeterince sevgi ve güven dolu olması elzemdir. Böyle bir ortamda büyüyen çocuk; kendisini sevmeye değer ve kıymetli algılayarak kimlik inşasını sağlam temeller üzerine kuracaktır. Çocukluğunda çeşitli nedenlerle örselenerek ihtiyacı olan

şefkati yeterince görememiş çocuk örneğinde olduğu gibi tersi durumda; bireyin sağlıklı bir kimliğe sahip olması pek de olası değildir.

Ebeveynin çocuklarına karşı bazı olumsuz tutumları; sevgi ve güven dolu aile ortamını engellemektedir. Bahsi geçen olumsuz tutumlar arasında; ebeveynin ilgisizliği, sorumsuzluğu, ebeveynin çocuktan ayrı kalması, çocuğa ayrılan zamanın nicelik ve nitelik bakımından yetersizliği, ailedeki çarpık rol dağılımı, ebeveynin silik olması, aile içi şiddetin varlığı, çocuğa yeterli sosyal desteğin sağlanamaması, insancıl eğitimden uzak aile ortamı, ebeveynin birbirinden bağımsızmış gibi yaşamaları, çocuğun uyumsuz davranışlarının göz ardı edilmesi, çocuğa karşı aşırı sertlik ya da aşırı rahatlık, çocuk yerine ebeveynlerin düşünüp karar alması, hiçbir sorumluluk verilmeden veya sınırsız hoşgörülle çocuk yetiştirme, çocuğun eğitimine yeterli önemin verilmemesi, emeğin değerini öğretmeden tüm olanakların çocuğa sağlanması, sınır konulmaksızın çocuk yetiştirme, çocuğun yaptığı hataların konuşulmadan yadsınması, uygun denetim mekanizmasının yokluğu, çocuğun davranışlarının ebeveyn tarafından izlenmemesi, aile kurallarında belirsizlik ve tutarsızlık, tek yönlü iletişim varlığı, çocukların isteklerine hem evet hem hayır içeren cevaplar verilmesi veya cevapların süreklilikten yoksun olması, aile içi ödüllendirmenin yetersizliği, davranışları nedeniyle çocuğun utandırılması gibi birçok madde sıralanabilir (Akfert, 2009; Ögel, 1997: 75-82; Ögel, 2014; Özmert, 2006; Öztürk, 2015; Tezel, 2004: 1-6; Ünal, 1991).

Olumsuz ebeveyn tutumları çocuğun hem duygusal anlamda ihmal edilmesine hem de yalnız ve mutsuz bir çocukluk geçirmesine neden olmaktadır. Bahsi geçen ihmal; çocuğun ruhsal dengesini bozarak, çocukta kişilik ve kimlik sorunlarına neden olmaktadır. Bu sorunlar çocuğu çeşitli problemlerin içine sürüklemektedir. Yeterli düzeyde sevgi ve güven sağlayamayan aile ortamı; çocuğun ihtiyaç duyduğu ilgiyi arkadaş çevresinde aramasını, dış çevreyi ailesine tercih etmesi gibi yanlış seçimler yapmasını, sağlıksız arkadaşlıklar kurmasını, problemle baş etme mekanizmalarının olgunlaşmamasını ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı gibi kötü alışkanlıklar edinmesini kolaylaştırmaktadır. Nitekim bu durum çeşitli çalışmalarda da vurgulanmaktadır (Altıntaş, 2004; Çakıcı, 1996; Gökgöz, 2009; Gürol, 2012: 215-228; Lanier, 2001; Ögel, 2002; Özmert, 2006; Öztürk, 2015: 515; Rescnic, 1997; Soydaş, 2005; Swadi, 1999; Şengezer, 2014). Olumsuz ailesel faktörlerin bağımlılığa yatkınlaştırıcı etkisini tersten okumak da mümkündür. Örneğin olumlu ailesel faktörler hem bağımlılık açısından koruyucu olmakta hem de sağaltımda pozitif prognostik etmen olarak süreci kolaylaştırmaktadır. Nitekim madde bağımlılığı ve aile desteğini araştıran bir çalışmada aile desteği daha fazla olan bireylerin maddeye başlamadığı veya birey bağımlıysa tedavisinden daha olumlu sonuçlar alındığı bildirilmiştir (Pirinçci, 2003). Tüm bunlar; bağımlılık ile mücadele ederken “ebeveyn ile çocuk arasındaki iletişimin niteliği, ebeveynin çocuğuna karşı tutumları ve aile içi ilişkiler” üzerine titizlikle düşünülmesi gereken konular olduğunun altını çizmektedir.

Ailesel faktörler alkol ve madde bağımlılığında olduğu gibi internet bağımlılığında da önemli bir yere sahiptir. Bu noktada internet bağımlılığını kolaylaştırıcı birçok ailesel faktöre işaret edilmektedir. Ailenin genci teknoloji ortamının önüne sürmesi, internet kullanımında kontrol mekanizmasının olmaması, iletişime açık olmayan aile ilişkileri, çocuğun kendisini ifade etmesine izin vermeyen ebeveyn, aile içinde çocuğu yok sayılması, aile içi yeterli yakınlığın yokluğu ve ilgi eksikliği; bahsi geçen faktörlerden bazılarıdır (Göka, 2017: 121; Huang, 2009; Young, 1997; Young, 2004). İnternet bağımlılığı ile ailesel faktörler arasındaki ilişki çeşitli araştırmalarla da desteklenmiştir. Ülkemizde yapılan, aile internet tutumu ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; ihmalkar tutuma sahip aile çocuklarının daha fazla internet bağımlısı olduğu saptanmıştır. İhmalkar aile tutumundan kastedilen durum ise; ebeveynlerin gıda ve giyim ihtiyacını karşılamasına karşın çoğu zaman çocuklarına karşı duygusal yakınlık göstermemesi, ilgisiz kalması ve onları denetleme ihtiyacı duymamasıdır. Böyle bir aile ortamında büyüyen çocuğun duygusal ihtiyacını gidermek için interneti tercih ettiği düşünülmektedir (Ayas, 2013). İnternet bağımlılığının nedenlerini inceleyen başka bir çalışmada ergenlerin interneti; sorumluluklardan ve kimlik sorunlarından kaçma aracı olarak kullandığı üzerinde durulmaktadır (Yang, 2007). Zira internet ergene hayal ettiği kimliği oluşturma imkanı sunmakta ve bu nedenle gençlere gerçek dünyadan daha cazip hale gelmektedir (Ceyhan, 2008). Tüm bu tespitler; ailesel faktörlerin etkisiyle meydana gelen zayıf problem çözme becerilerinin ve kimlik sorunlarının ergenleri internet bağımlılığına sevk ettiği şeklinde de yorumlanabilir.

Zorunlu göç, sürgün, terörizm, savaş, katliam, soykırım ve darbe gibi insan haklarının ihlal edildiği örseleyici olaylar; mağdurların iç çatışmalarını alevlendiren önemli ruhsal travmalardandır (Akkoyun, 2018a, Akkoyun, 2018b). Böyle bir travmaya maruz kalan bireylerin gerek ruh sağlığı gerekse kimliği süreçten olumsuz etkilenmektedir. Bahsi geçen travmatik yaşam olayları sadece bireyler üzerinde değil aynı zamanda aile yapısı üzerinde de yıkıcı etkilere sahiptir (Akkoyun, 2018a). Öyle ki örselenen ebeveynin çocuğa sağlayacağı güven ve sevgi dolu aile ortamı hemen her zaman zedelenmektedir. Aynı zamanda bu süreçte aile içi rollerin değişmesi de kaçınılmaz olmaktadır. Değişen ve hatları belirsizleşen roller benlik üzerinde baskı oluşturarak bireyin özdeşim kurmasını zora sokabilmektedir (Mehta, 1998: 137). Özdeşim kurmak ruhsal aygıtın sağlıklı gelişimi için olmazsa olmaz bir unsurdur. Bu nedenle kurulan uygunsuz özdeşimler; bireyin ruhsal dengesini olumsuz etkilemektedir. Öyle ki birey bu sebeple kimlik sorunları yaşayabilmekte, sağlıklı olmayan arkadaşlıklar kurabilmekte ve kötü alışkanlıklar edinebilmektedir. Dolayısıyla değinilen noktalar; ailenin travmatik olaya maruz kalması halinde aile üyelerinin bağımlılık açısından risk altında olduğunu vurgular niteliktedir.

Ebeveynlerin sergiledikleri davranışların çocukları üzerindeki etkisi; çocuklarına yaptıkları uyarılara oranla çok daha fazladır. Çocuklarına bağımlılık yapıcı maddelerin zararları defalarca anlatılsa bile ebeveynin alkol ve madde kullanması; sosyal öğrenmenin etkisiyle çocuklarda bağımlılık açısından yatkınlık oluşturmaktadır (Yüncü, 2007). Aslında çocuğun yakın çevresinde bağımlılık yapıcı madde kullanılıyor olması; madde kullanımını önce kabullenmesine sonra merak etmesine ve nihayetinde denemesine yol açmaktadır. Maddenin denemesi ise bağımlılık açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu durum aile içinde bağımlı bir kişi varlığının; diğer aile üyelerine kötü örnek olduğunu göstermektedir. Benzer durum internet bağımlılığı için de geçerlidir. Zira ilgili yazın; internet bağımlılarının ailelerinde normal popülasyona göre daha yüksek oranlarda bağımlı başka kişilerin olduğuna işaret etmektedir (Öztürk, 2015; Sadock, 2016: 616-617; Ünal, 1991). Bu noktada rol model konumundaki ebeveynlere ve aile büyüklerine önemli görevler düşmektedir.

Çeşitli nedenler bireyi bağımlılık yapıcı maddeyi denemeye sürükleyebilmektedir. Gençlerin özellikle; bozulmuş ego işlevlerini kendilerince tedavi etmek, eğlenmek, sosyalleşmek, duygusal gereksinimleri gidermek, sınırlarını aşmak, farklı olmak, arkadaşlarına ayak uydurabilmek, anksiyetesini azaltmak, heyecan aramak, öfkesini bastırmak, depresyonunu hafifletmek, yenilik aramak, sorunlarla baş etmek, ailesine tepki göstermek için ve büyümenin sembolü olarak gördüklerinden dolayı maddeyi denedikleri düşünülmektedir (Alkaşifoğlu, 2002; Gövebakan, 2015: 11; Ögel, 2002; Ögel, 2005; Sadock, 2016: 620; Wills, 2001; Frenichel, 1974: 96, TBM Programı, 2015). Bahsi geçen nedenler aile içi dinamiklerle yakından ilişkilidir. Dolayısıyla bağımlılıkla mücadele bağlamında bağımlılığın yordayıcısı olan ailesel faktörler ele alınırken bu nedenlerin de göz ardı edilmemesi elzemdir.

Bağımlılık gelişiminde ailenin rolü olduğu gibi bağımlılığın da aile üzerinde önemli etkileri vardır (Gövebakan, 2015: 9). Aile içi çatışmalar, boşanmalar, ekonomik kayıplar, sorunları çözme becerisinde azalmaya bağlı tartışmalar, eve istenmeyen arkadaşların getirilmesinden dolayı kavgalar, aile içi rollerin karışması, geleneksel aile yapısının bozulması; bahsi geçen etkilerinden bazılarıdır (Gövebakan, 2015: 37; Ögel, 2014; Ünal, 1991). Bu sorunlar daha çok madde bağımlılığının aile ortamına etkileri olsa da benzer etkilerin internet bağımlılığı için de geçerli olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Zira aile üyelerinden birinin bile internet bağımlısı olması; en azından aile içindeki paylaşımların azalmasına neden olmaktadır. Böyle bir durumda aile içi ilişkilerin yüzeyselleşmesi ve üyelerin birbirinden kopuk yaşamaları kaçınılmaz olmaktadır. Bahsi geçen aile ortamında yetişen çocuk ve ailenin diğer üyeleri de yukarıda değinilen nedenlerden dolayı bağımlılık açısından risk altında olacağından; ailede bağımlı kişinin varlığı adeta kısır bir döngüye sebep olmaktadır.

## **Sonuç**

Bağımlılık denince akla ilk olarak alkol ve madde bağımlılığı gelmekle birlikte son zamanlarda internet bağımlılığını bünyesinde barındıran davranışsal bağımlılıklar da gündemin konusudur. Bağımlılığı kolaylaştırıcı etkenler arasında ailesel faktörler önemli bir yere sahiptir. Bahsi geçen faktörlerin daha iyi anlaşılması için genel toplum örneklemelerine dayalı, çok merkezli, geniş çaplı ve iyi yapılandırılmış çalışmalara ihtiyacımız vardır. Bu faktörlerin açıkça ortaya konması, bağımlılıkla mücadeleye yönelik hedeflerin ailesel faktörler dikkate alınarak belirlenmesi, ailelerin bu konudaki farkındalığının artırılması ve mücadeleye ailelerin dahil edilmesi; hem koruyucu hekimlik hem de kişiye özgü tedavi planlanması açısından elzemdir. Bağımlılık; sadece bağımlı olan kişiyi değil aynı zamanda tüm aile üyelerini de etkilemektedir. Dolayısıyla bağımlılık ile mücadele programı oluşturulurken bireysel sağaltıma odaklanma yanında aile görüşmeleri ve aileye yönelik müdahaleler de göz ardı edilmemelidir. Ayrıca yurt genelinde alanında uzman kişilerce “aile içi iletişimin önemi, ebeveyn psikoeğitimi, bağımlılık ve aile” gibi konuları kapsayan halk konferanslarının düzenlenmesi de bağımlılıkla mücadele bağlamında önemli bir hamle olacaktır.

## Kaynakça

1. Akfert, S.K., Çakıcı, E., Çakıcı, M. (2009). "Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi", *Anatolian Journal of Psychiatry*, Sayı: 10, s. 40-47.
2. Akhtar, Salman (2018). *Göç ve Kimlik: Kargaşa, Sağaltım ve Dönüşüm*. (Çev.: S. Ayhan) İstanbul: Sfenks Kitap.
3. Akkoyun, Ayşe Zeynep (2018a). "Göç Sürecinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri", (s. 61-76) 3.Türkistan Kurultayı (Kafkasya ve Türkistan'da 1938 Sovyet Katliamı ve Etkileri: Göç, Sürgün ve Kimlik) Bildiriler E-Kitabı. Kastamonu: T.C. Kastamonu Üniversitesi Yayını.
4. Akkoyun, Ayşe Zeynep (2018b). "Terör ve Terörün Ruhsal Etkilerinden Biri Olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu", (s. 557-573) Şiddet ve Sosyal Travmalar Uluslararası Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: HEGEM Yayınları.
5. Alkaşifoğlu, M., Ercan, O. (2002). "Ergenlerde Madde Kullanımı", *Türk Pediatri Arşivi*, Sayı: 37, s. 66-73.
6. Altıntaş, H., Temel, F., Benli, E., Çınar, G., Gelirler, Ö. ve ark. (2004). "Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Madde Bağımlılığıyla İlgili Bilgi, Görüş ve Tutumları", *Bağımlılık Dergisi*, Sayı: 5(3), s. 107-114.
7. Altıntoprak, A. Ender (2016). "Çalışma Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", *Psikiyatride Güncel*, Sayı: 6(3), s. 261-264.
8. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, Arlington V.A.: American Psychiatric Association.
9. Arısoy, Özden (2009) "İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Sayı: 1, s. 55-67.
10. Ayas, T., Horzum, M.B. (2013). "İlköğretim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve Aile İnternet Tutumu", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Sayı: 4(39), s. 46-57.
11. Block, Jerald J. (2008). "Issues for DSM-V: Internet Addiction", *Am J Psychiatry*, Sayı: 165, s. 306-307.
12. Bozkurt, H., Şahin, S., Zoroğlu, S. (2016). "İnternet Bağımlılığı: Güncel Bir Gözden Geçirme", *Journal of Contemporary Medicine*, Sayı: 6(3), s.235-247.
13. Ceyhan, Aykut A. (2008). "Predictors of Problematic Internet Use on Turkish University Students", *Cyberpsychology&Behavior*, Sayı: 11(3), s. 363-366.
14. Çakıcı, M., Çakıcı, E. (1996). *K.K.TC. Madde Kullanımının Yaygınlığı*, Lefkoşa: Dört Renk Matbacılık.
15. Dalbudak, Ercan (2016). "İnternet Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", *Psikiyatride Güncel*, Sayı: 6(3), s. 183-191.
16. Davis, R.A. (2010). "A Cognitive-Behavioral Model of Patological İnternet Use", *Computers in Human Behavior*, Sayı:17, s. 187-195.

17. Deveci, Artuner (2016). "Alışveriş Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s.199-207.
18. Evren, C., Bozkurt, M. (2016). Alkol Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık.
19. Evren, C., Bozkurt, M. (2016b). "Kumar Oynama Bozukluğunda Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s. 208-22.
20. Frenichel, O. (1974). Nevrozların Psikanalitik Teorisi. (Çev.: S. Tuncer) İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.
21. Göka, Erol (2017). İnternet ve Psikolojimiz: Teknomedyatik Dünyada İnsan. İstanbul: Kapı Yayınları.
22. Gökgöz Ş. ve Köroğlu G. (2009). "Adölesan Çağda Sigarayla İlgili Verilen Eğitimin Etkileri", Fırat Üniversitesi Dergisi, Sayı: 14, s. 33-41.
23. Gövebakan, R., Duyan, V. (2015). "Madde Bağımlılığı ve Aile". İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
24. Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A., Gorelick, D.A. (2010). "Introduction to Behavioral Addictions", Am J Drug Alcohol Abuse, Sayı: 36(5), s. 233-241.
25. Griffiths, Mark D. (2000). "Does İnternet and Computer "Addiction" exist? Same Case Study Evidence", CyberPsychology&Behavior, Sayı: 3(2), s. 211-218.
26. Gürol T., Defne (2012). Ergenlik ve Madde Kullanımı, Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
27. Holden, Constance (2001). "'Behavioral' addictions: Do They Exist?", Science, Sayı: 294, s. 980-982.
28. Huang R.L., Lu Z., Liu J.J., You Y.M., Pan Z.Q., Wei Z., He Q ve Wang Z.Z (2009). "Features and Predictors of Problematic İnternet use in Chinese Collage Students", Behavior&İnformation Technology, Sayı: 28(5), s. 485-490.
29. Karadağ, Figen (2016). "Seks Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s192-198.
30. Lanier, C.A., Nichoisson, T., Duncan, D. (2001). "Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graudate collage students", J Drug Educ, Sayı: 31, s. 239-248.
31. Mehta, Pankaj (1998) The Emergence, Conflicts and İntegration of the Bicultural Self: Psychoanalysis of an Adolescent Daughter of South Asian İmmigrant Parents, Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
32. Nurmedov, Serdar (2016). "Akıllı Telefon Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s. 252-260.
33. Ögel, K., Gürol, D.T. (1997). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Eğitim Paketi Eğitici Kılavuzu. İstanbul: Özel Okullar Derneği, Amatem.



34. Ögel, Kültegin (2002). Bağımlılığı Önleme: Anne-Babalar-Öğretmenler İçin Kılavuz. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
35. Ögel, K., Erol, B. (2005). Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı "Çocuğum Madde Bağımlısı Olmasın". Ankara: Morpa Kültür Yayınları.
36. Ögel, Kültegin (2014). Bağımlı Aileler İçin Rehber Kitap: Alkol, Uyuşturucu, Bilgisayar, Sigara ve Diğer Bağımlıları Olanların Yakınlarına Bilgiler. İstanbul: TC İş Bankası Yayınları.
37. Öyekçin G., Demet (2016). "Yemek Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s. 233-239.
38. Özmert, E.N. (2006). "Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-III: Aile", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, Sayı: 49, s. 256-273.
39. Öztürk, O., Uluşahin, A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
40. Pirinççi, E., Erdem, R. (2003). "Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı", Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, Sayı: 20, s. 193-201.
41. Rescnic, M., Bearman, L., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Tabbur, J. ve ark. (1997). "Protecting Adolescents from Harm: Finding From the Nationallongitudinal Study on Adolescent Health", JAMA, Sayı: 27, s. 823-830.
42. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 11. Baskı (Çev. : A. Bozkurt), Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
43. Soydaş, A.Ş., Bodur, Ş., İşler E. ve Şenol, Selahattin (2005). "Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış", Klinik Psikiyatri, Sayı: 8, s. 88-99.
44. Şengezer, T., Sivri, F., Dilbaz, N., Sunay, D. (2014). "Ankara İli Yenimahalle İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Tütün Bağımlılığı ve İlişkili Risk Faktörleri", Türk Aile Hek Der, Sayı: 18(1), s. 42-48.
45. Swadi, H. "Individual Risk Factors for Adolescent Substance Use", Drug Alcohol Depend, Sayı: 55(3), s. 209-224.
46. Şengül, C., Büber, A. (2016). "Dijital Oyun Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s. 175-182.
47. Sevi, Oya (2014). "Patolojik Kumar ve Konversiyon Bozukluğu Eş Tanısı: Olgu Sunumu ve Psikoterapi Süreci", Bağımlılık Dergisi, Sayı: 15(2), s. 105-109.
48. Tezel, Ayfer (2004). "Aile İçi İletişim", Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, s. 1-6.
49. Turhan E., İnandı T., Özer C. ve ark. (2011). "Üniversite Öğrencilerinde Madde kullanımı, Şiddet ve Bazı Psikolojik Özellikler", Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, Sayı: 9, s. 33-44.
50. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Eğitim Programı-Yeşilay (2015). Yetişkin Kitabı/Uyuşturucu-Özgürlüğün Sonu. İstanbul: Kültür Sanat Basımevi.

- 51.** Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Eğitim Programı-Yeşilay (2016). Teknoloji Canavara Dönüşmeden. İstanbul: Kültür Sanat Basımevi.
- 52.** Ünal, M. (1991). "Madde Bağımlılığı ve Alkolizmde Aile", Aile ve Toplum, Sayı: 2, s. 80-85.
- 53.** Vardar, Erdal (2016). "Egzersiz Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s. 222-232.
- 54.** Yang S.C.; Tung C.J. (2007). "Comparison of Internet Addicts and Non-addicts in Taiwanese High School", Computers in Human Behavior, Sayı: 23, s. 79-96.
- 55.** Yen, J.Y.Y, Ko, C.H, Yen, C.F., Wu, Y.H., Yang, M.J (2007). "The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia and Hostility", J Adolescent Health Sayı; 41, s. 93-98.
- 56.** Young, Kimberly S. (1997). What Makes the Internet Addictive: Potantial Explanation for Pathological Internet Use, 105th. Chicago, IL: Annual Conference of the American Psychological Association.
- 57.** Young, Kimberly S. (2004). "İnternet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences, American Behavioral Scientist", Sayı: 48(4), s. 402-415.
- 58.** Yurtseven, Gülten (2014). "Kredi Kartı Kullanımı ve Alışveriş Bağımlılığı" Bağımlılık Dergisi, Sayı: 15(2), s. 91-101.
- 59.** Yüncü, Z., Aydın, C., Coşkunol, H., Altıntoprak, E., Bayram, A.T. (2006). "Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezinin 2 Yıllık Poliklinik Kayıtlarının Değerlendirilmesi", Bağımlılık Derg, Sayı: 7(1), s. 31-37.
- 60.** Yüncü, Z., Savaş, A.H. (2007). "Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme, Bağımlılık Dergisi, Sayı: 8(3), s. 146-153.
- 61.** Yüncü, Z., Mutlu, E. (2014). "Özel Gruplarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğuna Yaklaşım ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 4(2), s. 194-206.
- 62.** Yüncü, Z., Havaçeliği, D.A. (2016). "Kişilerarası İlişki Bağımlılığında Tanı ve Tedavi", Psikiyatride Güncel, Sayı: 6(3), s. 240-251.
- 63.** Wheelis, Allen (1958). The Quest for İdentity. Newyork: Norton.
- 64.** Wills, T., Cleary, S., Filer M., Shinarı O., Mariani, J., Spera, K. (2001). "Temperament Related to Early-Onset Substance Use: Test of a Developmental Model", Prev Prev Sci, Sayı: 2(3), s. 145-163.

# Üniversite Öğrencilerinde Sigara İçme ile Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

## Evaluation of Relationship Between Smoking And Nutrition Habits in University Students

Birsen ALTAY<sup>1</sup>

Hatice KARAKOÇ<sup>2</sup>

### ÖZET

Üniversitede okuyan ve öğrenci yurdunda kalan erkek öğrencilerin sigara içme durumu ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma Şubat-Mart 2015 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Evreni yurtta kalan erkek öğrenciler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 250 erkek öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri, 30 sorudan oluşan anket formu yardımıyla toplanmıştır. Verilerin analizinde, sayı, yüzdelik, ki-kare ve t testi kullanılmıştır. Sigara içen bireylerin (%26.8) içmeyenlere (%6.7) göre daha zayıf oldukları belirlenmiştir. Sigara içenlerin günlük sıvı tüketiminin daha az olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sigara içmeyenlerin egzersiz yapma durumları sigara içenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Sigara içme durumu ile tüketilen besin grubu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ). Sigara kullanımı beslenme ve gıda tüketimini olumsuz yönde etkilemektedir. Yeterli ve dengeli beslenmeyle ilgili önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara, Beslenme Üniversite Öğrencisi, BKİ

### ABSTRACT

The study was conducted to evaluate the relationship between smoking status and eating habits of male students living in University. This study was conducted as a descriptive study between February and March 2015. The universe created male students living in the country. It is aimed to reach the whole of the universe without going to the sampling selection. 250 male students who agreed to participate in the survey were included in the study. The data of the research were collected with the help of a questionnaire consisting of 30 questions. In the analysis of the data, number, percentage, chi-square test, were used. Smokers (26.8%) were weaker than non-smokers (6.7%). It was found that smokers had less daily fluid consumption. ( $p<0.05$ ). It was found that smokers had less daily fluid consumption.. Non-smokers have a significantly higher level of exercise than smokers. The relationship between smoking status and the consumed food group was found to be statistically significant ( $p <0.05$ ). Smoking has negative effects on nutrition and food consumption. Suggestions on adequate and balanced nutrition were made.

<sup>1</sup> Doc. Dr: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr)

<sup>2</sup> Diyetisyen: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi [hatice.krkc26@gmail.com](mailto:hatice.krkc26@gmail.com)

**Keywords:** Cigarette, Nutrition, University Student, Body Mass Index

## Giriş

Sigara içmek morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindedir (Arina ve ark. 2017). Sigara, akciğer enfeksiyonları, beslenme bozuklukları, genetik bozukluklar gibi akciğer fonksiyonlarının bozulmasının temel nedenlerinden olan çevresel etkenlerden biri olup, (Romieu, 2005: 362) Dünyada ve Türkiyede ölümcül sağlık sorunlarından olan akciğer kanseri, kronik obstrüktör akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalıkları ve serebro vasküler hastalıklar gibi birçok ölümcül hastalıklara neden olan risk faktörlerindedir. Sigara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan beslenme davranışlarında meydana gelen değişikliklerle de ilişkili olabilmektedir (Yılmaz, 2012:644). Sigara ile ilgili bağımsız risklere ek olarak, sigara kullanımı sağlıklı beslenmede dahil olmak üzere obezite ile ilgili davranışlarla da yakından ilişkilidir (Arina ve ark. 2017).

Gençlik döneminin ilk başlangıcı olan üniversite yılları genellikle, öğrenciler için ilk defa ailesinden uzakta ve farklı bir çevrede yaşayacak ve eğitim görecektir olmanın getirdiği yoğun bir dönem olup (Dyson,2006:1231) çevresel faktörlerden daha fazla etkilenmektedir (Baysal,2013:7). Bu dönemde gençlerin sigara, alkol kullanma ve kafeye gitme alışkanlıklarını belirleyen, sosyal ve psikolojik bazı faktörler rol oynamaktadır. Bunlardan birisi olan sigara kullanımı genellikle arkadaş, okul, üniversite ortamı gibi sosyal bir çevrede başlamaktadır (Emri, 2002:10).

Genellikle ailelerinden ve çevresinden uzakta farklı bir ortama gitmek durumunda olan üniversite öğrencilerinin değişen en temel alışkanlıklarından biri beslenme durumudur. Öğrenciler üniversite yaşamlarında meydana gelen değişimlerden biri olan beslenme durumu, aile ortamından uzak olmaları nedeniyle ayak üstü, fastfood tarzı beslenme düzenine dönüşerek, sağlıklı beslenme davranışlarının artmasına neden olmaktadır.

Sigara kullanan üniversite öğrencileri ve adölesanlar ile ilgili yapılan beslenme araştırmaları; sigaranın beslenme alışkanlıklarında farklılıklar yarattığını ortaya koymuştur (Rakıcıoğlu ve ark.2003). Ariana (2017) çalışmasında mevcut sigara içenlerin hiç sigara içmeyenlere kıyasla yüksek yağlar ve fast-food yağları daha fazla tükettikleri bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada stres ve depresyon gibi olumsuz duygusal durumların, sigara içme ve yeme davranışlarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (Kassel, 2003). Bu bilgiler öğrencilerin zararlı alışkanlıklarının ortadan kaldırılmasına ve sağlıklı beslenme ve yaşam tarzının benimsetilmesine yönelik eğitimlerin planlanması ve projelerin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

## **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, üniversitede okuyan ve öğrenci yurdunda kalan erkek öğrencilerin sigara içme durumu ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

## **Yöntem**

Bu araştırma tanımlayıcı özellikte olup, Şubat-Mart 2015 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Karadeniz Öğrenci Yurdunda yapılmıştır.

## **Çalışma Grubu**

Araştırmanın evrenini yurtda kalan erkek öğrenciler oluşturmuş olup, araştırmada örnek seçimine gidilmemiş araştırmanın örneklemini yurtda kalan 18 yaş üzeri lisans eğitimi gören sigara içen, içmeyen ve bırakan 250 erkek öğrenci oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan 250 öğrencinin 123'ü sigara kullanan, 120'si sigara kullanmayan ve 7'si sigarayı bırakan öğrencilerdir.

## **Verilerin Toplanması ve Çözümlemesi**

Araştırmanın verileri sigara içmenin beslenme durumuna etkisini belirlemeye yönelik hazırlanan bilgi formu ile toplanmıştır. Bilgi formu bireylerin tanıtıcı ve sosyo-demografik özellikleri, sigara kullanma durumları, davranışları, beslenme alışkanlıklarını belirleyecek 30 soru içermektedir. Elde edilen verilerden boy ve ağırlık değerlerinden yararlanılarak bireylerin Beden Kitle İndeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ); Bireylerin boylarına göre olmaları gereken vücut ağırlıklarının değerlendirilmesinde kullanılan bir parametredir. Vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 Windows programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımları değerlendirilerek, khi-kare testi uygulanmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilim ve Etik Kurulu tarafından etik onayı alınmıştır. Araştırma yapılacak bireylere öncelikle araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiş, anket formunun nasıl doldurulacağı anlatılarak, sözlü onam alınmıştır.

## **Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılan 250 erkek öğrencinin tanımlayıcı özellikleri, sigara içme durumları ve beslenme durumları ile ilgili sonuçlar verilmiştir.

**Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

	Özellikler	n	%
Yaş grupları	<20	50	20.0
	20-25	197	78.8
	>25	3	1.2
Anne Eğitim Durumu	Okur yazar değil	12	4.8
	İlkokul	95	38.0
	Ortaokul	55	22.0
	Lise	67	26.8
	Üniversite	21	8.4
Baba Eğitim Durumu	Okur yazar değil	1	0.4
	İlkokul	40	16.0
	Ortaokul	27	10.8
	Lise	101	40.4
	Üniversite	81	32.4
Gelir Durumları	Gelir giderden fazla	37	14.8
	Gelir gidere denk	171	68.4
	Gelir giderden az	42	16.8
Sigara İçme Durumları	İçen	123	49.2
	İçmeyen	120	48
	İçip bırakanlar	7	2.8
	Toplam	250	100.0

Araştırmaya katılan öğrencilerin %78.8'inin 20-25 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Öğrenci annelerinin %38'inin ilkokul mezunu, babalarının %40.4'ünün lise mezunu olduğu, %68.4'ünün gelir durumunun giderine denk olduğu ve %49.2'sinin sigara içtiği, bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 2. Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Günlük Sigara Tüketimlerinin Dağılımı**

Özellikler		Sigara kullananlar	
		n	%
<b>Günlük Sigara Tüketimi</b>	1-5 adet	14	11.4
	Yarım paket	48	39.0
	Bir paket	53	43.1
	1-2 paket	6	4.9
	2'den fazla	2	1.6
<b><math>\chi^2</math>: 2.510 ; P:0.000</b>			

Tabloda 2'de sigara kullanan bireylerin %43.1'inin günlük sigara tüketimi 1 paket, %39'unun yarım paket olarak bulunmuştur. Sigara kullanma ile bireylerin günlük sigara tüketim durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 3. Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Beden Kitle İndeksi**

Özellikler		Sigara kullanan		Sigara kullanmayan		Sigarayı Bırakanlar		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		<b>BKİ değerleri</b>	<20	33	26.8	8	6.7	1	14.3
	20-25	78	63.4	84	70.0	6	85.7	168	67.2
	>25	12	9.8	28	23.3	-	-	40	16.0
<b><math>\chi^2</math>: 23.635 ; P: 0.000</b>									

Tablo 3'de görüldüğü gibi sigara kullanan bireylerin %63.4'ü, sigara kullanmayan kişilerin %70'inin beden kitle indeksleri (BKİ) 20-25 aralığında bulunmuştur. Sigara Kullanma durumu ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Sigara kullanan bireylerin %93.5'inin, sigara kullanmayanların ise %85'inin beslenme eğitimi almadıkları saptanmış olup, beslenme eğitimi alma ve sigara kullanma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4. Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Öğün Atlama Durumlarının Dağılımı**

Beslenme Davranışları ile ilgili Özellikler		Sigara kullanan		Sigara Kullanmayan		Sigarayı Bırakanlar		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		<b>Öğün Atlama Durumları</b>	Atlamıyor	5	4.1	15	12.5	1	14.3
	Kahvaltı	60	48.8	44	36.7	3	42.9	10	42.8
								7	

Öğle	38	30.9	58	48.3	2	28.6	98	39.2
Akşam	20	16.3	3	2.5	1	14.3	24	9.6
<b><math>\chi^2</math>: 24.589 ; P: 0.000</b>								

Tabloda 4'da sigara kullanan bireylerin %48.8'inin kahvaltı öğününü atladığı, sigara kullanmayan bireylerin ise %48.3'ünün öğle öğününü atladığı görülmektedir. Sigara kullanma ile öğün atlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 5. Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Tüketilen Çay, Kahve ve Besin Gruplarının Dağılımı**

Beslenme Davranışları ile ilgili Özellikler	Sigara kullanan		Sigara Kullanmayan		Sigarayı Bırakanlar		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çay, Kahve Tüketimi	8-10 bardak	31	25.2	22	18.3	1	14.3	54	21.6
	Sigaranın yanında fazla	41	33.3	-	-	-	-	41	16.4
	4-5 bardak	35	28.5	76	63.3	6	85.7	117	46.8
	Hiç	16	13.0	22	18.3	-	-	38	15.2
<b>İstatistik <math>\chi^2</math>: 64.185; p: 0.000</b>									
Tüketilen Besinler	Et, süt, kurubaklagil	54	43.9	69	57.5	1	14.3	124	49.6
	Şekerli besinler	4	3.3	15	12.5	1	14.3	20	8.0
	Sebze - Meyve	11	8.9	11	9.2	1	14.3	23	9.2
	Hazır Gıdalar	54	43.9	25	20.8	4	57.1	83	33.2
<b>İstatistik <math>\chi^2</math>: 22,110 Sd: 6 P: 0,001</b>									

Tabloda 5'da görüldüğü gibi sigara kullanan bireylerin %33.3'ü çay, kahveyi sigaranın yanında fazla tüketmektedir. Sigara kullanmayan bireylerin de %63.3'ü günde 4-5 bardak çay, kahve tüketmektedir. Sigara kullanımı ile çay, kahve tüketimi arasındaki ilişki istatistiksel anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Tüketilen besin gruplarının dağılımına bakıldığında, sigara kullanan bireylerin %43.9'unun et, süt ve kurubaklagili; %43.9'unun hazır gıdaları daha çok tükettikleri görülmektedir. Sigara kullanmayanların %57.5'inin et, süt ve kurubaklagil grubunu daha fazla tükettikleri bulunmuştur. Sigara kullanım durumu ile tüketilen besin grubu arasındaki ilişki istatistiksel anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).



## Tartışma

Araştırmaya katılan bireylerin %49.2'si sigara kullandığı, % 48'i sigara kullanmadığı ve %2.8'i sigarayı bıraktığı ve eğitim düzeyi eş olan erkek öğrencilerden oluştuğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda öğrencilerin sigara kullanma oranı Kişioğlu ve ark (2004) %63.2, Sıdika ve ark. (2018)'nin %79.4, Al-Kubaisy ve ark. (2012)'nin çalışmalarında %20.75 olarak belirtilmiştir. Türkiye Tütün Araştırması sonuçlarına göre 15-24 yaş grubunda günlük tütün kullanım oranı %21.7 olarak bulunmuştur (TSH,2010). Bu çalışma yetişkin tütün araştırmasının sonuçları ile karşılaştırıldığında öğrencilerin sigara kullanma yüzdesi ülke ortalamasından daha yüksektir. Sonucun yüksek çıkması bu çalışmanın sadece erkek öğrencileri kapsamı ile ilgili olabilir.

Cinsiyete göre sigara kullanma durumuna bakan çalışmalara göre, Yüksel ve Cücen'in 2012'de yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin %61.9'unun, kız öğrencilerin %38.1'inin düzenli sigara kullandıkları bulunmuştur. Aydoğan Arslan ve ark. (2016) çalışmasında kızların %4.7'si, erkeklerin %18.1'si sigara kullanmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla sigara tükettikleri bulunmuştur (Al-Kubaisy ve ark. 2012; Yüksel ve Cücen, 2012; Sıdika ve ark. 2018). Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla sigara tüketmeleri erkeklerin sigara kullanması erkekliğin bir göstergesi, kızların sigara içmesinin ayıp olması, gibi toplumsal cinsiyet ön yargıları ile ilgili olabilir.

Çalışmada sigara kullanan bireylerin %43.1'inin günlük sigara tüketimi 1 paket, %39'unun yarım paket olarak bulunmuştur. Sigara kullanma ile bireylerin günlük sigara tüketimleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Uçar ve Hasipek (2008) çalışmalarında kızların çoğunluğunun (%57.9) günde 11-19, erkeklerin ise (%71.1) 20'den fazla sayıda sigara içtikleri saptanmıştır. Günlük sigara tüketimi toplam % 43.4 olarak bulunmuştur. Yüksel ve ark.(2012) çalışmasında sigara içenlerin %37.7'sinin günde 11-20 tane içtikleri saptanmıştır. Arina ve ark. (2017) çalışmasında mevcut sigara içenler ortalama  $13.8 \pm 10.2$  yıl içtiği ve günde ortalama  $8.8 \pm 7.9$  sigara içtikleri saptanmıştır. Bu sonuçlar öğrencilerin günlük sigara tüketiminin fazlalığı bakımından literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada sigara kullanan öğrencilerin %63.4'ü ile sigara kullanmayan öğrencilerin %70'inin beden kitle indeksleri (BKİ) 20-25 aralığında yani normal olarak bulunmuştur. Benzer şekilde sigara kullanma ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sigara içmek, iştah bastırıcı etkisiyle iyi bilinmektedir, ancak sigara içmenin kilo üzerindeki fizyolojik avantajı azdır ve sigara içenler daha büyük risklere sahiptir. Sigara içmek iştahı azaltır ve tokluğu artırır. Sigara içenler genellikle sigara içmeyenlere göre 4-5 kilogram kilosuna daha azdır (Arina ve ark. 2017). Literatürde sigara içmeye bağlı olarak besin tüketimi azalırken, enerji harcamasının arttığı ve ağırlık kaybı olduğu belirtilmiştir (Jitnarin ve ark. 2008; Yılmaz, 2012). Sigara içen bireyler sigara içmeyenlere göre daha fazla yağ ve kalori tüketmektedir

(Palaniappan ve ark.2006). Sigara içenlerin% 49'u bıraktıktan sonra kilo almaktadır (Scherr ve ark. 2015) Sigarayı bırakanlar arasında, kadınların %52'si ve erkeklerin% 32'si kilo almayı bir sebep olarak belirtmektedir (Pisinger and Jorgensen, 2007).

Ayar (2006) çalışmasında BKİ'ne göre normal vücut ağırlığına sahip olan erkeklerin oranının sigara içen %71, sigara içmeyen %69.7 olarak bulunmuştur ve yapılan analize göre erkeklerde sigara içme durumu ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Jitnarın (2008)'in çalışmasında sigara içen yetişkinlerin beden kitle indeksleri değerlerinin sigara içmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Erçim ve Baydaş (2017) çalışmalarında BKİ değerlerinin sigara içme durumlarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Uçar ve Hasipek (2008) çalışmalarında sigara içen kız ve erkek öğrencilerin BKİ ortalamalarının, sigara içmeyenlerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada Erkeklerin BKİ değeri her iki grupta da kızlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Nichter ve ark.(2004) çalışmalarında adölesan kızların ve genç kadınların vücut ağırlıklarını kontrol etme amacıyla sigara içtikleri belirtilmiştir. Wei ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada; sigara içmeyen erkeklerin ağırlık ortalamasının içenlerden, sigara içen kadınların ağırlık ortalamasının içmeyenlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışmada benzer şekilde sigara içenlerin, sigarayı bırakanlardan ve içmeyenlerden daha düşük BKİ'ne sahip oldukları saptanmıştır (Wallstrom ve ark. 2003; Kvaavik ve ark.2004; Jitnarın 2008; Uçar ve Hasipek 2008; Erçim 2014).

Çalışmada sigara kullanan bireylerin %48.8'inin kahvaltı öğününü atladığı, sigara kullanmayan bireylerin ise %48.3'ünün öğle öğününü atladığı saptanmış olup, aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Uçar ve Hasipek (2009) çalışmasında sigara içen öğrencilerin daha fazla öğün atladıkları, günde iki öğün yemek yiyenlerin oranı sigara içenlerde (kız %40.8, erkek %34.2) içmeyenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğün atlama, besin ögesi yetersizliklerine ve bir sonraki öğünde daha fazla besin tüketmeye neden olmaktadır. Gün boyunca azar azar, sık sık yemek tüketmek, sık aralıklarla daha az kalori alınmasına ve fazladan kalori yakılmasına neden olmaktadır (Uçar ve Hasipek, 2009). Bazı araştırmacılar, gün boyunca tüketilen besinlerin dört ile altı öğüne bölünmesinin kan kolesterol düzeyini düşürücü etki gösterebileceğini ileri sürmüştür (Duyff, 2003:614). Yapılan bir çalışmada; sigara içenlerin, içmeyenlere göre daha fazla öğün atladığı saptanmıştır. Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin çoğunluğu (sırasıyla %39.7, %65.7) zaman olmamasını öğün atlama nedeni olarak belirtmişlerdir (Rakıcıoğlu, 2003:13). Kışioğlu ve ark.(2004) çalışmalarında günde iki öğün yemek yiyen öğrencilerin oranı %21.5 olup, %61.1 'i günde üç öğün, %17.4'ü ise günde üç öğünden fazla yemek yediği ve uzun süre kafede vakit geçirenlerin sabah ve öğlen öğünlerini daha çok atladığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada sigara içen bireylerin %33.3'ü çay, kahveyi sigaranın yanında fazla tüketmektedir. Sigara kullanmayan bireylerin de %63.3'ü günde 4-5 bardak çay, kahve

tüketmektedir. Sigara kullanımı ile çay, kahve tüketimi arasında ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin %66.8'inin öğün aralarında en fazla tükettikleri besinin şekerli çay olduğu bunu sırası ile çikolata-şeker (%50.7), kek (%45.4) ve meşrubatların (%36.8) bunu izlediği, meyve (%31.9), meyve suyu (%22.7), kuruyemiş (%17.4) izlediği, süt ve ayran (%16.1) gibi besleyici özelliği daha yüksek besinlerin ise daha az oranda tüketildiği saptanmıştır. Literatürde bu besinlerin çok az protein, vitamin ve mineral içerdikleri için boş enerji kaynağı olduğu ve vücuda enerji kazandıran B grubu vitaminlerin gereksinimlerini artırarak, vücuttaki enerjiyi de alıp yorgunluk ve uyku verdikleri için, günlük enerjinin büyük bir kısmını şeker, tatlı, pasta gibi yiyeceklerden almanın doğru olmadığı belirtilmektedir (Kavas, 2000:195). Yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada; sigara içenlerin toplam enerji alımının içmeyenlerden daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Wallström, 2003:163). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, öğrencilerin aldıkları enerjiden daha fazla enerji harcadıkları saptanmıştır (Erçim, 2014:91).

Bu çalışmada sigara kullanan bireylerin %43.9'unun et, süt ve kurubaklagili; %43.9'unun hazır gıdaları daha çok tükettikleri görülmektedir. Sigara kullanım durumu ile tüketilen besin grubu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Arina ve ark. (2017) çalışmasında mevcut sigara içenler, hiç sigara içmeyenlere göre, eskisine göre ve hiç sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında daha fazla yüksek oranda yağ içeren gıda tükettiği, tatlılar ve karbonhidrat / nişasta alımı sigara içme durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Mevcut sigara tiryakilerinin aynı zamanda, yüksek yağlı gıdaların ve fast-food yağların daha fazla tüketildiği belirtilmiştir. Sigara içmek, iştah bastırıcı etkisiyle iyi bilinmektedir, ancak sigara içmenin kilo üzerindeki fizyolojik avantajı azdır ve sigara içenler daha büyük risklere sahiptir. Doğanay'ın (2009) sigara, meyve tüketimi ve fiziksel aktivite durumlarının kan oksidan ve antioksidan düzeylerine etkilerini incelediği çalışmasında, gruplar arasında fark bulunmamıştır. Çalışmalarda sigara kullanan bireylerin, sigara kullanmayanlara göre C vitamini, folik asit, posa, A vitamini, karoten ve E vitamini, çoklu doymamış yağ asitleri, ve demir tüketimlerinin düşük olduğu, doymuş yağ asitleri tüketimlerinin ise daha fazla bulunmuştur (Garibağaoğlu 2006; Jitnarın ve ark.2008; Yılmaz ve Aykut 2012).

En çok tüketilen besinlere bakıldığında, sigara içen bireyler, içmeyenlerden daha fazla beyaz ekmekek, çay şekeri, kırmızı et, tereyağı, tam yağlı süt, yumurta tüketirken, daha az tam buğdaydan yapılmış ekmekek, yüksek posalı kahvaltılık tahıllar, sebze ve meyve tüketilmektedir (Yılmaz, 2003:644). Üniversite öğrencilerinin diyet kalitesi, sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, öğrencilerin %35.9'unun sigara kullandığı ve sigara kullanımı ile besin çeşitliliği ve diyet kalitesi arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (Moreno-Gomez 2012:213). Sigara kullananların yağlı gıdaların, fast-food gibi ayak üstü

yenilen besinlerin daha fazla tüketilmesi yönündeki literatür sonuçları bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Sonuç olarak; sigara kullanımının beslenme ve besin tüketimi üzerine olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır. Sigara içen bireylerin %63.4'ü, içmeyen bireylerin %70'inin beden kitle indeksleri 20-25 aralığında Normal düzeyde olduğu bulunmuştur. Sigara içen öğrenciler sigara içmeyenlere göre daha fazla öğün atlamaktadır. Sigara içen öğrencilerin günlük çay tüketimlerinin yüksek olduğu, sigara içenlerin daha düzensiz beslendikleri, sebze ve meyveleri sigara içmeyenlerden daha az tükettikleri saptanmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak; Üniversite öğrencilerini/gençleri sigara bağımlılığından korumak için bireysel ve toplumsal olarak sigara ile mücadeleye öncelik verilmeli, kitle iletişim araçlarından yararlanılarak konu ile ilgili eğitimler verilmeli, konferanslar düzenlenmeli, gençlerin boş zamanlarını değerlendirebilecekleri uygun etkinlikler oluşturulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Al-Kubaisy W, Abdullah NN, Al-Nuaimy H, Kahn SM, Halawany G, Kurdy S.(2012) "Factors associated with smoking behaviour among University Students in Syria". *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Sayı:38, s.59-65.
2. Ariana M. Chao, Marney A. White, Carlos M. Grilo, and Rajita Sinha (2017) "Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress". *Eat Behav.* Sayı: Jan; 24. s. 61–65. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.12.009.
3. Ayar A.(2006) "Ankara Üniversitesi öğrencilerinin sigara kullanma durumunun beslenme alışkanlıkları ve bazı hematolojik parametreler üzerine etkisi". Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara,
4. Aydoğan Arslan S, Daşkapan A, Çakır B . (2016) "Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi". *TAF Prev Med Bull* . 15(3): 171-180.
5. Baysal A. (2013) "Temel Tanımlar". In: Baysal A (Editör). *Diyet El Kitabı*. 7. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi s.7-14. Ankara.
6. Doğanay, S (2009) "Sigara, Meyve Tüketimi ve Fiziksel Aktivitenin Kan Oksidan ve Antioksidan Düzeyleri ve Solunum Fonksiyonları Üzerine Etkileri". Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı, Erzurum.
7. Duyff, R.L.,(2003) "Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin geliştirilmiş besin ve beslenme rehberi". (Çeviri Ed: Sevinç Yücecan, Gülden Pekcan, Berat Nursal, Tanju Besler), İstanbul:Acar Matbaacılık, s.614.
8. Dyson R, Dyson R, Renk K. (2006) "Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping". *J Clin Psychol.* 62(10): 1231-44.
9. Emri S (2002)"Sigara Bırakma Yöntemleri", *Hacettepe Tıp Dergisi* 33(1): 10-18.
10. Erçim RE, Pekcan GA.(2014) Genç yetişkinlerin beslenme durumunun sağlıklı yeme indeksi–2005 İle Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* Sayı: 42, s. 91-98.
11. Erçim RE, Baydaş B. (2017) "Genç Yetişkinlerde Pasif Sigara Maruziyetinin Diyet Kalitesine, Oksidatif Stres İndeksine ve Beslenme Durumuna Etkisi". *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.* 31(1):01-10.
12. Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, Nişli K. (2006) "Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi". *Sağlık Bil. Derg.* 15(3): 173-180.
13. Jitnarin N, Kosulwat V, Boonpraderm A, Haddock CK, Poston WS. (2008) "The relationship between smoking, BMI, physical activity, and dietary intake among Thai adults in central Thailand". *J Med Assoc Thai;* Sayı:9, s. 1109-1116.
14. Kavas, A.(2000) "Sağlıklı yaşam için doğru beslenme". *Literatür Yayınları* 37, İstanbul:Mart Matbaacılık, s:195.

15. Kişioğlu N, Mustafa Ö, uşkun E, Malik D, Demirel R. (2004) “Kafelere Giden öğrencilerin Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ile Beslenme ve Uyku Düzenleri üzerine Bir Çalışma”. *Aile ve Toplum* Nisan-Haziran 6(2): ISSN: 1303-0256.
16. Kvaavik E, Heyer HE, Tverdal A.(2004) “Food habits physical activity and body mass index in relation to smoking status in 40-42 year old Norwegian women and men”. *Preventive Medicine*, Sayı:38, s.1-5.
17. Moreno-Gomez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, et al. (2012) Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nut.rition*. Sayı:15 s. 2131-2139.
18. Nichter, M., Nichter, M., Vuckovic, N., and Tesler, L. (2004) Smoking as a weight-control strategy among adolescent girls and young women: A reconsideration. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(3): 305-324.
19. Palaniappan U, Starkey LJ, O’Loughlin J, Gray-Donald K. (2001)“Fruit and vegetable consumption is lower and saturated fat intake is higher among Canadians reporting smoking”. *The Journal of Nutrition*. 131(7):1952–1958. [PubMed: 11435513]
20. Pisinger C, Jorgensen T.(2007) “Weight concerns and smoking in a general population”: *The Inter99 study*. *Prev Med*. 44(4): 283–289.
21. Rakıcıoğlu, N., Dikmen, D. ve Özpays, E., (2003). “Sigara içen ve içmeyen 19-24 yaş arası bireylerin taze sebze-meyve tüketim tercihleri ile beslenme durumlarının değerlendirilmesi” , *Beslenme ve Diyet Dergisi*, Sayı:1, s:13-24.
22. Romieu I. (2005) “Nutrition and lung health” *Int J Tuberc Lung Dis*. Sayı: 9, s. 362-74.
23. Sarandöl A(2002) Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. *Akciğer Arşivi* Sayı: 3, s.129-139.
24. Scherr A, Seifert B, Kuster M, et al. (2015) Predictors of marked weight gain in a population of health care and industrial workers following smoking cessation. *BMC Public Health*. 15(1): 520. [PubMed: 26025035]
25. Sıdıka Oğuz, Gülşah Çamcı , Mahsum Kazan.(2018) “Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu”. *Van Tıp Derg* 25(3): 332-337. DOI: 10.5505/vtd.2018.02411.
26. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.(2010) "Küresel yetişkin tütün araştırması *Türkiye raporu* 2010. Anıl Matbaacılık Yayın, Ankara,. s. 9-12.
27. Uçar A, Hasipek S.(2009) “Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumları.” *e-Journal of New World Sciences Academy*. 4(4): 340-357.
28. Wallstrom P, Wirfalt E, Mattisson I, et al. (2003) “Serum P- carotene and a-tocopherol in smokers and nonsmo- kers-associations with food sources and supplemental

intakes. A report from the Malmö Diet and Cancer cohort". *Nutr Res.* Sayı:23, s.163-183.

**29.** Wei W, Kim Y, Boudreau N.(2001) "Association of smoking with serum and dietary levels of antioxidants in adults": NHANES III, 1988-1994. *Am J Public Health.* Sayı: 91, s.258-264.

**30.** Yılmaz M, Aykut M. (2012)"Sigaranın beslenme ve besin tüketimi üzerine etkileri". *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* Sayı: 32, s. 644- 651.

**31.** Yüksel S, Cücen Z.(2012) Üniversite Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığının Sorgulanması. *Türk Toraks Derg.* Sayı: 13, s. 169-73.

# Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin 'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' Konusuna Bakışlarının İncelenmesi: 'Benim Çocuğum' Filmi

## Examination The Views of Nursing Last Term Students on 'Sexual Orientations And Gender Identities': The Movie 'My Child'

Güven SONER<sup>1</sup>,

Birsen ALTAY<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu araştırmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin 'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' konusuna bakış açılarını incelemektir. Bu araştırma, 2017-2018 Güz Döneminde, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören, çalışmaya katılmaya gönüllü 37 lisans son sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma desenlerinden olgubilim-içerik analizi kullanılan çalışmanın öncesinde araştırmacı tarafından 'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' konulu bir sunum gerçekleştirilmiş sonrasında ise konu ile ilgili bir belgesel olan 'Benim Çocuğum' filmi izlettirilmiştir. Öğrencilerden alınan ifadeler bilgi, farkındalık, empati olmak üzere üç başlıkta incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda öğrencilerin, cinsel yönelimler ve cinsiyet kimlikleri toplumunkinden farklılık oluşturan bireylere bakışlarına olumlu bir katkı sağladığı görülmüştür. Öğrenciler sunum ve film gösterimi ile konu ile ilgili yanlış bilgilerinin düzeldiğini, bu bireylere yönelik olumsuz bakış açılarının azaldığını ve bu bireylere yönelik farkındalık kazandıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda hemşirelik öğrencilerinin ilgili konu ile ilgili sunum ve belgesel gösterimin ardından bu bireylere yönelik bakışlarında olumlu bir değişimin geliştiği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Belgesel ve gerçeklere dayalı filmler, cinsel Yönelim, cinsiyet Kimliği, hemşirelik Öğrencileri

### ABSTRACT

The aim of this study is to examine the perspectives of nursing students on the topic of 'Sexual Orientation and Gender Identities'. This research was carried out with 37 undergraduate final year students who were studying in the Nursing Department of the Faculty of Health Sciences of Ondokuz Mayıs University during 2017-2018 Fall Semester. Before the study, a researcher made a presentation titled 'Sexual Orientations and Gender Identities' and then a documentary about 'Sexual Orientation and Gender Identities', 'My Child' was screened. The statements taken from the students were examined

<sup>1</sup> Araştırma Görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [guven.soner@omu.edu.tr](mailto:guven.soner@omu.edu.tr)

<sup>2</sup> Doçent Doktor, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [baltay@omu.edu.tr](mailto:baltay@omu.edu.tr)



under three headings as knowledge, awareness and empathy. As a result of the analysis, it was seen that the students made a positive contribution to their sexual orientation and gender identity. The students stated that their false information about the subject was improved with presentation and film screening, and negative views towards these individuals decreased and they gained awareness about these individuals. As a result of this study, it was determined that nursing students developed a positive change in their attitudes towards these individuals after presentation and documentary presentations about the subject.

**Keywords:** Documentaries and factual films, nursing, sexual orientation

## **Giriş**

Dünya’da birçok ülkenin kurumsal işleyişi ve yasal düzenlemeleri, her bireyin heteroseksüel olduğu ya da sadece erkek ve kadın cinsiyet kimliklerinin var olduğu düşüncesine dayanmaktadır (Baird, 2004). Bu nedenle lezbiyen, gey, biseksüellere ve transseksüellere (LGBT) yönelik yanlış düşünceler toplumda ortaya çıkmaktadır. Bu durum bu kişilere yönelik ayrımcılık, olumsuz tutum ve uygulamaları meydana getirmektedir (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). Bu negatif ortam sebebiyle cinsel yönelimi ve cinsiyet kimliği toplumun çoğunluğundan farklı olan kişiler sağlık haklarını kullanırken zorluklarla karşılaşabilmektedirler (Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, 2011).

Hemşireler diğer sağlık personellerine göre hasta ile daha fazla etkileşim içinde olan bir meslektir. Tedavi görürken hastaların ilgi beklentilerinde, hemşireler sıklıkla ilk temas noktalarıdır ve bu yüzden kültürel farklılıklar konusunda deneyim ve bilgi sahibi olmaları gerekir (Mitchell ve ark, 2016). Ancak eşcinsel bireylere özgü sağlık konularının lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatına ne ölçüde dahil olduğu belirsizdir (Bonvicini, 2017).

Türkiye’de hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin eşcinsel bireylere yönelik tutumlarının olumlu bir düzeyde olmadığı gösterilmiştir (Bilgic, Daglar, Sabancioğulları ve Özkan, 2018; Gelbal ve Duyan, 2006; Gönenç ve Erenel, 2018 ; Unlu ve ark., 2016). Bu araştırmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin ‘Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri’ konusuna bakış açılarını incelemektir. Bu kapsamda gönüllü katılımcılara ‘Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri’ konulu bir sunum gerçekleştirilmiş sonrasında ise konu ile ilgili bir belgesel olan ‘Benim Çocuğum’ filmi izlettirilmiştir.

## **Yöntem**

Nitel araştırma desenlerinden olgubilim kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmada öğrencilerin cinsel yönelim olgusuna yükledikleri anlam ve öğrencilerin farkındalık düzeyleri, ‘Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri’ konulu sunumun ve ‘Benim Çocuğum’ filmi gösterimin öncesinde ve sonrasında ifadelerini belirttikleri yazılar aracılığıyla incelenmiştir.

Öğrencilerin ifadeleri içerik analizi ile incelenmiştir. İçerik analizi; desenleri, temaları, varsayımları ve anlamları tanımlamak için belirli bir materyal gövdesinin dikkatli, ayrıntılı, sistematik bir incelemesi ve bütünüyle yorumlanmasıdır (Berg ve Latin, 2008; Leedy ve Ormrod, 2005; Neuendorf, 2002).

Araştırma, 2017-2018 Güz Döneminde, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü 37 lisans son sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. 1 kişi soru formunu boş bırakmayı tercih etmiştir. Öğrencilere 'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' eğitimi verilmiş ve 'Benim Çocuğum' filmi izlettirilmiştir. Temalar literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Kağnıcı, 2015).

### **'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' Eğitimi**

'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' eğitimi araştırmacı tarafından ilgili literatür ekseninde hazırlanmıştır. Eğitim içeriğinde cinselliğe ilişkin temel kavramlar, tıbbın LGBT bireylere bakışı, LGBT bireylerin karşılaştıkları zorluklar ve sağlık sorunları ve hemşirenin bu kapsamdaki rolü yer almaktadır (Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, 2011; International Council of Nurses, 2012; Lim, Brown ve Jones, 2013). Sunum 45 dakika sürmekte ve soru cevaplarla ilerlemektedir.

### **'Benim Çocuğum' Filminin Konusu**

Filmler bir eğlence aracı olmasının yanı sıra, etkili bir eğitim aracı olarak sağlık profesyonellerinin eğitiminde önerilmektedir (Darbyshire ve Baker, 2012). Wegner'e göre film, öğretmek, ikna etmek, düşünceleri ve bilgiyi iletme için ya da sadece dünyayı olduğu gibi göstermek için en etkileyici ve baştan çıkarıcı güçtür (Wegner, 1977:8). Film, öğrencilerin görsel görüntüler sağlayarak içeriği daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir (Russell, 2009:1). Ayrıca filmler, öğrencilerin kelime hazinesinin geliştirilmesinde ve öğrencilerin farklı durumlar için çözüm önerileri sunabilmelerinde etkilidir (Yakar, 2013).

'Benim Çocuğum' filmi, çocukları lezbiyen, eşcinsel, biseksüel veya trans olan Türkiyeli beş ailenin çocuklarının durumunu öğrendiklerinden itibaren yaşadıkları deneyimleri, karşılaştıkları zorlukları ve çocuklarını kabullenişlerini anlatmaktadır. Ebeveynlerle röportajlarla ilerleyen filmde izleyici LGBT bireyler ve ailesi ile empati kurma şansını yakalamakta ve LGBT bireylere dair gerçekleri ailelerden dinlemektedirler (Candan, 2013).

### **Bulgular**

Araştırmanın bulguları bilgi (n=24), farkındalık (n=20), empati (n=24), kazanım temaları (n=15) altında incelenmiştir.

## **Bilgi Düzeyi**

Bilgi teması incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin cinsel yönelimler ve cinsiyet kimliği konusundaki temel kavramlar ve LGBT bireylerin sorunları hakkında bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Öğrencilerden bazıları bu konular hakkında edindikleri bilgiler ile ilgili şunları belirtmiştir:

“Cinsel yönelimler ve cinsiyet kimliklerinin tanımlanmasında bana katkı sağladı. Bir hastalık olmadığını onların da istediği gibi yaşama hakkına sahip olmaları gerektiğini düşünüyorum. Engellenemeyen duygu ve düşüncelerden kişiyi suçlamak, onu bir takım kuralları uygulamaya zorunlu hissetmelerini sağlamak sorunları çözmeyen bir durum.”

“Temel tanımları tam olarak bilmiyordum, bunu öğrendim.”

“Bu konu benim için karmaşıktı. Terimleri ayıramıyordum, sınıflandıramıyordum. Bunları artık ayırt edebiliyorum. Cinsiyet kimliği, yönelim ne tam olarak bunu anlamış oldum. Bunu anlamak, bu durumda hastalık olarak adlandırılmayacağı, kişide en başından beri var olan bir şey olduğunu kabul etmemde, bu konuda anlayışlı yaklaşmamda yardımcı oldu.”

“Cinsiyetin doğuştan biyolojik cinsiyet olarak aslında seçilemeyeceği öğrendim.”

## **Farkındalık**

Farkındalık teması incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin LGBT bireyler ile ilgili bilgi eksikliklerini ve onlara karşı önyargılarını fark ettikleri görülmüştür.

“Bilgimin yetersiz olduğunun farkına vardım. Bu bilgisizlik yüzünden ister istemez önyargılı olduğumun ve davrandığımın farkına vardım.”

“LGBT kişiler hakkında bilgim arttı. Ve onlara farklı bakarken şimdi onlarla aynı arkadaşlık ortamında olmaktan rahatsızlık duymam.”

“Cinsel kimlik konusunda farklı eğilimleri olan bireylere karşı önyargı oluşturduğumun farkına var.”

“Şimdiye kadar o insanlara karşı suçlayıcı ve kötü bir görüşüm vardı. Eğitime katılmak gerçekten de benim onlara bakış açımı değiştirdi ve onların da toplumda normal bir birey olabileceklerini kabullenmemi sağladı. Hastalık ya da tercih olduğunu düşündüğüm bu durum aslında çocukluktan gelen bir şeymiş.”

“Bazı eksik bilgilerim vardı. Örneğin eşcinselliğin sonra çevresel etkilerle oluştuğunu, psikolojik olduğunu düşünüyordum. Ancak tıpkı heteroseksüellik gibi doğuştan içgüdüselmiş bunu öğrendim. Her ne kadar ön yargım olmadığını düşünsem de aslında içten içe yargıladığımı fark ettim ve onlara karşı haksızlık yaptığımızı düşündüm.”

“Bu tarzdaki kişilerin sonra kendi seçimleri olmadığını ve yetiştirme şekilleriyle alakası olmadığını öğrendim. Bunun doğumdan beridir olduğunu öğrendim. O kişilere hak vermeye, onları anlamaya başladım.”

### **Empati Kurma**

Empati teması incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin LGBT bireyler ve aileleri ile ilgili empati kurdukları görülmüştür. Öğrencilerden biri filmde ne kadar etkilendiğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimin farklı olmasının bir hastalık olduğunu düşünüyordum ama ailelerde gördüğümüz olaylar hastalık olmadığını düşündürdü. Ailelerin yaşadığı zorluklar benimde LGBT bireylere karşı tutumumu olumlu olarak etkiledi.”

“Ailelerin ne kadar zorluk çektiklerini gözlemledim ve onların toplumdaki yerlerin zorluğunu gördüm. Üzerimde oluşturduğu etkiler ise biraz üzüntü onlar için mutluluk.”

“Ailelerin bu durum karşısındaki ilk tutumları beni etkiledi. Bu durumun üzücü olduğunu ve baş etmenin aile için zor olduğunu gördüm. Bu gibi deneyimlerin ve ailelerin toplumda izole ediliyor olmaları ve bu durumu açıkça anlatamamaları toplumsal algının ne derece yanlış olduğunu bana gösterdi. Utanılıp çekinilecek bir yaşam sürüyor olmaları da ayrıca zor bir durum.”

“Sunumda eşcinselliğin doğuştan geldiğini tedavi edilebilir bir şey olmadığını içgüdüsel olduğunu öğrendim. Toplumdaki büyük bir çoğunluğun onların bu durumundan rahatsızlık duyup bazı hastalıkların sadece onlarda olabileceğini düşündüğünü, bu durumu sapkınlık, ruhsal hastalık olarak algıladıkları için o bireylere haksızlık yapıldığını hissettim.”

“Birçok durumu yeni öğrenmiş olduğumu gördüm. Ailelerin ve çocuklarının hissettirdikleri beni hem hüznlendirdi hem de sevindirdi. Onlara hak verdim. Bu bir içgüdüsel durumdu. Desteklenmeleri gerektiğini düşündüm. Bu bireyler de her birey gibi yaşamlarına istedikleri gibi devam etmeliler. Özellikle bu filmin toplumumuzda önemli bir adım olduğunu söylemeliyim. Fikir özgürlüğü ve cinsel özgürlük anlamında harika bir sunumdu.”

“Toplumda eşcinsel bireylerin bu tercihlerinin içgüdüsel olduğunun farkına vardım. Ailelerin bu tercihlerini yetiştirme ile ilgili bir hastalık olduğunu bu nedenden dolayı psikoloğa giderek çare aradıklarını ve ardından bu durumları kabullendiğini fark ettim. Kıyafetlerinden davranışlarından dalga konusu olmaları, dışlanmaları beni üzdü.”

“Empati kurmamı sağladı. Kesinlikle bakış açımı, çok değiştirdi. Karşı tarafın duygularını ne kadar incitebileceğimizin farkına varmamızı sağladı. İçten içe bir yadırgamam vardı fakat şu anda filmde sonra o da kalmadı. Bu farkındalığı yaşamamızı sağladığınız için teşekkürler.”

## Kazanım

Kazanım teması incelendiğinde hemşirelik öğrencileri LGBT bireylere yönelik önyargılarının azaldığını belirtmiş ve onlara saygı duyduklarını vurgulamıştır. Öğrenciler görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Bilmediğim terimleri öğrendim ve bakış açım gerçekten daha da değişti.”

“Oldukça etkilendim. Ailelerin düşünce ve tepkileri böyle bir şeyin gerçekten var olduğunu kabul etmemiz gerektiğini bana düşündürdü. Bu konuda tüm kültürel normlarımı yıkmış olmasam da bu kişileri biraz daha benimsememde bu filmin etkili olacağını düşündüm, izlerken. Böyle bir bireyle karşılaşırsam daha az yargılayıcı davranacağımı düşünüyorum.”

“Hastalık, sapkınlık olmadığını öğrendim. Doğuştan geldiğini öğrendim. Düşüncelerim 180 derece değişti. Hatta aileme de izlettim. Onların da görüşleri epey değişti. Ama LGBT bireylerin yaptıkların yürüyüşün daha bilinçli hale getirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Eylemde küfürler, hoş olmayan görüntüler var. Kendilerini daha iyi savunabilirler. Kendilerine daha çok faydalı olur. Sonuç olarak her yönüyle çok iyi bir belgesel.”

“Cinsel yönelimi farklı olan insanların hasta olmadığını öğrendim. Bunun bir seçim ve isteyerek yapılan bir durum olmadığını öğrendim. Bu bireylere karşı var olan hoş görü düzeyimi yükselttim.”

“Herkesin başına gelebilir bu durum. Normaldir, hastalık değildir. Bir gün benim de başıma gelirse ilk önce kabullenip sonuna kadar çocuğuma destek olurum.”

Öğrenciler arasında eğitimin kendisine herhangi bir etki bırakmadığını, hala bu konuda tam olarak net olmadıklarını belirten öğrenciler de bulunmaktaydı. Bu öğrencilerin geri dönüş yorumları şu şekilde oldu;

*“Hiçbir etki etmedi. Bu konuda katıyım pekte görüşümün değişeceğini zannetmiyorum.”*

*“Onları farklılıkları hakkında konuştuk. Onları normalleştirme üzerine konuşmalar beni rahatsız etti. Bence hastalık kavramından çıkarılmamalı.”*

*“Önceden bunun kötü bir şey olduğu insanların eşcinsel olmayı kendileri sonradan seçtiklerini, bunun genellikle özentisi olduğunu düşünüyordum. Bu düşüncelerim değişti. Fakat eşcinselliğin hala bir hastalık olduğunu düşündüm. Çünkü anormal bir şeydir.”*

*“Düşüncelerimde açık bir değişiklik olmadı. Çocukluktan gelen bir durum olması şaşırttı. Gerçekten böyle bir durum olabileceğine inanamadım.”*

*“Ailelerin çocuklarını kabullenmekte zorluk çektiklerini toplumdan dışlanma ile karşı karşıya geldiklerini öğrendim. Onlara saygı gösteririm ama ben rahatsız oluyorum. Normalleştirmek, hastalık kavramından çıkarılması bana yanlış geliyor.”*

*“Benimde böyle bir çocuğum olsa savunur kabul ederdim. Fakat bu bir hastalıktır. Eşcinselliği hastalık kısmında çıkartmak toplumda normal olan diğer insanları psikolojik olarak buna yöneltir.”*

*“Böyle bireylerin çok olduğunu ve doğuştan olduğu için görüşlerimde biraz değişim oldu. Olayın dini tarafı kafamı karıştırıyor. Ancak öyle bireylere karşı değilim. Herkese saygı duyarım.”*

## **Tartışma**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü 37 lisans son sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilen bu araştırmada öğrencilere ‘Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri’ eğitimi verilmiş ve ‘Benim Çocuğum’ filmi gösterilmiştir. Öğrencilerin eğitim ve filme dair görüşlerini içeren yazılarda konu hakkında bilgi sahibi oldukları, farkındalık kazandıkları, bu bireylerle empati kurdukları görülmüştür. Bunun yanı sıra bazı öğrenciler eğitim ve film gösteriminin LGBT bireylere yönelik düşüncelerinde bir değişim yaratmadığını ve hala bu bireylere yönelik olumlu bir bakış açısına sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar hemşirelik öğrencilerinin LGBT bireylere yönelik olumsuz bir tutum takındıklarını göstermektedir. Rowniak, hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada eşcinsellere yönelik negatif tutumun varlığını göstermiştir (Rowniak, 2015). Pinto ve Nogueira, ayrımcılık ve önyargı ile ilgili hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerin lezbiyenlere karşı daha fazla negatif tutumlarının var olduğunu saptamışlardır (Pinto ve Nogueira, 2016). Ng ve arkadaşları, Malezya’da bir üniversitenin hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerle yaptıkları çalışmada öğrencilerin eşcinsellere yönelik tutumlarını negatif yönde bulmuşlardır (Ng ve ark., 2015). Bu durum hemşirelik eğitiminde LGBT bireylerle ilgili konuların hiç olmaması ya da kısıtlı olması ile ilgili olabilir.

Hemşirelik öğrencilerinin LGBT bireylere yönelik bilgi sahibi olmaları, farkındalık kazanmaları ve onlarla empati kurabilmeleri için hemşirelik eğitiminde LGBT bireyler ilgili ders içeriklerinin eklenmesi veya oranın artırılması faydalı olabilir. Strong ve Folse (2015) 58 hemşirelik öğrencisini dahil ettikleri çalışmalarında LGBT bireylerle ilgili bilgilendirici formlarından sonra öğrencilerin LGBT bireylere bakışlarında önemli bir oranda olumlu gelişme gösterdiğini kaydetmişlerdir (Strong ve Folse, 2014). Bizim çalışmamızda konu ile ilgili eğitimin ve belgesel gösteriminin birçok hemşirelik öğrencisinde olumlu kazanımlar oluşturduğu görülmüştür.

## **Sonuç**

Hemşireler herkese eşit sunulması gereken sağlık hizmetinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Eşcinsel bireylerin sağlık hizmetine erişimlerinde herhangi bir engelle karşılaşmaması adına hemşirelerin eşcinsellere dair farkındalık sahibi olması ve eşcinsel

bireylerin sağlık gereksinimlerini bilmeleri önemlidir. Eşcinseller konusunda doğru bir eğitim öğrencilerin eşcinselliğe bakışını bilimsel bir yöne çekebilir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir bu çalışmada cinsel yönelimler ve cinsiyet kimliği ile ilgili bilimsel bir sunum ve LGBT bireylerin aileleri ile röportajları içeren bir belgeselin öğrencilerin empati becerilerini, farkındalıklarını geliştirdiği görölmüştür.

## Kaynakça

1. Baird, V. (2004). *Antikapitalist Hareket için Klavuzlar 8 Cinsel Çeşitlilik: Yönelimler Politikalar Haklar ve İhlaller*. İstanbul: Metis Yayınları.
2. Berg, K. E. & Latin, R. W. (2008). *Essentials of Research Methods in Health, Physical Education, Exercise Science and Recreation* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. 245-257.
3. Bilgic, D., Daglar, G. Sabanciogulları, S. Özkan, S. A. (2018). "Attitudes of Midwifery and Nursing Atudents in a Turkish University toward Lesbians and Gay Men and Opinions about Healthcare Approaches", *Nurse Educ Pract*, Sayı: 29, 179-184.
4. Bonvicini, K.A. (2017). "LGBT Healthcare Sispurities: What Progress Have We Made?", *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2357-2361.
5. Candan, C. (Yönetmen). (2013). *Benim Çocuğum*. Candan, Can (Senaryo). Ceylan, S., Ceylan, Ö., Dum, G. ve diğer (Oyuncular). Film. DVD. Türkiye: As Sanat.
6. Darbyshire, D., Baker, P. (2012). "Systematic Review and Thematic Analysis of Cinema in Medical Education". *Med Humanit*, 38, 28-33.
7. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): National Academies Press (US).
8. International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Cenevre, İsviçre.
9. Gelbal, S., Duyan, V. (2006). "Attitudes of University Students toward Lesbians and Gay Men in Turkey". *Sex Roles*, 55(7), 573-579.
10. Gönenç, I.M., Erenel A.Ş. (2018 ). "Determining Homophobic Attitudes of Nursing Students in Turkey and the Factors Affecting Them". *Clin Exp Health Sci*. DOI: 10.5152/clinexphealthsci.2018.XXXX
11. Hatzenbuehler, M.L., Pachankis, J.E. (2016). "Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications". *Pediatric clinics of North America*, 63(6), 985-997.
12. Kağnıcı, Y. D. (2015). Psikolojik Danışman Eğitiminde Cinsel Yönelim Olgusunun İrdelenmesi: *Benim Çocuğum* Filmi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(44), 83 – 95.
13. Leedy, P. D., Ormrod, J. E. (2005). *Practical Research: Planning and Design* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill/Prentice Hall. 139-154.
14. Lim, F.A, Brown, D.V., Jones, H. (2013). "Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: fundamentals for nursing education". *The Journal of Nursing Education*. 52(4): 198-203.



15. Mitchell, K. M., Lee, L., Green, A., & Skyes, J. (2016). "The Gaps in Health Care of the LGBT Community: Perspectives of Nursing Students and Faculty". *Papers & Publications: Interdisciplinary Journal of Undergraduate Research*, 5(1), 5.
16. Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.1-27.
17. Ng, C.G., Yee, A., Subramaniam, P., Loh, H. S., & Moreira, P. (2015). "Attitudes toward homosexuality among nursing students in a public university in Malaysia: The religious factor". *Sexuality Research and Social Policy*, 12(3), 182-187.
18. Rowniak, S. R. (2015). "Factors related to homophobia among nursing students". *Journal of Homosexuality*, 62(9), 1228-1240.
19. Russell, W.B. (2009). *Teaching social issues with film*. United States of America: Information Age Publishing Inc.
20. Strong, K. L., & Folse, V. N. (2014). "Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients". *Journal of Nursing Education*, 54(1), 45-49.
21. Pinto, D., & Nogueira, C. (2016). "Portuguese nursing students' attitudes towards lesbians: from prejudice to recommendations for change". *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, 24 (3), 805-814.
22. Unlu, H., Beduk, T., & Duyan, V. (2016). "The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men". *J Clin Nurs*, 25(23-24), 3697-3706. doi:10.1111/jocn.13347
23. Wegner, H. (1977). *Teaching With Film*. Indiana: Phi Delta Kappa, Bloomington, Ind.
24. Yakar, H.G.İ. (2013). "Sinema Filmlerinin Eğitim Amaçlı Kullanımı: Tarihsel Bir Değerlendirme". *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(19), 21-36.

# Kültürel Hemşirelik Modellerinden Biri: Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli

## One of the Cultural Nursing Models: The Purnell Model for Cultural Competence

Ayla HENDEKÇİ<sup>1</sup>

### ÖZET

Hemşirelik sürekli güncellenen ve yeni durumlara uyum sağlayabilen bir meslektir. Toplumların çok kültürlü bir yapıda olması, kültürel yeterlilik kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Çok kültürlü toplumlarda, sağlık profesyonellerinin kültürel yeterliliğe sahip olmaları beklenmektedir. Hemşirelik mesleği de kültürel değişimlerden etkilenmiş ve hemşirelik kuramcıları tarafından birçok model ortaya çıkarılmıştır. Purnell'in modeli, kültürü birincil ve ikincil özellikleri ile ele alması ve 12 farklı kültürel alan tanımlaması yönüyle dikkat çekici bir model olmuştur. Purnell'in kültürel yeterlilik modelinin tüm sağlık çalışanları tarafından uygulanabilir olduğu görülmektedir. Model, hem sağlık bakımının planlanmasında hem de eğitim, araştırma ve yönetim alanında kullanılabilir. Bu çalışma için İngilizce ve Türkçe dillerinde hazırlanmış, konu ile ilişkili güncel makaleler taranarak bir derleme haline getirilmiştir. Çalışmada amaç, kültürel hemşirelik modellerinden biri olan 'Purnell'in kültürel yeterlilik modeli' hakkında bilgi sahibi olunarak, hemşirelik uygulamalarında kullanımının değerlendirilmesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Kültürel Hemşirelik, Kültürel Yeterlilik

### ABSTRACT

Nursing is a profession that is constantly updated and can adapt to new situations. The fact that societies have a multicultural structure has created the concept of cultural competence. In multicultural societies, health professionals are expected to have cultural competence. The nursing profession was influenced by cultural changes and many models were created by nursing theorists. Purnell's model has been a remarkable model in terms of addressing culture with its primary and secondary features and defining 12 different cultural areas. The cultural qualification model of Purnell seems to be applicable to all health professionals. The model can be used both in planning health care and in education, research and management. For this study, the current articles related to the subject, prepared in English and Turkish, were scanned and compiled. The aim of this study is to evaluate the usage of nursing practices in Purnell, one of the cultural nursing models.

**Keywords:** Cultural Competence, Cultural Nursing, Nurse

---

<sup>1</sup>Arş. Gör., Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ayla.hendekci@gmail.com

## Giriş

Sağlık ve hastalık kavramları fiziksel ve ruhsal olarak tanımlanmasına karşılık çoğu zaman kültürle ilişkilidir. İnsanların inanç, gelenek ve görenekleri, uygulamaları içinde yaşadıkları topluma ait olan kültürün bir parçasıdır. Sağlık çalışanları amaca uygun hizmet vermek istiyorsa toplumun kültürel özelliklerine hakim olmalıdır (Erci, Kılıç, Adıbelli, 2018). Sadece hastalar değil sağlık bakımı verenler de farklı kültürlerden gelmektedir (Tanrıverdi, 2017). Her toplumun kendine ait sağlık davranışları vardır. Bu sağlık davranışları nesilden nesle kültür aracılığıyla aktarılır (Arslan, 2006).

Dünya'daki demografik ve ekonomik değişim, farklı kültürden gelen insanların sağlık düzeylerindeki farklılıklar, sağlık bakımı verenleri ve kurumları kültürel özellikleri göz önünde bulundurmaya yöneltmiştir (İz ve Temel, 2009). Ülkeler dolayısıyla da toplumlar gün geçtikçe çok kültürlü hale gelmekte, sağlık sistemleri ve sağlık iş gücü de bu durumdan etkilenmektedir. İnsana bakım veren mesleklerin başında hemşireler gelir. Kültürün tüm yönleri, hemşirelik yaklaşımında etkilidir (Şahin, Bayram, Avcı, 2009). Kaliteli bir hemşirelik bakımı için, kültürel farklılıkları anlamak, kültür öğelerinin farkında olmak ve buna uygun bakım sunmak çok önemlidir (Narayanasamy, 2003). Kültüre özgü bakımın, bireyin memnuniyetini ve klinik kaliteyi artırdığı ve çabuk iyileşmesine katkı sağladığı düşünülmektedir (Leininger and McFarland, 2002). Bu amaçla ortaya kültürel model ve rehberler çıkmıştır. Bu model ve rehberlerin hemşirelikte kullanılması, bakım verilen toplumun kültürel özelliklerini değerlendirmesini, kültürel verilere daha sistematik ve standardize yollarla ulaşmasını ve kültürlerarası hemşirelik alanında bilgi birikiminin artmasını sağlamaktadır (Tanrıverdi, Seviğ, Bayat, Birkök, 2009). Modeller, hemşireliğin sağlık, hastalık ve toplumla ilgili kavram ve kuramlarla ilişkisini ortaya koyarak verileri organize etmeyi kolaylaştırır, ekip üyeleri arasında ortak bir dil oluşturulmasını sağlar. Kültürel modeller ise mevcut modellerdeki kültüre dair eksikliklerden ortaya çıkmıştır (Leininger,1996).

Sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi ve etkin bir hemşirelik süreci için farklı kültürlerdeki bireylerin anlaşılması gerekliliği 1950'li yıllara dayanır. 1950'de Peplau tarafından kültürün ruh sağlığı üzerindeki etkileri, 1960' da Leninger tarafından transkültürel hemşirelik kavramları ortaya koyulmuştur (Busher Betancourt, 2016). 1969'da Uluslararası Hemşirelik Birliği (ICN) ilk defa kültür kavramını hemşirelikte kullanmaya başlamıştır. 1990 yılında Giger ve Davidhizar'ın Transkültürel Değerlendirme Modeli yayınlanmıştır. 1995 yılında hemşire kuramcılarının biri olan Purnell kültürel yeterlilik modelini ortaya koymuştur (Tortumluoğlu, 2004; Tanrıverdi, Ünüvar, Yalçın, Acar, Yaman, Akçay et al., 2012). Bu çalışmada amaç, kültürel yeterlilik modelinin ortaya çıkışı, kavram ve tanımları, metaparadigma ve varsayımları ile modelin uygulanabilirliğini açıklamaktır.

## **Kültürel Yeterlilik Modelinin Geliştirilmesi**

Kültürlerarası hemşirelik, farklı kültürdeki bireylere bakım verme gereksinimiyle ortaya çıkmıştır. Leininger'ın çalışmalarından sonra en dikkat çekici çalışmalar Purnell tarafından yapılmıştır (Tortumluoğlu, 2004). Kültürel Yeterlilik Modeli, öğrenci hemşireler tarafından kullanılması amacıyla kliniğe yönelik olarak 1991 yılında temelleri atılmış ve 1995 yılında hemşire modelist Purnell tarafından geliştirilmiştir (Purnell, 2002). Geliştirilen bu model farklı disiplinlerce kullanılabileceği gibi hemşirelikte uygulama, eğitim ve araştırmalarda kullanılabilmektedir (Purnell, 2003).

Model; birey, aile ve toplumun etik bakış açılarına temellenir. Modelin amacı, kültürel anlaşılmayı geliştirmek için etnografik bir çerçeve oluşturmaktır (Purnell, 2003). Kültürel yeterlilik modeli dünya çapında farklı dillere çevrilerek kullanılmış, sağlığı koruma, geliştirme ve hastalıklarla baş etme sürecinde, insanların kültürel olarak anlaşılmasını sağlamıştır. Model gelişimi sırasında antropoloji, sosyoloji, anatomi, biyoloji, psikoloji, din, tarih ve dil bilim gibi bilim dallarından yararlanmıştır (Purnell, 2005).

## **Kültürel Yeterlilik Modelindeki Önemli Kavramlar ve Tanımları**

Modelde kültür, birincil ve ikincil özelliklerle açıklanmıştır:

- Kültürün birincil özellikleri;** ulus, soy, ırk, yaş ve dinen bağlı olunan kurum,
- Kültürün ikincil özellikleri;** eğitim durumu, sosyoekonomik durum, meslek, askeri deneyim, politik inançları, medeni durumu, ailesel durumu, fiziksel özellikleri, seksüel durum, göç etme durumu, göç nedeni, başka ülkelerde kuşatılma durumu, yerleşim birimi vb. oluşmaktadır (Purnell, 2008).

Geliştirilen bu model yeni bir yaklaşımda olduğu için ileride daha fazla anlaşılacağı ve kullanılacağı düşünülmektedir. Purnell, modelini daha anlaşılır kılmak için bir harita hazırlamıştır ve bu haritada bir daire içinde 12 farklı kültürel alanı göstermiştir. Purnell modelinin alanlarını, daha odaklanmış bir analiz yapmayı mümkün kılması adına oluşturmuştur. Modelin kültürel alanları tek olmayıp her bir alan birbirinden etkilenmektedir. Modelin ortası ise boş bir kısımdan oluşmaktadır, bu kısım kültürel grup hakkında bilinmeyenleri ifade eder. Bu modeli özel bir ulus, kültür ya da etnik inanç ve değerlerle sınırlandırmamak gerekmektedir. Bazı kültürlerde bu sözcükler tam olarak tanımlanamayabilir fakat bunun kültürlere uyarlaması yapılabilmektedir (Purnell, 2003; Purnell, 2008).

## **Kültürel Bilinç ve Yeterlilik Kavramları**

Purnell, Kültürel Yeterlilik Modeli' nin özelliklerinin kullanım kazanmasının giderek artması için, uygulayıcının dört seviye boyunca ilerlemesine bağlı olduğunu söyler. Bilinçsiz

yetersizlik seviyesinden bilinçli yetersizliğe doğru olan süreç, bilinçli yeterlilik ve son seviye bilinçsiz yeterliliğe doğru olur, böylece hareket bilinçsiz yetersizlikten, bilinçsiz yeterliliğe doğru bir süreklilik sağlar (Purnell, 2002; Purnell, 2005).

●**Bilinçsiz Yetersizlik;** Bireyin başka bir kültüre ilişkin bilgisinin yetersiz olduğunun farkında olmaması durumudur.

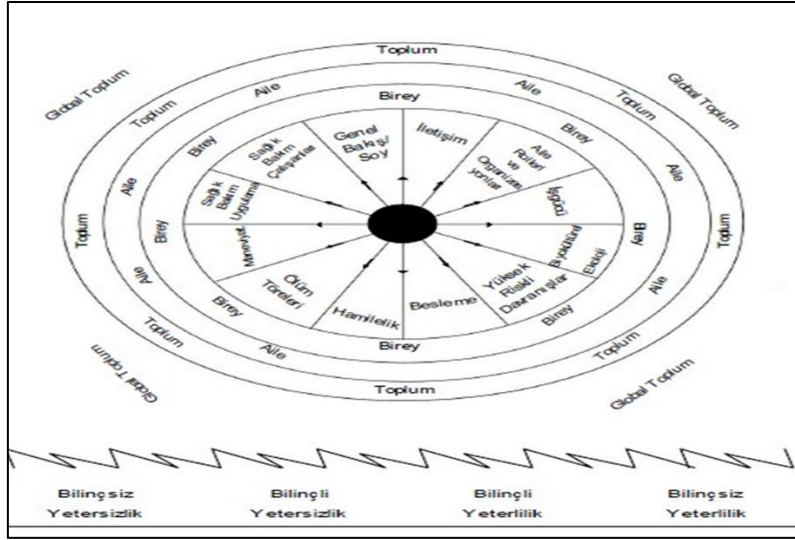
●**Bilinçli Yetersizlik;** Bireyin başka bir kültüre ilişkin bilgisinin yetersiz olduğunun farkında olması durumudur.

●**Bilinçli Yeterlilik;** Bireyin hastanın kültürünü öğrenmesi, hastanın kültürüne ilişkin genellemeleri doğrulaması ve kültüre özgü uygulama yapması durumudur.

●**Bilinçsiz Yeterlilik;** Bireyin farklı kültürlerden hastalara kendiliğinden kültürel açıdan uyumlu bakım sağlamasıdır (Purnell, 2001; Purnell, 2005).

●**Kültür:** Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür (Türk Dil Kurumu, 2019). Antropologlar ve sosyologlar birçok kültür tanımı yapmıştır. Kültürel yeterlilik kapsamında kültür; bütün olarak sosyal bir şekilde gelecek kuşaklara iletilen davranış şekilleri, sanat, inanış, değerler, gelenekler, yaşam biçimleri, karar vermede ve dünya görüşü oluşturmada bireylere rehberlik eden insan çalışmasının ürünleri, düşüncelerini oluşturan diğer bütün şeylerdir. Kültürün sağlık üzerinde olumlu ya da olumsuz birçok etkisi olduğu kabul edilmektedir (Kım and Kollak, 2006).

●**Kültürel yeterlilik;** Kültürel yeterlilik önemi giderek artan bir kavramdır. Yetenek, beceri ve bilgiyi ifade etmektedir. Bireyin kendi varlığının, hislerinin, düşüncelerinin, çevresinin farkında olmak ve özgünlüğüne saygı duymaktır (Kım and Kollak, 2006). Kültürel yeterlik dinamik, değişken, sürekli bir süreçtir. Çok kültürlü toplumlarda, sağlık bakım profesyonellerinin kültürel yeterliğe sahip olmaları gerekmektedir ve bu gereklilik toplum tarafından beklenmektedir (İz ve Temel, 2009).



Tablo 1. Purnell Model for Cultural Competence

### Modele Ait 12 Farklı Kültürel Alan

Kültürel yeterlilik modeli, hemşirelik değerlendirmeleri ve uygulamaları için kullanılmaktadır. Bütün kültürel alana ilişkin olarak kişinin kültürel ihtiyaçlarının belirlenmesinde bilgiler sağlamaktadır. Kültürel alanlar birbirinden bağımsız değildir ve özel durumlardan çok genel durumları açıklamak için kullanılırlar (Sagar, 2011). Purnell, bu alanları şu şekilde tanımlar:

**1. Soy, yaşadığı yer:** Bireyin geldiği ülke, bugünkü yerleşim birimi, soyunun geldiği ülkenin ve şimdi yaşadığı ülkenin topografik özellikleri, ekonomi, politika, eğitim durumu ve mesleği bu alanda incelenmektedir (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**2. İletişim:** Baskın olan dil ve lehçe, dilin kullanımı, ses volümü, sesin ahengi, duygu ve düşünceleri paylaşmaya istekli olma durumu; beden dili, yüz ifadesi, selamlaşmayı kabul etme gibi sözsüz iletişim bu alanda yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**3. Aile rolleri ve organizasyonlar:** Evin reisi, cinsiyete ait roller; aile rolleri, öncelikler, çocuk ve adölesanların gelişimsel görevleri, çocuk büyütme uygulamaları; yaşlıların rolleri, sosyal durum, bekar/boşanmış ebeveyn, seksüel uyum, çocuksuz evlilikler gibi özellikler bu alanda yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**4. İş gücü durumu:** Otonomi, başka bir kültürün etkisi altında kalma, cinsiyete bağlı roller, bireysellik, benzeşme, ülkesindeki sağlık bakım uygulamaları vb. bu alanda yer alan özelliklerdendir (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**5. Biyokültürel ekoloji:** Deri rengi ve vücut yapısındaki fiziksel değişiklikler vb. ırk kökenli ve etnik değişkenler burada yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**6. Yüksek riskli davranışlar:** Sigara ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı, fiziksel aktivite yetersizliği ve yüksek riskli seksüel uygulamalar bu alanda yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**7. Beslenme:** Yeterli besin, besinlerin anlamı, yiyecek seçimi, örfler, yasaklar, hastalık ve sağlığı geliştirmede hangi besinleri kullanıldığı bu alanın önemli konularındandır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**8. Hamilelik ve çocuk büyüme:** Üreme uygulamaları, doğum kontrol yöntemleri, hamileliğe bakış, örfler, yasaklar ve gebelik, doğum ve doğum sonu tedavileri ile ilgili tabular bu alanda yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**9. Ölüm töreleri:** Ölüme bakış, ölüme hazırlık davranışları, defin işlemleri ve keder davranışları burada yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**10. Maneviyat:** Dini uygulamalar, duaların kullanımı, yaşama anlam veren davranışlar, bireysel güç kaynakları bu alanda yer almaktadır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**11. Sağlık bakım uygulamaları:** Akut ve koruyucu sağlık bakım kaynakları, biyomedikal inançlar, bireysel sağlık sorumluluğu, kendi kendini rahatlatıcı uygulamalar, mental hastalıklara bakış, organ bağışı ve organ nakli gibi konular bu alanda yer alır (Purnell, 2003; Purnell, 2009).

**12. Sağlık bakım çalışanları:** Geleneksel şifa verenler, büyücüler ve allopatik biyomedikal sağlık bakımı verenler bu alanı oluşturur (Purnell, 2003; Purnell, 2009; Başlı, Bekar, Civelek, 2018 ).

### **Modelin Metaparadigmaları**

Metaparadigma, bir disiplinin temel kavramlarını tanımlamanın bir yolu, geniş bir bakış açısıdır. Hemşirelik mesleğinin metaparadiması hemşirelik disiplinin temel kavramlarını tanımlar (Özkan ve Öztürk, 2013). Kültürel yeterlilik modeli dört temel metaparadigmadan oluşur. Bunlar şu şekildedir;

●**İnsan:** İnsan, biyopsikososyokültürel bir varlık olarak tanımlanmıştır. İnsan biyolojik ve fizyolojik açıdan tam bir uyum halindedir. Psikolojik olarak; değişen toplulukla toplumsal olarak etkileşime girdiği gibi, etnokültürel olarak küresel toplumla daha ileri etkileşim halindedir. Bireyselliğin oldukça yüksek olduğu batı kültürlerinde, birey fiziksel ve psikolojik olarak eşsiz ve toplumun tek bir üyesidir (Purnell, 2005; Purnell, 2009). Başkalarından ayrıdır. Tam tersi olarak, oldukça kollektif olan doğu kültürlerinde, birey doğasının tekliliğinden ziyade ataları, ailesi ya da başka bir grupta ilişkili olarak tanımlanır (Purnell, 2009).

●**Sağlık:** Sağlık, kültür ile yakından ilişkilidir ve bir bölgede olabileceği gibi küresel olarak da farklı şekillerde tanımlanabilir. Sağlık görüşlerini bir kültürel grubun etnokültürel bakış açısı oluşturur. Sağlık genellikle fiziksel, zihinsel ve ruhsal durumları içerir. İnsanlar kişisel sağlık durumları, ulusun veya toplumun sağlık durumu hakkında konuşabilir. Sağlık doğası gereği objektif veya sübjektif olabilir (Purnell, 2005; Purnell, 2009).

●**Hemşire:** Hemşireler, hastalara kültürel olarak yeterli ve duyarlı bir bakım vermeleri için hem toplumun kültürünü hem de bireyin kültürünü iyi tanınması gereken kişilerdir (Purnell, 2005).

●**Çevre:** Bireyin dışında kalan ve kültürünü oluşturan her şey çevre olarak tanımlanır (Purnell, 2005).

### **Modelin Varsayımları**

1. Bütün sağlık çalışanları kültürel farklılıklar hakkında benzer ve ortak bilgilere ihtiyaç duyarlar.
2. Bütün sağlık çalışanları küresel toplum, aile, birey ve sağlığın temel kavramlarını paylaşırlar.
3. Bir kültür diğer bir kültürden daha iyi değildir; ancak birbirlerinden tamamen farklıdırlar.
4. Bütün kültürlerin temel noktada benzerlikleri vardır fakat kültürler içinde ve arasında farklılıklar vardır.
5. Kültürler sabit toplumlarda yavaş değişirler.
6. Birey kendi bakımına katılma ve sağlıkla ilgili planları ve girişimleri seçme şansına sahip olursa sonuçlar daha iyi olur.
7. Kültürün, bireyin sağlık bakım sorumlulukları ve sağlık davranışları üzerinde güçlü bir etkisi vardır.
8. Her bireyin, kadın ya da erkek, eşsiz olma ve kültürel geçmişinden dolayı saygı görme hakkı vardır.
9. Bakım vericiler duyarlı ve kültürel olarak yeterli bakım vermek için genel ve özel kültürel bilgiye ihtiyaç duyarlar, bilgiye ulaştıklarında bakım gelişecektir.
10. Kültürü öğrenme çeşitli yollarla gelişen ve devam eden bir süreçtir.
11. Önyargı kültürel duyarlılıkla birlikte en aza indirilmelidir.
12. Etkili bir sağlık bakımı; değerler, inançlar, tutumlar, yaşam biçimleri, farklı grupların ve farklı kültürlerin etkisinde olan bireylerin dünya görüşünü yansıtmalıdır.



13. Girişimleri standardize etmek için, ırk ve kültürel farklılıklar uyum sağlamaya ihtiyaç duyar.

14. Kültürel farkındalık bakım vericilerin kendi farkındalığını geliştirir.

15. Kültür sınır ötesi değildir. İnsanlar kültürünü göç ettiklerinde onlarla birlikte getirirler.

16. Farklı kültürel kökene sahip bireyler, ortak alanda veya terapötik ortamda toplandıklarında, karşılıklı bir ilişki geliştirme olasılığı ilişkideki her iki tarafın birbirinin kültürünü öğrenmeye teşebbüs etmesi durumunda gerçekleşir (Purnell, 2001; Purnell, 2005; Purnell, 2008).

### **Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modelinin Uygulanabilirliği**

Purnell'a göre kültürel yeterlilik modeli, bütün sağlık çalışanları tarafından kullanılabilir bir modeldir. Model sağlık bakımın planlanmasından uygulanmasına kadar her aşamada pek çok disiplin tarafından etkin olarak kullanılabilir (Purnell, 2001). Eğitim amacıyla; ders müfredatına eklenebilir, klinik derslerde sunulabilir ve akademik olarak kullanılabilir. Araştırmalarda; bilimsel disiplinler için veri toplama, tez hazırlama, uzmanlık projelerinde rehber olarak kullanılabilir. Yönetim alanında; sağlık organizasyonları için bir çatı olarak kullanılabilir (Purnell, 2003).

### **Sonuç**

Son yıllarda sağlık sektöründe kültürel bakımın ve kültürel veri toplamanın önemine yönelik farkındalık artmıştır. Hemşire sağlık ekibinin bir üyesi olarak kültürel olarak sağlıklı ya da hasta bireyi değerlendirirken bireye özgü, anlamlı ve insana yakışan bir bakım sunmalıdır. Bakım verilen bireyler kültürleriyle bir bütün olarak kabul edilmelidir. Bireyi tanımlayan hemşire, temel kültürel verileri yeterince toplamalı ve önemini anlamalı, bireylerin kültürlerine saygı duymalıdır. Bu kapsamda Purnell'in kültürel yeterlilik modeli hemşireler için bir rehber olarak kabul edilebilir. Ülkemizde aktif olarak çalışan hemşirelerin bu modeli kullanması önerilmektedir.

## Kaynakça

1. Arslan, A. (2006). Medyanın birey, toplum ve kültür üzerine etkileri. *Journal of Human Sciences*, 1(1),1-12.
2. Başlı, M., Bekar, M., Civelek, İ. (2018). Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve “kültürel yeterlilik süreci modeli”ni anlamak. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1-7.
3. Busher Betancourt, D. A. (2016). Madeleine Leininger and the transcultural theory of nursing. *The Downtown Review*, 2(1),1.
4. Erci, B., Kılıç, D., Adıbelli, D. (2018). Yaşam boyu sağlığı geliştirme. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri.
5. İz, F., Temel, A. (2009). Hemşirelikte kültürel yeterlilik. *Aile ve Toplum*, 11(5),51-58.
6. Kim, H. Kollak, I. (2006). Nursing theories: Conceptual and philosophical foundations. Springer Publishing Company, New York, pp:236-254.
7. Leininger, M. (1996). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2),71-78.
8. Leininger, M., McFarland M. R. (2002). Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. New York: McGraw Hill.
9. Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *Br J Nurs*, 12(3),185-94.
10. Özkan, S., Öztürk, C. (2013). Neuman'ın sistemler modeli kullanımına bir örnek: Pnömonili bir bebeğin hemşirelik bakımı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3),109-114.
11. Purnell, L (2009). Understanding cultural language: A case study. *OR Nurse*, 3(4),49-52.
12. Purnell, L. (2001). Guatemalans' practices for health promotion and the meaning of respect afforded them by health care providers. *Journal of Transcultural Nursing*, 12 (1),40-47.
13. Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3),193-196.
14. Purnell, L. (2003). The Purnell Model for Cultural Competence: A Model for all Healthcare Providers. *The Medical Network*, 1(1),8-17.
15. Purnell, L. (2005). Keynote Article, Special Edition. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2),7-15.
16. Purnell, L. (2008). Vietnamese traditional healthcare practices. *Urologic Nursing*, 28(1),63-67.
17. Sagar, P. L. (2011). Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration. *Springer Publishing Company*, New York, pp: 21-32.

18. Şahin, H. N., Bayram G. O., Avcı, D. (2009). Kültüre duyarlı yaklaşım: Transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(1),2-7.
19. Tanrıverdi, G. (2017). Hemşirelerde kültürel yeterliliği geliştirmeye yönelik yaklaşım ve öneriler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3),227-236.
20. Tanrıverdi, G., Seviğ, Ü., Bayat, M., & Birkök, M. C. (2009). Guide for identifying cultural features in nursing care. *Journal of Human Sciences*, 6(1),793-806.
21. Tanrıverdi, G., Ünüvar, R., Yalçın, M., Acar, P., Yaman, B., Akçay, E., ... & Sürer, M. (2012). Çanakkale’de yaşayan romanların purnell’in kültürel yeterlilik modeli ile değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4),244-253.
22. Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2),47-57.
23. Türk Dil Kurumu. Kültür.  
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c76d121627b21.11915061](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c76d121627b21.11915061) Erişim Tarihi: 24.02.2019.

# Adölesan Popülasyonda Risk Yaklaşımı ile Sağlığı Değerlendirme

## Health Assessment in Adolescent Population With Risk Approach

Ayla HENDEKÇİ<sup>1</sup>

İlknur AYDIN AVCI<sup>2</sup>

### ÖZET

Adölesanlar, gelişimsel özellikleri açısından hızlı bir büyüme, gelişme, cinsel kimlik kazanma ve psikolojik değişim sürecinden geçmektedir. Adölesan dönemdeki bireyler, içinde bulunduğu yıllar itibarıyla değişimler ve etkileşimlerin fazla olması ile risk altındaki gruplarda biri olarak kabul edilir. Bu dönemde yaşanan/ yaşanması muhtemel olan riskli sağlık sorunları tüm yönleri ile ele alınmalıdır. Bu yıllar geri döndürülmesi güç fakat önlenabilir morbidite, mortalite ve riskli sağlık davranışları açısından önemli yıllardır. En sık görülen sorunlar; beslenme ve fiziksel aktivite sorunları, üreme sağlığı sorunları, psikolojik sorunlar bunlara ek olarak şiddet ve intihar davranışları, madde kullanımı ve bağımlılık sorunlarıdır. Adölesanların gelişimlerini tamamlayarak birer yetişkin olarak topluma katılmaları, bu dönemin sağlıklı atlatılması ile mümkün olacaktır. Adölesanların riskli yaklaşımlarına karşın farkındalık yaratacak en önemli gruplardan biri halk sağlığı hemşireleridir. Bu çalışma için İngilizce ve Türkçe dillerinde hazırlanmış, konu ile ilişkili güncel makaleler taranarak bir derleme haline getirilmiştir. Çalışmanın amacı, adölesan dönemdeki gençlerin risk yaklaşımı ile sağlık durumlarının değerlendirilmesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, Risk Yaklaşımı, Sağlık

### ABSTRACT

Adolescents are undergoing a rapid growth, development, sexual identity acquisition and psychological change in terms of their developmental characteristics. Adolescent individuals are considered as one of the groups at risk with the changes and interactions that occur during the years. Risky health problems that are likely to be experienced / experienced in this period should be handled with all aspects. These years are difficult to revert but preventable morbidity, mortality and risky health behaviors are important for years. The most common problems; nutrition and physical activity problems, reproductive health problems, psychological problems, in addition to violence and suicidal behavior, substance use and addiction problems. It will be possible for adolescents to participate in the society as an adult by completing their development and to survive this period. Public health nurses are one of the most important groups that will raise awareness in the face of risky attitudes of adolescents. For this study, the current articles related to the subject, prepared in

---

<sup>1</sup> Arş. Gör., Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ayla.hendekci@gmail.com](mailto:ayla.hendekci@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ilknura.omu.edu.tr](mailto:ilknura.omu.edu.tr)

English and Turkish, were scanned and compiled. The aim of this study is to evaluate the health status of adolescents with a risk approach.

**Keywords:** Adolescent, Health, Risk Approach

## **Giriş**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre adölesan dönem, 10-19 yaş grubu nüfusu içine alan, hızlı bir büyüme ve gelişme sürecinin yaşandığı dönemdir. Adölesan dönem insan yaşamının %21'ini kapsamaktadır (Hacıalioğlu, 2016). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) verilerine göre, dünya nüfusunun %16.0'sı adölesanlardan oluşurken, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye nüfusunun %16.1'i adölesanlardır (TÜİK, 2017; UNICEF, 2018).

Adölesan dönem; fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişimin görüldüğü ve hız kazandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde, yaşanan süreçler sağlığı etkileyen davranışlar üzerinde belirleyicidir (Geçkil, Dünder, 2011). Bu dönem riskli davranışların en çok görüldüğü dönemdir. Yapılan çalışmalar, erken ölümlerin yaklaşık üçte ikisinin ve yetişkinlerde toplam hastalık yükünün üçte birinin adölesan yaşlarda kazanılan olumsuz sağlık davranışları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Bebiş, Özdemir, Kılıç, 2015). Freud'un ortaya koyduğu insan gelişimine ait altı dönemden biri olan ergenlik, çatışmaların yaşandığı, merak duygusunun arttığı, çoğu ruhsal olmak üzere birçok riskin ortaya çıktığı bir dönemdir (Avcu, 2006).

Sağlıklı bir gelecek için sağlığa dair risklerin belirlenmesi gereklidir. Risk, değişik bilim dalları tarafından yüzlerce şekilde tanımlanmıştır. En genel anlamıyla, belli bir çıktının gerçekleşip gerçekleşmeyeceğinin tahmin edilmesidir (Emhan, 2009). Sağlık riski ise iyi halde olan duruma herhangi bir şekilde zarar veren durumlar ya da bireyin yaşamında istenmeyen, olumsuz sonuçlar doğurma olasılığı oldukça yüksek olan ve aynı zamanda bireyin sağlığının ve iyilik halinin bozulması muhtemel olan koşullardır (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, Turbin,1995). Sağlık risklerini belirlemedeki asıl amaç, bireysel özelliklerin sağlığa etkisi, yaşam kalitesini artırmak, gerektiğinde yaşam tarzını değiştirmek ve hastalıklar ortaya çıkmadan önlem alınmasını sağlamaktır (Vural, 1998). Adölesan dönemde sıklıkla görülen riskli sağlık davranışları; obezite, anoreksiya gibi yeme bozuklukları, fiziksel aktivite eksikliği, üreme sağlığı sorunları, şiddet, intihar davranışları ve çeşitli bağımlılıklardır (Siyez ve Aysan, 2007; Aygün ve Muslu, 2017).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)' ye göre, riskli sağlık davranışları birçok faktörle ilişkilidir. Bu davranışlardaki artış toplumdaki eğitim yetersizliği, yetişkinlik dönemindeki morbidite ve doğuşta beklenen yaşam süresinin kısalığı ile doğrudan ilişkilidir. Adölesanlardaki riskli sağlık davranışları ise kimlik karmaşası ve aileden koparak

otonomi kazanma ile yakından ilişkilidir (YRBSS Overview, 2017). Adölesanlarda görülen riskli davranışlar, normal gelişimsel süreçlerin tamamlanmasını, beklenen sosyal rollerin tam olarak yerine getirilmesini ve yeterlilik gibi duyguların gelişimini engelleyerek erişkinlik dönemine geçişi güçleştirebilir (Aras, Günay, Özan, Orçın, 2007; Telef, 2014). Bu derlemede amaç, adölesan popülasyonunda risk yaklaşımı ile sağlığı değerlendirmektir. Literatüre göre adölesan dönemde en sık karşılaşılan riskli davranışlar şunlardır:

## 1. Beslenme Sorunları

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda ve gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur (Demirezen ve Çoşansu, 2005). Adölesan dönem, yaşanan fizyolojik süreç ve beslenme ilişkisi nedeniyle özel bir dönem olarak kabul edilir. Bu dönem besin gereksinimi en üst seviyededir. Bu sebeptendir ki adölesan dönemde beslenmeye dair sağlık sorunları ile daha sık karşılaşılır (Kuğuoğlu ve Demirbağ, 2015). En sık görülen beslenme sorunları şunlardır:

**1.1. Obezite:** Besin gereksiniminin artması ve fiziksel aktivitedeki azalmaya bağlı olarak görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite, her yaşta önemli bir sağlık sorunudur. Fakat çocukluk ve adölesan dönemde gelişen obezite, yaşamın ileriki yılları için önemli bir risk faktörüdür (Menteş, Menteş, Kürşat, 2011; Kane ve Frisco, 2013). Adölesanlarda obezite sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. 'Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması' 2010 yılı ön çalışma raporuna göre, Türkiye'de çocuk ve adölesanlarda obezite sıklığı (6-18 yaş) % 8.2 (erkek %9.1, kız %7.3) olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2010). Obezitenin gelişiminde genetik, metabolik ve hormonal faktörler, fiziksel inaktivite, sağlıksız yeme alışkanlıkları, madde kullanımı gibi birçok faktör etkili olabilmektedir. Bu nedenle obeziteye yönelik politika geliştirme, özellikle erken dönemde (çocukluk/adölesan dönemde) etkin bir önleme ve korunma programının geliştirilmesi gerekir (Gee, Chin, Ackerson, Woo, Howell, 2013).

**1.2. Anoreksiya Nervoza:** Kilo alımından aşırı derecede kaçınmak olarak ifade edilmektedir. Hastalığın, genellikle adölesan dönemde ve kadınlarda yaygın olduğu bilinmektedir. Belirtileri şunlardır:

- Belirgin kilo kaybı,
- Vücut ağırlığı düşük olmasına rağmen şişmanlama korkusu,
- Çeşitli davranış şekillerinin kombinasyonu,
- Kilo ve diyetteki enerji ile aşırı ilgili olma hali,
- Beden imgesini yanlış algılama,

- Kendini gerçekte olduğundan kilolu algılama,
- Şişmanlık korkusu ile aşırı kusma ve laksatif kullanımı,
- Aşırı egzersiz yapma (Arıca, Arıca, Arı, Özer, 2011).

Bu hastalıkta, erken tanı ve tedavinin sağlanması, adölesanın aile ile birlikte terapi görmesi büyük önem teşkil etmektedir (Ergün ve Şişman, 2016).

**1.3. Bulimia Nervosa:** Bu hastalıkta sorun, kontrol edilemeyen aşırı yemek yeme nöbetlerinin olmasıdır. Bu nöbetler sırasında şuursuzca yemek yeme, gerginlik hissi ve yediklerini gizlice çıkarma davranışı görülür. Genellikle kadınlarda daha yaygındır. Belirtileri şunlardır:

- Sık sık tıkanırcasına yemek yeme,
- Kusma, laksatif kullanma ile aşırı kilo alımından kaçınma,
- Beden imgesine takıntılı olma (Arıca, Arıca, Arı, Özer, 2011).

Bu hastalıkta, erken tanı ve tedavinin sağlanması, ailenin ve okul personelinin işbirliği yapması ve korunma yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Hacıoğlu, 2016).

## 2. Üreme Sağlığı Sorunları

Adölesan dönem, kişinin kendini keşfetmesi ve cinsel rollerinin oluşması için önemli bir fırsattır. Adölesan dönemdeki gençlerin cinsel sağlık konusunda eksik bilgilerinin olduğu ve yanlış uygulamalarda buldukları bilinen bir gerçektir. Özellikle güvensiz cinsel ilişkide bulunma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) hakkındaki bilgi eksiklikleri ve istenmeyen gebelikler en sık karşılaşılan riskli davranışlardır (Set, Dağdeviren, Aktürk, 2006). Ülkemizde cinsellik eğitiminin yetersiz olması cinsellikle ilgili davranışlara olumsuz yönde yansımaktadır. Yapılan çalışmalar, günümüzde cinselliğin hala bir tabu olduğu yönünde gelişmekte olup yanlış bilgilerin gençler arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Hacettepe Üniversitesi'nin yaptığı bir çalışmada, gençlerin CYBH'ın kadınlarda daha sık görüldüğünü düşündüğü, yapılan kürtajların kısırlığa sebep olacağı, cinsel olarak aktif oldukları halde herhangi bir aile planlama yöntemi kullanmayanların ise çoğunlukta olduğunu göstermiştir (Tekgül, Saltık, Tuncer, 2014).

Etkinliği kanıtlanan üreme sağlığı programları ile gençlere bilgi verme ve danışmanlık sağlamak, güvenilir tercihlerde bulunmalarını sağlamak tüm ülkelerin politikalarında yer bulması gereken ciddi bir konudur. Burada ailelerin cinsel eğitimdeki rolü de değerlidir. Türkiye'de gençlerin cinsellikle ilgili konuları en yakınları olan ailelerinden değil arkadaş ya da medya organlarından öğrendikleri yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Kuğuoğlu ve Demirbağ, 2015). Bu sebeple gençlere cinsellikle ilgili karar vermelerinde yol gösterici olunması, eğitim programları oluşturulması, risk davranışları hakkında disiplinler arası projeler yapılması gerekmektedir (Hacıoğlu, 2016).

### 3. Şiddet ve İntihara İlişkin Sorunlar

Şiddet, DSÖ tarafından 'fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması durumu' olarak tanımlanmaktadır. Şiddet önlenemez halk sağlığı sorunlarından biridir. Küresel olarak, her yıl 470.000 kişi şiddet sonucu yaşamını yitirmekte, milyonlarcası ise yaralanmaktadır (Violence Prevention, 2017). Adölesan döneme özel olarak bakıldığında sıklıkla aile içi şiddet görülmektedir. Anne babayı sevmeme, içe kapanıklık, saldırganlık, asosyal davranışlar, arkadaşlarına şiddet uygulama, düşük benlik saygısı, intihar girişimleri ve madde bağımlılığı aile içi şiddetin doğurduğu sorunlardır (Hacıoğlu, 2016; Polat, 2016). Şiddet okul döneminde sıklıkla karşılaşılan ve gruptan dışlanan, yalnız, düşük benlik saygısı olan çocukların daha eğilimli olduğu bir durumdur (Gül ve Güneş, 2009).

Adölesanlarda görülen diğer şiddet türü ise akranlar arasında görülen zorbalık (bullying) olarak bilinen fiziksel farklılıklardan ya da güç çatışmalarından kaynaklanan olaydır. Okul zorbalığı, dünyada çoğu toplumda görülen yaygın bir problemdir. Zorbalık, 3 kategoride değerlendirilir (Polat, 2016). Fiziksel saldırganlık, sözle rahatsız etme, dolaylı olarak kötü davranma (Olweus ve Limber, 2010). Okul zorbalığının sebepleri şu şekilde açıklanabilir:

- Çocuklar evde şiddeti görerek ve şiddete maruz kalarak öğrenir.
- Bazı çocukların aileleri ile olan zayıf ilişkisi, çocuğun diğer çocuklara ve yetişkinlere yönelik olumsuz tutum geliştirmesine neden olur.
- Çocuğuna olumsuz davranışlar sergileyen ve onu reddeden bir aile ortamında büyüyen bir çocuk, başkalarına olumsuz davranışlar sergileyebilir ve başka çocuklara da zorbalık yapabilir.
- Bazı çocuklar kendileriyle ilgili düşük benlik algısına sahiptirler. Başkaları tarafından ilgi görmek ve güçlü olduklarını hissettirmek için saldırgan davranışlar sergileyebilirler (Ünalmiş ve Şahin, 2012).

İntihar, 'kurbanın kendisi tarafından, ölümlü sonuçlanacağı bilinerek yapılmış olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her bir ölüm' olarak tanımlanmıştır (Bayraktar, 2015). Genç ölümler arasında intiharlar ikinci sırada yer almaktadır. Amerika'da Gençlik Dönemi Riskli Davranışları Araştırma Merkezi tarafından yapılan çalışmalarda, son bir yıl içerisinde lisede öğrenim gören gençlerin %20.5'inin ciddi olarak intiharı düşündüğünü, %15.7 sinin intihar etmeyi planladığı, %4.5'inin ise intihar girişiminde bulunduğunu ve intihar eden grubun %2.6'sına da tıbbi müdahale yapılmak zorunda kaldığını belirtilmiştir (Ergün ve Şişman, 2016). Adölesan dönemde intihar riski taşıyan ve izlenmesi gereken kişiler vardır. Bu kişiler şöyle sıranabilir:

- Depresif belirti gösterenler,



- GemiŖte intihar eğilimi olanlar,
- Zorba davranıŖ sergileyenler,
- Ölümlle ilgili fikirlerle devamlı uğraŖanlardır.

Ebeveynlerin, öğretmenlerin ve okul sağlığı hemŖirelerinin, Ŗiddet davranıŖı sergileyen, intihardan bahseden ve intihar giriŖiminde bulunan adölesanları ciddiye alması ve dikkatli olunması bu konuda büyük önem taŖır (Siyez, 2006).

#### **4. Bağımlılık Sorunları**

Madde Bağımlılığı, bağımlılık yapıcı maddelerin vücudun bir ya da birden çok iŖlevini olumsuz yönde etkileyecek ya da zarar verecek Ŗekilde kullanılmasıdır (Turhan, İnanđı, Özer, Akoğlu, 2011). Alkol ve madde kullanımı uzun sürede olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. BaŖlangıta düşük miktarlarda alınan maddenin çoğu insan üzerinde sakinleŖtirici ve yatıŖtırıcı bir etkisinin olması, kullanımını çekici hale getirmektedir. Adölesan dönemde alkol ve madde kullanımı, farklı alanlardaki problemliler davranıŖlarla iliŖkili olarak kabul edilir (Siyez ve Aysan, 2007).

GeliŖmiŖ ve geliŖmekte olan ölkelerde, adölesanlar arasında sigara kullanımı çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görölmektedir. Adölesan dönem içindeki gençler, sigara içmenin getireceği sağlık sorunlarını yeterince algılamamakta ve çoğunlukla bu durumu dikkate almamaktadır. Olumsuz akran baskısı, sosyal medya mesajları, aileye bağlı sorunlar adölesanı sigara, alkol ve uyuŖturucu kullanımına itebilir (Ŗahin ve Özçelik, 2016). Adölesanlarda madde kullanımı belirtileri Ŗunlardır:

- Gençlerin ev dıŖında çok vakit geçirmesi,
- Cevapsız telefon sayısının artması,
- Eski arkadaşlarını terk edip yeni arkadaşlıklar kurması,
- Çok fazla para harcaması,
- Ani kilo kaybı ve iŖtah sorunları,
- Uyku düzeni bozuklukları,
- Göz çevresinde morarmalar ve kızarıklıklar,
- Elde ve vücudun farklı bölgelerinde istem dıŖı titremeler (Arabacı, TaŖ, Dikeç, 2017).

Adölesanlarda madde bağımlılığı dört evrede ele alınmaktadır. Bu evreler; deneme, sosyal kullanım, zihnin madde ile devamlı meŖguliyeti ve bağımlılıktır. Ergenin bu evrelerden hangisinde bulunduğunu saptamak uygun önleme ve müdahale uygulamalarının yapılabilmesi açısından oldukça önemlidir (Addiction Counseling Competencies, 2015). Dünya UyuŖturucu Raporu 2018 yılı verilerine göre, dünya üzerinde 31 milyon uyuŖturucu

bağımlısı vardır. Birleşmiş Milletler (BM)' e göre, madde kullanan adölesan sayısı gün geçtikçe artmakta olup bunun nedeninin darknet gibi internet bağlantılı sorunlar olduğu düşünülmektedir (Dünya Uyuşturucu Raporu, 2018).

Ailenin adölesana desteği, güçlü aile bağları ve eğitime devam etme isteği gibi bazı koruyucu etkenler adölesanı madde kullanımından alıkoyar. Bu etkenler, mevcut risk faktörlerinin etkilerini azaltırken, ergenin dayanıklılığını artırarak madde bağımlılığı olasılığını en aza indirger (Alikasıfoğlu ve Ercan, 2006). Halk sağlığı hemşireleri, madde bağımlısı çocukların sağlık kontrollerinde devamlılık sağlayarak, riskli çocukları belirleyip, çocuklara ve ailelerine yönelik danışmanlık hizmeti vermelidir. Tedavi için hastaneye başvuru yapan çocuk ve ergenlerde hemşirelik bakımı, bireyin mevcut semptomlarına, hastalığın birey üzerindeki etkilerine odaklanmalı ve optimal sağlık seviyesine ulaşma amacı taşımalıdır (Arabacı, Taş, Dikeç, 2017).

Dijital Bağımlılık, bireyin bilgisayar, telefon, televizyon, tablet gibi teknolojik aletler ya da ortamlarla olan ilişkisinin bağımlılık düzeyinde olması durumu olarak tanımlanır (Young, 2009). Toplum içinde egemen olan akımlarla birlikte teknoloji ağının gelişmesi ile her yaş grubunda dijital bağımlılık belirtileri görülmeye başlanmıştır (Kuğuoğlu ve Demirbağ, 2015). Değişen kültür ile gençler arasında kullanımı giderek yaygınlaşan dijital oyunlar ve videolar aşırı ve kontrolsüz kullanılmaktadır. Sağlıklı yaşam biçiminin parçası olarak aşırıya kaçmadan dijital oyunları oynamanın normal olduğu hatta bu etkinliklerin duygusal rahatlama gibi olumlu katkıları da bulunduğu kabul edilmektedir. Ancak, oyun oynama isteği ya da sosyal medyadan uzak kalamama kişi tarafından kontrol edilemiyor, duygu ve düşüncelerde, sosyal yaşamda değişime neden oluyor ise bağımlılıktan söz edilmektedir (Irmak ve Erdoğan, 2016). Dijital bağımlılık için ebeveyn, okul yöneticileri ve hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- Ekran önünde geçen toplam süre 2 saatle sınırlandırılmalı,
- Televizyon ve internet bağlantısı olan aygıtlar çocuk ve gençlerin odasında barındırılmamalı,
- Çocuk ve gençlerin ziyaret ettiği siteler ebeveyn takibinde olmalı,
- Teknolojinin yenilikçi yönü kullanılmalı fakat öğretmenler medya konusunda dikkatli olmalı,
- Medya olumlu sağlık davranışlarının teşviki için de kullanılmalı,
- Okul sağlığı hemşireleri yaygınlaşmalı, ailelere konu ile ilgili danışmanlık yapmalı,
- Gençler arasında agresif davranışları olan, madde kullanımı olan ya da zorbalık olaylarında medya öyküleri alınmalıdır (Kuğuoğlu ve Demirbağ, 2015; Kayri ve Günüş, 2010).

## **Sonuç**

Adölesanlarda riskli sağlık davranışlarının yaygın olmasının başlıca nedenleri arasında; bilgi eksikliği, merak duygusu, akranlar arasında kabul görme isteği, düşük sosyoekonomik durum ve eksik aile desteği görölmektedir. Bu sağlık problemlerinin çoğu önlenabilir niteliktedir. Adölesana yeterli zaman ayırma ve rutin kontrollerin yapılması özellikle birinci basamakta çalışan hemşirelerin sorumluluğundadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında;

- Fiziksel egzersizlerin teşvik edilmesi ve dengeli beslenme,
- Madde kullanımının zararlarının anlatılması,
- Cinsel sağlık danışmanlığı verilmesi,
- Şiddet ve intihar olaylarına karşı önlem alınması,
- Aile ile işbirliği yapılması gerekmektedir. Hemşireler adölesan ve ailesi için risk yaklaşımı ile sağlığı değerlendirmede; risk tanımlamaları yapmalı, riskli davranışları değerlendirirken bütüncül bir yaklaşım sergilenmeli, okul rehberlik hizmetleri ile işbirliği yapılmalı ve güncel programlarla destek vermelidir.

## Kaynakça

1. Alikashioglu, M., Ercan, O. (2006). Ergenlerde madde kullanımı. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2 (5),76-83.
2. Arabaci, L. B., Taş, G., Dikeç, G. (2017). Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı, suça yönelme, ruhsal bozukluklar ve hemşirelik bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4),135-144.
3. Aras, Ş., Günay, T., Özan, S., Orçin, E. (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8,186-196.
4. Arıca, S., Arıca, V., Arı, M., Özer, C. (2011). Adolesanda yeme bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2,5.
5. Avcu, G. (2006). Sorun Tarama Ölçeği'nin Türkiye koşullarına uygun dilsel eşdeğerlilik, geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
6. Aygün, O. Muslu, G. (2017). Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *DEUHFED* ,10(4),242-250.
7. Bayraktar, S. (2015). İntihar kavramının çocuklar ve ergenler açısından ele alınması. *Mediterranean Journal of Humanities*, 1,139-159.
8. Bebiş, H. Akpunar, D. Özdemir, S. & Kılıç, S. (2015). Assessment of health promotion behavior of adolescents in a high school. *Gulhane Medical Journal*, 57(2),129-135.
9. Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(8),174-178.
10. Dünya Uyuşturucu Raporu (2018). <https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/bm-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi?print=1> Erişim: 31.11.2018
11. Emhan, A. (2009). Risk yönetim süreci ve risk yönetmekte kullanılan teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3),209-220.
12. Ergün, A., Şişman, F. 'Ergenlik Dönemi' (2016). Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi, Ankara: Vize Basın Yayın, s: 75- 85.
13. Geçkil, E. Dünder, Ö. (2011). Turkish adolescent health risk behaviors and self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 39,219-228.
14. Gee, S., Chin D., Ackerson, L., Woo, D., Howell, A. (2013).Prevalence of childhood and adolescent overweight and obesity from 2003 to 2010 in an integrated health care delivery system. *Journal of Obesity*, 1(1),1-8.
15. Gül, S. K., Güneş, İ. D.(2009). Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1),80.
16. Hacıoğlu, N. (2016) 'Adölesan Sağlığı' B. Erci (Ed) Halk Sağlığı Hemşireliği (s:122-135). Ankara: Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım.

17. Irmak, A. Y., Erdoğan, S. (2016). Ergen ve genç erişkinlerde dijital oyun bağımlılığı: güncel bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2),128-137.
18. Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M., Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6),923-933.
19. Kane, J.B., Frisco, M.L. (2013). Obesity, school obesity prevalence, and adolescent childbearing among u.s. young women. *Social Science & Medicine*, 88(1),108-115.
20. Kayri, M., Günüş, S. (2010). Türkiye'deki ortaöğretim öğrencilerinin internet bağımlılık düzeyini etkileyen bazı faktörlerin karar ağaçları yöntemleri ile incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 10(4),2465-2500.
21. Kuşuoğlu, S., Demirbağ, C. (ed) (2015). Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
22. Menteş, E., Menteş, B., Kürşat, K. (2011). Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2),963-977.
23. Olweus, D., Limber, S. P.(2010). Bullying in School: Evaluation and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1),124-134.
24. Polat, O. (2016). Şiddet.
25. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Obezitenin Görölme Sıklığı (2010). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html> Erişim: 02.12.2018
26. Set, T., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Dergisi*, 16(3),137-141.
27. Siyez, D. (2006). Ergenlik döneminde intihar girişimleri: bir gözden geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2),413-420.
28. Siyez, D. M., Aysan, F. (2007). Ergenlerde görülen problem davranışların psiko-sosyal risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından yordanması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 145-171.
29. Şahin, Ş., Özçelik, Ç. (2016). Ergenlik dönemi ve sosyalleşme. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 42-49.
30. TAP 21: Addiction Counseling Competencies (2015). <https://store.samhsa.gov/product/TAP-21-Addiction-Counseling-Competencies/SMA15-4171> Erişim: 20.01.2019
31. Tekgül, N., Saltık, D., & Tuncer, Ö. (2014). Cinsel sağlık eğitiminin, ergenlerde sorumluluklarını arttırmadaki önemi. *Tepecik Eğitim Hast Derg.*, 24(3),179-185.
32. Telef, B. B. (2014). Ergenlerde olumlu ve olumsuz duygular ile riskli davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 22(2),591-60.

33. Turhan, E., İnandı, T., Özer, C., Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Turkish Journal of Public Health*, 9(1),33-44.
34. TÜİK, İstatistiklerle Gençlik (2017). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27598> Erişim: 29.10.2018
35. UNİCEF, Demographics (2018). <https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/> Erişim: 29.10.2018
36. Ünalmiş, M., Şahın, R. (2012). Şiddete yönelik tutum ve okul zorbalığı. *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi*, 1(1),63-71.
37. Violence Prevention (2017). [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/) Erişim: 30.11.2018
38. Vural, B. K. (1998). Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2),39-43.
39. Young, K. S. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 37(5),355- 372.
40. YRBSS Overview (2017). <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm> Erişim: 15.02.2019

# Asklepion'da Unutulan Galen

## Galen; Forgotten Master of Medicine in Asklepion

Canan TANRISEVER<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu çalışmada antik çağda yaşamış tıp ve kimya alanlarında önemli çalışmalara sahip ancak günümüzde ismi çok da fazla duyulmayan Galen'in Bergama ve Bergama ekseninde Türkiye turizmi açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Galen tarafından yazılan ve günümüze kadar ulaşan 83 tedavi metodu, bitkileri ve birkaç etken maddeyi karıştırarak ilaç yapan ilk hekim olması sebebi ile ilaç/iyi eden anlamına gelen "medicina" lakabı kendisine verilmiştir. Eczacılığın babası olarak bilinen Galen'in yapılan görüşmeler sonucunda bölgede bilinirliğinin olmadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda; literatür taraması yapılmış ve görüşme formu düzenlenmiştir. Alan araştırması ve görüşme sonuçlarına göre Galen'in Bergama'da bile bilinirliğinin oldukça az olması sebebi ile Bergama Asklepion'un tanıtımına öncelik verilirken Galen ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Turizme kazandırılması için bir kültür mirası olarak tescillenen Bergama Çok Katmanlı Peyzaj Alanı tanıtım çalışmalarına ilaveten çalışmanın sonuç kısmında öneriler geliştirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Turizm, UNESCO, Bergama Antik Kenti, Asklepion, Galen.

### ABSTRACT

It is aimed that Galen whose important studies in medicine and chemistry areas, lived in ancient times but he is not known spread today to be evaluated in terms of tourism in Pergamon and Turkey. He was known as the master of medicine because he was the first physician made medicines mixed herbs and a few active substances. Because of it, "medicina" nickname was given to him. Galen, who is known as the father of pharmacy, has not been known even in the region as a result of the interviews. In this context; a literature review was conducted and an interview form was prepared. According to the results of the field research and interviews, Galen was known to be even less prominent in Bergama and also there is no study in literature related to Galen and tourism. In addition to the presentation of the Bergama Multi-Layer Landscape Area, which was registered as a cultural heritage for tourism, suggestions were developed in the conclusion part of the study.

**Key Words:** Tourism, UNESCO, Pergamon Antique City, Asklepion, Galen.

---

<sup>1</sup> Doç. Dr. Kastamonu Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Turizm Rehberliği Bölümü, canantanrisever@gmail.com

## **Giriş**

Bergama'da doğal ve kültürel güzelliklerin varlığı bölgede turizmin doğmasına ve yıllar içerisinde çok hızlı gelişmesine sebep olmuştur. Bu kapsamda Bergama Çok Katlı Peyzaj Alanı'nın UNESCO (United Nations Educational and Scientific Organisation) Kültür Mirası Listesi'ne dâhil edilmesi ile bu süreç hızlanmış ve Bergama'nın dünyada bilinirliği özellikle son yıllarda daha da artmıştır. Her ne kadar Bergama'nın bilinirliği artsa da Bergama'lı Galen özellikle Türkiye'de fazla tanınmamaktadır. Bu çalışmada Bergama Asklepeion'unun tarihsel önemi ortaya konduktan sonra Galen'in turist rehberleri arasındaki farkındalığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda Galen'in Bergama'nın destinasyon imajını güçlendirici bir unsur olmasının tanıtımda nasıl değerlendirileceği tartışılmıştır.

## **Araştırma Problemi ve Amacı**

Yaklaşık 5000 yıl önce yaşadığı düşünülen çağının en akıllı kişisi olarak bilinen ve bu sebeple "barış içinde gelen" unvanına sahip İmhotep yazdığı papirüsle 48 kişinin nasıl tedavi edildiğinden bahseder. Edwin Smith Papirüsü olarak bilinen eser, travma ve çeşitli yaralanmalara sahip 48 kişi için uygulanan tedavilerde kullanılan yöntemlerden bahseder. Enfeksiyon giderici olarak bal ve küflü ekmek, kanama durdurmak amacı ile de çiğ et kullanıldığını yazmıştır (Nedham, 1961). İmhotep günümüzde Hollywood tarafından çekilen film ve diziler ile dünyaca tanınan bir karakterdir.

MÖ 5. Yüzyılda yaşayan, aileden hekim olarak yetişen Hippocrates yaşadığı dönemde büyük bir tıp okulu açmıştır. Mitolojiye göre, Halikarnaslı balıkçılar ölmeye başlamış ve herkes Poseidon'un cezası olarak durumu algılamakta Hippocrates balıkçıların iğneli vatozlar tarafından öldüğünü tespit etmiştir. Ününün bu olaydan sonra daha da arttığı söylenir. Hastaları beyaz önlüğü ile karşılayan hekim "Öncelikle zarar verme ile" başlayan ünlü meslek yeminini hazırlayarak günümüz tıbbının temellerini atmıştır. Notları öğrencileri tarafından kitaba dönüştürülmüş, kütüphanelerin yüzyıllarca temel eserlerinden biri olmuştur. Günümüzde yemini ile herkes tarafından tanınan bir karakterdir. Bu hususta medyanın rolü yadsınamazdır. Hippocrates Yunanistan'da oldukça popüler olarak değerlendirilen bir turistik çekicilik unsurudur (Lee, 2013).

Tarihte önemli bir değer olan Galen benzer bir popüleriteye sahip değildir. Bergama çok katlı peyzaj alanı 2014 yılında UNESCO listesine girmiş olmasına rağmen Galen ile ilgili neredeyse hiç verilmemektedir. Çalışmada bölge rehberlerinin Galen ile ilgili farkındalıklarının tespit edilmesi, Galen'in bir turistik ürüne dönüştürülmesi için neler yapılabileceğine ilişkin görüşlerinin alınması hedeflenmiştir.



## **Bergama Antik Kenti**

Antik dünyada Pergamon olarak anılan kentin tam olarak ne zaman ve kim tarafından kurulduğu belli değildir. Yapılan araştırmalarda iki isim üzerinde durulur. Bunlardan ilki gezgin ve coğrafyacı Lidyalı Pausanias ve Ksenefon. Pausanias yaptığı seyahatleri kaleme aldığı “Yunanistan’ın Tasviri” kitabında şehrin kahraman Pergamos tarafından kurulduğunu yazar. En çok kabul edilen bilgi ise Sokrates’in öğrencisi Ksenefon’un yazdığı “Onbinlerin Dönüşü” adlı eserdir. Ksenefon MÖ 400-399 yılları arasında Pergamon’a uğradığını yazar. Pergamon’a en eski yerleşim MÖ 7-6. Yüzyıllara tarihlenir. Kentin kurulduğu alandaki coğrafi zorluk arazi teraslama gibi bir çözümlerle antik dünyanın en eşsiz kentlerinden birinin kurulmasını sağlamıştır (Akurgal, 1978). Atina Akropolü örnek alınarak yapılan Pergamon Akropol’ü (yukarıda bulunan şehir, şehrin en yüksek tepesi) Pergamon Krallığı’nın başkentidir. Krallık MÖ 281-MÖ 133 tarihleri arasında 150 yıl boyunca Marmara’dan Akdeniz’e kadar hâkimiyetini sürdürmüştür. Pergamon Krallığı hâkimiyet süresince sanat ve mimariye önem vermiş dünyanın en önemli heykellerinin yapılmasını sağlamıştır. Pergamon Krallığı sonradan Roma’ya bağlanmış, Araplar tarafından işgal edildikten sonra Bizans tarafından geri alınmıştır. 1330 ve sonrasında Türklerin hâkimiyetine geçmiştir. Antik kent; saraylar, heroon, Athena tapınağı, Trian tapınağı, tiyatro, agoralar, Zeus Sunağı, kuyu, kütüphane, Arsenal, Asklepion, Demeter kutsal alanı, Gymnasion gibi yapılardan oluşmaktadır. Antik kentte bulunan tiyatro antik dünyanın en dik tiyatrosu olarak bilinir. Pergamon kütüphanesi ise antik dünyanın İskenderiye’den sonra en büyük ikinci kütüphanesidir. Pergamon kütüphanesinin hızla büyümesi Mısır’ı korkutmuş ve Pergamon’a papirüs ihracatını durdurmuştur. Pergamon kentinde hayvan derisi kurutulmuş “parşömen” icat edilmiştir. Yüzyıllar boyunca ilk günkü gibi kalabilen en kaliteli kâğıt türü olarak bilinir. Pergamon kütüphanesindeki 200 bin kitap Marcus Antonius tarafından Kleopatra’ya hediye edilmiştir (Tronchin, 2011). Günümüzde Almanya’nın en çok ziyaret edilen müzesi olan Berlin Müzesi’nde sergilenen Zeus Sunağı bölgeden kaçırılan en önemli eserdir. Pergamon antik kentinde bulunan Z Binası bölgede çalışan Alman Arkeoloji Enstitüsü projesidir. Bölgeden çıkarılan mozaiklerin sergilendiği bir binadır.

## **Asklepion**

Helenistik dönemde sağlık tanrısı “Asklepios” adına yaptırılan yapılara “Asklepion” denilmektedir. Asklepios mitolojide bir centaurus (atadam) olan Kheiron tarafından yetiştirilmiştir. Doğada doğup büyümüş ve bitkileri çok iyi tanıdığından hangi bitkinin hangi hastalığa iyi geleceğini çok iyi bilirmiş. Amacı ölüme çare bulmak, ölen kişileri diriltmekmiş. Gorgonaların (Medusa, Euryale ve Stheno) ölümlerinden akan temiz kanı alarak oluşturduğu formül ile insanları diriltmeyi başarmış. Bu durum Zeus’u sinirlendirmiş. Bir yıldırım göndererek Asklepios’u öldürmüştür. Asklepios’un babası Apollon da yıldırım kaynakları olan

Kyklopları öldürerek öç almış. Asklepios ölürken elinde kimselere vermediği ölümsüzlük reçetesi de yağmurlarla toprağa karışmış ve karıştığı yerden her derde çare sarımsak bitkisi çıkmış. Bergama Asklepion'u çevresinde yetişen sarımsak da mitolojik öyküsünü bu efsaneden alır (Üreten, 2004).

Helenistik ve Roma döneminde dünyanın en iyi hastanesi olarak tanınan Asklepion Pergamon Antik Kenti'nin en önemli unsurlarından biridir. MÖ 4.yüzyılda inşa edilmiş aralıksız 900 yıl boyunca hizmet vermiştir. Asklepios'un soyundan geldiğine inanılan ve Asklepion'da çalıştırılan şifacılara "Asklepiades" denilir. Bu şifacılar genellikle Kalsik dönemin en önemli şifa merkezi olan Yunanistan'da bulunan Epidaurus'tan gelmiştir. İkinci en önemli şifa merkezi ise Pergamon Asklepionu'dur. Askelpion kutsal alanı yalnızca bir tedavi merkezi değildir. Birçok farklı yapı unsurundan oluşan bir şifa kompleksidir. Bu kompleksin kuruluş efsanesi kısaca şöyledir: Pergamonlu Arkhias Mandra Dağı'nda avlandığı sırada düşüp ayağını kırar. Epidaurus'a giderek tedavi olur. Epidaurus'tan çok etkilenen Arkhias Pergamon'a MÖ 4.yüzyılda döner ve Asklepios'a şükürlerini sunmak için bu yapıyı yaptırır. Roma imparatoru Hadrianus (117-138) döneminde son şeklini alır (Kuşkonmaz,2016).

## **Asklepion'un Unsurları**

### **Viran Kapı**

Asklepion'a ilk giriş yeridir. Tıpkı bazı Japon tapınaklarında olduğu gibi hastanenin itibarı için içeriye hamileler ve ileri derecedeki hastalar alınmazmış. Kapının üzerinde "Bütün Tanrıların kutsiyeti için Asklepion'a ölüm girmesi yasaktır" ibaresinin yazdığı rivayet edilir. Yine rivayete göre böyle bir yazının olması gelen hastaların yaşayacaklarına, iyileşeceklerine yönelik telkin yolu ile tedavinin ilk aşamasıdır (Tronchin, 2011). Günümüzde "Viran Kapı" olarak adlandırılmasının sebebi yalnızca bir duvarının ayakta kalmasındandır.

### **Kutsal Yol (Via Tecta) Ve Giriş Avlusu (Propylon)**

Giriş kapısından geçen hastalar bir kilometrelik yolu yürüyerek ilk müdahale bölümünde onları bekleyen Asklepiadeslerce karşılanır. Bu yol hastaları yağmur, kar, güneş gibi iklimsel farklılıklardan korumak için üstü kapalı tasarlanmıştır. Yolun iki yanında adak ve eşya satan dükkânlar vardır. Kutsal yol yüründükten sonra, hastaların hastalıklarına ilk tanı konulan yer giriş avlusudur. 2. Yüzyılda Roma Konsülü Claudius tarafından yaptırılmıştır. Burada yapılan ilk muayene sonucu eğer hastanın durumu ağırsa ya da tedavisi olası değilse içeri alınmaz. Via tectanın yakınlarında bir heroon (anıt mezarlar) yapısı bulunmaktadır. Ancak kime ait olduğu bilinmemektedir (Picón ve Hemingway, 2016).

## **Tapınak**

Tapınak sağlık tanrısı Asklepios'a adanmasının yanı sıra Zeus'a da adanmıştır. Pergamonlu zengin Rafinus tarafından 125-128 yılları arasında Roma'da bulunan Pantheon'a mimari olarak benzetilerek yaptırılmıştır. Hasta Asklepiyon'a kabul edildikten sonra, tapınakta tanrı Asklepiyon'a dua eder, kutsal suya kadar yürütülür. Kutsal olarak adlandırılan su MÖ 4.yüzyıldan beri aynı yerde bulunmaktadır (Tronchin, 2011). Asklepiyon of Pergamon.

## **Tedavi Binası, Uyku Odaları Ve Yeraltı Geçidi (Kyrptoportikus)**

Tedavide kullanılan bina Asklepiyon'un güneybatısında yer alır ve iki katlıdır. Tedavi odaları, güneşlenme terası ve havuzlardan oluşmaktadır. Uyku odalarına abaton denir. Hastalar telkin yöntemi ile uyutulur, rüyalarını uyanınca hekimlere anlatır, hekimlerde rüyaları yorumlayarak tedavi şekillerini belirler. Uyku odaları ve tedavi binasını birbirine bağlayan 70 metre uzunluğunda üzeri tonozlarla örtülü yer altı geçididir. Hastaları sıcak ve soğuktan koruyan geçidin içine damlayan kutsal suyun iyileştirici ve sakinleştirici etkisi olduğuna inanılır (Picón ve Hemingway, 2016). Avlu 100x130 metre genişliğinde üç yönden galerilerle çevrilidir. Kuzey galerinin zemini topraktır ve hastalar bu zeminde çıplak ayakla gezdirilerek tedavi edilirler. Kuzey galerinin doğusunda eş zamanlı imparator salonu ve kütüphane olarak hizmet veren bir yapı da bulunmaktadır. Ayrıca Asklepiyon'da 3500 kişilik üç katlı bir tiyatro da bulunmaktadır. Bu tip tiyatro Anadolu'da ilk olma özelliği taşır. Asklepiyon'da tiyatro bulunma sebebi telkin ve eğlence terapisiidir. Çeşitli oyun, müzik ve dans gösterileri hazırlanıp hastaların iyi hissetmesi sağlanır (Akurgal, 1978). Müzikle terapi sonrasında da Anadolu coğrafyasında sıklıkla karşılaşılabilecek bir tedavi yöntemi olacaktır.

Asklepiyon'da uygulanan tedavi şekilleri Aelius Aristedes'in "Hieroi Logoi" isimli yapıtında yazılmıştır. Telkinle tedavi, kaynak su tedavisi, kaplıca tedavisi hastanede kullanılan yöntemlerin başatlarıdır. Telkin ile tedavi bilinç altında yatan korkulardan, hastalıklardan ters telkin ile uygulanan kişinin iyileşeceğine yönelik telkinlerde bulunulan bir tedavi şeklidir. Ayrıca sıcak-soğuk su tedavisi, şifalı ot terapisi, çamur banyoları, aromatik yağlar ile yapılan bitkisel masajlar, güneş terapileri, diyet kürleri, hacamat, bağırsak boşaltma gibi günümüz wellness & spa hizmetlerine ve alternatif tıp faaliyetlerine paralel uygulamalarda Asklepiyon'da yapılmıştır. Gerekli görülen durumlarda cerrahi müdahalenin de yapıldığı kaynaklarda belirtilmiştir (Doğan vd., 2012). Uygulanan tedavi yöntemleri dışında yetiştirdiği hekimleri ile de oldukça popüler bir yapıdır.

## **Galenos (Galen)**

Galen Pergamon doğumlu 2. yüzyılda yaşamış bir hekimdir. Maddi ve eğitim durumu iyi bir ailenin oğludur. Babası zengin bir mimardır. Galen 16 yaşında iken Asklepiyon'da döneminin ünlü hekimlerinden Satyros'tan eğitim almıştır. Daha fazla eğitim almak amacı ile Korinth'e

ve İskenderiye'ye gitmiş ve yeniden Pergamon'a dönmüştür (Lee, 2013). 28 yaşında bir gladyatör okulunda çalışmaya başlamış, yaralanan ya da sağlık sorunu yaşayan gladyatörleri tedavi etmiştir. Anatomi bilgisi oldukça iyi olan Galen Roma'ya davet edilmiş ve Roma'daki gladyatör okulunda işe başlamıştır. Gösterdiği başarılarından sonra Roma İmparatoru Marcus Aurelius'un özel hekimi olmuştur. Kendisi iyi bir hekim olduğu kadar iyi bir kimyacı ve eczacıdır (Lois ve Magner, 1992). Kendisi tarafından yazılan 83 ayrı tedavi metodu günümüzde halen kabul görmektedir. Bitkiler konusundaki engin bilgisi ve bitki karışımları ile ilaçlar yapan ilk hekim olduğu söylenir. Bu nedenle kendisine eczacılığın piri/babası olarak Latince kökenli "medicina" denmiştir (Uludağ, 1991). Leonardo Davinci'nin öncülüğünde yapılan çalışmalara kadar anatomik incelemelerin yasaklanması Galen'in çalışmalarını eşsiz kılar. Da Vinci anatomisinin öncüsü olarak kabul edilse de Galen'in gözlemleri ve çalışmaları ilktir. Galen'in kitaplardan adından fazla söz edilmemesi ve herhangi bir heykelinin olmaması onun çok da sevilen biri olmadığı düşüncesini doğrulamaktadır (Concoran, 1961).

Asklepion'un girişindeki Yılanlı Sütun'un Galen tarafından yaptırıldığı düşünülmektedir. Mitolojik öyküsü kısaca şöyledir: Galen döneminde Asklepion'a bir hasta getirilir. İçeri alınır, şifalı su da yıkanır. Kutsal yoldan geçer ve uyku odasına gider. Uyur ve ters telkin işlemi uygulanır. Anlattığı rüyaya göre hastalığına teşhis konulamaz. Birkaç gün sonra hastada titreme ve kasılmalar gözükür. Hastanın zehirlendiğini anlayan hekimler tedavi süreci için geç olduğunu anlarlar. Asklepion'un itibarını zedelememek için Galen'in emri ile hasta dışarı çıkarılır. Hasta Asklepion'un dışında kıvrılırken aynı kaptan içtikleri süre kusan iki yılan görür. Yılanların zehirli olduğunu bilen ve intihar etmek isteyen hasta kabın içindeki tüm zehiri içer. Ardından uyuyakalır ve uyandığında iyileşmiştir. Galenin panzehiri bulduğu için hastaya teşekkür ettiği ve giriş avlusunda bulunan aynı kaptan su içen iki yılan tasvirli sütunu yaptırdığı rivayet edilir (Kuşkonmaz, 2016).

Anatomi, farmakoloji, felsefe, fizyoloji ile ilgili dersler veren Galen, kadavra çalışmalarını yasaklı olduğundan genellikle köpek, maymun, keçi, domuz gibi hayvanlar üzerinde yapmış, teşrih deneyleri ile deneyleri ve gladyatörlerle uzun süre çalışmasından dolayı anatomi bilgisini geliştirmiştir (David vd., 2013). Galen'in ortaya koyduğu bilimsel bilgiler;

- Kas ve kemikleri ayrıntılı incelemiştir.
- Kafa sinirlerinin 7 çiftini ve kalp kapakçıklarını tanımlamıştır.
- Toplardamar ve atardamar arasındaki farkları saptayarak atardamarın hava değil kan taşıdığını kanıtlamıştır.
- İlaç tedavisinin başatı sayılan sistematik sınıflamaları yapmıştır.
- Tarafından hazırlanan ilaçlardan 83'ü günümüze kadar ulaşmıştır.
- Yazdığı 500 eserden birçoğu yangında yok olmuş, günümüze ulaşmamıştır. Kilise tarafından koruma altına alınan 100 eseri günümüze ulaşmıştır.

- İlaç ve hekimi bitkiye sarılı yılan olarak sembollemiştir. Yatay olan sembol zamanla dikey olarak tasarlanmış, günümüzde halen kullanılmaktadır.
- Deneysel fiziolojinin kurucusu olarak kabul edilir.
- *"Temel düşünce insanlığa hizmettir; hekim yalnız dostu değil düşmanı da iyileştirmek için elinden geleni yapmakla yükümlüdür"* deyişi Hipokrat değil Galen'e aittir (Clarck; Jacyna, 1987; Multanovskii, 1961; Perace, 2003; Marshall ve Magoun,1998; Quin, 1994; Walker,1962).

## Yöntem

Çalışma nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması olarak tasarlanmıştır. Durum çalışması gerçek yaşamın, güncel bağlam ya da ortamın içindeki bir durumun araştırılması anlamına gelmektedir (Yin, 2009). Çalışmada bu kapsamda görüşme tekniği uygulanmıştır. Bu kapsamda bölgede faaliyet gösteren en az on yıllık Bergama'da rehberlik tecrübesi olan on turist rehberi ile görüşme yapılmış, görüşme sonuçları içerik analizine tabi tutulmuştur. Çalışmanın evrenini 1077 İzmir Rehberler Odasına (İZRO) bağlı turist rehberi oluşturmaktadır. Bölgede 675 İngilizce dilinden turist rehberi bulunmaktadır. Çalışma nicel içerikli olmadığından ve rehberler tarafından Bergama için yapılan anlatımlar benzer olduğundan Bergama antik kentinde çalışma deneyimi on yıldan fazla olan on rehber örnekleme yeterli görülmüştür. Toplamda kaç rehberin on yıllık deneyime sahip olduğu verisine ulaşılamamıştır. Bu kapsamda deneyimli turist rehberlere 8 soru sorulmuştur.

## Bulgular

Katılımcılardan biri 50 yaş üzeriyken, beş katılımcı 40-45 yaş aralığında, dört katılımcı 35-40 yaş aralığındadır. Katılımcıların tamamı bağımsız turist rehberleridir (Belirli bir acenteye bağlı olarak çalışmazlar). Katılımcılardan altısı erkek dördü kadındır. Katılımcıların sekizi lisans ikisi yüksek lisans mezunudur. Katılımcılardan dördü bakanlık kanalı ile çalışma lisansını almışken diğerleri turist rehberliği ve ilgili bölümlerden mezun olmuştur. Katılımcılardan üçünün dili İngilizce, ikisinin dilleri İngilizce ve Portekizce, biri İngilizce, Portekizce ve İtalyanca, biri İngilizce ve Yunanca, biri İspanyolca, Portekizce ve İngilizce, ikisi İngilizce ve Fransızca'dır. Katılımcıların beşi bekâr beşi evlidir. Katılımcılara sorulan ilk soru "Galen kimdir?" sorusudur. 1 ve 5 numaralı katılımcılar fikirlerinin olmadığını belirtirken, 2 numaralı katılımcı "Galen'in saray doktoru olduğunu", 3 numaralı katılımcı "Eczacı ve hekim, aynı zamanda filozof olduğunu", 4 ve 6 numaralı katılımcılar "İnsan anatomisi üzerine çalışmalar yapmış ünlü bir Bergamalı hekim olduğunu", 7 numaralı katılımcı "Bergamalı bir eczacı, tıbbın babası" olduğunu, 8 ve 10 numaralı katılımcılar "Antik dünyanın en büyük tıp babası/üstadı olduğunu, 9 numaralı katılımcı ise "şifacı" olduğunu belirtmiştir. "Galen ile ilgili bildiklerinizi nereden öğrendiniz?" sorusuna 1 ve 5 numaralı katılımcılar Galen'i tanımadıkları

için cevap vermemiştir. 4, 6, 7, 8 ve 10 numaralı katılımcılar Galen'i rehberliğe başladıktan sonra bölgede çalışan büyüklerinden ismen duyduktan sonra kendi araştırmaları ile öğrendiklerini belirtmiştir. 2, 3 ve 9 numaralı katılımcılar Galen'in ismini uzmanlık eğitimlerinde duyduklarını ve bu vesile ile araştırdıklarını belirtmişlerdir.

"Galen'i rehberlik yaptığınız turlarda anlatıyor musunuz? Asklepion'da yaptığınız anlatımların ne kadarında var?" soruları yöneltildiğinde 1 ve 5 numaralı katılımcılar bilmedikleri için yer vermediklerini ancak "bugünden sonra araştırıp mutlaka detayları ile anlatacaklarını" belirtmişlerdir. 4 numaralı katılımcı "yılan efsanesini anlatırken kendisi ile ilgili genel bilgi verdiğini", 7 numaralı katılımcı "önce ailesi sonra kendisi ile ilgi detaylı bilgi verdiğini", 8 numaralı katılımcı "genel olarak bahsedip detaylandırmadığını" belirtmiştir. 2, 3, 6, 9 ve 10 numaralı katılımcılar "ismen bahsettiklerini çok fazla detaya girmediklerini" belirtmişlerdir. Katılımcılara aşağıda belirtilen Galen ile ilgili detaylardan bahsetme sıklıklarını 1-5 arası (1 en az 5 en çok) değerlendirmeleri istendiğinde verilen cevaplar Tablo 1'de belirtilmiştir. Katılımcılara "Galen Bölgenin destinasyon imajını artırmak için ve Türkiye'de yaşamış bilginlerin tanıtımı konusunda önemli bir unsur mudur" sorusu yöneltildiğinde neredeyse tamamı oldukça önem arz ettiğini belirtmişken 9 numaralı katılımcı "bir Hipokrat değil" cevabını vererek önemli olduğunu ancak tanınırlığının artırılması ile daha çok önem arz edeceğini belirtmiştir.

Tablo 1. Galen ile ilgili verilen bilgiler ve sıklıkları

<b>GALEN İLE İLGİLİ BİLGİLER</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Yaşadığı yüzyıl</b>	2	1	3	2	-	2
<b>Ailesi</b>	2	6	-	2	-	-
<b>Eğitimi</b>	2	4	-	-	4	-
<b>Efsaneler</b>	2	-	3	-	4	1
<b>Nitelikleri</b>	2	-	-	2	-	6
<b>Asklepion'daki yeri</b>	2	-	1	-	5	2
<b>Diğer</b>	10					

"Galen ile ilgili tanıtım çalışmaları yeterli midir?" sorusuna tamamı "Hayır" cevabını vermiştir. "Antik kentin tanıtımında Galen nasıl bir rol üstlenebilir ve bölgenin Galen ekseninde tanıtımı için neler yapılabilir?" sorusuna verilen cevaplar sonuç ve öneriler bölümünde katılımcı önerileri başlığında verilmiştir.

## Sonuç ve Öneriler

Anadolu coğrafyası sahip olduğu somut ve somut olmayan kültürel mirası ile dünyanın en önemli tarihsel göz bebeğidir. Anadolu bilginleri deyince akla gelen Mevlana, Hacı Bektaş Veli gibi isimler dışında Diyojen, Thales, Anaksimenes, Anaksimendros gibi isimler de insanların aklına gelmelidir. Anadolu coğrafyası İslamiyet döneminden çok daha uzun süre ve çok daha önce bu bilginlere ev sahipliği yapmıştır. Bu sebeple bir kültür hazinesi olarak hepsinin bu coğrafyada yetiştiğini bilmek ve bilinirliklerini artırmak kültür ceddine bir borçtur. Galen'de Batı Anadolu'nun yetiştirdiği en önemli isimlerden biridir. Literatürde kendisi ile ilgili yapılan çalışmaların azlığı ve bilim tarihi ile sınırlı kalması bu çalışmaya esin kaynağı olmuştur. Anadolu'da yaşayan ve bilim, sanat, heykel ve mimaride en gelişmiş krallıklardan biri olan Pergamon Krallığı döneminde başkent olan Pergamon Galen'in yaşadığı, yetiştiği, hizmet verdiği yerdir.

Çalışmada Bergama'ya gelen ve bu konuda bilgisi olmayan turistlere bilgi aktaran rehberlere Galen ile ilgili farkındalık sorulmuş, verilen cevaplar ölçüsünde farkındalığın yüksek olmadığı tespit edilmiştir. Genelde alanda çalışmaya başladıktan sonra Galen ile tanıştıkları belirtilmiştir. Bu turist rehberliği müfredatında; Turizm coğrafyası, kültürel miras, Anadolu düşünce mimarları gibi ilgili derslerde Galen'den bahsedilmediğinin göstergesidir.

Elde edilen diğer verilere göre yerel yönetimlerin, bölgede yaşayan halkın, gelen turistlerin Galen farkındalığının olmadığı ve bu konuda proje üretilmediğini ortaya koyar. Ayrıca literatür, ülkesel ölçekli tanıtım hazırlıkları, Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın projeleri incelendiğinde Galen ile ilgili herhangi bir çalışma göze çarpmamaktadır. Bu kapsamda katılımcılara, üretilebilecek projeler ve düzenlenebilecek tanıtım etkinlikleri sorulduğunda verdikleri cevaplar genel hatları ile aşağıdaki gibi kodlanmıştır.

- Kültür Turizm Bakanlığına proje üretilmesi
- Bergama'ya detaylı Galen ile ilgili bilgilendirme levhalarının asılması
- Rehberlere Galen ile ilgili uzmanlaşma eğitimi verilmesi
- Tıp fakültelerine yönelik Galen turları
- Galen festivali, Galen yılı gibi isimlerle etkinliklerin düzenlenmesi
- Galen broşürlerinin hazırlanması ve turlarda dağıtımı
- Galen ile ilgili düzenlenebilecek marka yaratma çalışmaları.

Galen ile ilgili olmayan farkındalığı artırmak ve bir turistik ürüne dönüştürmek yada destinasyon imajını güçlendirecek bir unsur olarak değerlendirebilmek için yazarlar tarafından geliştirilen öneriler aşağıdaki gibidir.

- Bölgedeki Güzel Sanatlar Fakülteleri'nde Galen farkındalığını artırmak hem de ortaya başarılı bir eser koyabilmek için bir heykel yarışmasının açılması,
- Galen'in turist rehberliği eğitim müfredatında uygun bir ders başlığa altında verilmesinin sağlanması,
- Rehberliklerin farkındalıklarının artırılması için özellikle İzro tarafından uzmanlaşma eğitiminin verilmesi,
- Asklepion'da Galen ve hayatının görsellikli sunumu,
- Müzede Galen ile ilgili sinevizyon hazırlanması,
- Bergama'nın tanıtımında Galen'e mutlaka yer verilmesi,
- Galen ile ilgili Asklepios- Asklepion ilişkisini yansıtan hediyelik eşyaların tasarlanması,
- Bölgenin tanıtım planlamasında Galen'in de tanıtım kataloğuna alınması,
- Galen ile ilgili belgesel, film, dizi film gibi görsel içerikli çekimlerin yapılmasıdır.

Sonraki araştırmalarda ulaşılabilir rehber sayısı ile görüşmeler artırılıp, turistlere anket uygulanabilir, sonuçları projeye dönüştürülebilir. Bölge rehberlerine erişim ve çalışmaya katılım konusunda çok istekli olunmaması çalışmanın en büyük kısıtıdır.



## Kaynakça

1. Akurgal, E. (1978). *Ancient civilizations and ruins of Turkey: from prehistoric times until the end of the Roman Empire*. Mobil Oil Türk.
2. Clarke E, Jacyna LS.(1987) Nineteenth Century Origins of Neuroscientific Concepts. University of California Press: Berkeley;160-325.
3. Corcoran AC. A (1961) Mirror up to Medicine. Lippincott: Philadelphia; 4, 11, 12.
4. David S. Kidder, N. D. Oppenheim (2013). Entelektüelin Kutsal Kitabı, Maya Kitap.
5. Doğan, Sedat, Sezgin, Fatih. (2012). Bergama'nın Tıp Tarihindeki Öneminden Türkiye Ne Kadar Haberdar?. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 4 (2), 271-279. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/sobiadsbd/issue/11354/135715>
6. Kuşkonmaz, Ş. (2016). Bergama'da İki Bin Yıllık Bir Hastane ve Bir Hekim: Asklepion ve Galen. Konuralp Tıp Dergisi, 8 (2), . DOI: 10.18521/ktd.99317
7. Lois N. Magner, A (1992). History of Medicine. Marcel Dekker: New York; 22, 41.
8. Lee, H. M. (2013). The Role of Physicians (Galen, Mercuriale and Brookes) in the History of Greek Sport and the Olympic Revival. *Roman Literature, Gender and Reception: Domina Illustris*, 196.
9. Nedham, J. (1961) *Science and Civilisation in China*, with the research assistance of Wang Ling, Volume I, Introductory Orientations, Cambridge at the university press.
10. Marshall LH, Magoun HW. (1998). Discoveries in the Human Brain. Humana Press:Totowa: New Jersey;63, 177,199, 29, 29, 9, 8, 28.
11. Multanovskii MP. (1961). İstoriya Meditsini. Gasudarstvennoye İzdatelstvo Meditsinskoyı Literaturi. Moskva;61-65.
12. Pearce JMS.(2003) Galen of Pergamum, neurological notes. Fragments of Neurological History. Imperial College Press London;485-92.
13. Picón, C. A., & Hemingway, S. (2016). *Pergamon and the Hellenistic kingdoms of the Ancient World*. Metropolitan Museum of Art.
14. Tronchin, Francesca. C. (2011). Asklepion of Pergamon.
15. Quin, C. N. (1994) The soul and the pneuma in the function of the nervous system after Galen, Journal of the Royal Society of Medicine.
16. Uludağ O.Ş. (1991) Beşbuçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi. Kültür Bakanlığı: Ankara;33-55.
17. Üreten, Hüseyin (2004). Helenistik Dönem Pergamon Kenti Tanrı ve Kültleri.
18. Walker, K. (1962) Histoire De La Medicine. Des Pratiques Anciennes Aux Decouvertes Les Plus Modernes. Editions Gerard: Verviers;52, 61, 100.
19. Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

# Bir Üniversitede Çalışan Personelin Kolorektal Kansere Farkındalıkları ve Korkularını Etkileyen Faktörler

## Factors Affecting Colorectal Cancer Awareness and Fears of Staff at a University

Emel GÜVEN<sup>1</sup>

Mesiya AYDIN<sup>2</sup>

İlknur Aydın AVCİ<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu araştırma Karadeniz bölgesinde bir üniversitede çalışan personelin kolorektal kanser farkındalıklarını ve korkularını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Ekim-Kasım 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılmaya gönüllü 50 yaş ve üzeri 51 personele ulaşılmıştır. Araştırmada veriler anket formu ve Kolorektal Kansere Korku Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 20 programı ile değerlendirilmiştir ve T testi, Anova ve korelasyon veri analizinde kullanılmıştır. Araştırmaya katılan personelin yaş ortalaması 54,01±3,39, %62,7'si erkek, %86,3'ü evli, %47,1'i üniversite mezunu, %64,7'sinin geliri gidere denk, %33,3'ünün kronik hastalığı olduğu, %35,3'ünün kanser erken taraması yaptırdığı, %60,8'inin taramaların nerde yapıldığını bildiği bulunmuştur. Ailesinde kolorektal kanser tanısı alan personelin korku düzeyi daha yüksek saptanmıştır (p<0,05). Araştırmada personelin kolorektal kanser korkularının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla kanser erken tarama eğitim programı verilmeden önce korku düzeylerinin incelenmesi önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Farkındalık, kolorektal kanser, korku, personel.

### ABSTRACT

This study was carried out to determine the factors that affect the colorectal cancer awareness and fears of the staff working at a university in the Black Sea region. The research was conducted between October and November 2018. No sample selection was made and 51 personnel aged 50 and over who were willing to participate in the study were reached. Data were collected by using the questionnaire and Colorectal Cancer Horror Scale. The data were evaluated with SPSS 20 program

<sup>1</sup> Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [emel.guven@omu.edu.tr](mailto:emel.guven@omu.edu.tr).

<sup>2</sup> Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [mesiya235@gmail.com](mailto:mesiya235@gmail.com).

<sup>3</sup> Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, [ilknura@omu.edu.tr](mailto:ilknura@omu.edu.tr)

and T test, Anova and correlation was used in data analysis. The mean age of the personnel who participated in the study was 54,01 ± 3,39, 62,7% male, 86,3% married, 47,1% university graduate, 64,7% income equivalent, It was found that 33.3% had a chronic disease, 35.3% had an early cancer screening, and 60.8% had a history of screening. The fear level of the patients who were diagnosed with colorectal cancer in their family was higher (p<0,05). In the study, the fears of colorectal cancer were found to be high. Therefore, it may be recommended to examine the fear levels before the cancer screening program is given.

**Key Words:** Awareness, colorectal cancer, fear, staff.

## Giriş

Dünya genelinde kanser yükünün 2018 yılında 18,1 milyon yeni vakaya ve 9,6 milyon ölüme yükseldiği tahmin edilmektedir. Küresel olarak 5 erkekten ve 6 kadından biri hayatı boyunca kansere yakalanmakta ve 8 erkekten ve 11 kadından biri bu hastalıktan ölmektedir. Dünya genelinde, kanser tanısı alan ve 5 yıl içinde yaşayan toplam insan sayısının 43,8 milyon olduğu tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2018).

Küresel olarak 2018 yılında insidansı en yüksek ilk üç kanser türü arasında akciğer, kadında meme ve kolorektal (kalın bağırsak) kanserler yer almaktadır. Bu tür kanserler mortalite açısından da ilk beşte yer almaktadırlar. Ayrıca bu kanser türleri dünya genelinde kanser insidansının ve kansere bağlı ölümlerin üçte birini oluşturmaktadır (GLOBOCAN, 2018).

Kolorektal kanserler 1,8 milyon vaka ile tüm kanserlerin %10,2'sini, 881 bin ölüm ile de kansere bağlı ölümlerin %9,2'sini oluşturmaktadır. Erkeklerde kolorektal insidansı %10,9 iken kadınlarda bu oran %9,5'tir. Kolorektal kanser insidansı Asya'da %51,8, Avrupa'da %27, Kuzey Amerika'da %9,7, mortalite oranları ise Asya'da %52,4, Avrupa'da 27,5, Kuzey Amerika'da 7,3'tür (GLOBOCAN, 2018).

Türkiye'de kolorektal kanserler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Kolorektal kanser evrelerinin %41,7'si bölgesel, %35,3'ü lokalize, %23,0'ı uzaktır. 2014 yılı kolorektal kanserinin yaşa standardize insidans hızı erkeklerde yüz bin kişide 22,8, kadınlarda yüz bin kişide 13,8'dir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Kolorektal kanser risk faktörlerinin arasında fazla kilolu ya da obez olmak, fiziksel hareketsizlik, kırmızı et ve işlenmiş etlerden yüksek bir diyet, sigara içmek, alkol kullanmak, 50 yaş ve üzerinde olmak, ırk ve etnik köken, kolorektal polip öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü, Tip 2 diyabet öyküsü, ailede kolorektal kanser ya da polip öyküsü yer almaktadır (American Cancer Society, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2017).

Kolorektal kanserlerin taramalarına yönelik 50-70 yaş arasındaki bireylere iki yılda bir Gaitada (dışkıda) Gizli Kan (GGK) Testi ve 10 yılda bir kolonoskopi (özel bir aletle kalın bağırsağın incelenmesi) yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017; Chehade ve Robertson,

2011). Türkiye’de Taramalar Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) bağlı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır. Gaitada (dışkıda) Gizli Kan testinin pozitif olması normal olmayan bir sonuçtur ve dışkı içeriğinde kan olduğunu göstermektedir. Bu durum kanser teşhisi değildir ancak bireyin uzman hekimler tarafından kolonoskopi yaptırması için değerlendirilmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Ancak kolonoskopi genellikle bireylerin korku ile yaklaştıkları bir erken tanı uygulaması olup, hem süreç hem de sonuç hastalarda endişelere neden olabilmektedir.

Kanser hastalığının sonuçları itibariyle ölümü çağrıştıran bir hastalık olması bireylerin erken tanı da dahil olmak üzere bu hastalığa yönelik korku düzeylerini arttırmaktadır. Kissal ve arkadaşlarının 2016 yılında 198 kadınla yaptıkları bir araştırmada ailesinde meme kanseri olan kadınların meme kanseri korkusunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Lunsford ve arkadaşlarının (2017) 25-49 yaş arası kadınlarla yaptığı bir araştırmada kadınların servikal kanser taramalarından pozitif sonuç çıkma ihtimalinden korktukları için taramalara katılmadıklarını saptamıştır.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Karadeniz bölgesinde bir üniversitede çalışan personelin kolorektal kanser farkındalıklarını ve korkularını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu kapsamda bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Bir üniversitede çalışan personelin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
2. Bir üniversitede çalışan personelin kolorektal kanser farkındalıkları ve korkularını etkileyen faktörler nelerdir?
3. Bir üniversitede çalışan personelin kolorektal kanser korku düzeyleri nasıldır?

### **Yöntem**

#### **Araştırmanın Şekli**

Araştırma tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırma Ekim-Kasım 2018 tarihleri arasında Karadeniz bölgesinde bir üniversitede yürütülmüştür.

#### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılmaya gönüllü 50 yaş ve üzeri 51 personele ulaşılmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 51 çalışan personel seçilmiştir. Araştırmaya alınma kriterleri; araştırmaya katılmayı kabul etmek, 50 yaş ve üzerinde olmak, kolorektal kanser tanısı almamış olmak, mental bir sorunu olmamak alınma kriteri olarak kabul edilmiştir.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veriler anket formu ve Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda sosyodemografik bilgiler, hastalık durumları, kanser erken taramaları, kolorektal kansere yönelik sorulardan oluşmaktadır. Literatür doğrultusunda geliştirilen Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu 8 tane duygu ifadesi içeren maddeden oluşmakta ve bu maddeler kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum gibi katılma durumlarına göre puanlanarak değerlendirilmektedir. Maddelere verilen cevaplara göre toplam puan üzerinden ortalama değerlere göre düşük ya da yüksek olarak değerlendirilmektedir. Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formundan en düşük 8 en yüksek 40 puan alınmaktadır ve puanların yükselmesi korku düzeyinin arttığına işaret etmektedir.

## İstatistiksel Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 20 programı ile değerlendirilmiştir ve sayısal değişkenlere normallik testi yapılmıştır. Veri analizinde ortalama, yüzdelik, T testi, Anova ve korelasyon kullanılmıştır. Araştırmanın bir üniversitede yapılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmada kurum izni alınmıştır.

## Bulgular

**Tablo 1.** Araştırmaya katılan personelin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı (n=51)

Özellikler	$\bar{X}\pm SD$	Min-Max
Yaş ortalaması (yıl)	54,01±3,39	50-63
Beden Kitle İndeksi (BKI)	26,32±2,92	19,72-35,08
Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	19	37,3
Erkek	32	62,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	44	86,3
Bekar	7	13,7
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	46	90,2
Hayır	5	9,8
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	8	15,7
Üniversite	25	49,0
Lisansüstü	18	35,3

<b>Çalışılan birim</b>		
İdari personel	32	62,7
Akademik personel	19	37,3
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	7	13,7
Gelir gidere denk	33	64,7
Gelir giderden fazla	11	21,6

Araştırma kapsamına alınan personelin yaş ortalaması  $54,01 \pm 3,39$  (min 50-max 63) yıl, beden kitle indeksi ortalaması  $26,32 \pm 2,92$  (min 19,72-max 35,08) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan personelin diğer özellikleri incelendiğinde personelin %62,7'si erkek, %86,3'ü evli, %90,2'si çocuk sahibi, %49,0'ı üniversite mezunu, %62,7'si idari personel ve %64,7'sinin geliri gidere denk olarak saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 2.** Araştırmaya katılan personelin kolorektal kanser farkındalıkları ve korkularını etkileyen faktörler

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	15	29,4
Hayır	36	70,6
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Evet	6	11,8
Hayır	45	88,2
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	17	33,3
Yok	34	66,7
<b>Kanser erken tanısına yönelik tarama yaptırma durumu</b>		
Evet	18	35,3
Hayır	33	64,7
<b>Kanser erken tarama uygulamalarının nerelerde yapıldığını bilme durumu</b>		
Evet	31	60,7
Hayır	20	39,3
<b>Kanser erken tanı ve taramalara yönelik eğitim alma durumu</b>		
Evet	10	19,6
Hayır	41	80,4

<b>Erken tanı ve tarama ile kanserden kurtulma şansı artar</b>		
Evet	35	68,6
Hayır	1	2,0
Bilmiyorum	5	9,8
Kısmen	10	19,6
<b>Bağırsakla ilgili problem yaşama durumu</b>		
Evet	5	9,8
Hayır	46	90,2
<b>Ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişi</b>		
Var	5	9,8
Yok	46	90,2
<b>Kolorektal kanser erken tanısı için hangi testlerin yapıldığını bilme durumu</b>		
Evet	17	33,3
Hayır	34	66,7
<b>Kolorektal kanser erken tanı testleri hakkında bilgiyi nereden aldığı</b>		
Televizyon	-	-
Sağlık elemanı	16	31,3
İnternet	-	-
Çevre	1	2,0
<b>Gaitada Gizli Kan testi ne zaman bakılmalı</b>		
Şikayet varsa	12	23,5
40 yaş sonrası şikayet olsun olmasın herhangi bir zamanda	21	41,2
Ailede kolorektal kanseri olan yakını olduğunda	4	7,8
Doktor istediğinde	8	15,7
50-70 yaş arası	6	11,8
<b>Gaitada Gizli Kan testi yaptırma durumu</b>		
Evet	7	13,7
Hayır	44	86,3
<b>Gaitada Gizli Kan testi yaptırma nedeni</b>		
Şikayetlerim varsa	-	-
Genel kontrol	5	8,5
Ailede kolorektal kanseri olan yakını olduğunda	1	1,7
Doktor istediğinde	2	2,5
<b>Gaitada Gizli Kan testi yaptırmama nedeni</b>		
Testin yapılışından rahatsız olacağım düşüncesi	8	15,7
Sonucun olumsuz olmasından korktuğum için	5	9,8
Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum	22	43,1
Zaman ayıramadım	9	17,6

---

**Çevrenizde Gaitada Gizli Kan testini yaptırma durumu**

---

Evet	11	21,6
Hayır	40	78,4

---

Araştırmaya katılan personelin %70,6'sı sigara kullanmamakta, %88,2'si alkol kullanmamakta,%66,7'sinin kronik hastalığının olmadığı, %64,7'sinin kanser erken tanısına yönelik tarama yaptırmadığı, %60,7'sinin kanser erken tarama uygulamalarının nerelerde yapıldığını bildiği, %80,4'ünün kanser erken tanı ve taramalara yönelik eğitim almadığı, %68,6'sı erken tanı ve taramanın kanserden kurtulma şansını arttıracığını düşündüğü bulunmuştur (Tablo 2).

Personelin %90,2'sinin bağırsakla ilgili bir problem yaşamadığı, %90,2'sinin ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişinin olmadığı, %66,7'sinin kolorektal kanser erken tanısı için hangi testlerin yapıldığını bilmediği, %31,3'ünün kolorektal kanser erken tanı testleri hakkında bilgiyi sağlık elemanından aldığı, %41,2'sinin Gaitada Gizli Kan testinin

40 yaş sonrası şikayet olsun olmasın herhangi bir zamanda yapılacağını belirttiği, %86,3'ünün Gaitada Gizli Kan testi yaptırmadığı, %8,5'i Gaitada Gizli Kan testini genel kontrol için yaptırdığını belirttiği, %43,1'i Gaitada Gizli Kan testini yaptırması gerektiğini bilmediğini belirttiği ve %78,4'ünün çevresinde Gaitada Gizli Kan testini yaptıran bireyin olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3.** Araştırmaya katılan personelin sosyo-demografik, kolorektal kanser farkındalıkları ve korkularını etkileyen faktörlere göre Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu toplam puan ortalaması



Özellikler	Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu $\bar{X} \pm SD$	İstatistik	p değeri
<b>Yaş ortalaması (yıl)</b>		r	
		-0,095	0,509
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>		r	
		0,031	0,827
<b>Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu toplam puan</b>	27,35±5,26 (min16-max39)		
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	25,84±4,60	t	
Erkek	28,25±5,48	-1,605	0,115
<b>Medeni durum</b>			
Evli	27,47±5,33	t	
Bekar	26,57±5,09	0,420	0,677
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>			
Evet	27,47±5,23	t	
Hayır	26,20±5,93	0,512	0,611
<b>Eğitim durumu</b>			
Lise	29,0	F	
Üniversite	0±4,89	2,906	0,064
Lisansüstü	25,74±4,76 29,25±5,62		
<b>Çalışılan birim</b>			
İdari personel	27,06±4,63	t	
Akademik personel	27,84±6,28	-0,508	0,614
<b>Gelir durumu</b>			
Gelir giderden az	26,42±5,09	F	
Gelir gidere denk	27,72±4,59	0,241	0,787
Gelir giderden fazla	26,81±7,34		
<b>Sigara kullanma durumu</b>			
Evet	26,93± 5,10	t	
Hayır	27,52±5,38	-0,364	0,717
<b>Alkol kullanma durumu</b>			
Evet	25,33±4,22	t	
Hayır	27,62±5,36	-1,001	0,322
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			
Var	27,05±4,94	t	
Yok	27,45±5,55	-0,247	0,806

<b>Kanser erken tanısına yönelik tarama yaptıırma durumu</b>			
Evet	25,00±7,50	<b>t</b>	
Hayır	27,96±4,88	-1,382	0,175
<b>Kanser erken tarama uygulamalarının nerelerde yapıldığını bilme durumu</b>			
Evet	26,00±6,08	<b>t</b>	
Hayır	27,73±4,58	-0,962	0,343
<b>Kanser erken tanı ve taramalar yönelik eğitim alma durumu</b>			
Evet	26,40±5,96	<b>t</b>	
Hayır	27,58±5,12	-0,635	0,528
<b>Erken tanı ve tarama ile kanserden kurtulma şansı artar</b>			
Evet		<b>F</b>	
Hayır	27,45±5,32	1,365	0,265
Bilmiyorum	17,00±0,00		
Kısmen	28,00±6,36		
	27,70±4,02		
<b>Bağırsakla ilgili problem yaşama durumu</b>			
Evet	28,20±3,83	<b>t</b>	
Hayır	27,26±5,41	0,376	0,709
<b>Ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişi</b>			
Var	33,00±3,74	<b>t</b>	
Yok	26,73±5,05	<b>2,679</b>	<b>0,010</b>
<b>Kolorektal kanser erken tanısı için hangi testlerin yapıldığını bilme durumu</b>			
Evet	27,15±6,14	<b>t</b>	
Hayır	27,20±4,63	-0,031	0,975
<b>Kolorektal kanser erken tanı testleri hakkında bilginin nereden aldığı</b>			
Televizyon	-		
Sağlık elemanı	28,21±6,32		
İnternet	-	0,940	0,414
Çevre	31,00±0,00		
<b>Gaitada Gizli Kan testi ne zaman bakılmalı</b>			
Şikayet varsa	26,33±7,15	<b>F</b>	
40 yaş sonrası şikayet olsun olmasın herhangi bir zamanda	27,70±4,50	0,350	0,906
Ailede kolorektal kanseri olan yakını olduğunda	26,50±4,50		
Doktor istediğinde	29,00±5,00		
50-70 yaş arası	28,83±3,65		

<b>Gaitada Gizli Kan testi yaptırma durumu</b>		<b>t</b>	
Evet	26,71±6,01		
Hayır	27,45±5,20	-0,343	0,733

<b>Gaitada Gizli Kan testi yaptırma nedeni</b>		<b>F</b>	
Şikayetlerim varsa	-		
Genel kontrol	26,80±7,29		
Ailede kolorektal kanseri olan yakını olduğunda	31,00±0,00	0,186	0,835
Doktor istediğinde	26,50±2,12		

<b>Gaitada Gizli Kan testi yaptırmama nedeni</b>		<b>F</b>	
Testin yapılışından rahatsız olacağım düşüncesi	25,00±6,27		
Sonucun olumsuz olmasından korktuğum için	32,60±4,21		
Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum	27,95±4,18	2,285	0,078
Zaman ayıramadım	25,00±4,96		

<b>Çevrenizde Gaitada Gizli Kan testini yaptırma durumu</b>		<b>t</b>	
Evet	28,72±5,55		
Hayır	26,97±5,18	0,978	0,333

Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu toplam ortalama puanı 27,35±5,26 (min 16-max 39) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan personelin yüksek düzeyde korkuya sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo3).

Araştırma kapsamına alınan personelin ailesinde kolorektal kanser tanısı alan kişi olma durumları ile Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ailesinde kolorektal kanser tanısı olan personelin kolorektal kanser korku düzeyi daha yüksek saptanmıştır (Tablo3).

Personelin yaş ve beden kitle indeksi ortalamaları ile Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Personelin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışılan birim, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, kanser erken tanısına yönelik tarama yaptırma durumu, kanser erken tarama uygulamalarının nerelerde yapıldığını bilme durumu, kanser erken tanı ve taramalar yönelik eğitim alma durumu, erken tanı ve tarama ile kanserden kurtulma şansının artacağı düşüncesi, bağırsakla ilgili problem yaşama durumu, kolorektal kanser erken tanısı için hangi testlerin yapıldığını bilme durumu, kolorektal kanser erken tanı testleri hakkında bilginin nereden aldığı, Gaitada Gizli Kan testi ne zaman bakılmalı, Gaitada Gizli Kan testi yaptırma durumu, Gaitada Gizli Kan testi yaptırma ve yaptırmama nedeni ve çevrenizde Gaitada Gizli Kan testini yaptırma durumları

ile Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo3).

## **Tartışma**

Araştırmaya katılan personelin yüksek düzeyde kolorektal kanser korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir. Nagelhout ve arkadaşlarının (2017) 50-75 yaş aralığındaki bireylerle yaptıkları araştırmada %27,6'sının kolorektal kanser taramalarında engel olarak test sonuçlarından duyulan korkusunun olduğu saptanmıştır. Flippi ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı araştırmada katılımcıların kolorektal kanser tarama işlem ve sonuçlarından korkması nedeniyle kolorektal kanser taramalarına katılımın az olduğu bulunmuştur. Reynolds ve arkadaşlarının (2018) 45 yaş ve üzeri kolorektal kanser tarama hikayesi olan 306 kişi ile yaptıkları bir araştırmada olumsuz tarama sonuçları korkusunun kolorektal kanser taramalarına başvuruyu geciktirdiği belirlenmiştir. Vrinten ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmaya katılanların %64'ü kanserden diğer hastalıklara göre daha fazla korktuğu saptanmıştır. Kanseri kronik dejeneratif bir hastalıktır. Son yıllarda yapılan istatistiklere göre kanser görülme sıklığında da artış görülmektedir. Dolayısıyla personel kendilerinin de kolorektal kanser olabileceği ihtimaline bağlı kanserden korkabilir.

Ailesinde kolorektal kanser tanısı olan personelin kolorektal kanser korku düzeyi daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Efuni ve arkadaşlarının 2015 yılında 50-83 yaş aralığında 251 Latin katılımcı ile yaptıkları bir araştırmada ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin kolorektal kanser korkusu daha yüksek bulunmuştur. Hastanede yatan 198 kadınla yapılan bir araştırmada ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri korku düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Kissan ve ark., 2018). Ailesinde kolorektal kanser tanısı olan personel kanser olan yakınından hastalıkla ilgili bilgi alabilir, kanserle ilgili yaşadığı olumsuz deneyim ve tecrübelerine ortak olabilir. Bu durumun önyargılara, kanser konusunda personelde korkuya neden olabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan personelin gelir durumları ile Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Chaowawanit ve arkadaşlarının (2016) 25-65 yaşındaki kadınlarla yaptığı bir araştırmada gelir durumu düşük olan kadınlarda servikal kanser taramaları yetersiz bulunmuştur. Gelir durumunun kolorektal kanser korkusunu etkilememesi, kolorektal kanser korku duygusunun bireyden bireye farklılık gösterebilen, öznel, yaş ve deneyimle de değişebilen bir kavram olmasından kaynaklanabilir.

Personelin bağırsakla ilgili problem yaşama durumları ile Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Lopez ve arkadaşlarının (2016) inflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastalarla yaptığı araştırmada kolorektal kanser korkusu bulunmuştur. Personelin bağırsakla ilgili problem

yaşama durumunun kolorektal kanser korkusunu etkilememesi korku duygusunun kişiden kişiye yaşadığı deneyimlere göre değişkenlik gösterebileceğinden kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan personelin Gaitada Gizli Kan testi yaptırma durumları ile Kolorektal Kanser Korku Değerlendirme Formu ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ersin ve arkadaşlarının (2014) 300 kadınla yaptıkları araştırmada daha önceden mamografi yaptıran kadınlarda meme kanseri korku düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Personelin Gaitada Gizli Kan testi yaptırma durumunun kolorektal kanser korkularını etkilememesi kolorektal kanser tarama yönteminin ağrısız, kolay ve pratik olmasından kaynaklanabilir.

### **Sonuç**

Araştırma katılan personelin kolorektal kanser korkularının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Ailesinde kolorektal kanser tanısı olan personelin kolorektal kanser korku düzeyi daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Dolayısıyla kanser erken tarama eğitim programı verilmeden önce bireylerin korku düzeylerinin incelenmesi önerilebilir.

## Kaynaklar

1. American Cancer Society, 2018. Colorectal Cancer Risk Factors. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>  
Erişim Tarihi: 01.15.2019.
2. Chaowawanit Woraphot, Tangjitgamol Siriwan, Kantathavorn Nuttavut, Phoolcharoen Natacha, Kittisiam Thannaporn, Khunnarong Jakkapan, Supawattanabodee Busaba, Srijaipracharoen Sunamchok, Thavaramara Thaovalai, Pataradool Kamol (2016)
3. "Knowledge, Attitudes and Behavior of Bangkok Metropolitan Women Regarding Cervical Cancer Screening" Asian Pac J Cancer Prev, Sayı 17 (3), s.945-952.
4. Chedade R.J. and Robertson DJ. (2011), Colorectal Cancer Screening, Anderson JC, Kahi CJ (Ed.) Screening and Surveillance Guidelines (ss.43-57).USA: Springer Science+Business Media.
5. Efuni Elizaveta, DuHamel Katherine N., Winkela Gary, Starrb Tatiana and Jandorfa Lina (2015) " Optimism and Barriers to Colonoscopy in Low-income Latinos at Average Risk for Colorectal Cancer" Psychooncology , Sayı 24(9), s. 1138-1144.
6. Ersin F, Gözükara F, Polat P, Erçetin G, Bozkurt ME (2015) "Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography" Turk J Med Sci, Sayı 45(4), s.775-781.
7. Filippi Melissa K., Perdue David G. , Hester Christina , Cully Angelia, Cully Lance, Greiner K. Allen, Daley Christine M.(2016) "Colorectal Cancer Screening Practices among Three American Indian Communities in Minnesota" J Cult Divers, Sayı 23(1), s. 21-27.
8. GLOBOCAN, 2018. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>, Erişim Tarihi: 05.02.2019.
9. Kissal Aygul, Vural Birgül, Ersin Fatma and Solmaz Tuğba (2018) "The effect of women's breast cancer fear and social support perceptions on the process of participating in screening", Global Health Promotion, Sayı 25(3), s.52-59.
10. Lopez Anthony, Collet-Fenetrier Benjamin, Belle Arthur, Peyrin-Biroulet Laurent (2016) "Patients' knowledge and fear of colorectal cancer risk in inflammatory bowel disease" Journal of Digestive Diseases, Sayı 17, s.383-391.
11. Lunsford Natasha Buchanan, Ragan Kathleen, Smith Judith Lee, Saraiya Mona, Aketch Millicent (2017)" Environmental and Psychosocial Barriers to and Benefits of Cervical Cancer Screening in Kenya", Global Health and Cancer, Sayı 22, s.173-181.

- 12.** Nagelhout Elizabeth, Comarell Kristen, Samadder N. Jewel and Wu Yelena P. (2017) "Barriers to Colorectal Cancer Screening in a Racially Diverse Population Served by a Safety-Net Clinic" J Community Health, Sayı:42(4), s. 791-796.
- 13.** Reynold Lisa M., Bissett Ian P. and Consedine Nathan S. (2018) "Emotional predictors of bowel screening: the avoidance-promoting role of fear,embarrassment, and disgust" BMC Cancer, Sayı 18, s.518.
- 14.** Sağlık Bakanlığı, 2017. 2015 Türkiye kanser istatistikleri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/1026-2015-yılı-türkiye-kanser-istatistikleri.html>, Erişim Tarihi: 01.10.2019.
- 15.** Vrinten Charlotte, Waller Jo, Wagner Christian von, and Wardle Jane (2015) "Cancer fear: facilitator and deterrent to participation in colorectal cancer screening" Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, Sayı 24(2), s.400-405.

# Yoksul ve Evsizlerin Toplumda Hemşirelik Bakımı

## Nursing Care of Poor And Homeless People in The Community

Tuba YILMAZ BULUT<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı yoksul ve evsizlerin toplumdaki ihtiyaçlarının karşılanması için farkındalık oluşturmaktır. En genel anlamıyla yoksulluk, insanların temel gereksinimlerini karşılayabilecek olanaklarının bulunmamasıdır. Birleşmiş Milletler'e göre Evsizlik 'Yaşam alanlarının kapsamına giren bir sığınma evi bulunmayan hanelerdir.' Yoksulluk toplumda herkesi etkilemektedir. Özellikle toplumdaki savunmasız grupları üzerinde daha fazla kötü etkisi mevcuttur. Bunlara; kadınlar, çocuklar, engelli bireyler örnek verilebilir. Yoksul ve evsiz gruplar eğitim, sağlık hizmetleri ve istihdam gibi toplumsal yaşamın tüm alanlarındaki hak ve fırsatlara erişememe nedeniyle tamamiyle halk sağlığı sorunlarını daha derin yaşamaktadır. Yoksulluk sorununun giderek artması sebebiyle yoksulluk uluslararası dünya sorunu haline gelmiştir. Kanada Hemşireler Birliği, yoksulluğu ele alırken yoksullukla mücadelede hemşirenin önemine vurgu yapmış, Amerikan Hemşireler Birliği ise, sağlık hizmetlerine erişimi eşit kılabilmek için hemşirenin sosyo-politik faaliyetlerde profesyonel ve tam katılımlı rol alması gerektiğine dikkat çekmiştir. 'Yoksulluktan yoksun bir dünyaya' görüşü ile toplumun her bölgesinde karşılaşma olasılığı yüksek olan özellikle toplum-sağlığı hemşirelerinin yoksullar ve evsizlere yönelik çalışmalar yapması ve multidisipliner şekilde kurumları organize edecek projeler yürütüp yoksulluğu azaltmaya katkıda bulunması önemlidir

**Anahtar Kelimeler:** Yoksulluk; hemşirelik bakımı; evsizlik.

### ABSTRACT

In the most general sense, poverty is the lack of opportunities for people to meet their basic needs. According to the United Nations Households that do not have a shelter within the scope of their habitats. Poverty affects everyone in society. In particular, it has more bad influence on vulnerable groups in society. To these; women, children, disabled individuals. Poor and homeless groups experience deeper public health problems deeper because of lack of access to rights and opportunities in all areas of social life such as education, health care and employment. Poverty has become an international problem because of the increasing problem of poverty. The Canadian Nurses Association emphasized the importance of nurses to combat poverty while addressing poverty, while the American Nurses Association pointed out that in order to equal access to health services, the nurse should take a professional and full participation in socio-political activities. It is important for the community-health nurses to work towards the poor and the homeless, and to contribute to reducing poverty by organizing multidisciplinary projects and organizing institutions.

---

<sup>1</sup> Uzman Hemşire: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [tuba\\_yilmaz1991@hotmail.com](mailto:tuba_yilmaz1991@hotmail.com)



**Keywords:** Poverty; nursing care; homelessness.

## **Giriş**

Yoksul ve evsizler dezavantajlı bireyler arasındadır. Sosyal, psikolojik, kültürel, fizyolojik gibi her yönden dezavantajlı durumdadırlar. Sağlıktan hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar. Gelir adaletsizliğin en önemli sonucu yoksulluktur. Dünya genelinde 1 milyar insan derin yoksulluk içinde yaşarken, 800 milyon insan ise açlık ve yetersiz beslenme ile karşı karşıyadır. Derin yoksulluk içinde yaşayan yetişkin oranı ise yüzde 9,2'dir. Diğer bir yandan ise, yaklaşık 385 milyon çocuk da derin yoksulluk içindedir. Ve 11 milyon 219 bin kişi yoksulluk sınırının altındadır( TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2016).

En yeni tahminlere göre, 2013'te dünya nüfusunun yüzde 10.7'si günde 1.90 ABD doları altında gelire sahipken 2012'de yüzde 12.4, 1990'da yüzde 35'in altında kalmıştır. (OECD 2015).

Ülkemiz gelir dağılımı eşitliği konusunda olumsuz bir tablo sergilemektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri içerisinde gelir dağılımı eşitsizliğinin az olduğu ilk üç ülke; İzlanda, Norveç ve Danimarka'dır. Gelir dağılımında eşitsizliğin en fazla olduğu üç ülke ise; Şili, Amerika ve Türkiye'dir. 2015 yılında OECD'nin yayınladığı istatistiklerde Türkiye'deki gelir dağılımı eşitsizliği artmıştır. 2013 yılında Türkiye'de 0.393 olan GİNİ katsayısı, 2015 yılında 0,397'e yükselmiştir (TUİK 2016).

## **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı yoksul ve evsizlerin toplumdaki ihtiyaçlarının karşılanması için farkındalık oluşturmaktır.

## **Yoksulluk Kavramı**

Yoksulluk en genel ifade ile bireylerin yaşamını normal koşullarda devam ettirebilmesi için gereksinimleri olan kaynaklara yeterli ölçüde sahip olamaması anlamına gelmektedir (Aksan, 2012:16). 2013 yılında Dünya Bankası, "yoksulluktan yoksun bir dünyaya" yönelik çalışmalarını yönlendirmek için iki net hedef belirlemiştir: Bu hedefler 2030 yılına kadar aşırı yoksulluğa son vermek ve refah durumuna yükselmektir. Bu politika araştırma notu, bu iki hedefe yönelik ilerlemeleri sağlamak ve bu hedeflere ulaşılmasına yönelik ilerlemeyi hızlandırılmak için gereken politika eylemlerini geliştirmektir. Dünya Bankasına göre yoksulluk hedefi üç açıdan incelenmektedir. Bunlar: Günde 1.90 dolar olarak yeniden tahmin edilen yeni uluslararası yoksulluk sınırına dayalı gelir yoksulluğunun düzelmesi, eşdeğer gelir yoksulluğunun değerlendirilmesi, gelir yetersizliklerinin maddi olmayan yoksunluklarla bir arada var olduğunu kabul ederek yoksulluğun gözden geçirilmesi (The World Bank, 2017).

Yoksulluk nedenlerine baktığımızda ise ekonomide yaşanan olumsuz dalgalanmalar, ekonomik krizler, uluslararası finans sermayesindeki değişimler, yüksek faizler, piyasaların devlet eliyle özelleştirilmesi, tekelleşen kurumların ucuz işgücü araması, tarım ve hayvancılık sektöründe yaşanan mağduriyetler, geçimini sağlayamayan ailelerin büyük şehirlere göçü, kalabalık şehirlerde çalışabilecek nüfusun fazla olması buna karşın iş istihdamında yetersizlikler, uzun iş saatleri, sosyal güvencesizlik, güvensiz çalışma ortamlarına rağmen çalışanların geçimini sağlayabilecek kazancı elde edememeleri, dengesiz gelir dağılımı, fakir ile zengin aileler arasındaki gelir uçurumu, işverenlerin sendikasız işçi çalıştırmaları, sendikalı olanları ise hiçbir neden göstermeden işten çıkarmaları, hükümetlerin bu konuda yetersiz kalması, çalışmayacak durumda olan nüfusun artması, yaşlılar için emekli maaş yetersizliği, engelli bireylerin ise çok azının gelir getirecek bir işte çalışıyor olması, yaşanan doğal afetler, can ve mülk kayıpları, birey, toplum ve ülke ekonomisi şeklinde sıralanabilmektedir (Akin, 2019:1).

Yoksulluk mutlak ve göreceli yoksulluk olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Arpacioğlu 2011 yılında **mutlak yoksulluğu** hane halkı veya bireyin yaşamını fiziken devam ettirebilmek amacıyla ihtiyaç duyduğu en düşük tüketim seviyesidir (Arpacioğlu, 2011:62). Dünya Bankası, mutlak yoksulluğu önemli bir gösterge olarak kabul etmektedir. Günlük geliri minimum 2400k/cal besini almaya yetmeyenler mutlak yoksul olarak değerlendirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan her dört kişiden birinin mutlak yoksulluk içinde yaşadığı OECD raporunda ifade edilmiştir (OECD, 2013:35). Göreceli yoksul bireyler ise, mutlak olarak temel gereksinimlerini karşılayabilen ve sürekli bir gelirleri olan bireylerdir. Ancak bu bireyler kaynaklara ulaşmadaki yetersizlik nedeniyle toplumun genel refah düzeyinin altında kalırlar ve topluma sosyal katılımları yetersiz olur (Uçar 2011:131).

Diğer bir taraftan yoksulluk sınırı, yeterli hayat standardında yaşayabilmek için gerekli olan minimum gelir miktarıdır. Uygulamada ya da algılamada, yoksulluk kavramında olduğu üzere gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında uçurum kabul edilebilecek farklar bulunmakta ve ülkeler bazında sınır rakamları farklılık göstermektedir (DPT, 2007). Yoksulluk sınırı toplumun en küçük birimi olarak ele alınan 4 kişilik bir aile topluluğunun zorunlu harcamalarının minimum ne kadar olması gerektiğini hesaplayan değerdir. Kira, ulaşım, su, elektrik, eğitim, giyim, iletişim, kültürel etkinlik gibi en temel ihtiyaçların gerçekleştirilmesi için gerekli olan para miktarını ifade etmektedir.

Açlık sınırı ise bir ailenin alması gereken minimum kalori miktarını en düşük hangi maliyetle alabileceği ele alınarak hesaplanmaktadır. Bir aile 2400-2800 arası kaloriyi minimum harcama ile nasıl alır sorusunu arayan çlık sınırı hesaplamasında temel alınan değer minimum harcama ile maksimum faydadır. Yoksulluk açığı, yoksulluğun derecesi hakkında bilgi verir. Yoksulluk açığının 100'e yaklaşması, yoksulluğun derecesinin çok fazla olduğunu,

küçülmesi ise yoksulluk risk derecelerinin daha az olduğunu ifade etmektedir (TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2016).

Ülkeler arasındaki gelir dağılımı eşitsizliği GİNİ katsayısı ile ölçülmektedir. Katsayı 0 ile 1 arasında değerler alır ve yüksek değerler daha büyük eşitsizliğe tekabül ederler. GİNİ katsayısı, gelir dağılımı eşitliği ya da eşitsizliği, ülkeler hakkında toplumsal, sosyal ve kültürel gelişmişlik düzeyi hakkında bilgi veren önemli bir göstergedir (TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2016).

TÜİK 2015 yılı Gelir ve Yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre Türkiye’de en zengin yüzde 20’lik kesim, en yoksul yüzde 20’den 7,6 kat daha fazla gelirden pay almaktadır. Yani en yüksek gelir grubunun toplam gelirden aldığı pay yüzde 46,5 iken, en yoksul kesimin toplam gelirden aldığı pay sadece yüzde 6,1’dir. Bu durum açıkça, toplumu oluşturan fertler arasında derin bir uçurum olduğunu göstermektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü OECD’nin Gelir Eşitsizliği Raporu’na göre Türkiye’de Yoksulluk oranını %8.4, Yoksulluk açığını %20.8 olarak açıklamıştır (TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2016).

Dünya bankası 2017 verilerine göre toplumda gelir dağılımının en adil olduğu ülkeler Kuzey Avrupa ülkeleri olmuştur. Listenin başında Danimarka bulunmaktadır. Ardından Slovenya, Slovakya ve Norveç gelmektedir. Buna göre, Türkiye'nin gençleri gelir yoksulluğu oranı sıralamasında tüm OECD ülkeleri arasından gençlerin en yoksul olduğu ülke çıkmıştır. Türkiye’de 0-17 yaş arası gençlerin yoksulluk oranı yüzde 28.5’ken, Türkiye'nin en yakın rakibi yüzde 25.8 ile Meksika olmuştur. Dünya Bankası yoksul ülkelerdeki küresel yoksulluk sayıları dikkat çektiğinde Birinci Binyıl Kalkınma Hedefi’nden ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi Uluslararası Yoksulluk Sınırından daha azında yaşayan insan sayısının azaltılması yönünde çalışmalar yapıldığını açıklamıştır (The World Bank, 2017).

1987’den beri çoğu ülkede zengin ve fakir arasındaki uçurum en yüksek seviyededir. Bugün, OECD’de Ülkelerin en zengin % 10’u en fakir% 10’luk gelirin 9.6 katını kazanmaktadır. Bu oran 1980’lerde, 7: 1, 1990’larda 8: 1’e, 2000’lerde ise 9: 1’e yükseldi. (OECD Multilingual Summaries In It Together: Why Less Inequality Benefits All, 2015)

2007-2013 arasında OECD işsizliği %3 arttı şeklinde açıklamıştır. Özellikle Yunanistan ve İspanya’da işsizlikte yüzde 18 artış görüldüğü tespit edilmiştir. Şili, Almanya, İsrail, Kore ve Türkiye’de ise işsizlik oranlarını başarıyla indiren ülkeler arasında yer aldı (OECD 2016).

### **Yoksulluk Ve Çocuk**

Yoksulluk içinde yaşamak çocukları yaşama, büyüme ve gelişme açısından ihtiyaç duydukları olanaklardan yoksun bırakmaktadır. Bu olanaklardan yoksun olmak çocukların fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca

yoksulluk içinde yetişen çocukların yetişkinliklerinde de yoksullukla karşılaşma riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durum yoksulluk içinde yetişen bireylerin de kendi çocuklarını yoksulluk içerisinde yetiştirmelerine neden olabilmektedir. Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine etkilerine baktığımızda; Prematürite, DDA ve anomalili bebek doğumu, yüksek bebek ölüm oranları, travmaya bağlı ölüm ve yaralanmaların insidansında artma, beslenme bozuklukları, büyüme ve gelişme bozukluğu, enfeksiyon insidansında artma, yetersiz bağışıklama oranları, evsizlik riski, eğitim, kazanç ve iş olanaklarının azalması olarak tanımlanmıştır (Stanhope and Lancaster 1996:515).

Dünya Bankası Grubu ve UNICEF'in New York'da 2016'da ki yeni bir analizine göre çocukların yetişkinlerden iki kat daha fazla yoksulluk içinde olduğunu belirtmiştir. Ve bir hane de yaşayan çocukların yaklaşık yüzde 45'i, yetişkinlerin yaklaşık yüzde 27'sine kıyasla, günde 3,10 doların altında yaşadığını belirtmişti (UNICEF, World Bank, 2016).

#### **UNICEF ve Dünya Bankasına göre:**

- Çocuk yoksulluğunu ulusal ve uluslar arası seviyede rutin olarak hesaplanmalı ve 2030'da aşırı yoksulluğun sona erdirilmesi çabalarının bir parçası olarak ulusal yoksulluk azaltma planlarında çocuklara odaklanılmalı.
- Yoksul ailelere doğrudan yoksul ailelerin yoksulluğun etkisinden korunan ve kendi hayatlarındaki döngüyü kırma şansını artıracak gıda, sağlık, eğitim ve diğer hizmetleri ödemek için doğrudan yardım eden nakit transferi programları da dahil olmak üzere, çocuklara duyarlı sosyal koruma sistemlerini güçlendirilmeli
- Yoksul çocuklara fayda sağlayan eğitim, sağlık, temiz su, sanitasyon ve altyapı yatırımlarının yanı sıra insanların kuraklık, hastalık veya ekonomik istikrarsızlık gibi sıkıntılardan sonra yoksulluğa düşmelerini önlemeye yardımcı olan yatırımlara öncelik verilmeli (UNICEF, World Bank, 2016).

#### **Yoksulluk Ve Kadın**

TÜİK'in 2011 İstatistiklerle Kadın Araştırmasına göre kadınların sadece %28.8'i işgücüne katılmaktadır. 2004 yılında %23.3 olan bu oran artmakla birlikte halen istenilen düzeylere ulaşamamıştır. İşgücü piyasasına katılımın düşük olması, katılım sağlandığında düşük ücretli işlerde istihdam edilme, kayıt dışı sektörde çalışma, fason çalışma, ücretsiz aile işçisi olma, elde edilen gelir üzerinde, özellikle kırsal alanlarda, söz sahibi olamama ve gelirden yoksunluk gibi göstergeler bu farklılıkları belirlemektedir (Şener 2009:2).

Uluslararası örgütlerin raporlarına paralel bir biçimde, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nde (KSGM) kadınların işgücüne katılımı konusunda Türkiye'nin AB ve OECD ülkelerinin çok gerisinde kaldığı, Orta Asya Bölgesi'nde ise en düşük işgücüne katılım oranına sahip olduğu

belirtmektedir. Yoğun olarak Müslüman nüfusun yaşadığı ülkelere oranla Türkiye’de kadının işgücüne katılımı düşük kalmaktadır. Hatta baskı rejimlerinin olmadığı, Müslüman nüfusun ağırlıkta olduğu, ülkelerin büyük bir kısmında kadın istihdam oranları 2000 yılından bu yana artış eğilimi gösterirken, Türkiye’de kadınların istihdama katılımı tersine düşmeye devam etmektedir (TUİK 2016).

Avrupa’da 1995-2000 yıllarında cinsiyet eşitliği ve soysal adalet açısından önemli ilerlemeler olmuştur. Amsterdam Anlaşması ile kadın-erkek eşitliğinin Avrupa Birliği’nin temel hedeflerinden biri olduğu hükme bağlanmıştır. “Eşit işe eşit ücret” yerine “eşdeğer işlere eşit ücret” ilkesi getirilerek çalışma alanında cinsiyet eşitliğini sağlamak yolunda önemli adımlar atılmıştır. 1991’den sonra Kadınlar için Yeni Fırsatlar Fonu, kadın girişimcilerini desteklemek ve işgücü piyasasındaki ayrımcılığı engellemek için kullanılmaya başlanmıştır (Ankara iş ve meslek sahibi kadınlar derneği, 2010).

### **Evsizlik Kavramı**

2004’te Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi evsiz bir aileyi şöyle tanımlamıştır: Yaşam alanlarının kapsamına giren bir sığınma evi bulunmayan hanelerdir. Bu bireyler birkaç eşyalarını beraberinde taşırlar, sokaklarda, kapılarda ya da iskelelerde ya da az çok rasgele bir şekilde başka bir alanda uyurlar (Birleşmiş Milletler, 2004).

Fransa 2009-2012 yılları arasında evsizliği engellemek için uyguladığı stratejide öncelikli ihtiyacın ev olduğundan yola çıkarak konut öncelikli programı uygulamıştır. Aynı zamanda Finlandiya konut öncelikli modeli uygulamakta olup uzun süreçte evsizliği ortadan kaldırmak için iyileştirme ve eğitim desteği de sağlamaktadır. Bunun yanı sıra uzun süreli çalışmalar ve elzem olan özel müdahalelerde, önleme çalışmaları çerçevesinde sosyal sorunların kaynağına inilerek koruyucu önleyici çalışmalar çerçevesinde tedbirler alınmaktadır. Çalışmalar insan kaynağının ve toplumsal yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yer tutmaktadır, bu bağlamda; Almanya ve Avusturya’da aş, sağlık, istihdam, eğitim, mesleki gibi temel ihtiyaçların karşılanması temel önleme yöntemleri arasındadır (Amore, Baker & Howden-Chapman, 2011).

Dünya genelinde, pek çok ülkenin ortak sorunu olan evsizliğe farklı politikalar üretilmektedir. Çek Cumhuriyeti’nin başkenti Prag’da belediye tarafından evsizlerin şehrin turistik dokusunu bozdukları öne sürülmüş, geceleri kent merkezinden uzaklaştırılmaları için Vlata Nehri üzerinde 250 kişi kapasiteli teknede 1\$ karşılığı gecekemeleri için girişimlerde bulunulmuştur. Yaklaşık 10 bin evsizin olduğu şehirde üretilen böyle bir çözüm, soruna nasıl yaklaşıldığının iyi bir örneğidir. İtalya’nın başkenti Roma’da yedi bin evsiz insanın, 2 bininin sokaklarda, 3 bininin tarihi açık hava müzeleri Forum ve Kolezyum’un diplerinde, diğerlerinin ise terk edilmiş eski binalarda yaşamaktadır. Bu bilgi, bize benzer sorunların Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde

de mevcut olduğunu göstermektedir. Japonya’da 5 binin üzerinde evsiz insanın bulunduğu, 24 saat açık İnternet kafelerin “sığınak” olarak kullanılmaktadır (<http://www.arsivfotoritim.com/yazi/emin-kurtoglu-amerika-birlesik-devletlerinde-evsizlik>).

Yapılan bir çalışmada evsizlerin fiziksel sağlık risklerinin yanı sıra % 79,5’inin yaşamlarında en az bir kez fiziksel ya da cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir (Christensen ve ark. 2005:1). Ayrıca Amerika Birleşik Devletlerinde, evsizlerin fiziksel, psikiyatrik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere, devlet tarafından finanse edilen programlar (Health Care For The Homeless (HCH) Program), başarılı bir şekilde yürütülmektedir. HCH sağlık merkezleri, evsiz sığınakları, ahevleri, mobil sağlık hizmetleri ve cadde ilk adım istasyonlarında evsizlere hizmet vermektedir ([www.nationalhomeless.org/health/hchprogram.html](http://www.nationalhomeless.org/health/hchprogram.html)).

Türkiye’de ise dezavantajlı gruplar olmak üzere kadın, çocuk ve yaşlıların korunmasına yönelik spesifik düzenlemelerin yapılmasını öngören yasal düzenlemeleri mevcuttur. Anayasada açıkça evsizlere yönelik madde bulunmamasına rağmen aile üyelerinin desteklenmesi, konut edinme hakkı, şehit, dul ve yetimlerle ilgili maddeler mevcuttur, ancak evsizlere yönelik düzenlemelere vurgu yapılmaz. Ankara valiliği, 2010 yılında bir evsizler evi açmış ve merkezden 924 evsiz vatandaşın yararlanması sağlanmıştır. İstanbul Valiliği tarafından da 2011 yılında sokakta yaşayan vatandaşlara yönelik çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmada evsizlerin sorunlarına dikkat çekilmiş, evsizlerin “sağlık kontrolünün yapılması, temizlik, iâşe ve ibadetlerinin yaptırılması, uygun durumda olanların sosyal hizmet kurumlarına yerleştirilmesine yönelik süreç başlatılmıştır. Bursa Büyükşehir Belediyesinin yapmış olduğu çalışma, yılın altı ayında evsizlere hizmet vermek şeklinde yapılan uygulamalarla sınırlıdır. (Mazlum-Der, 2016)

Ülkemizde evsiz kadın ve çocukları korumaya yönelik bazı çalışmalar olmakla birlikte evsizlerin büyük bölümünü oluşturan erkekler için hizmetler oldukça sınırlıdır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çocuk Esirgeme Kurumu’na bağlı Çocuk ve Gençlik Merkezleri evsiz çocukların rehabilitasyonunu sağlayarak aile yanına dönmelerini destekleyici çalışmalar yürütmektedir. Evsiz kadınlar için Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı 144 kadın sığınma evi vardır. Ayrıca yerel yönetimlere bağlı 32, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’ne bağlı 1 ve Mor Çatı Sivil Toplum Kuruluşu’na bağlı 1 tane olmak üzere toplam 3 bin 454 kapasiteli 144 kadın sığınma evi mevcuttur. Bakanlığa bağlı kadın konukevlerinden 2015 yılında, 18 bin 562 kadın ve beraberindeki 9 bin 199 çocuk olmak üzere toplam 27 bin 761 kişi hizmet almıştır. İstanbul Afet Koordinasyon Merkezi(AKOM), soğuk hava şartlarında evsizlerin dışarıda kalmalarını ve donarak ölmelerini önlemek için geçici olarak spor salonu vb. yerlerde barınmalarını sağlamakta ve bu dönem içinde ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel müdürlüğü).

Dünyada evsizlere yönelik hayata geçirilen çeşitli inovasyon projeleri mevcuttur. Bunların arasında; Paris'te mağaza vitrinlerine evsizler için yerleştirilmiş özel çıkartmalar, Londra'da evsiz gençlere geceleri barınak sağlayan hayırsever otobüs biletleri, Güney Afrika'da evsiz insanların hizmetine açılan kıyafet mağazası, Pakistan'da evsizler için yatağa dönüşen reklam panoları sayılabilir (<http://www.yeniisfikirleri.net/evsizlere-yonelik-hayata-gecirilen-5-harika-inovasyon-projesi/erisim> tarihi:24.01.2019)

Yapılan bir araştırmada artan sağlık harcamaları, artan tedavi maliyetleri ve aile gelirlerinin azalması sağlık hizmetlerinin ve kalitelerinin kullanımını etkilemesini işaret etmektedir (World Health Organization, 2009).

Kanada da evsiz insanlarla yapılan bir araştırma da çocukken evsiz olan insanların Travmatik Beyin Hasarı'nın yaşam boyu yaygınlığı ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu saptamıştır. Ve bu bulgu, çocukların travma önleme stratejileri ve hizmetleri için, özellikle savunmasız gruplarda travma öyküsüne dikkat eden potansiyel bir rol olduğunu düşündürmektedir (Michael ve ark, 2017).

Amerikada ise %79'unun afrikalı evsizler olduğu yapılan bir araştırmada yaşlı evsiz yetişkinlerde, 70 yaş ve üstü nüfustan 3-4 kat daha fazla bir bilişsel bozukluk olduğu bulunmuştur (Hurstak E. ve ark. 2017: 1).

### **Yoksulluk Ve Evsizlik de Hemşirelik Hizmetleri**

Hemşireler yoksul insanların bakımına yönelik hizmet sunumunda kritik bir role sahiptir. Öncelikle hemşire, yoksul hizmet alıcılarına ilişkin kişisel görüş, değer ve bilgilerinin farkında olmalıdır. Bu bakış açısıyla hemşirelerin yoksul birey, aile ve topluma yönelik uygulamaları arasında: yoksul insanların sağlık durumu ve gereksinimlerini belirlemek, yoksul bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını kolaylaştırmak, birey ve ailesi için hemşirenin savunucu rolüne uygun bakım vermek, uygun toplum kaynaklarının kullanımında aileye rehberlik etmek politika geliştiricilerle işbirliği içinde olmak gibi uygulamalar sayılabilir (Ergül, 2010:103).

Toplum sağlığı hemşireleri birçok farklı alanda evsizlerle karşılaşmaktadırlar. Toplum sağlığı hemşireleri evsiz bireylerin sağlık tanınması, risk değerlendirme, sağlık eğitimi, hastalıkların tedavisi ve acil durumlara müdahale için gerekli bilgi birikimine sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri'nde toplum sağlığı hemşireleri, evsizlerle okullarda, cezaevlerinde, hastanelerin acil birimlerinde, sağlık merkezlerinde ve evsiz barınaklarında çalışmaktadırlar. Hemşirelik süreci(tanımlama, planlama, uygulama, değerlendirme) doğrultusunda evsizlerin sağlık bakım gereksinimlerinin tanınmakta ve bireylere özgü gerekli bakımı vermektedirler (Nies, 2001:527).

## **Sonuç**

Ulusal hemşirelik dernekleri ve meslek birlikleri dahil olmak üzere hükümet ve yerel yönetimlerin yoksulluğa karşı uygulanan ayrımcı tutumları ortadan kaldırmaya yönelik çalışması, uygulamaya yönelik politikalar geliştirmesi, yoksulların eğitime ve istihdamına önem vermesi gerekmektedir. Hemşirelerin kamu politikalarında, sosyo-ekonomik ve kültürel yapı içerisinde yoksullukla mücadelede üzerine düşen görevler ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının yetersiz olduğu söylenebilir. Bunun geliştirilmesi ve politikalarda yer almalarının sağlanması önemlidir. Toplumsal cinsiyet eşitliği, düşük gelir düzeyi, engellilere yapılan aylık ödemeler, iyi ve ekonomik konut şartları ve yoksulların toplumsal yaşama katılması gibi sosyal sorumluluk gerektiren mücadelelerde hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının ön saflarda yer alması gerekmektedir.

Evsiz insanlar temel gereksinimlerini karşılamak için zorlanırken bir de çeşitli sağlık sorunları ile karşı karşıyadır. Pnömoni, tüberküloz, AIDS gibi enfeksiyon hastalıkları, kronik kalp-akciğer hastalıkları genel nüfusa oranla daha sık görülmesine rağmen evsizler yeterli sağlık bakımından yararlanamamaktadır. Evsizliği önlemeye yönelik girişimler kapsamında evsizlerin sağlık ve sosyal açıdan temel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik barınma ve beslenme olanakları sağlanmalıdır. Toplum sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve ulaşılabilirliğinin artırılması ile sağlıkları kötüleşmeden erken müdahale yapılmasını kolaylaştırılır. Tarama programları, sağlık eğitimi ve madde kullanımını bırakmaya yönelik toplum sağlığını geliştirici ve erken tanı olanakları sağlayan programlar sorunun çözümünde anahtar girişimlerdir.



## Kaynakça

1. Akın M. (2019) Yoksulluğun Sebepleri. <https://www.kusgem.com/?p=64> Erişim tarihi: 20.02.2019. s.1
2. Aksan, G., (2012) Yoksulluk ve yoksulluk kültürünün toplumsal görünümleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:27, s.10-16.
3. Arpacıoğlu Ö, Yıldırım M. (2011) Dünyada ve Türkiye’de yoksulluğun analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, Sayı: 4(2), s. 60-64.
4. Birleşmiş Milletler (2004), “National reporting of household characteristics, living. Genevre: Birleşmiş Milletler”, <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/techreport/hhchar.pdf>., Erişim Tarihi: 27.01.2019.
5. Christensen, R C. Hodgkins, C C. Garces, L K. Estlund, K L et al. (2005). Homeless, Mentally Ill and Addicted. The Need for Abuse and Trauma Services, Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Sayı:16(4), s.615,1.
6. Cruz M., Foster J., ve ark., The World Bank, Polcy research note Ending Extreme Poverty and Sharing Prosperity: Progress and Policies (Erişim Tarihi:29.01.2019).
7. Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel müdürlüğü, Erişim Tarihi:21.01.2019). <https://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/turkiye-de-sosyal-hizmet-uygulamalari>
8. Ergül Ş., (2010) Yoksulluk ve Hemşirelik Yaklaşımı, [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences](#), Sayı: 8(2), s.95-104.
9. Health Care For The Homeless Program. Ulaşım tarihi: 28.01.2019. (www.nationalhomeless) <https://www.nhchc.org/>.
10. Hurstak E., Guzman D., ve ark., (2017) Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study, Drug and Alcohol .dependence, org/ health/hchprogram.html)
11. Mazlum-De, (2016), Mazlum-Der Web:<http://istanbul.mazlmdr.org/tr/main> faaliyetler/basin aciklamalar/1-martinyildonumu/stklar-birimiz-usurse-hepimiz-usuruzdemek-ic/943, Erişim Tarihi: 28.01.2019.
12. Michael Jae BSc (Hons); Christian G. Ve ark., (2017). Childhood Trauma and Lifetime Traumatic Brain Injury Among Individuals Who Are Homeless , Journal of Head Trauma Rehabilitation,
13. Nies, M A. McEwen, M., (2001) Community Health Nursing:Promoting The Health of Populations, W B. Saunders Company, s. 526-530.
14. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), (2013) Guidelines on Poverty Reduction, OECD Publications Service, Paris, s. 1-50

15. OECD, (2015) Multilingual Summaries In It Together: Why Less Inequality Benefits All Book.
16. Stanhope M, Lancaster J. (1996) Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health, Mosby Year Book, Third Edition, s. 514-516.
17. Şener Ü. (2009) Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı değerlendirme notu. Kadın yoksulluğu. [http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271312994r5658.Kadin\\_Yoksullugu.pdf](http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271312994r5658.Kadin_Yoksullugu.pdf) (Erişim Tarihi: 29.10.2018). s. 1-9.
18. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Özel İhtisas Komisyonu Raporu Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007/2012 Gelir dağılımı ve yoksullukla mücadele. Yayın no: Dpt:2742-Öik:691. Ankara: DPT; 2007. <http://ekutup.dtp.gov.tr/> (Erişim Tarihi:29.01.2019). s.1-85
19. The World Bank, (2016) UNICEF study, Nearly 385 million children living in extreme poverty, <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/10/03/nearly-385-million-children-living-extreme-poverty-joint-world-bank-group-unicef-study>. (Erişim Tarihi: 29.10.2018).
20. Toplumsal cinsiyet-yoksulluk ilişkisi: değişen aile içi dinamikler üzerinden bir okuma Ankara İş ve Meslek Sahibi Kadınlar Derneği, 2010. <http://www.bpw-turkey.org/eklentiler/ToplumsalCinsiyet.pdf> (Erişim Tarihi: 10,02,2019).
21. Türkiye’de gelir eşitsizliği ve yoksulluk raporu, emek araştırma raporu, [https://bianet.org/system/uploads/1/files/attachments/000/001/795/original/Gelir\\_Da%C4%9F%C4%B1%C4%B1m%C4%B1\\_ve\\_Yoksulluk\\_Raporu](https://bianet.org/system/uploads/1/files/attachments/000/001/795/original/Gelir_Da%C4%9F%C4%B1%C4%B1m%C4%B1_ve_Yoksulluk_Raporu), 2016. (Erişim Tarihi: 30.10.2018).
22. TÜİK, (2017), Türkiye İstatistik Kurumu, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2016 , [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) Erişim tarihi:20-01-2019
23. TÜİK. Hane halkı iş gücü katılım işgücü, istihdam ve işsizlik istatistikleri 2016. Haber Bülteni 2017; Sayı 10761. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.doid=10761> (Erişim Tarihi:25,02,2019).
24. TÜİK, “Tüketim Harcamaları, Yoksulluk ve Gelir Dağılımı”, Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=18&KITAP\\_ID=156](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=18&KITAP_ID=156), ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)). (Erişim Tarihi: 20.02.2019).
25. Uçar C. (2011) Kadın yoksulluğu ile mücadelede sosyal politika araçları ve etkinlikleri. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi. Ankara: Afşaroğlu Matbaası;: s. 130-132.
26. World Health Organization, (2009).The Financial Crisis and Global Health Report of a High-Level Consultation.
27. <http://www.yeniisfikirleri.net/evsizlere-yonelik-hayata-gecirilen-5-harika-inovasyon-projesi/> (Erişim tarihi:24.01.2019)
28. (<http://www.arsivfotoritim.com/yazi/emin-kurtoglu-amerika-birlesik-devletlerinde-evsizlik>) (Erişim tarihi:24.02.2019)

# Yerel Basında Sağlık Haberleri Üzerine Bir Analiz: Amasya Örneği

## An Analysis on Health News in Local Media: The Case of Amasya

Nazan KAHRAMAN<sup>1</sup>

### ÖZET

Günümüz dünyasında bireylerin sağlık konusundaki temel kaynaklarından birisi medyadır. İnsanların yaşamları boyunca sahip oldukları en değerli şeyin sağlık olması, medyanın bu işlevini daha anlamlı hale getirmektedir. Öte yandan bireyler, medyadan edindikleri sağlık haberlerine daha duyarlı olabilmekte ve bu haberleri sorgulamadan ve kolayca kabullenebilmekte ve yaşamlarında uygulayabilmektedir. Medyanın sağlık konusundaki etkisine dikkat çeken Dünya Sağlık Örgütü de sağlık politikalarının uygulanması ve sağlığın geliştirilmesi için medyanın desteğinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır.

Bu çalışma bireylere öncelikle yaşadıkları coğrafya hakkında bilgi ve haber sunan yerel medyanın sağlık haberlerine ne seviyede ilgi gösterdiği ve bu haberleri hangi formda sunduğu ile ilgilenmektedir. Amasya'da yayınlanan iki yerel gazete, Yeşilirmak ve Objektif gazeteleri seçilmiştir. Günlük olarak yayınlanan bu gazetelerin 2018 yılı Nisan ayına ait nüshaları içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yerel basın, sağlık, haber, Amasya, içerik analizi

### ABSTRACT

In today's world, one of the main sources of health of individuals is the media. Health is the most valuable thing people have in their lives, this makes the function of the media more meaningful. On the other hand, individuals can be more sensitive to the health news they get from the media and they can easily accept and apply these news in their lives. The World Health Organization, which draws attention to the impact of the media on health, also emphasizes the necessity of media support for the implementation of health policies and health promotion.

This study is primarily about that the extent the local media, which serve news and provide information to the individuals about the geography they live in, level of interesting in health news and in which form they serve these news. Two local newspapers published in Amasya, Yeşilirmak and Objektif newspapers were selected. Copies of these newspapers published on a daily basis in April 2018 were analyzed with content analysis method.

**Keywords:** Local press, health, news, Amasya, content analysis

---

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, [nazan.kahraman@amasya.edu.tr](mailto:nazan.kahraman@amasya.edu.tr)

## Giriş

Dünya sağlık Örgütü sağlığı beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlarken, bireylerin sağlığını koruması ve geliştirmesi amacıyla bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesini geliştirmesi, yani sağlık okuryazarı olmasını da öngörmektedir<sup>2</sup>. Yani bireyler, kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için bilgiye erişim sağlamalı ve bu bilgiyi etkili bir şekilde kullanabilmelidirler. Çünkü yaşam hakkı ve sağlık en temel insan haklarından birisidir. Medya bu noktada bireylerin temel bilgi kaynaklarından birisi olarak önem kazanmaktadır.

Günümüz dünyasında teknolojinin de gelişmesiyle birlikte, bireylerin en önemli bilgi kaynaklarından birisi olan medyanın sağlık konusunda da önemini bir kat daha artırmaktadır. Çünkü medya, bireylerin sağlık konusundaki inanç, tutum ve davranışları üzerinde doğrudan (olumlu yada olumsuz) etkiye sahiptir (Çınarlı, 2015: 22).

Bireyler hayatlarının her anında gazete, radyo, televizyon ve en önemlisi de interneti kullanarak sağlık veya hastalık ile ilgili bir bilgiye veya habere ulaşmaktadırlar. Hepsi birer popüler kültür öğesi haline gelen, doğal veya mucize reçeteler, alternatif tedavi yöntemleri, diyetler, sağlıklı besinler, spor aktiviteleri gibi pek çok konu medyada yaygın bir şekilde yer almaktadır (Birsen ve Öztürk, 2011: 7). Fakat çalışmamız açısından çok daha önemlisi, sağlık ile ilgili herhangi bir konu, sorun yada olgunun haber formatında medyada yer alması, yani haberleştirilmesidir.

Herhangi bir konunun kitle iletişim araçlarında haber olması ise, ona haber değerli atfedilmesiyle doğrudan ilgilidir. Sağlık ile ilgili olay, olgu yada sorunların haber olabilmesi için olayın alıcıların dikkatini çekecek kadar önemli; açık, net, anlaşılır ve bireyler tarafından algılanabilir bir olması; insanların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi; beklenmedik olması; gündemdeki bir konunun uzantısı olması; sonuçları itibarıyla olumsuzluk içermesi; kolayca insan hikâyesine dönüşebilmesi ve toplumda tanınan, ünlü bir kişilerin sağlığı ile ilgili olmasıdır (Damlapınar ve Işık, 2017: 377-378).

## Kavramsal Çerçeve

Yeryüzündeki tüm bireyleri, tüm farklılıklarına rağmen en çok ilgilendiren konuların başında sağlık gelir. Bu nedenle bireyler için sağlık hakkı, en temel hak olan yaşam hakkı kadar önemli ve korunması gereken bir haktır. Dolayısıyla İlkçağlardan bugüne insanlar, hastalıklardan korunmak ve sağlıklı yaşamak için her türlü çabayı göstermiş ve her türlü koruyucu ve iyileştirici yonteme başvurmuştur. Öte yandan sağlık ve özellikle hastalıkların anlaşılması konusunda toplumdaki diğer bir çok meslekten farklı olarak özel bilgi gerektiğinden, sağlık hizmeti sunan kişiler de her zaman toplum tarafından kabul görmüşlerdir. Fakat sağlık konusunda önemli

---

<sup>2</sup> <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources/health-literacy>

olan bir diğer husus da bilgiye erişimdir. Özellikle hastalığın iyileştirilmesinden ziyade, hastalıklardan korunarak sağlığın geliştirilmesinin önem kazandığı günümüz dünyasında, sağlık konusundaki bilgi kaynakları oldukça önem kazanmıştır. Ayrıca bireyler, sadece hastalıklardan korunmak yada iyileşmek için değil, sağlık politikalarının ve sağlık alanındaki gelişmelerden de haberdar olmak isterler. Bu noktada bireylerin haber ve bilgi almak için başvurdukları kaynakların başında kitle iletişim araçları gelmektedir. Özellikle günümüzde kitle iletişim araçlarının bireylerin en temel bilgi kaynağı olduğu düşünüldüğünde, sağlık ve medya ilişkisinin önemi daha görünür olabilir. Medyada yer alan sağlık haberleri, uzmanların katılımıyla gerçekleşen sağlık programları ve diğer medya metinlerindeki açık yada örtük sağlık mesajları bireylere sağlıkla ilgili sürekli bilgi akışı sağlamaktadır. Sağlıklı olmak için televizyon, gazete, dergi ve sosyal medyanın giderek daha fazla kullanarak sağlık bilgisine sahip bireylerin artması, sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır (Erdem ve Toraman, 2016). Fakat aynı zamanda medya, tıbbi olmayan problemlerin tıbbi olarak tanımlanmasında da kuşkusuz önemli araçlardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Sezgin, 2011).

Bireylerin sağlık konusunda medyayı kullanmaları kadar önemli olan bir husus da medyanın sağlık haberlerine ilgisidir. Bir başka ifadeyle medyanın nazarında, sağlık konusuna, zamanlılık, yakınlık, önemlilik, sonuç ve ilgi çekicilik gibi unsurlar (Tokgöz, 1994: 138) üzerinden haber değeri taşıyıp taşımadığıdır. Sağlığa dair olay ve olgular, hangi referansla ne kadar haberleştirildiği, hangi görsellerle, nasıl sunulduğudur.

Bireylerin yaşadığı yere ilişkin bilgi ve haber kaynağı olan yerel medyanın küresel bir mesele olan sağlık ve sağlık haberlerine olan ilgisi ise konumuz açısından önemlidir. Çünkü en önemli sorunlarının başında ekonomik sorunlar gelen yerel medya (Yaşın, 2009: 124), özel bir muhabir istihdam edemediği sağlık konusunda kurumlara bağımlı hale gelebilmektedir.

## **Yöntem**

### **Araştırmanın Önemi:**

Bu çalışmanın amacı, yerel basında sağlık haberlerinin incelenmesidir. Bunun için Amasya'da günlük olarak yayınlanan Yeşilirmak ve Objektif gazeteleri rastgele seçilmiştir. Bu gazetelerin 2018 Nisan ayına ilişkin nüshaları incelenmiş ve sağlık haberlerine ilişkin nicel ve nitel içerik analizi yapılmıştır. Araştırma için seçilen Nisan ayında, Kanser Haftası (1-7 Nisan), Dünya Otizm Farkındalık Günü (2 Nisan), Dünya Sağlık haftası (7-13 Nisan), Dünya Parkinson Haftalığı Günü (11 Nisan), Kalp Sağlığı Haftası (12-18 Nisan), Dünya Hemofili Günü (17 Nisan), Ebeler Haftası (21-28 Nisan), Aşı haftası (24-30 Nisan), Dünya Sıtma Günü (25 Nisan) ve Sağlıkçıya Şiddete Hayır günü (28 Nisan) gibi sağlıkla ilgili günler ve haftalar kutlanmaktadır. Dolayısıyla yerel basında sağlık haberlerini irdeleyen bu çalışma, yerel basının sağlık konusuna ilgisini göstermesi bakımından önemlidir. Ayrıca bireylerin yaşadıkları yere ait

haber ve bilgi kaynağı olarak yerel basının sağlık konusunda yerel bakış açısını barındırıp barındırmadığı da önemlidir.

### **Araştırmanın Yöntemi**

Çalışmada nicel ve nitel içerik çözümlemesi yöntemi kullanılmıştır. Yeşilirmak ve Objektif'in Nisan 2018'de yayınlanan nüshalarından seçilen sağlık haberleri içerik çözümlemesi yöntemiyle incelenmiştir. Çalışmada içerik analizi yönteminin seçilmesinin nedeni, araştırma kapsamında toplanan verileri açıklayacak kavramlar ve ilişkilere ulaşmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 259). Çünkü içerik analizi, yazılan ve söylenenin, hazırlanan açıklayıcı yönergeye göre ne kadar sıklıkla söylendiğinin bulunmasıdır (Aziz, 2015: 133). Çalışmada söz konusu gazetelerin haberleri tespit edilerek, iki ayrı tablo halinde kayıt altına alınmıştır. Ardından da belirlenen çözümleme birimleri üzerinden seçilen çözümleme kategorileri ile analiz işlem gerçekleştirilmiştir. Bir başka ifadeyle, verilerin elde edilmesinde ve analizinde, sırasıyla verilerin kodlanması, temaların bulunması, kod ve temaların düzenlenmesi ve son olarak bulguların yorumlanması aşamaları gerçekleştirilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 260).

Bulgulara geçmeden önce belirtilmesi gereken husus, *Objektif*'teki sağlık haberlerinin sayıca çok fazla olmasıdır. Bunun nedeni, gazetelerin yayın politikalarının haber dağılımına yansımalarıdır. *Objektif* çoğunlukla altıncı sayfa olarak hemen her gün sağlık haberlerine yer vermiş, hatta sağlık sayfası denebilecek şekilde yoğun olarak sağlık konusunu sayfalara taşımıştır. Ayrıca bilirkişiden nakledilen veya söyleşi tarzında ele alınan konular, haber formatında yazılmıştır. *Yeşilirmak* ise din konusunu gündeme alarak, hemen her gün tam sayfa olarak dinsel konulara yer vermiştir. *Yeşilirmak* gazetesinde ayrıca tam sayfaya varan reklam ve ilanlar da göze çarpmaktadır. İki gazete arasında haber sayıları arasındaki farklılığın nedeni budur.

Çalışmada, sağlık konusu ile ilgili haberlerin seçimi yapılırken, hastalık, sağlık, hastane, sağlık çalışanları, sağlık politikaları gibi temalar üzerinden haberler taranmıştır. Bu tarama sonucunda elde edilen *Objektif*'te 83 ve *Yeşilirmak*'ta 16 olmak üzere toplam 99 haber çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

## Bulgular:

### Sağlık Haberlerinin Şekilsel Olarak İncelenmesi

Tablo 1. Objektif ve Yeşilirmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinin Sayfalara Göre Dağılımı

Sayfa sayısı	<i>Objektif</i>	<i>Yeşilirmak</i>	Toplam
1	14	3	17
2	9	3	12
3	3	2	5
4	10	-	10
5	3	-	3
6	33	2	35
7	9	4	13
8	3	2	5
Toplam	83	16	99

Tablo 1 incelendiğinde, incelenen 2018 Nisan ayında *Objektif*'te 83, *Yeşilirmak*'ta 16 sağlık haberi yer aldığı görülmektedir. Yani söz konusu tarih aralığında *Objektif* gazetesinde yer verilen sağlık haberleri, *Yeşilirmak* gazetesinin beş katı kadardır. Tabloda görüldüğü gibi en fazla sağlık haberi altıncı sayfada yer almaktadır. Tüm haberlerin üçte bire yakını altıncı sayfadadır. Sağlık haberlerinin *Objektif*'in ikinci olarak en fazla haber, ilk sayfada yer almaktadır. Bu haberler çoğunlukla vali, belediye başkanı, rektör ve sağlık müdürü gibi ildeki yöneticilerin yer aldığı haberlerdir.

Tablo 2. Objektif ve Yeşilirmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinin Ebatlarına Göre Dağılımı

Ebatları	<i>Objektif</i>	<i>Yeşilirmak</i>	Toplam
Çeyrek sayfadan az	36	5	41
Çeyrek sayfa	15	1	16
Çeyrek ile yarım sayfa arası	19	7	26
Yarım sayfa	7	2	9
Yarım ile tam sayfa arası	6	1	7
Toplam	83	16	99

*Yeşilirmak* ve *Objektif*'te yer alan sağlık haberlerinin ebatlarına ilişkin olarak hazırlanan Tablo 2 incelendiğinde, haberlerin yarıya yakınının çeyrek sayfadan az ebatlarında olduğu görülmektedir. Fakat *Objektif*'te çeyrek ile yarım sayfa arasındaki haberlerin *Yeşilirmak*'taki toplam haberlerden daha fazla olduğu da tabloda görülmektedir. Ayrıca bu ebat *Yeşilirmak*'ta da haberlerin yarıya yakınında kullanılmıştır.

### Sağlık Haberlerinin Özel Gün ve Haftalar bağlamında İncelenmesi

Tablo 3. Objektif ve Yeşilirmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinin Nisan Ayındaki Sağlık ile İlgili Günlere Göre Dağılımları

Gün/Hafta	Objektif	Yeşilirmak	Toplam
Kanser Haftası	16	4	20
Dünya Otizm Farkındalık Günü	5	5	10
Dünya Sağlık haftası	-	-	-
Dünya Parkinson Haftalığı Günü	-	-	-
Kalp Sağlığı Haftası	8	-	8
Dünya Hemofili Günü	-	-	-
Ebeler Haftası	-	-	-
Aşı haftası	3	2	5
Dünya Sıtma Günü	-	-	-
Sağlıkçıya Şiddete Hayır günü	-	-	-
Diğer	51	5	56
Toplam	83	16	99

Araştırmada incelenen tarihsel süreçte Sağlık ile ilgili gün ve haftalar ile ilgili olarak hazırlanan Tablo 3 incelendiğinde, en fazla haberin kanser haftası kapsamında gazetelerde yer aldığı görülmektedir. Her iki gazeteye bir arada bakıldığında, kanser ile ilgili olarak *Objektif*'te 16 ve *Yeşilirmak*'ta 4 olmak üzere toplam 20 haber yer almıştır. İkinci sırada ise 10 haber ile Otizm gelmektedir. Her iki gazetede de haber olan bir diğer konu da Aşı haftasıdır. *Objektif*'te 3, *Yeşilirmak*'ta 2 ve toplamda 5 haber Aşı konusu ile ilgilidir. Gazetelere ayrı ayrı bakıldığında ise *Yeşilirmak*'ın beş katı kadar sağlık haberinin yer aldığı *Objektif*'te 51 haber, Nisan ayındaki sağlıkla ilgili gün ve haftalarla ilgili değildir. Kalp sağlığı, *Objektif*'te 8 haber ile yer almışken, *Yeşilirmak*'ta haber olmamıştır. Nisan ayının önemli gün ve haftaları olan, Dünya Sağlık haftası, Dünya Parkinson Haftalığı Günü, Dünya Hemofili Günü, Ebeler Haftası, Dünya Sıtma Günü ve Sağlıkçıya Şiddete Hayır günü konularında her iki gazetede de haber yer almamıştır.



## Sağlık Haberlerinin Konuları Bakımından İncelenmesi

Tablo 4. Objektif ve Yeşilırmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinin Konularına Göre Dağılımları

Konu	Objektif	Yeşilırmak	Toplam
Kanser	16	4	20
Kalp sağlığı/hastalıkları	8	-	8
Otizm	6	5	11
Aşı	3	2	5
Göz sağlığı/hastalıkları	4	-	4
Beslenme	11	-	11
İskelet sağlığı/hastalıkları	3	-	3
Üniversite/hastane/sağlık çalışanları	11	4	15
Sağlık Müdürü	7	1	8
Diş sağlığı/hastalıkları	3	-	3
Mevsimsel hastalıklar	2	-	2
Diğer: Gebelik Alerji Ayak sağlığı KBB hastalıkları Uyku Grip Migren Ruh sağlığı Metabolizma	9	-	9
Toplam	83	16	99

İncelenen gazetelerdeki sağlık haberlerinin konularına göre dağılımlarını gösteren Tablo 4 incelendiğinde ilk dört sıradaki haber, Tablo 3'te ele alınan Nisan ayı sağlıkla ilgili gün ve haftalar ile ilgilidir. Diğer konular, ilk sırada 15 haber ile Üniversite/hastane/sağlık başlığı gelmektedir. Bu konuda *Objektif*'te 11 ve Yeşilırmak'ta 4 haber vardır. İkinci sırada sadece *Objektif*'te 11 defa haber olan Beslenme konusu gelir.

## Sağlık Haberlerinin Nisan Ayındaki Günlere Dağılımının İncelenmesi

Tablo 5. Objektif ve Yeşilırmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinin Günlere Göre dağılımı

Günler	Objektif	Yeşilırmak	Toplam
2 Nisan 2018	7	1	8
3 Nisan 2018	7	1	8
4 Nisan 2018	8	2	10
5 Nisan 2018	5	3	8
6 Nisan 2018	1	2	3
7 Nisan 2018	8	-	8
8 Nisan 2018	-	-	-
9 Nisan 2018	6	1	7
10 Nisan 2018	1	-	1
12 Nisan 2018	4	-	4
13 Nisan 2018	2	1	3
14 Nisan 2018	2	1	3
15 Nisan 2018	-	-	-
16 Nisan 2018	3	-	3
17 Nisan 2018	2	-	2
18 Nisan 2018	3	-	3
19 Nisan 2018	2	-	2
20 Nisan 2018	3	-	3
21 Nisan 2018	1	-	1
22 Nisan 2018	-	-	-
23 Nisan 2018	4	-	4
24 Nisan 2018	1	-	1
25 Nisan 2018	2	1	3
26 Nisan 2018	3	1	4
27 Nisan 2018	3	-	3
28 Nisan 2018	3	1	4
29 Nisan 2018	-	-	-
30 Nisan 2018	2	1	3
	83	16	99

Tablo 5 incelendiğinde, en fazla sağlık haberi 4 Nisan 2018'de yapılmıştır. Bu haberleri dağılımı *Objektif*, 8 ve *Yeşilırmak*, 2 haber şeklindedir. Her iki gazetede de haberlerden 2

tanesi Otizm haftası dolayısıyla Otizm ile ilgilidir. İkinci sırada 8 haber ile 2 Nisan, 3 Nisan, 5 Nisan ve 7 Nisan 2018 günleri gelmektedir. Gazetelerde 5 Nisan günü yayınlanan 8 haberin 5'i *Objektif* ve 3'ü de *Yeşilirmak*'a aittir. *Objektif*'te 5 haberin 4'ü kanser ile ilgili, *Yeşilirmak*'ta ise 3 haberin 2'si Otizm ve 1'i de kanser (haftası) il ilgilidir. Aynı şekilde 7 Nisan günü her iki haberlerden *Objektif*'te yer alan 6 haberin 4'ü kanser (haftası) ile ilgidir. Aynı gün *Yeşilirmak*'ta yer alan 1 haber de yine kanser ile ilgilidir. Üçüncü sırada da 6 haber ile 9 Nisan 2019 günleri gelmektedir.

### Sağlık haberlerinin haberlerde Öne Çıkan Aktör veya Kurumlar bakımından İncelenmesi

Tablo 6. Objektif ve Yeşilirmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinde öne Çıkarılan Aktörler Veya Kurumlar

Aktörler veya kurumlar	Objektif	Yeşilirmak	Toplam
Doktor	51	1	52
Sağlık müdürü	11	5	16
Vali	4	5	9
STK yöneticisi	2	1	3
Rektör	1	1	2
Belediye başkanı	-	1	1
Üniversite	3	2	5
Hastane	2	-	2
Sağlık çalışanları	2	-	2
Parti il başkanı	2	-	2
Diğer: Polis Diyetisyen Aile Sosyal Politikalar İl Müdürü Kaymakam	5	-	5
Toplam	83	16	99

Tablo 6 incelendiğinde, sağlık haberlerinde en fazla öne çıkan aktörler doktorlardır. Objektif'te 51 haberde öne çıkan doktorların, hastalıkla ilgili haberlerde ve hastalık hakkında bilgi veren kişi olarak öne çıktıklarını belirtmek gerekir. Sağlık ile ilgili olarak araştırma kapsamında incelenen önemli gün ve haftalar bağlamında sağlık müdürü, haberin aktörü olarak öne çıkarılmıştır. Yani doktorlar sadece bir hastalık yada sağlıkla ilgili olarak bilgi verdiklerinde veya tavsiyede bulduklarında haberde yer almışlardır. Haberlerde öne çıkan bir diğer aktör de Objektif'te 4 ve Yeşilirmak'ta 5 olmak üzere 9 haberde öne çıkan validir. Özellikle sağlık

konusunda son derece sınırlı sayıda habere yer veren Yeşilırmak'ta valinin 5 haberde öne çıkması önemlidir. Bu durum, söz konusu gazetenin haber değeri konusunda valiye verdiği önemi göstermesi bağlamında değerlendirilebilir. Ayrıca ildeki hastanenin üniversite hastanesi olmasına rağmen rektör 2 haberde öne çıkarken, üniversite 5 haberde öne çıkmıştır.

### Sağlık haberlerinin Görsel Kullanımı Açısından İncelenmesi

Tablo 7. Objektif ve Yeşilırmak Gazetelerinin Sağlık Haberlerinde Görsel Kullanımı

Görsel kullanımı	Objektif	Yeşilırmak	Toplam
Var	72	16	88
Yok	11	-	11
Toplam	83	16	99

Tablo 7 incelendiğinde, her iki gazetenin de sağlık haberlerinde görsel kullanmayı tercih ettiği görülmektedir. Tabloya göre, *Objektif*, haberlerin %85'inden fazlasında, *Yeşilırmak* ise tamamında görsel kullanmıştır.

Tablo 8. Objektif ve Yeşilırmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinde Görsellerin dağılımı

Görseldeki kişiler	Objektif	Yeşilırmak	Toplam
Kadın	21	2	23
Erkek	31	4	35
Çocuk	1	-	1
Kalabalık	19	10	29
Toplam	72	16	88

Tablo 8 incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha fazla sağlık haberlerinin görsellerinde yer aldığı görülmektedir. Kadınlar genellikle, hastalıklarla ilgili haberlerde hasta, doktor, psikolog ve diyetisyen olarak yer alırken, bunun dışında sadece kalabalıklar içinde görülmektedir. Erkeklerin daha fazla görsellerde yer almasının en önemli nedeni, sağlık haberlerinde öne çıkarılan aktörler olarak, Vali, Belediye başkanı, Rektör, Sağlık Müdürü ve Başhekim gibi ilin önde gelen kişilerinin hepsinin erkek olmasıyla da ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yine tabloda da görüldüğü gibi çocuklar sağlık haberlerinin görsellerinde, bebeklerle ilgili bir haberdeki bebek görseli dışında, neredeyse hiç yer almamışlardır. Özellikle Otizm konusunda toplamda 10 haberin yer aldığı Objektif ve Yeşilırmak, kalabalık içinde seçilemeyen çocuklar dışında hiç otistik çocuklara yer vermemiştir. Hatta 4 Nisan 2018'de Yeşilırmak'ta "Mavi balonlar Otizmi Çocuklar için havalandı" başlığıyla yayınlanan haberde Vali başta olmak üzere ilin önde gelen yöneticileri balon uçururken görselde yer alırken, otistik çocuklara yer verilmemiştir.

## Sağlık Haberlerinin Haberlerde Temel Alınan Referanslara Göre İncelenmesi

Tablo 9. Objektif ve Yeşilirmak Gazetelerinde Sağlık Haberlerinde Kullanılan Referansların Dağılımı

Haber kaynağı	<i>Objektif</i>	<i>Yeşilirmak</i>	Toplam
Uzman	51	-	51
Kurum	24	15	39
Tıp literatürü	2	-	2
Belirtilmemiş	6	1	7
Toplam	83	16	99

Tablo 9 incelendiğinde, *Objektif*'in sağlık haberlerinde çoğunlukla uzman görüşüne başvurduğu görülmektedir. Çünkü *Objektif*'te yer alan sağlık haberlerinin %61'i uzman görüşüne başvurularak yapılmıştır. Yine aynı gazetede sağlık haberleri yapılırken ikinci sırada %30 ile kurum görüşü gelmektedir. Tablo *Yeşilirmak* ile ilgili olarak incelendiğinde ise haberlerin neredeyse tamamında, kurumun referans alındığı görülmektedir. Çünkü *Yeşilirmak*, sağlıkla ilgili olarak Nisan ayı boyunca yayınlanan 16 haberin 15'ini kuruma dayandırdığı görülmektedir.

### Sonuç

Yerel medyada sağlık haberlerinin yer alması konusunda yapılan bu çalışmada, Amasya'da günlük olarak *Yeşilirmak* ve *Objektif*'in Nisan 2018 ayı sayıları incelenmiştir. Çalışmada elde edilen en önemli sonuç, her iki gazetenin sağlık haberlerine yer verme sıklığında çok büyük fark olduğudur. Çünkü söz konusu tarih aralığında *Objektif*'te 83 sağlık haberi yer alırken, *Yeşilirmak*'ta 16 sağlık haberi yer almıştır. Bunun en önemli nedeni, *Objektif*'in yerel sağlık haberlerinin yanı sıra uzman görüşüne başvurarak hemen her iki sağlık haberlerine verirken, *Yeşilirmak*'ın yerel sağlık haberleri dışında sağlık konusunda habere yer vermemesi ve bunun yerine daha çok dinin haberlere yer vermesidir.

Çalışmada elde edilen sonuçlardan birisi de yerel sağlık haberlerinde yerel yöneticilerin ön plana çıkarılmış olduğudur. Yerel sağlık haberlerinde Sağlık müdürü ve Vali en fazla öne çıkarılan aktörlerdir. Bu durum özellikle çocukları da ilgilendiren yada çocuklara yönelik etkinlikleri konu alan sağlık haberlerinde daha dikkat çekicidir. Çünkü konu çocuklarla ilgili olmasına rağmen, içerik ve görsellerde çocuklara rastlanmamaktadır.

Çalışmada Nisan ayının da seçilmesine neden olan sağlıkla ilgili özel gün ve haftalardan sadece, Kanseri Haftası, Dünya Otizm Farkındalık Günü ve Kalp Sağlığı Haftası kapsamında haberlere yer verilmiştir. Öte yandan yine Nisan ayına ait Dünya Sağlık haftası, Dünya

Parkinson Haftalığı Günü, Dünya Hemofili Günü, Ebeler Haftası, Aşı haftası, Dünya Sıtma Günü ve Sağlıkçıya Şiddete Hayır günü ile ilişkilendirilen hiçbir habere rastlanmamıştır.

## Kaynakça

1. Aziz, Aysel (2015), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri, Ankara: Nobel.
2. Birsen, Özgül., & Öztürk, Şule. (2011). Tüketim Kültürü Çerçevesinden Sağlık Haberleri. *Akademik Bakış Dergisi*, 26, 1-21.
3. Çınarlı, İnci. (2015). Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı, F. Yıldırım & A. Keser (Ed.) Sağlık Okuryazarlığı,(15-28), Ankara Üniversitesi Basımevi.
4. Damlapınar, Zülfikar, & Umut, Işık. (2017). Sağlık İçerikli Basın Haberleri ve Çocuğa Yaklaşımı: Bir İçerik Analizi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 5(1), 373-398.
5. Sezgin, Deniz. (2011 ) Tıbbileştirilen Yaşam Bireyleştirilen Sağlık. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
6. Tokgöz, Oya. (1994). *Temel Gazetecilik* , Ankara: İmge.
7. Toraman, Aynur & Erdem, Ramazan (2016). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4): 503-510.
8. Yaşın, Cem. (2009). Türkiye'de Yerel Basının Yapısal Özellikleri ve Üretim Koşulları. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 28, 115-151.
9. Yıldırım A ve Şimşek H. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara: Seçkin Yayıncılık

# İbrahim Tennuri'de Mesleki Eğitim Bağlamında Geleneksel Tıp

## İbrahim Tennûrî's Traditional Medicine in terms of Vocational Education

Mustafa KILINÇ<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu çalışma tarama modeliyle tıp alanında kendini yetiştiren ve geleneksel tıpla ismi özdeşleşen İbrahim Tennuri'nin tıp alanında uygulamalarını gün yüzüne çıkarmayı amaçlayan betimsel bir çalışmadır. İbrahim Tennuri'nin doğum tarihi bilinmemekle beraber bazı kaynaklar İbrahim Tennuri'nin Amasya'da, bazı kaynaklar da Sivas'ta doğduğunu vurgulamaktadır. Tennuri aynı zamanda Kayseri'de uzun süre yaşadığı için Kayserili olarak bilinmektedir. Tennuri, ilim, hikmet ve tasavvuf adamıdır. Hekim Tennuri 1482 yılında vefat etmiştir (Keskin, 2001: 39). İbrahim Tennuri'nin geleneksel tıp alanında topluma hizmetleri yaşadığı dönemin özelliklerini de izah eder niteliktedir. Tennuri'ni yaşadığı dönemde Osmanlı'da üç çeşit tıp eğitim uygulaması mevcuttu. Bunlardan ilki usta çırak ilişkisi esasında hekimin muayenesinde gerçekleşirken bir diğer farklı tıp eğitimi medreselerde olurken üçüncü tür tıp eğitimi de Darüşşifalarda gerçekleşmiştir (Çobanoğlu, Tunçay, 2008: 106). Bu bağlamda İbrahim Tennuri geleneksel tıp uygulamalarıyla kabızlık ve romatizmalı hastalıklara şifa dağıtmıştır

**Anahtar Kelimeler:** İbrahim Tennuri, Geleneksel Tıp, Mesleki Eğitim

### ABSTRACT

This study was to reveal the medicinal practices of İbrahim Tennûrî who mastered on medicine and is known for traditional medicinal practices. This study adopted a screening research model and is a descriptive one. Even though it isn't known for sure when İbrahim Tennûrî was born, some resources cite his birthplace as Amasya, while others state that he was born in Sivas. He is also credited with living in Kayseri since he lived in this city for longer periods. Tennûrî was a scientist and a Sufi person with aphorism. Doctor Tennûrî died in 1482 (Keskin, 2001: 39). What makes him special for medicine field is that he represents not only traditional medicinal practices during his period but also the characteristics of the his era. There were three medicinal education means during his period. The first one was mentor system employed while the patient was being examined by the expert and the apprentice was observing the practices. The second one was medicine education provided in madrasah. The last one was medicine education presented in Darüşşifa Institutions (Çobanoğlu, Tunçay, 2008: 106). In this sense, İbrahim Tennûrî was noted for treatments on constipation and rheumatological diseases through traditional practices. Several implications and recommendations are discussed.

**Keywords:** İbrahim Tennuri, Traditional Medicine, Vocational Education

---

<sup>1</sup>Dr. Öğretim Üyesi, Amasya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü, Sosyal Bilgiler Eğitimi Anabilim Dalı, mustafa.kilinc@amasya.edu.tr



## **Giriş**

Modern tıp tekniklerine destek olmak amacıyla uygulanan geleneksel yöntemleri günümüzde de varlığını sürdürmektedir. Geleneksel uygulamaları ülkelerden ülkelere farklılık gösterdiği gibi topluma ve o toplumun kültürel özelliklerine göre de değişiklik göstermektedir (Solak ve Diğerleri, 2015: 120). Geleneksel tıp yöntemleri usta çırak ilişkisi süreciyle öğretilen tıp anlamlarında kullanılırken alternatif tıp kavramıyla da ifade edilmektedir. Usta çırak öğretimi kapsamında geleneksel tıp uygulamalarının görüldüğü en yaygın eğitim merkezleri Osmanlı Devleti zamanında darüşşifalar olmuştur. Darüşşifalarda din, dil, ırk farkı gözetmeksizin hastaların tedavisi uygulanmıştır. Darüşşifalar tıp eğitiminde modern tıp uygulamalarının temelini oluştururken öğrenciler eğitimini tamamladıklarında okul adı ile değil de darüşşifayı yöneten hocanın adına diplomalarını almışlardır. (Çobanoğlu, Tunçay, 2008: 107, 109) Burada uygulanan mesleki tıp eğitimi teorik ve uygulamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Mesleki Eğitim: Mesleki eğitimle ilgili birçok tanım yapılmakla beraber en genel tanımlardan bir şudur; Bireyin bir mesleğe uyumunu ve o mesleğin başarılı ve etkin bir üyesi olmasını sağlamayı amaç edinen eğitim türüdür (Kılınç, 20016: 2).

## **Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu araştırmada; Tıp alanında kendini yetiştiren ve geleneksel tıpla ismi özdeşleşen İbrahim Tennuri'nin tıp alanında geleneksel uygulamalarını gün yüzüne çıkarmayı amaçlamaktadır.

## **Yöntem**

Bu çalışma tarama modeliyle İbrahim Tennuri'nin tıp alanında geleneksel uygulamalarını gün yüzüne çıkarmayı amaçlayan betimsel bir çalışmadır.

## **Verilerin Toplanması ve Analizi**

Bu çalışmada veri toplama tekniklerinden doküman incelemesi kullanılmış ve nitel içerik analizi yöntemine başvurulmuştur. Çalışmayla ilgili veriler; konuyla ilgili literatür taraması yapılarak makaleler ile tezlerden ve internet adreslerinden veriler elde edilerek anlam bütünlüğü açısından tasnif edilerek çalışma biçimlendirilmiştir.

## **Bulgular ve Yorum**

Toplumda tasavvufi ismi ön plana çıkan İbrahim Tennuri'nin geleneksel tıp eğitimi ve uygulaması yönünün de olduğu anlaşılmıştır. Günümüzde tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarında romatizmal ve kabızlık rahatsızlıklarında uygulanan yöntemlerin bundan asırlar önce etkili şekilde İbrahim Tennuri tarafında kullanıldığı görülmüştür.

## **İbrahim Tennuri ve Geleneksel Tıpla Olan Alakası**

İbrahim Tennuri'nin doğum tarihi bilinmemekle beraber bazı kaynaklar İbrahim Tennuri'nin Amasya'da doğduğunu bazı kaynaklar da Sivas'ta doğduğunu belirtmektedir. Tennuri aynı zamanda Kayseri'de uzun süre yaşadığı için Kayserili olarak ta bilinmektedir. Tennuri, ilim, hikmet ve tasavvuf adamıdır. Hekim Tennuri 1482 yılında vefat etmiştir (Keskin, 2001: 39). İbrahim Tennuri'nin geleneksel tıp alanında topluma hizmetleri yaşadığı dönemin özelliklerini de izah eder niteliktedir. Tennuri'ni yaşadığı dönemde Osmanlı'da üç çeşit tıp eğitim uygulaması mevcuttu. Bunlardan ilki usta çırak ilişkisi esasında hekimin muayenesinde gerçekleşirken bir diğer farklı tıp eğitimi medreselerde olurken üçüncü tür tıp eğitimi de Darüşşifalarda gerçekleşmiştir (Çobanoğlu, Tunçay, 2008: 106). Bu bağlamda İbrahim Tennuri geleneksel tıp uygulamalarıyla kabızlık ve romatizmal hastalıklara şifa dağıtmıştır

Tennuri'yi geleneksel tıpla buluşturan olay ise şu şekildedir: Tennuri Kayseri'de hastalanır ve tedavi amaçlı Fatih Sultan Mehmet'in hocası Akşemseddin'e giderken- Beypazarı ya da Göynük-(Keskin, 2001: 42) yolda bir rüya görür. Bu rüyasında Akşamseddin başı tülbentle örtülü şekilde sıcak tandıra oturur vaziyettedir. Bu rüya üzerine kendisi de hemen bir sıcak tandır hazırlattırarak üzerini de battaniye ile örterek tandıra oturur ve hastalığın rahatsızlıklarından kurtulur. Bu durumu yaşayan Tennuri Akşamseddin'in huzuruna varınca rüyasını ve kendi yaptıklarını anlatır. Kendisine aynı deritten gelen insanlara romatizmal eklem ağrısına kazanlarda sıcak su yöntemi çözüm bulurken kabızlık şikayetlerinde de sıcak tandıra üzeri örtülü şekilde oturma ve bol su içirerek terletme yöntemiyle çare bulmuştur (Ataç, 2008: 215).

## **Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Nedir?**

*“Geleneksel ve tamamlayıcı tıp; fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Batı tıbbını destekleyici ve tamamlayıcı yöntemlerdir. Konvansiyonel tıbbın dallara ayrılarak vücudun her sistemini ayrı uzmanlık alanı içinde ele alması ve tedavi etmesine karşılık geleneksel ve tamamlayıcı veya bir diğer deyişle holistik tıp insana bütünsel bir bakışla onu akıl, ruh, beden, enerji ve çevresel faktörlerle değerlendirir.”* (URL:2) *Modern tıp tekniklerine destek olmak amacıyla uygulanan geleneksel yöntemlerden bazıları; Sıcak taş terapisi: Isıtılmış ve soğutulmuş volkanik taşlarla masaj sırasında uygulanan bir teknik. Hidroterapi: Mineral taşımayan suların vücuda uygulanmasını içeren yöntem. Balneoterapi: Kaplıca ve SPA terapi eşanlamlı olarak kullanılır. Klimatoterapi: İklimsel koşullarla tedavi yöntemidir. Mevsimlere göre hava ısısı, deniz suyu sıcaklığı, rüzgâr tiplerinin tedavide kullanımı ön planda. En iyi etkiyi romatizmal hastalıklarda*

*gösterir. Talassoterapi: Deniz suyu içinde, altında, üzerinde, çevresinde oluşturulan sağaltım tekniği. Yüzme, banyo alma, içme olarak tercih edilir. Helioterapi: Güneş banyosudur. Psammoterapi: Sıcak kum sağaltımıdır. Fangoterapi: Volkanik orijinli çamur sağaltımıdır. Emanoterapi: Doğal radyoaktif yapıların inhalasyon ve hava değişimiyle uygulanması. Feng şui: Rüzgâr-su anlamında bir sözcüktür. Çevremizi kendi iç dünyamızdaki tıkanıklıkları da aşarak bizimle bütünlenecek bir enerji akışında düzenlemek şeklidir. Refleksoloji: Bedenin tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine karşılık gelen refleks noktalarının ayaklarda bulunduğu, bu noktaların beden anatomisinin aynası olduğu prensibine dayanan bir sanat. Pilates: Joseph Hubertus Pilates tarafından 1. Dünya Savaşı döneminde geliştirildi. Kronik bel ağrılarında, postür bozukluklarında ve hamilelikte yararlı olduğu bildirildi. Kromoterapi: Renklerle iyileştirme yöntemidir. Renkler yenilen, içilen, dokunulan, giyilen ve çevrede gözlenen halleriyle iyileştirmede rol oynar. Naturoterapi: Organizmanın kendi sağlığı açısından her zaman en uygun çözümlü kendiliğinden bulacağı ilkesine dayalı bir iyileşme modeli. Dış etkenler ortadan kaldırıldığında organizmanın daha sağlıklı hale geleceği düşünülür (URL1). Geleneksel tıp uygulamalarında en fazla kullanılan yöntemlerden biri de bitkisel ilaçlardır. Geleneksel tıp eğitim uygulamalarından bir diğeri de müzikle tedavidir. Müzikle tedavi birçok darüşşifada özellikle akıl ve ruh hastalıklarında uygulanan yöntemlerden biri olmuştur. Örneğin Amasya Darüşşifasında müzikle tedavi uygulamasında duvar ve zemine çarpan müzik ritimleri mekânın her bir köşesine eşit özellikte müzik sesinin yayılmasını sağlamıştır (Bakır, 2008: 41). Ayrıca geleneksel müzikle tedavi sadece akıl ve ruh hastalıklarında kullanılmamış fiziksel hastalıklarda da kullanılmıştır (Şengül, Ertuğrul, Karlıkaya, 2008: 83).*

## **İbrahim Tennuri'nin Yaşadığı ve Şifa Dağıttığı Sağlık Sorunları ve Günümüzdeki Uygulamaları**

İbrahim Tennuri iki tür hastalık yaşamıştır. Bunlardan ilki Kabızlıktır. Kabızlık nedir? Dışkının kuru ve sert olmasından kaynaklanan barsak boşaltımının güç ve seyrek olmasıdır. Kabızlığın nedenleri nelerdir? Kabızlığın önemli bir kısmı kişinin tuvalet alışkanlığı ve psikolojik durumuyla ilgilidir. Üzüntü, heyecan gibi hallerde ortaya çıkabilir. Kişinin beslenme alışkanlığı, posasız gıdalarla beslenme ve yeterli sıvı tüketmeme, hareketsizlik, tiroid bezinin yeterli çalışmaması, şeker hastalığı ve depresyon gibi bazı psikolojik durumlarda ve bazı ilaçların yan etkisi, basur gibi yapısal hastalıklar da kabızlığa yol açabilmektedir (URL 3). Burada da koyu renkte belirtmeye çalıştığımız gibi İbrahim Tennuri'nin yaşadığı kabızlık sorunu heyecana bağlı psikolojik olma yönü ihtimal dahilindedir. Bu yargıya ise İbrahim Tennuri'nin bazı kaynaklarda ifade edilen hayat kesitlerinden varılmıştır. Kuran okurken veya güzel ses duyduğunda düşüp bayılması, (Ataç, 2008: 214-215) zaman zaman iç dünyasında üzüntü yaşaması buna örnektir (Keskin, 2001: 42).

İbrahim Tennuri'nin yaşadığı ve tedavi ettiği diğer bir hastalık romatizma olmuştur.

“Artrit ve Romatizma Nedir? Romatizma kelimesi, Yunanca "rheuma" kökünden gelir. Bu kelime "akma"yı dolayısı ile "hareket"i ifade eder. Romatizma oldukça genel bir terimdir ve kemik, kas ve eklemlerin etrafındaki ağrı veya acıyı ifade etmek için kullanılır. Romatizma deyince tek bir hastalık anlaşılmaz. 100'den fazla hastalığı içerir. Temel olarak 2 tip romatizma vardır: İltihabı olanlar, İltihabı olmayanlar. İltihabı olanlar: Romatizmal iltihap 3 çeşittir: a) Mikropların eklemlerde oturmasıyla ortaya çıkan mikrobik romatizmalar: Stafilokok, streptokok ve tüberküloz basili gibi çeşitli mikroplar bu romatizmaya neden olur. b) Bağışıklık sisteminin bozuk oluşu sonucu gelişen mikropsuz iltihap: Bu tip iltihabın neden olduğu romatizmaların en önemlileri romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve yaygın bağ doku iltihabı yapan hastalıklar (kollajen hastalıklar)'dır. Bu son grubun en iyi bilinen örneği de sistemik lupus eritematozus (SLE)'dur. c) Bir iltihap tipi de başta ürik asit olmak üzere diğer kristallerin eklemlerde ve çeşitli dokularda oturarak yaptığı tahriş sonucu ortaya çıkan iltihaptır. Gut ve yalancı gut hastalığında bu tip iltihap vardır.2) İltihabı olmayan romatizmalar: Bu romatizmaların en önemlisi artroz (kireçlenme)'dur. Artrozda eklemlerde iltihap yoktur. Buna karşılık aşınma vardır. Eklemde içindeki kıkırdak incelir ve kaybolur, eklemlerin kenarlarında kemik çıkıntıları oluşur. Travmalar (kaza, darbe) mekanik nedenler, metabolik ve psikolojik bozukluklar iltihabı olmayan romatizmaların en önemli nedenleridir.” (URL 4).Yine Tennuri'nin yaşadığı romatizma sorununun kaynağı temel olarak Tennuri'nin psikolojik durumunun ve buna bağlı olarak kabızlık sorununun etkili olduğu düşünülmektedir.

Romatizmal hastalıklarda günümüzde de geleneksel tedavi yöntemlerinden steroid olmayan anti- inflamatuvarlar, hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaç, biyolojik ağrıları, fizik tedavi ve rehabilitasyon programları, cerrahi tedavi etkin olarak kullanılmaktadır (Solak ve Diğerleri, 2015: 117).

## **Sonuç**

İbrahim Tennuri'nin doğum yeri net olmamakla beraber geleneksel tıp alanında yetişmiş ve geleneksel tıp alanında hizmetleri olmuştur. Bununla beraber Tennuri daha çok şairliği ve mutasavvıflığı ile tanınmaktadır. Tennuri'nin geleneksel tıpla olan ilgisi gördüğü bir rüya ve bu rüya sonrası tıp alanındaki uyguladığı tedavi yöntemlerine dayanmaktadır. Tennuri dönemin hastalıklarından romatizma ve kabızlık hastalıklarını tedavi etmiştir. Kabızlık sorununda bugün dahi kullanılan bol su tüketimi ve sıcak taş uygulamasını Tennuri sıcak tandıra oturtma ve bol su tüketimini sağlayarak hastayı terleterek tedavi etmiştir. Tedavi ettiği bir diğer hastalık romatizma da ise sıcak su dolu kazanlarla romatizma hastalarına şifa dağıtmıştır. Tennuri'nin uyguladığı tıp günümüzde usta çırak sürecinde öğretilen geleneksel tıp ile tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak karşılık bulmaktadır.

## Kaynaklar

1. Ataç, Adnan (2008) "Osmanlı Döneminde Amasya'da Yetişen Bazı Önemli Hekimler". Uluslararası Amasya Darüşşifası ve Sabuncuoğlu Kongresi. Yayına Hazırlayanlar; Kadioğlu, Selim-Funda, Uzel, İlter. Ankara: Anıt Matbaa.
2. Bakır, Betül (2008) "Amasya Anber Bin Abdullah Darüşşifası. Ankara: Uluslararası Amasya Darüşşifası ve Sabuncuoğlu Kongresi", Yayına Hazırlayanlar; Kadioğlu, Selim-Funda, Uzel, İlter, Anıt Matbaa.
3. Çobanoğlu, N., Tunçay, G. Y. (2008) "Osmanlı İmparatorluğu Döneminde Tıp Eğitiminde Anadolu Darüşşifalarının Yeri ve Önemi". Uluslararası Amasya Darüşşifası ve Sabuncuoğlu Kongresi. Yayına Hazırlayanlar; Kadioğlu, Selim-Funda, Uzel, İlter. Ankara: Anıt Matbaa.
4. Keskin, Mustafa (2001) "Türkçeci Bir Bilge Önder Şeyh İbrahim Tennuri". Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:11
5. Kılınç, Mustafa (2016) Türkiye'de Mesleki Teknik Eğitim Tarihi (1886-1986). Ankara: Pegem Akademi
6. Solak, Özlem ve Diğerleri (2015) "Romatizmal Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerine Başvuru". Kocatepe Tıp Dergisi.
7. Şengül, E., Ertuğrul, Ö., Karlıkaya, E. (2008) "Darüşşifalarda Müzikle Hasta Tedavisi ve Edirne Sultan II.Bayezid Darüşşifası". Uluslararası Amasya Darüşşifası ve Sabuncuoğlu Kongresi, Yayına Hazırlayanlar; Kadioğlu, Selim-Funda, Uzel, İlter. Ankara: Anıt Matbaa
8. URL1: <http://www.milliyet.com.tr/yazarlar/dr.eser-alptekin/geleneksel-tip-yontemleri-1535477/>
9. URL2: <https://daricafarabieah.saglik.gov.tr/TR,169596/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-poliklinigi.html>
10. URL3:<http://www.milliyet.com.tr/kabizligin-cozumu-artik-cok-kolay-pembenar-detay-markalardanhaberler-2074769/>
11. URL 4: <https://www.trasd.org.tr/hastalik/romatizma-nedir>

# Mustafa Kemal Atatürk'ün Beden Eğitimi ve Spor Düşüncesi ve Uygulamaları

## Mustafa Kemal Atatürk's Sport Thoughts and Practices on Physical Education and Sports

Dursun GÜLER<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu çalışmada amaç, Mustafa Kemal Atatürk'ün beden eğitimi ve spor düşüncesi ve uygulamalarının değerlendirilmesidir. Mustafa Kemal Atatürk, kurmuş olduğu yeni Türkiye Cumhuriyeti'nin gelişmesi sürecinde beden eğitimi ve sporun modernize edilerek, sporda gelişmiş milletler düzeyine ulaşılması için çalışmalar yapmıştır. Atamızın, beden eğitimi ve sporun modernize edilerek sporda gelişmiş milletler düzeyine ulaşılmasına ilişkin çalışmaları, yapmış olduğu ve sevdiği sporlar ve beden eğitimi hakkındaki düşünce ve görüşleri sistematik olarak literatür taramasıyla derleme şeklinde ele alınmıştır.

Atatürk, sporun her şeyden önce bir vatan vazifesi olduğuna inanarak; Cumhuriyet döneminde, okullarda beden eğitimi ve spor derslerini mecburi hale getirmiştir. Sporda teşkilatlanmayı gerçekleştirmiş ve geliştirmiştir. Federasyonları oluşturarak ulusal ve uluslararası yarışmaları başlatmış, yürüyüş, güreş, jimnastik, yüzme, kürek, binicilik, atıcılık, avcılık, futbol, bilardo, eskrim, yat, satranç, dans gibi sporları bizzat yapmış ve kız ve erkek tüm vatandaşları teşvik etmiştir. Sonuç olarak; büyük önder Atatürk, kuşkusuz modern, güçlü, yepyeni bir ülke kurarken, Türk Milletinin yüzyıllardır süren sporcu kimlik ve kişilik yapısını yeni reform ve kanunlarla güçlendirmiş, yeni bir anlayış ve kimlik kazandırmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Mustafa Kemal Atatürk, beden eğitimi, spor.

### ABSTRACT

This paper is to examine Mustafa Kemal Atatürk's thoughts and practices on physical education and sports. Founder of the Turkish Republic, Mustafa Kemal Atatürk focused his efforts on achieving international standards like developed countries in sports, by modernizing physical education and sports in the development course of Turkish Republic. In this study, Atatürk's thoughts on modernization of physical education and sports and his practices in pursuit of achieving international standards were examined through an extensive literature review. This has resulted in a wide-ranging

---

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üy. AÜ Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümü, AMASYA (dursun.guler@amasya.edu.tr)

selection of review papers focusing on different aspects of the topic. In this sense, Atatürk has designed physical education and sports courses as compulsory in schools since he believed that sport is a national task must be achieved above all in Republic Period. He dwelled on organizational structure of sport institutions and developed them. National and international competitions were held, and such sport activities as walking, wrestling, gymnastics, swimming, paddling, riding, shooting, hunting, football, billiards, fencing, yacht, chess, dancing were launched were performed by him to encourage all citizens to do sports regardless of gender. In a nutshell, great leader Atatürk decidedly brought a new perspective to physical education and sports while establishing a modern powerful new country and made stronger the professional identities of athletes in Turkey.

**Keywords:** Mustafa Kemal Atatürk, physical education, sport.

## **Giriş**

Ülkemizde spor faaliyetleri, Cumhuriyet Dönemi'nden önce özel teşebbüsler aracılığıyla yapılmakta, özellikle İstanbul'da olmak üzere, büyük şehirlerde birkaç spor kulübü kendi aralarında futbol maçları düzenlemekteydiler. Bununla birlikte, bu kulüpler ara sıra Avrupa'dan getirttikleri takımlarla da futbol maçları yapmaktaydılar. Futbolla birlikte yüzme, güreş, bisiklet, tenis, eskrim ve hokey sporları da bireysel olarak yapılmaktaydı.

Sporun merkezi yönetime bağlanması ve spor branşlarının federasyonlar altında toplanması Cumhuriyet Dönemi'nde başlamış olup; Cumhuriyetin ilanından itibaren 1936 yılına kadarki süreçte sporun, Türkiye İdman Cemiyetleri İttifakı tarafından yönetildiği ve yönlendirildiği bilinmektedir. Geçiş özelliği niteliğinde olan 1936 -1938 döneminde sporun milli düzeyde örgütlenmesi Türk Spor Kurumu, 1938'den itibaren ise Beden Terbiyesi Genel Müdürlüğü olarak görülmektedir. Bu görev 1986 yılından sonra ise, Gençlik Spor Genel Müdürlüğü bünyesinde sürdürülmektedir (Kurt ve ark. 2016).

Büyük Atatürk'ün ölümünden sonraki günlerde, o zamanlar hem Avrupa hem de Dünya'da oldukça ünlü olan ve Fransa'da yayınlanan günlük spor gazetesi L'Auto, bir makalesinde Atatürk'ün spora verdiği büyük önemi uzun uzun överek anlatımında şunları yazmıştır: "Dünyada ilk defa beden eğitimi mecburi kılan devlet adamı o oldu. Yalnız kâğıt üzerinde, nutuklarda değil, bilfiil yerine getirdi. Stadyumlar ve çeşitli spor merkezleri tesis ettirdi. Halkevlerinin spor kollarını bizzat kontrol etti. Milletın mukadderatına hakim olduğu günden itibaren Türkiye'de spor, gittikçe artan bir önem ve değer kazandı" (Kurt ve ark. 2016, Ünver 2004).

Atatürk; Dünya'da ilk olan, önce beden eğitimi dersini mecburi kılan devlet adamı olarak tarihe geçmiş olup; bunu da kâğıt üzerinde ve nutuklarda değil, fiilen uygulamaya geçirmiştir. Ülkenin her tarafına spor merkezleri ve statlar kurdurarak yeni Türkiye'nin gelişmesinde gerekli güç ve enerjinin kaynağı olacak güçlü ve verimli beyinlerin hareketli ve sağlam bedenler üzerinde taşınabileceğini göstermiştir (Ünver 2004).

Bu çalışma, Mustafa Kemal Atatürk'ün beden eğitimi ve spor hakkındaki düşünceleri ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## **Yöntem**

Mustafa Kemal Atatürk'ün, beden eğitimi ve sporun modernize edilerek sporda gelişmiş milletler düzeyine ulaşılmasına ilişkin çalışmaları, yapmış olduğu ve sevdiği sporlar ve beden eğitimi hakkındaki düşünce ve görüşleri sistematik olarak literatür taramasıyla derleme şeklinde ele alınmıştır.

## **Bulgular**

Büyük önder Mustafa Kemal Atatürk'ün, beden eğitimi ve sporda teşkilatlanma, yapmış olduğu ve sevdiği sporlar ve beden eğitimi hakkındaki düşünce ve görüşleri aşağıda sunulmaya çalışılmıştır:

### **1. Atatürk ve Beden Eğitimi ve Sporda Teşkilatlanma**

Atatürk; genç Türk Devletinin kurulum hatlarını oluşturduktan sonra beden eğitimi ve spor konusunu hükümet programına aldırması, 18 Ağustos 1923 tarihli hükümet programında gençlerin: "Maarifin terbiyevi vazifelerinden birincisi çocukların terbiye ve talimi, ikincisi terbiye ve talibi, üçüncüsü milli güzidelerin yetiştirilmesi için lazım gelen vasıtaların izhar ve teminidir. Çocukların terbiye ve talimi, bittabii mektepler vasıtasıyla temin edilecek ve mekteplerin asri tekammülata mazhar olabilmeleri için muallimlerin daha iyi yetiştirilmesine ve tatil zamanında açılacak derslerle tevsi-i malimat etmelerine, binaların islahına, alat-ı dersiyenin ikinaline çalışılacaktır. Halkın talim ve terbiyesi için gece dersleri ve çırak mektepleri tahsis olunacak, halk lisanı ile halkın ihtiyacına muavif milli güzidelerin yetiştirilmesi için istidat ve kabiliyeti tebarüz eden ve ailesinin kudret-i maliyesi müsait olmayan gençler, orta ve yüksek mekteplerde suret-i mahsusada himaye ve muavenete mazhar olacakları gibi ihtisas peyda etmeleri için Avrupa'daki irfan mekteplerine gönderilecektir. Muhtelif şubat-ı ilmiye ferdin bedeni ve fikri kabiliyetleri gibi ahlaki ve içtimai kabiliyetleri de inkişaf ettirilecektir. Bu maksuda vusul için bir Terbiye-i Bedeniyye Darümuallimini açılacak, izcilik teşkilatına ehemniyet-i mahsusa verilecek, programlar ile mektepler teşkilatı tedricen içtimai esasta tevcih olunacaktır" denilmektedir (Atabeyoğlu 1991, Kurt ve ark. 2016, Ünver 2004).

Çok geçmeden Terbiye-i Bedeniyye Darümuallimini kurarak Gazi Terbiye Enstitüsü adıyla Ankara' da hizmete başlamıştır. Bununla birlikte, Çapa Muallim Mektebinde bir kurs açılarak başına Avrupa'da beden eğitimi öğrenimi görmüş, Türkiye'nin ilk beden eğitimi öğretmeni de olan Selim Sırrı Bey (Tarcan) getirilmiştir. Aynı kursa İsveç'ten iki bayan öğretmen de getirilmiş ve bayan beden eğitimi öğretmenleri yetiştirilmesine başlanmıştır. Kurslar



sonucunda yetiştirilen öğretmen adayları arasında başarılı olanların ihtisas görmek için Avrupa'ya gönderilmesine karar veren büyük Önder Atatürk; aynı şekilde askeri okullarda modern beden eğitimi tesis edebilmek için subayların da bu eğitimden geçip Avrupa 'ya gönderilerek ihtisas görmelerini istemiş ve gerçekleşmesini sağlamıştır. Beden eğitiminden ihtisas için Avrupa'ya gönderilen Suat Hayri Bey (Ürgüplü) tarafsız olarak Başbakanlık, Vildan Aşır (Savaşır) da uzun yıllar Beden Terbiyesi Genel Müdürlüğü yapmıştır. Gençlerimizin Avrupa'dan dönmesine yakın Gazi Terbiye Enstitüsü'nün Beden Eğitimi ve Spor Bölümünü faaliyete geçirmek üzere Almanya'dan uzman Kurt Dainans (Kört Daynans) getirilmiştir. Türkiye'ye davet edilen eğitimciler ve Avrupa'dan dönen asker ve sivil gençlerle birlikte genç Türkiye Cumhuriyeti'nin öncü kadrosunu oluşturan Atatürk, genç, bilgili ve modern bir kadroyu ülkemize kazandırmıştır (Atabeyoğlu 1991, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

Bu gelişmeler ışığında 31.07.1922'de Selim Sırrı Tarcan başkanlığında Türkiye İdman Cemiyetleri İttifakı (TİCİ) kuruldu. Yine 02.11.1923'de de Türkiye Milli Olimpiyat Cemiyeti (Komitesi) ilk toplantısını yaparak göreve başlamış oldu. 16 Ocak 1924 tarihinde M. K. Atatürk' ün başkanlığında yapılmış olan Bakanlar Kurulu toplantısında alınan 170 sayılı kararla Türkiye İdman Cemiyetleri İttifakının kamu yararlı bir dernek olduğu resmen kabul edilmiştir. Bu kararla birlikte, spora bizzat devlet tarafından yardım eli uzatılmış, bütçeye beden eğitimi ve spor adına ödenek konacağı taahhüt edilmiş ve Türkiye İdman Cemiyetleri ittifakı Türk sporunun ilk resmi örgütü olarak tarih sahnesinde yerini almıştı. O tarihlerde Türkiye İdman Cemiyetleri İttifakı ile Türkiye Milli Olimpiyat Komitesinin başında bulunan spor adamları Ali Sami Bey (Yen) ile Selim Sırrı Bey (Tarcan) bir araya gelip, Türk sporcularının 1924 Paris Olimpiyatlarına katılacağı kararını alarak, çiçeği burnunda Türkiye Cumhuriyeti sporcularına atletizm, güreş, eskrim, halter, bisiklet ve futbol branşlarında Dünya sporu ile yarışma heyecanı yaşatmışlardı. Vefatına birkaç gün kalmasına karşın ülkenin beden eğitimi ve sporla ilgili teşkilatlanmasını sürdüren Atatürk, bizzat kendi direktifleriyle, 29 Haziran 1938'de, bugünkü Türk spor teşkilatının temelini oluşturan 3530 sayılı Beden Terbiyesi Kanununu yürürlüğe girdirmiştir (Atabeyoğlu 1991, İstanbulluoğlu 2008, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, TMOK 2019, Ünver 2004).

TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi) de, 20 Haziran 1938 tarihinde 3466 sayılı kararı ile, her yıl aynı gün kutlanmak üzere, Atatürk'ün milli mücadeleye başlama günü olan 19 Mayıs (1919) gününü Gençlik ve Spor Bayramı olarak ilan edilmiştir. Ayrıca, Atatürk futbol, atletizm, binicilik, bisiklet ve polo branşlarında faaliyetler gösteren Muhafız Gücü Spor Kulübü kurulmasını da sağlamıştır (Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

## **2. Atatürk'ün Sevdiği ve İlgilendiği Sporlar**

Büyük önder Atatürk, sporu sevmesinin yanında bazı spor dallarıyla bizzat ilgilenmiş ve onları desteklemiştir. Bunlar:

## **Güreş**

Atatürk, sporlar arasında en çok güreşe önem verirdi. Güreşi çok sever, mahalle çocuklarını sık sık güreştirir, onları seyrederdi. Güreşe olan sevgi ve ilgisini “Güreş şudur: Kuvvet ve zekâ oyunu, bu iki üstün varlık insanda birleştiği vakit ancak büyük işler görülebilir” sözleriyle ifade etmektedir.

O zamanlar güreşte başarılı olan ve Ata'nın çok sevdiği ve sürekli takıldığı ve zeki cevapları karşısında keyiflendiği Çoban Mehmet ile uzun sohbetlerde bulunur, tüm pehlivanlara yemek veririr; pehlivanlar köşkten ayrılırlarken de yaveri vasıtasıyla, o zamanlar pek büyük bir maddi değer taşıyan (en az 50 lira), ceplerine birer zarf koydururdu. Çoban Mehmet de Atatürk hakkında şu sözleri söylemekteydi:

“Rahmetli Atatürk, güreşten çok iyi anlardı. Buna, bizlere huzurunda yaptırdığı güreşlerde çok şahit olmuşumdur. Biz güreşirken, yaptığımız hataları veya iyi hareketleri anında sezer, bize ihtarda bulunur veya takdirlerini bildiren sözler söylerdi. Onun iltifatlarına nail olmak, bizler için sevinç ve gururların en büyüğü olurdu hiç şüphesiz” (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004)

## **Futbol**

Büyük Atatürk'ün futbola olan ilgisini en yakın arkadaşlarından Kılıç Ali'nin oğlu, o zamanın ünlü futbolcusu Gündüz Kılıç şöyle dile getirmiştir:

"O sıralarda Milli Futbol Takımımız, Halkevleri Takımı adı altında, Rusya da beş, altı maç yapmıştı . Maçların çoğunda fena sonuçlar alınmıştı . Yaşımın pek genç olmasına rağmen ben de kadroya alınmışım. Ülkesinde olup biten her şeyle ilgilenen Atatürk'ün, Rusya yenilgileri de gözünden kaçmamıştı. İlk sorusu “neden yenildiniz?” oldu. Kem küm ederek bir şeyler söylemeye çalıştım. Atatürk, pek üstelemeden ikinci sorusunu sordu: “Peki bu yenilgiler seni çok üzdü mü?” dedi. Son derece üzülüğümü anlatmaya çalışırken bir el hareketiyle beni susturup kendi konuştu: “Dünyada yenilmeyen kimse, yenilmeyen ordu, yenilmeyen takım, yenilmeyen kumandan yoktur. Yenildikten sonra üzümekte tabidir. Ancak bu üzüntü insanın maneviyatını yok edecek, onu çökertecek seviyeye varmamalıdır. Yenilen, hemen toparlanmalı, kendini yeneni yenmek için olanca gücüyle azmiyle daha çok çalışmalıdır” dedi. Sonra futbolun nasıl oynandığını anlatmamı istedi. Hemen kağıt kalem aldım. Oyun sahasını çizerek, o zaman ki deyimleriyle müdafileri, muavinleri ve muhacimleri yerlerine yerleştirip, onların görevlerini ve ana kaideler ile hedeflerini anlattım. Atatürk: “Yahu desene, bizim harp oyunları gibi bir şey sizin oyun da. Sizin iş de, strateji bilgisi ve kurmay

kafası ister" diye önemser önemser başını salladı" (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

## **Deniz ve Kürek**

Büyük önder Atatürk'ün bizzat yaptığı sporlar arasında İstanbul'da geçirdiği yaz tatillerinde devamlı olarak uğraştığı yüzme ve zaman zaman da kürek yer almaktadır. Doğaya ve denize tutkulu bir insan olup; denizin sakin güzelliği keşiğinde uzun kış aylarının yorgunluğunu atmak amacıyla denize yakın olmak, yüzmek ve kürek çekmek için en gözde plaj yeri olan Florya'daki Cumhurbaşkanlığı Deniz Köşkünü yaptırmıştır. Cumhurbaşkanlığı Köşkü, Atatürk'ün emir ve istirahatine tahsis edilmiş; uzun kış aylarının yorgunluğunu çıkardığı, yaz aylarını geçirdiği, halkla birlikte denize girdiği ve sık sık kürek çektiği yerd.

Atatürk, Moda Koyunda yapılan yelken ve kürek yarışlarını Acar motorundan veya Ertuğrul yatından izlemeyi çok sever; yatını Koya demirler, beraberindekilerle, bütün gününü yarış izleyerek geçirirdi. Yarışmaları dürbünüyle izler, kazananları küpeşte kenarından alkışlar, onlara taktirler verirdi. Özellikle de kabotaj bayramı yarışmalarına büyük ilgi duyar, Anadolu ve Rumeli fenerleri tahlisiye istasyonlarının kürek ekipleri arasındaki ezeli rekabeti kaçırmaz, iddialı ve çekişmeli yarışmayı izlemekten büyük haz duyardı (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

## **Okçuluk**

Atatürk, Türk'ün ata sporlarından birisi olan okçuluğa da büyük ilgi göstermiş, bu sporun yeniden ihyası ve tesisi için emir ve direktifler vermiştir. Atatürk'ün emir ve direktifleriyle milli sporumuz okçuluğun canlandırılması, gelişmesi ve eski şöhretine yeniden sahip olabilmesi adına ilk adımlar 1937 yılında atılmıştır. Düzenlediği okçuluk yarışmalarıyla adından söz ettiren ve Beyoğlu Halkevi bünyesinde kurulan Ok Spor Kurumu, bu yolda önemli girişimlerde bulunmuş, gençlerden de büyük ilgi görmüştür. Kızılı erkekli 30 kadar genç okçuyla birlikte eski ünlü okçular bu sporu yeniden ihya ederlerken aynı zamanda Ok Spor Müzesini de kurmuşlar, Türk okçuluk tarihine ilişkin paha biçilmez tarihi ve kaynak eserler ve hatıralar sergilemişlerdir. Hastalığının ilerlediği bir döneme rastlamasına karşın, bu kulübün sporcuları ve çalışmalarını yakından ilgilenmiş; okçuluğun canlanması, gelişmesi ve tarihteki şöhretine yeniden sahip olabildiğini yürekten arzulamıştır.

Ancak, Atatürk'ün ölümüyle birlikte okçuluk sporumuz hamisiz kalmış, Ok Spor Kurumu ve bünyesinde Türk okçuluğuna ait eşsiz değerdeki tarihi ve kaynak eserler, hatıralar, kütüphane ve arşivi barındıran Ok Spor Müzesi bir gece içinde kapatılmış ve meçhul kişilerce yağma edilmiştir (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

## **Atıcılık**

Atatürk'ün bilfiil yapmış olduğu spor dalları arasında atıcılık da yer almakta, daha askeri okul öğrencisiyken atıcılığa meraklanmış, arkadaşları arasında keskin nişancılığı ile ünlenmiş, bu merakı hayatı boyunca da devam etmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında çokça atış talimlerine gittiği, bazen de tüfekte atış yarışmalarına katıldığı görülmüştür. Son yıllarında, o zaman büyük bir silah fabrikası tarafından özel yapılarak kendisine armağan edilen baston biçimindeki tüfek büyük ilgisini çekmiş, bu baston tüfekte, gerek Ankara Çankaya Köşkünün gerekse İstanbul Dolmabahçe Sarayının bahçesinde atış talimleri yapmıştır (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

## **Boks**

1925 yılında, İş Bankasının 1. Kuruluş Yılı münasebetiyle düzenlenen büyük baloya teşrif eden Atatürk'ün boks ile ilgili anısını eski şampiyon ve rekortmen atlet Ömer Besim Koşalay şöyle anlatmaktadır:

"Ben 1924 yılında Kilyos'ta Amerikalıların Kamp Peri adını verdikleri spor kampında bir ay kalmıştım. Orada birçok kamp oyunları öğrenmiştim. Program sıkıcı olmasın diye, kısa sürecek eğlenceli oyunlar da hazırladım. Bunların en cazibi, gözü kapalı boks maçıydı. İşin ilginç ve zevkli yanı, iki rakibin de maç başlarken böyle döğüşeceklerini bilmeleri, maç başladıktan sonra ise rakiplerden birinin gözündeki mendilin yavaşça çıkarılmasıydı. Bu durumda gözü kapalı olan, açık olandan mütemadiyen dayak yiyordu. Etrafı rahatsız etmemek için dört dakikalık zaman ayırmıştım. Maçın hakemliğini de ben yapıyordum. İlk iki dakikadan sonra raund arasında Kılıç Ali Bey beni çağırttı: Boks maçı, Paşanın pek hoşuna gitti, biraz daha uzatın dedi. Emri derhal yerine getirildi. Gece saat 03.00'e doğru bahçeden Çiftlik binasına geçildi. Dar ve ufacık pistte dans edenlerin arasına Atatürk'te katılmıştı. Ceketimin yakasındaki 1924 Paris Olimpiyat Oyunları'nın rozetini gördü ve sordu. Paris Olimpiyatlarında koştuğumu, 1928'de, Amsterdam'da yapılacak Olimpiyat Oyunlarına da hazırlanmakta olduğumu söyledim. Bu sırada yanında Saffet Arıkan da vardı. Paşa tereddütsüz: Saffet bu sporcuyla tanı. O Amsterdam da olmalıdır diye iltifatta bulundu. Hürmetle eğilip kendilerini selamlarken, gülümseyerek baktı: Boks maçını iyi idare ettin, pek hoşuma gitti dedi" (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

## **Binicilik**

Atatürk; at ve atlı sporlara özel merak duyan ve sevgi gösteren, aynı zamanda mükemmel düzeyde at binen, ülkede atlı sporları ve at yarışlarını sürekli teşvik eden ve yakın çevresini de bu konuya ilgi göstermeye yönlendiren bir devlet adamıydı. Ata'nın emir ve direktifleri ile

Türk atlı sporları ve at yarışlarının gelişmesi ve yaygınlaşması sürecinde olumlu katkılar kaydedilmiştir.

Büyük önder Atatürk'ün at sevgisi, kendisini at yarışlarına yöneltmiş, Türkiye'de atlı sporlar ve at yarışlarını teşvik amacıyla kurulan Yarış İslah Encümeni de onun desteğini görmüştür. Bu encümenin vaki ricası üzerine; 1926'da adına bir Gazi Koşusu ihdas edilmesine de sevecek izin vermiş, böylece, 1927 yılından itibaren Türk at yarışçılığı dünyasının en önemli klasiği olan Gazi Koşusu Türk yarışçılığına renk katmaya başlamıştır.

Atatürk'ün Süvarileri olarak bilinen Cevat Gürkan, Eyüp Öncü, Saim Polatkan ve Cevat Kula, biniciliğin en büyük yarışmalarından birisi olan Roma Enternasyonel Konkuripikleri'nin en büyük mükafat ve en önemli yarışması olan Mussolini Kupasını kazanmaları kendisini çok sevindirmiştir. Atatürk, son olarak, 18 Ekim 1936 günü Ankara'daki Sonbahar at yarışlarının Üçüncü Hafta Koşularını izlemiştir. (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

### **Havacılık**

1930'lu yıllarda İstikbal Göklerdedir diyerek havacılığa gereken önemi veren Atatürk; havacılığın bir spor dalı olarak kabul edilmesi, Türk gençleri arasında yaygınlaşması ve yerleşmesini yürekten istemiş, Türk Kuşu'nun kuruluş ve gelişmesinde olduğu gibi, faaliyetlerinde de verdiği emir ve direktiflerle büyük etkiye sahiptir. Türk Kuşuna oldukça büyük ilgi ve yürekten bir münasebetle bağlı olan Atatürk; hem sivil havacılık hem de askeri havacılıkta da uluslararası bir düzey ve değere sahip manevi kızı Sabiha Gökçen'i de Türk havacılığına kazandırmıştır.

Büyük Atatürk, genç Türk havacılarının havacılık sporunda gelişmelerini sağlamak amacıyla yetenekli genç havacıların yurt dışına gönderilerek ihtisas yapmalarını istemiş; emir ve direktifleriyle, Sabiha Gökçen başta olmak üzere bazı Türk havacıları, Temmuz 1935'te Sovyetler Birliği'ndeki Koktobel Planör Okulu'na gönderilerek, bu spor dalı üzerindeki bilgilerini arttırıp, güçlendirerek uzmanlaşmaları sağlanmıştır. Bu uzman planörcüler yurda döndüklerinde Türk Kuşu kadrosunda öğretmen olarak görev alarak bilgi ve tecrübelerini genç havacı kuşaklara aktarmışlardır (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

### **İzcilik**

Atatürk; keşşaflık olarak bilinen ve bizzat kendisi tarafından izcilik şekline dönüştürülen izcilik konusuna da önemle eğilmiş, Türk izciliği ve okul içi izcilik faaliyetlerini olumlu şekilde yönlendirmiştir. Tuğgeneral (mirliva) rütbesinde resmi görevi sırasında izciliğe olan ilgisi, ömür boyu hiç eksilmeden sürmüştür. Türk izciliği, Atatürk'ün emir ve direktifleriyle vücut

bulan bir örgüt olarak doğmuş ve faaliyetlerde bulunmuştur (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004).

### **3. Atatürk Adına Düzenlenen Yarışmalar**

Türk sporu çerçevesinde Büyük önder Atatürk'ün adına düzenlenen yarışmalar, oyunlar ve maçlar ayrı bir anlam ve önem taşımakta, günümüze kadar etkinliğini korumakta ve sürdürmektedir.

Atatürk adına düzenlenen en eski yarışma özelliğinde ve 1927 yılından beri yapıla gelmekte olan, Gazi Koşusu bir at yarışı olup, günümüzde de Türk sportif yarışmalarının en büyük ve en önemli klasiği değerini yaşatmaktadır. En iyi jokeyler ve atlar bu kupayı alabilmek için özenle hazırlanırlar. İlk olarak 1927 yılında yapılan Gazi Koşusunu jokeyi İhsan Atçı'nın olduğu Ali Muhiddin Hacıbekir'in atı Neriman kazanmış, tarihte yerini almıştır.

Yine önemine haiz, her yıl 27 Aralık günleri, Ankara da yapılmakta olan ve Atatürk'ün Ankara'ya ilk gelişinin yıldönümü adına düzenlenen Atatürk Koşusu da en eski organizasyonlardan birisi durumundadır. 10.800 metrelik parkuru Demirspor Kulübü atletlerinden Galip Darılmaz 41:08 dk'da koşarak birinci olmuş ve ilk olma şerefini elde etmiştir.

Ayrıca, Türk futbolunda büyük Atatürk adına düzenlenen, ilki Atatürk'ün direktifleriyle 1928 yılında kurulan Tayyare Cemiyeti (Türk Hava Kurumu) tarafından Ata'nın izni alınarak düzenlenen Fenerbahçe ve Galatasaray futbol takımları arasındaki Gazi Büstü maçıdır ve büstü Galatasaray takımı müzesine götürmüştür. İkincisi 1955'te düzenlenen Atatürk Kupası I, üçüncüsü ise 1964'te düzenlenen Atatürk Kupası II maçları olarak görülmektedir. Bunun yanında, 11 Eylül 1933 tarihinde düzenlenen ve İstanbul Maksim Salonunda İtalyanlarla yapılan güreşler de bizzat Atatürk'ün huzurlarında gerçekleşmiştir (İnan 1971, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, Ünver 2004)

### **4. Atatürk'ün Beden Eğitimi ve Spor Hakkındaki Görüş ve Düşünceleri**

- "Ben sporcunun zeki, çevik ve aynı zamanda ahlaklısını severim."
- "Spor yalnız beden kabiliyetinin bir üstünlüğü sayılmaz. İdrak ve ahlak da bu işe yardım eder. Zeka ve anlayışı kısa olan kuvvetler, zeka kavrayışı yerinde olan daha az kuvvetlilerle başa çıkamazlar."
- "Cumhuriyet fikren, ilmen ve bedenen kuvvetli ve yüksek seviyeli muhafızlar ister."
- "Bütün millet ve memleket evlatlarını sportmen yapabilmek için sarf edilen çalışmanın ehemmiyet ve kudsiyeti aynı derecede kıymetli ve mühimdir."

- "Zafer, zafer benimdir diyebilen, başarı başaracağım diye başlayanın ve başardım diyebilenlerindir."
- "Türk çocuklarına sporun bugünkü tekniğini öğretmek ve bunlardan bir kısmını bazı törenlerde ve bayramlarda dekor olarak koymak gerekir."
- "Yorgunluk her insan, her mahluk için tabii bir haldir. Fakat insanda yorgunluğu yenebilecek manevi bir kuvvet vardır ki, işte bu kuvvet yorulanları dinlendirmeden yürütür."
- "Türk sosyal bünyesinde spor hareketlerini düzenlemekle yükümlü olanlar, Türk çocuklarının spor hayatını yükseltmeyi düşünürken, sadece gösteriş için, herhangi bir yarışmada kazanmak emeliyle bir spor çizmezler. Esas olan, bütün her yaştaki Türkler için beden eğitimi sağlamaktır."
- "Spordan yoksun olan bir gençlik, nasıl ki vatan müdafaası sırasında etkili olamıyorsa, insan denen varlığın kafa yapısı da ne derece tekamül ederse etsin, bedeni inkişafı noksan ve yetersiz olursa, o vücut, o kafayı ileri götüremez, taşıyamaz. "
- "Dünya spor hayatı ve spor gayesi çok mühimdir. Bu kadar mühim olan spor hayatı, bizim için daha mühimdir. Çünkü ırk meselesidir, ırkın ıslahı ve ki asayiş meselesidir ve hatta birazda medeniyet meselesidir."
- "Dünyada yenilmez kimse, yenilmeyen takım, yenilmeyen ordu. yenilmeyen kumandan yoktur. Yenilgilerden sonra üzölmek de tabiidir. Ancak bu üzüntü insanın maneviyatını yok edecek, onu çökertecek seviyeye varmamalıdır. Yenilen, toparlanarak kendini yeneni yenmek için olanca gücü ile, azimle daha çok çalışmalıdır."
- "Müsbet ilimlerin temeline dayanan güzel sanatları seven fikir terbiyesinde olduğu kadar beden terbiyesinde de kabiliyeti artmış ve yükselmiş olan bahtiyar, kuvvetli bir nesil yetiştirmek siyasetimizin açık gayesidir."
- "En güzel coğrafi vaziyette ve üç tarafı denizlerle çevrili olan Türkiye endüstrisi, ticareti ve sporu ile en ileri denizci millet yetiştirme kabiliyetindedir. Bu kabiliyetten istifade etmeyi bilmeliyiz"
- "Biz henüz Avrupa derecesine gelemedik. Sporda tek ve belli bir amaç gözetmek lazımdır. Sporu ya propaganda için yapacağız, yahut da bedeni gelişmemizi sağlamak için yapacağız."
- "Gençlerin sıhhatli ve gürbüz olmaları için yaşadıkları bölgenin sıhhi şartlarını temin etmek, devlet halinde bulunan siyasi teşekküllerin en birinci ödevidir. Ondan sonra, en küçük yaştan en son yaşa yani insan ömrünün vasati süresince derece derece beden faaliyeti önemli yer tutar ve tutmalıdır da."



- "Her çeşit spor faaliyetlerini, Türk gençliğin milli terbiyesinin ana unsurlarından saymak lazımdır. Bu işte, hükümetin şimdiye kadar olduğundan daha çok ciddi ve dikkatli davranması, Türk gençliğini spor bakımından da milli heyecan içinde özenle yetiştirmesi önemli tutulmalıdır. "

- "Fikri gelişmeye olduğu gibi, bedeni gelişmeye de önem vermek ve özellikle milli karakteri derin tarihimizin ilham ettiği yüksek derecelere çıkarmak lazımdır. Başarılı olmak için her türlü yardımdan çok bütün milletçe sporun esasını, değerini anlamak ve ona kalpten sevgi göstermek, onu vatani vazife saymak lazımdır. "

- "Beden hareketlerinde esas, nesilden nesile intikal eden adetlerdir. Yirminci asırda bütün dünya milletleri için spor esaslarının tekniği bundan doğmuştur."

- "Türk çocukları her kavmin çocukları gibi doğdukları andan itibaren tabiatın kendilerinde sunduğu ve çocuk büyüyünce bulunduğu muhitin şartlarına göre tarlalarda, bayırlarda, tepelerde kayalık içinde, ormanlarda koşar, yürür, hiç de yaptığının ne olduğunu düşünmeksizin bugünkü ilim dünyasının spor dediğini kendiliğinden yapar. Güreşir, ata biner, atlar, cirit oynar ve daha birçok milli sporları yapar" (Atabeyoğlu 1989, Atabeyoğlu 1991, İnan 1971, İstanbulluoğlu 2008, Kurt ve ark. 2016, Olimpik Akademi Jimnastik 2018, TMOK 2019, Ünver 2004).

## **Sonuç**

Büyük önder Atatürk; yeni, güçlü, modern bir ülke kurarken Türk Milletinin yüzyıllardır süren sporcu kimlik ve kişilik yapısını yeni reform ve kanunlarla güçlendirmiş, yeni bir anlayış ve kimlik kazandırmıştır.



## Kaynaklar

1. Atabeyoğlu, C. (1989). Atatürk ve Spor, Yayın No: 90, Ankara: GSGM Yayınları.
2. Atabeyoğlu,C. (1991). 1453-1991Türk Spor Tarihi Ansiklopedisi, 1. Baskı, İstanbul.
3. İnan, A. (1971). Mustafa Kemal Atatürk'ten Yazdıklarım, İstanbul.
4. İstanbulluoğlu, A. (2008). 1908-2008 Türkiye Milli Olimpiyat Komitesinin 100. Yılı, Ankara: Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi Yayınevi.
5. Kurt, T., Kılıç, M., Kılıç, MN., Özbayraktar, F., Yücel, Y., Kıvanç, K. (2016). Türk Spor Tarihi 11. Sınıf, Birinci Baskı, Meb Devlet Kitapları.
6. TMOK (2019). Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi, 21.01.2019 tarihinde [http://www.olimpiyatkomitesi.org.tr/upload/menu/121771\\_pdf](http://www.olimpiyatkomitesi.org.tr/upload/menu/121771_pdf) tarihte adresinden alınmıştır.
7. Olimpik Akademi Jimnastik (2018). Atatürk ve Spor, 08.11.2018 tarihinde <http://olimpikcimmnastik.com.tr/ataturk-ve-spor/> adresinden alınmıştır.
8. Ünver, D. (2004). Atatürk ve Spor, Bal-Tam Türklük Bilgisi, Prizon Yılı, Sayı 1, 167-172.

# Amasya'daki Öğretmenlerin Sigara İçme Alışkanlıklarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

## Investigation and Determination into Smoking Habits of Teachers in Amasya

Dursun GÜLER<sup>1</sup>

### ÖZET

Bu araştırma, öğretmenlerin sigara içme alışkanlıklarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacı ile yapıldı. Araştırma grubunu Amasya merkezde ilk, ortaokul ve liselerde farklı branşlarda görev yapan, yaşları 20-60 yaşları arasında olan gönüllü 233 öğretmen oluşturdu. Araştırmada kullanılan tüm veriler, Konan (2012) tarafından geliştirilen, 5 sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" ve 22 sorudan oluşan "Öğretmenlerin Sigara Alışkanlıklarını Belirleme Anketi" aracılığı ile elde edildi. Verilerin analizinde yüzde ve frekans dağılımlarından yararlanıldı. Yapılan analizler sonucunda, ilk, ortaokul ve liselerde görev yapan öğretmenlerin %64,4'ünün evli, % 35,6'sının ise bekar olduğu; ara sıra içenlerle birlikte %40,8'inin düzenli olarak sigara içtiği, % 50,2'inin sigarayı hiç içmediği, %9'unun ise daha önce içtiği ve bıraktığı; sigara içen öğretmenlerin %30,1'inin sigara içmeye 20 yaşından önce başladığı; %100'ünün ise sigaranın tüm hastalıklara sebep olduğuna inandıkları tespit edildi. Sonuç olarak, Amasya merkezde ilk, ortaokul ve liselerde farklı branşlarda görev yapan öğretmenlerin küçümsenmeyecek oranda sigara alışkanlığına sahip oldukları söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara içme alışkanlığı, ilkokul öğretmenleri, ortaokulu öğretmenleri, lise öğretmenleri.

### ABSTRACT

The aim of this paper was to examine the smoking habits of teachers. A total 233 volunteer teachers working in primary, secondary and high schools in the center district of Amasya Province were solicited for this study. The ages of the participants ranged from 20 to 60. Developed by Konan (2012), "Determination of Teachers' Smoking Habits Scale" and a personal form with 5 questions were employed to collect data. Descriptive statistics were used in the analysis of data. The findings clearly reveal that 64,4% of the participants were married, while 35,6 percent of the participants were single. Additionally, 40,8% of them are regular smokers, whereas 50,2 percent of them never smoke, but 9 percent of the participants used to smoke. On the other hand, 30.1% of the participants started to smoke before 20 and all of them have the opinion that smoking is closely related to all kinds of

---

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üy. AÜ Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümü, AMASYA (dursun.guler@amasya.edu.tr)

illnesses. In summation, it can be noted that teachers working in primary, secondary and high schools in the center district of Amasya Province have high levels of smoking.

**Keywords:** Smoking habit, teachers working in primary, teachers working in secondary, teachers working in high school.

## Giriş

Her yıl 5 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olan tütün kullanımı en önde gelen ölüm nedenlerindedir. Bugünkü sigara içme durumunun sürmesi durumunda 2020 yılında Dünya'da tütün kullanımına bağlı ölümün 10 milyona ulaşabileceği, bu sayının da yaklaşık 7 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde olabileceği tahmin edilmektedir (Konan, 2012; TCSB, 2010; TÜİK, 2010). Tütün kullanımı; dünyada çok sık görülen en önemli erken ölüm nedeni olup, önlenemez bir halk sağlığı sorunudur. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'ya göre sigara kullanımı, günümüzde bir biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tarif edilmektedir. Sigara alışkanlığı; bireylerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenmeye yol açmakta, aynı zamanda, ortaya çıkardığı tolerans hali ile fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapma özelliğiyle de bir psikolojik zehirlenme durumudur (Yılmaz, 2010).

Dünyada sigara içen yaklaşık 1,3 milyar kişinin % 84 ü ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde olduğu bilinmektedir. Türkiye'de yaklaşık 17 milyon kişi sigara kullanmakta ve her yıl 100-120 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Ülkemizde erkeklerde sigara kullanımı %50.6 iken, bayanlarda %16.6 olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye'de bireylerin yaklaşık % 55'inin her gün tütün kullanmaya 18 yaşından önce başladığı bildirilmekte; sigara içme alışkanlığı yaklaşık %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamakta, sigara başlama yaşı açısından 12-25 yaş gurubunun, yani gençlerin yüksek risk gurubunu oluşturdukları vurgulanmaktadır. Bu dönemler üniversite yıllarına rastlayan yıllar olduğundan, gençlerde ergenlik psikolojisi, arkadaş çevresi, yeni şeyleri deneme, stresi azaltma, evden ve aileden uzak durma, yeni bir çevreye uyum sağlama, kendini daha iyi ve önemli hissetme ve reklamlardan etkilenme gibi nedenlerle sigaraya başlayabilmektedirler. Ülkemizdeki öğretmenlerin daha çok üniversite yıllarında sigaraya başladığı görülmekte, dolayısıyla geleceğin öğretmenlerinde tütün kullanımını önleme gayreti daha üniversite yıllarında sürdürülmelidir (Konan, 2012; Yılmaz, 2010).

Bu araştırmada amaç, öğretmenlerin sigara içme alışkanlıklarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesidir.

## Yöntem

### 1. Araştırma Grubu

Araştırmanın örneklemini, 2017-2018 Eğitim Öğretim Döneminde Amasya Merkezde farklı ilkokul, ortaokul ve liselerde görev yapan, yaşları 20-60 yıl arası ve farklı branşlarda görevli olan, veri toplama anketlerini doldurmayı kabul eden 119'u bayan, 114'ü erkek olmak üzere 233 sağlıklı gönüllü öğretmenler oluşturdu.

### 2. Verilerin Toplanması

Araştırmaya ilişkin toplanan tüm veriler Konan (2012) tarafından geliştirilmiş ve kendisi tarafından çalışmasında uygulanmış olan, içerisinde 5 sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" ve 22 sorudan oluşan "Öğretmenlerin Sigara Alışkanlıklarını Belirleme Anketi" aracılığı ile elde edildi.

Anketin uygulanması amacıyla Amasya Merkezde farklı mahallerde bulunan ilkokul, ortaokul ve liselere gidildi. Okulların idarecilerinden sözlü olarak izinler alındı. Tüm öğretmenlerle görüşüldü, sağlıklı gönüllü ve sigara kullanan-kullanmayan öğretmenlere anket uygulandı. Anketler gönüllü öğretmenlere dağıtıldı ve doldurulduktan sonra toplandı.

### 3. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde tüm bulgulara yönelik frekans (f) ve yüzde (%) dağılımları alındı ve değerlendirildi.

## Bulgular

Araştırmaya ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda ayrıntılı olarak verildi ve değerlendirildi:

**Tablo 1. Öğretmenlerin sigara içip içmeme durumu**

Değişkenler	f	%
Hiç içmedim	117	50,2
Ara sıra içiyorum	45	19,3
Düzenli içiyorum	50	21,5
İçiyordum bıraktım	21	9,0
<b>Toplam</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

Tablo 1'de görüldüğü gibi öğretmenlerin %51,2'si sigarayı hiç içmediklerini, %19,3'ü ara sıra içtiklerini, %21,5'i düzenli içtiklerini ve %9'u sigarayı bıraktıklarını ifade ettiler.

**Tablo 2: Öğretmenlerin Sigaraya Başlama Yaşı Dağılımı**

Değişkenler	f	%
10-15	16	6,9
16-20	54	23,2
21-25	21	9,0
26-30	1	0,4
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>39,5</b>

Öğretmenlerin %6,9'u 10-15, %23,2'si 16-20, %9'u 21-25 ve %0,4'ü 26-30 yaş aralığında sigara kullanmaya başladıklarını belirttiler (Tablo 2).

**Tablo 3: Öğretmenlerin Sigaraya Başlama Nedenleri**

Değişkenler	f	%
Merak	28	12,0
Özenti	16	6,9
Çevrenin Etkisi	22	9,4
Stres veya Sorun	9	3,9
Arkadaş Ortamı	15	6,4
Hoşlanma	9	3,9
<b>Toplam</b>	<b>99</b>	<b>42,5</b>

Öğretmenlerin %12'si merak, %6,9'u özenti, %9,4'ü çevrenin etkisi, %3,9'u stres veya sorun, %6,4'ü arkadaş ortamı ve %3,9'u hoşlanma nedenlerinden dolayı sigaraya başladıklarını yönünde görüş bildirdiler (Tablo 3).

**Tablo 4: Öğretmenlerin Sigara İçme Nedenleri**

Değişkenler	f	%
Alışkanlık	49	21,0
Hoşlanma	32	13,7
Stres veya Sorun	11	4,7
Diğer	2	0,9
<b>Toplam</b>	<b>94</b>	<b>40,3</b>

Tablo 4'te görüldüğü üzere öğretmenlerin %21'i alışkanlıktan, %13,7'si hoşlanmaktan, %4,7'si stres veya sorundan ve %0,9'u diğer sebeplerden dolayı sigara içmektedirler

**Tablo 5: Öğretmenlerin Günlük Sigara İçme durumları**

Değişkenler	f	%
5 adetten az	25	10,7
6-10	22	9,4
11-15	28	12,0
16-20	17	7,3
Diğer	10	4,3
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>43,8</b>

Tablo 5'te belirtildiği gibi öğretmenlerin %10,7'si 5'ten az, %9,4'ü 6-10 adet, %12'si 11-15 adet, %7,3'ü 16-20 adet ve %4,3'ü 20 adet ve üstü sigara kullanmaktadır.

**Tablo 6: Araştırma grubunun sigara alışkanlığına yönelik görüş ve düşünceleri**

Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam f	Toplam %
	f	%	f	%		
Sigaranın hastalık sebebi olma durumu	233	100,0	-	-	233	100,0
Sigarayı bırakabilme durumu	217	93,1	16	6,9	233	100,0
Sigara içenlerin rahatsızlık verme durumu	220	94,4	13	5,6	233	100,0
Sigara içmemede model olma durumu	216	92,7	17	7,3	233	100,0
Öğrencilere ve halka etkinliklerle sigara alışkanlığını önleme	205	88,0	28	12,0	233	100,0
Sigara paketleri üzerinde sağlığa zararlı uyarısının etkisi	219	94,0	13	5,6	232	99,6
18 yaş altı küçüklere yasaklanması durumu	227	97,4	5	2,1	232	99,6
Çocukların yanında sigara içiminin yasaklanması durumu	230	98,7	2	0,9	232	99,6
Sigara fiyatlarının artması durumu	151	64,8	80	34,3	231	99,1
Okulda öğretmenlerin sigara içmelerinin yasaklanması durumu	162	69,5	70	30,0	232	99,6
Ayrılmış odada sigara içme durumu	161	69,1	71	30,5	232	99,6
Sigarayı bırakmayı düşünme durumu	59	25,3	35	15,0	94	40,3

Sigarayı bırakmayı deneme durumu	60	25,8	36	15,5	96	41,2
----------------------------------	----	------	----	------	----	------

Araştırma grubunun %100'ü bütün hastalıklara sigaranın neden olduğunu, %93,1'i isterlerse sigarayı bırakabileceklerini, %6,9'u isteseler de bırakamayacaklarını, %94,4'ü sigara içenlerin yanında bulunmaktan rahatsız olduklarını, %5,6'sı rahatsız olmadıklarını, %92,7'si sigara içmeyerek çevredekilere örnek olunabileceğini, %7,3'ü ise örnek olunamayacağını, %88'i öğrencilere ve halka bilgi aktarımı dışında değişik etkinliklerde bulunulması gerektiğini, %12'si bulunulmasına gerek olmadığını, %94'ü sigara paketleri üzerinde sağlığa zararlı uyarısı bulunması gerektiğini, %5,6'sı bulunmasına gerek olmadığını. %97,4'ü 18 yaşından küçüklere sigara satılmasının tamamen yasaklanmasını, %2,1 yasaklanmasının gerekmediğini, %98,7'si çocukların yanında sigara içilmesinin yasaklanmasını, %0,9'u yasaklanması gerekmediğini, %64'8'i sigara fiyatlarının aşırı derecede arttırılmasını, %34,3'ü aşırı arttırılmamasını, %69,5'i okulda öğretmenlerin sigara içmelerinin tamamen yasaklanmasını, %30'u yasaklanmamasını, %69,1'i okullarda sigara içme odasında sigara içilmesini, %30,5'i sigara içme odası olmaması gerektiğini, %25,3'ü sigarayı bırakmayı düşündüklerini, %15'i bırakmayı düşünmediklerini, %25,8'i sigarayı bırakmayı denediklerini, %15,5'i ise deneyemediklerini bildirmişlerdir (Tablo 6).

**Tablo 7: Öğretmenlerin Sigarayı Bırakmayı Düşünme Nedenleri**

Değişkenler	f	%
Sağlığı Korumak	73	31,3
Çevreye Örnek Olmak	1	0,4
Yakınmalarınız Olduğu İçin	1	0,4
Para Tasarrufu	3	1,3
Mesleksel Nedenler	1	0,4
İnsanları Rahatsız Etmemek	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>83</b>	<b>35,6</b>

Öğretmenlerin %31,3'ü sağlığını korumak, %0,4'ü çevreye örnek olmak, %0,4'ü yakınmaları olduğu, %1,3'ü ekonomik tasarruf, %0,4'ü mesleksel nedenler ve %1,7'si insanları rahatsız etmemek için sigarayı bırakmayı istediklerini belirttiler.

**Tablo 8: Öğretmenlerin Sigarayı Bırakmayı Düşünmeme nedenleri**

Değişkenler	f	%
Alışkanlık	16	6,9
Hoşlanmak	26	11,2
Stres	5	2,1
Diğer	2	,9
<b>Toplam</b>	<b>49</b>	<b>21,0</b>

Tablo 8’de ifade edildiği üzere öğretmenlerin %6,9’u alışkanlık, %11,2’si hoşlanmak, %2,1’i stres, %0,9’u ise diğer sebeplerden dolayı sigarayı bırakmayı istememektedir.

## **Tartışma**

Dünya ve ülkemiz dikkate alındığına kullanımı en yaygın olan maddelerin tütün ve tütün ürünleri olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde ve erişkinlerde sigara kullanımı az da olsa bir azalma gösterirken, gelişmekte olan ülkelerde ve gençlerde gittikçe yaygınlaşma ve artma göstermektedir. Dünyada 15 yaşın üzerinde olan yaklaşık 1 milyar 250- 1 milyar 300 milyon kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir. Ülkemizde erkeklerin yaklaşık %60.0’ı, kadınların %20.0’si ve 15 yaş üzerindeki toplumun yaklaşık %40.0’ı sigara içmektedir. İlginç olan, sigara kullanım oranları kişilerin eğitim durumları ve statüleri yükseldikçe artmakta; son yıllarda, özellikle kadınlarda sigara kullanım sıklığı ve oranı hızla yükselmekte, kadın sağlık personeli ve öğretmenlerde erkeklerle aynı düzeye ulaştığı görülmektedir (Konan, 2012; Pekşen ve ark, 2005; Yılmaz, 2010).

İlkokul, ortaokul ve liselerde görev yapan öğretmenlerin sigara kullanma alışkanlıklarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada: İlkokul, ortaokul ve liselerde görev yapan öğretmenlerin % 100’ü bütün hastalıklara sigaranın neden olduğunu (Tablo 6), % 50,2’si sigara içmediklerini, ara sıra içenlerle birlikte % 40,8’i sigara içtiklerini ve % 9,0’u sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1). Öğretmenlerden sigara içenlerin % 93,1’i isterlerse sigarayı bırakabileceklerini, % 6,9’u ise bırakamayacaklarını; % 94,4’ü sigara içenlerin yanında bulunmaktan rahatsız olduklarını, % 5,6’sı rahatsız olmadıklarını; % 92,7’si sigara içmeyerek çevredekilere örnek olunacağını, %7,3’ü ise örnek olunamayacağını; % 88’i öğrencilere ve halka bilgi aktarımı dışında değişik etkinliklerde bulunulmasını, % 12’si gerek olmadığını; % 94’ü sigara paketleri üzerinde sağlığa zararlı uyarısı bulunması gerektiğini, % 5,6’sı bulunmaması gerektiğini; % 97,4’ü 18 yaşından küçüklere sigara satılmasının tamamen yasaklanmasını, % 2,1 yasaklanması gerekmediğini; % 98,7’si çocukların yanında sigara içiminin yasaklanmasını, % 0,9’u yasaklanması gerekmediğini; % 64’8’i sigara fiyatlarının aşırı derecede arttırılmasını, % 34,3’ü arttırılmamasını; % 69,5’i okulda öğretmenlerin sigara içmelerinin tamamen yasaklanmasını, % 30’u yasaklanmamasını; % 69,1’i okullarda sigara içme odası bulunması gerektiğini, % 30,5’i gerekmediğini; % 25,3’ü sigarayı bırakmayı düşündüklerini, % 15’i bırakmayı düşünmediklerini; % 25,8’i sigarayı bırakmayı denediklerini, % 15,5’i hiç denemediklerini ifade etmektedirler (Tablo 6). Yine öğretmenlerin % 6,9’unun 10-15, % 23,2’sinin 16-20, % 9’unun 21-25 ve % 0,4’ünün 26-30 yaş aralığında sigara kullanmaya başladıkları (Tablo 2); % 21’inin alışkanlık, % 13,7’sinin hoşlanma, % 4,7’sinin stres veya sorunlar ve % 0,9’unun diğer sebeplerden dolayı sigara içtikleri (Tablo 4); sigara içenlerin % 32,2’sinin 15 adet ve daha az, % 11.6’sının 16 adet ve daha fazla sigara içtikleri (Tablo 5); ayrıca % 31,3’ünün sağlıklarını korumak, % 0,4’ünün



çevrelerine örnek olmak, % 0,4'ünün rahatsızlıktan yakınmaları, % 1,3'ünün maddi tasarruf, % 0,4'ünün mesleki nedenler ve % 1,7'sinin insanları rahatsız etmemek için sigarayı bırakmayı istedikleri (Tablo 7) gözlenmiştir.

Ülkemizde farklı yıllarda ilkokul, ortaokul ve lise öğretmenlerinin sigara içme alışkanlıklarına yönelik çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (Açık, 2011; Barış, 2009; Danacı ve ark, 2000; Demirel ve ark, 2004; Fidan ve ark, 2006; Kocabaş, 1988; Konan, 2012; Kutlu ve Çivi, 2007; Marakoğlu ve ark, 2007; Talay ve ark, 2005; Tunç, 2007; Turgut ve ark, 2001; Turhan, 2010; Ünlü ve ark, 2002; Yılmaz, 2010). Ülkemizdeki araştırmalarda öğretmenlerin yaklaşık, % 32,0-% 55,0 oranları arasındakilerin sigara içtikleri; % 29,0-% 53,0 oranları arasındakilerin sigara içmedikleri; % 15,0-% 25,0 oranları arasındakilerin sigarayı bıraktıkları; ancak sigarayı bırakmak isteyen öğretmenlerin % 28,0-% 80,0 oranları arasında değiştiği gözlenmiştir. Sigara içen bayan öğretmenlerin oranı % 29,0-% 50,0 oranları arasında, erkeklerin ise % 35,0-% 61,0 oranları arasında olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin sigaraya başlama nedenleri arasında yaklaşık % 80-85 oranla en fazla merak, özentisi, çevre ve arkadaş etkisi görülmektedir. (Açık, 2011; Barış, 2009; Danacı ve ark, 2000; Demirel ve ark, 2004; Fidan ve ark, 2006; Kocabaş, 1988; Konan, 2012; Kutlu ve Çivi, 2007; Marakoğlu ve ark, 2007; Talay ve ark, 2005; Tunç, 2007; Turgut ve ark, 2001; Turhan, 2010; Ünlü ve ark, 2002; Yılmaz, 2010). Elde edilen literatür bilgileri ile yaptığımız çalışma sonuçları karşılaştırıldığında paralel bir seyir görünmekte, çalışmamız ve diğer çalışmalarda ülkemizdeki öğretmenler tasvip edilmeyen oranda sigara kullanmakta, ancak yıllar geçtikçe sigara içenlerin oranı sürekli düşme göstermektedir.

Sonuç olarak söylenebilir ki, Amasya merkezde ilkokul, ortaokul ve liselerde farklı branşlarda görev yapan öğretmenlerde küçümsenmeyecek oranda sigara içme alışkanlığı bulunmakta, ancak sigara içenlerin oranı sürekli düşme göstermektedir.

## Kaynaklar

1. Açık, N. (2011). Sivas'taki İlköğretim ve Lise Öğretmenlerinin Sigara Kullanımı ve 4207 Sayılı Yasa İle İlgili Gelişmeler Konusundaki Görüş, Tutum ve Davranışları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas.
2. Barış, S.A. (2009). Kocaeli İli İzmit Belediyesi Sınırları İçerisindeki Okullarda Görev Yapan Öğretmenlerde Sigara İçme ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Prevalansı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
3. Danacı, A.E., Yorgancıoğlu, A., Çelik, P., Topçu, F., Şen, F.S. (2000). Manisa İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçmeye Karşı Tutumları, Toraks Dergisi, 1(3), 16-20.
4. Demirel, Y., Toktamış, A., Nur, N., Sezer, E. (2004). İlköğretim Okullarındaki Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 24, 492-497.
5. Fidan, F., Sezer, M., Demirel, R., Kara, Z., Ünlü, M. (2006). Öğretmenlerin Sigara İçme Durumu ve Sigara Yasağı Karşısındaki Tutumları, Toraks Dergisi, 7(3), 196-199.
6. Kocabaş, A. (1988). Öğretmenlerde Sigara İçme Alışkanlığı, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 5(1), 51-61.
7. Konan, N. (2012). İlköğretim Okulu ve Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Alışkanlıkları, Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (4), 74-98.
8. Kutlu, R., Çivi, S. (2007). Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4), 273-278.
9. Marakoğlu, K., Erdem, D., Çivi, S. (2007). Konya'da İlköğretim Okullarındaki Öğretmenler Arasında Sigara İçme Durumu, Toraks Dergisi, 8(1), 37-40.
10. Pekşen Y., Canbaz S., Sünter AT., Tunçel, EK. (2005). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Bağımlılık Dergisi 6(3),111-116
11. Talay, F., Altın, S., Çetinkaya, E. (2005). İstanbul Eyüp İlçesi Lise Öğretmenlerine Uygulanan Sigara Anketi Sonuçları, Solunum Hastalıkları, 16, 53-59.
12. TCSB, ( 2010 ). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 22.01.2019 Tarihinde [Http://Www.Sigarabirakmadaogrenmezemi.org/Media/Downloads/KYTA\\_Kitap.Pdf](http://www.sigarabirakmadaogrenmezemi.org/media/downloads/KYTA_Kitap.pdf) Adresinden Alınmıştır.
13. Tunç, Z. (2007). Edirne'de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.

14. Turgut, T., Deveci, F., Altuntaş, E., Muz, M.H. (2001). Elazığ'da Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerine Uygulanan Sigara Anketi Sonuçları, Solunum Hastalıkları, 3, 295-299.
15. Turhan, E. (2010). Denizli Merkez İlçe Liselerinde 5727 Sayılı Yasanın Ve Eğitimin, Öğretmenlerde Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
16. TÜİK, (2010). Küresel Tütün Araştırması, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Yayın No: 3324.
17. Ünlü, M., Orman, A., Cirit, M., Demirel, R. (2002). Afyon'da Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Alışkanlığı Ve Sigaraya Karşı Tutumları. Solunum Hastalıkları, 13, 203-207.
18. Yılmaz, N. (2010). Sigara İçen Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışı ve Sigara İçme İsteğinin Belirleyicileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

# Son Peygamber'in Sağlığa Dair Mesajları

## The Last Prophet's Messages on Health

Mehmet AKBAŞ<sup>1</sup>

### ÖZET

Hız. Muhammed (s.a.v.) hayatın hemen sahasına dair mesajlar bırakmıştır. İnsanın dünya ve ahiret mutluluğunu hedef alan bu mesajlarda sağlığa dair külliyetli bir malumat da mevcuttur. Sağlığa dair temel ilkeleri içeren bu mesajlar tarih boyunca Müslüman milletler tarafından okunmuş, zaman ve zemine göre uygulanmaya çalışılmıştır. Onun sağlığa dair bize ulaşan mesajlarının temelinde üç ana konudan müteşekkil olduğunu görmekteyiz. Bunlar İslam'ın en eski kaynaklarında "Bedeni hastalıklar ve tedavileri", "Tedavi olma konusunda tutum ve öğütler" ve "Koruyucu hekimlik" şeklindedir. Bu üç başlık altında Hız. Muhammed hastalıklar ve tedavilerine dair onlarca hatta yüzlerce tavsiyede bulunmuş ve müminleri yönlendirmiştir. Son Elçi bedeni hastalıkların yanı sıra ruhi hastalıkların da tedavisine dair bazı mesajlar vermiştir. Hız. Muhammed'in kendi zamanında ortaya koyduğu bu esaslar bugün dahi çeşitli sahalardaki uzmanlar tarafından tartışılmaktadır. Modern asrın insanı onun sözlerinde belirtilen hususları deney masasına yatırarak anlama çabasına girmiştir. Bu bildirimizde Hız. Muhammed'den sağlığa dair bize ulaşan geniş malumatı ana hatlarıyla vermeye çalışacağız.

**Anahtar kelimeler:** Hız. Muhammed, sağlık, tedavi, hastalık.

### ABSTRACT

Prophet Muhammad left messages about almost every field of life. These messages target the happiness of the world and the hereafter. Large sets of messages regarding health are also available. These messages, which contain the fundamental principles regarding health, have been read by Muslim nations throughout history and tried to be applied according to their time and setting. We see that his messages that have reached us about health are essentially three main topics. These were listed in the oldest sources of Islam as follow: "Body diseases and treatments", "Attitudes and advice on receiving treatment" and "Preventive medicine". Prophet Muhammed has made hundreds of recommendations on diseases and treatments and has guided his believers. The last prophet also gave some messages about the treatment of mental diseases as well as of the body diseases. These principles, which Prophet Mohammed provided in his lifetime, are still being discussed by experts in various fields. The people of the modern century have made an effort to understand the points mentioned in his remarks by doing some scientific experiments. In this report, we will try to outline the extensive knowledge by Prophet Muhammed regarding health.

**Keywords:** Prophet Muhammed, health, treatment, disease.

---

<sup>1</sup> Prof.Dr., Gaziantep Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, İslam Tarihi ve Sanatları Bölümü, [makbas72@hotmail.com.tr](mailto:makbas72@hotmail.com.tr)

## Giriş

Son Peygamber Hz. Muhammed hayatın hemen her sahasına dair mesajlar vermiş, bütün yönleriyle mükemmel bir toplumun oluşması için ilkeler belirlemiştir. Bu ilkeler sağlık, hukuk, savaş, sosyal hayat ve ibadet konuları olmak üzere çeşitli olabirmiştir. Askeri sahada talim ve terbiye verdiği gibi günlük hayatta insanlar arası işkillere dair esaslar da belirlemiştir. Ticaretin hangi esaslar üzerine yapılacağını belirtirken diğer tarafından başka din müntesipleriyle nasıl muamele edilmesi gerektiğini belirtmeyi ihmal etmemiştir. İnsan yetiştirme noktasında azami gayret sarf ederken hayvan haklarından çevreye sahip çıkmaya kadar birçok alanda özlü sözler söylemiştir. Çocukların eğitiminden komşuluk ilişkilerine kadar birçok hususta üstün ilkeler ortaya koymuştur.

Onun sağlığa dair sözleri de olmuştur. Bunları özellikle Medine'de yaşadığı günlerde arkadaşlarıyla paylaşan Hz. Muhammed, her açıdan sağlıklı bir toplumun ortaya çıkması için gayret etmiştir. Arkadaşlarını yönlendirmiş, onlara tavsiyelerde bulunmuş ve günümüz tıbbının yeni keşfettiği bazı hususları o dönemde dile getirmiştir. Arkadaşları onun yönlendirmelerinden istifade etmişler, hastalık ve sağlığa dair problemlerini çözmede onun görüşlerine müracaat etmişlerdir. Onun ortaya koyduğu görüşler sağlığın hemen her sahasına yönelik olabirmiştir. Öyle anlaşılıyor ki Resûlullah, esaslı surette tıbbi malumata vakıf bulunuyordu.<sup>2</sup>

## Son Peygamber'in Hastalık ve Şifaya Dair Sözleri

Hız. Muhammed insanların muhakkak surette tedavi yollarını aramalarını istemiştir. Hastalığın kaçınılmaz olduğunu, insana düşen vazifenin ise hastalığın tedavisini aramak, çareler üretmek olduğunu haber vermiştir. Bir sözünde şunları söylemiştir: "Her hastalığın bir tedavisi vardır. Tedavisi bulunan hastalık da ancak Allah'ın izniyle geçer."<sup>3</sup>

Bir başka sözünde de şöyle demiştir: "Allah şifasını vermediği hiçbir hastalığı yeryüzüne indirmemiştir."<sup>4</sup>

Hız. Muhammed'in arkadaşlarından Üsâme b. Şerik şunları anlatıyor: Bedeviler(çölde yaşayan Araplar) geldiler ve dediler ki: "Ya Resûlallah! Tedavi olalım mı?" Bunun üzerine Hız. Muhammed şunu söyledi: "Ey Allah'ın kulları! Tedavi olunuz! Zira Allah, bir hastalık hariç şifasını vermediği hiçbir hastalık bırakmamıştır." Bedeviler "O (hastalık) da nedir?" diye sorunca, Hız. Muhammed "O da ihtiyarlıktır" buyurdu. Bu sözün diğer bir varyantı da şu şekilde

<sup>2</sup> Muhammed Hamidullah, *İslam Peygamberi*, trc. Saliğ Tuğ, İrfan Yayıncılık, İstanbul 1991,II, s. 808.

<sup>3</sup> İbn Kayyim el-Cevziyye, *Zadü'l-Mead Resûlullah'ın Yolunda*, trc. Vecdi Akyüz ve dğr., İklim Yayınları, İstanbul 1990, IV, 252.

<sup>4</sup> Zadü'l-Mead, IV, 252.

gelmiştir: “Allah şifasını vermediği hiçbir hastalığı (yeryüzüne) indirmemiştir. O hastalığı bilen bildi, bilmeyen bilmedi.”<sup>5</sup>

Hz. Muhammed’in arkadaşlarından biri olan Ebu Hüzame ona şunu sorar: “Ey Allah’ın elçisi! (Hastalıklarımızı geçirmek için) rukye olarak yaptığımız duayı, tedavi olduğumuz ilacı, (haslığa tutulmamak için) tedbir almamızı nasıl buluyorsunuz? Acaba bunlar Allah’ın takdirinden herhangi bir şeyi geri çevirebilir mi?” Bunun üzerine Hz. Muhammed şöyle dedi: “O (saydığın şeyler de) Allah’ın takdiridir.” Hz. Muhammed bu açıklamasıyla insanların yaptıklarını uygun görmüştür.<sup>6</sup>

Hz. Muhammed, “Her hastalığın bir şifası vardır” derken hem hastaya hem de onu tedavi etmeye çalışan tabibe moral gücü vermiştir. Hastalıktan kurtulmanın yollarını araştırmaya teşvik etmiştir. Çünkü hasta, hastalığını geçirecek bir ilacın mutlaka var olduğuna inanırsa, kalbi umutlanır, karamsar olmaz, şifayı bulma yolunda umut kapısı açılır. Ruhu, psikolojisi bu sebeple kuvvetlendiğinde hastalıktan dolayı meydana gelen harareti ortadan kalkar. Bu durum hastanın maneviyatının güçlenmesine vesile olur. Ruh kuvvetlendiğinde onu taşıyan beden de güçlenmeye başlar, böylece beden, hastalığı yener ve onu ortadan kaldırır. Aynı durum doktor için de geçerlidir. Çünkü hastalığın mutlaka bir devasının, ilacının olabileceğine kanaat getirirse, onu bulmak için araştırmaya koyulur.<sup>7</sup>

### **Hz. Muhammed’in Dengeli Beslenmeye Dair Sözleri**

Bo konuda Son Elçi şunu söylemiştir: “İnsanoğlu midesinden daha kötü hiçbir kabı doldurmamıştır. Halbuki onlara belini doğrultacak birkaç lokmacık kafi gelir. Mutlaka midesini dolduracaksa, üçte birini yemeğe, üçte birini içeceğe, üçte birini de hava için ayırsın.”<sup>8</sup>

Burada Hz. Muhammed mideye aşırı yüklenmenin yapacağı tahribata dikkat çekmiştir. Mideyi bir kaba benzetmiş ve onu aşırı doldurmanın sağlık açısından zararlı olacağını, onu doyuracak birkaç lokmanın sağlıklı yaşamaya kafi geleceğini belirtmiştir. Günümüz tıbbı da aynı hakikati dile getirmekte, tıka basa doldurulan bir midenin hastalıklara kapı aralayacağını haber vermiştir.

### **Tedaviye Dair Tavsiyeleri**

Son Elçi, insan vücudunda hararetin/ateşin baş göstermesi ile ilgili şunu söylemiştir: “Humma ve humma hastalığının şiddeti, ancak cehennem hararetinin şiddetinden bir parçadır. Dolayısıyla humma ateşini su ile soğutun!”<sup>9</sup>

<sup>5</sup> Buhari, *Sahih-i Buhari(Muhtasar)*, terc ve tahric: Hanefi AKIN, Tıb, hadis no: 1851, Polen yayınları, İstanbul 2008; *Zadü'l-Mead*, IV, 252.

<sup>6</sup> *Zadü'l-Mead*, IV, 253.

<sup>7</sup> *Zadü'l-Mead*, IV, 254-356.

<sup>8</sup> *Zadü'l-Mead*, IV, 256.

<sup>9</sup> Buhari, Tıb, hadis no: 1861; *Zadü'l-Mead*, IV, 266.

Bir hadiste ateşi olan insanın nehre girmesini, bunu güneşin doğumundan önce yapmasını, kendisini suyun akşına doğru vermesini istemiştir. Bunu yaparken şu duayı yapmasını istemiştir: “Ey Allah’ım! Kulunu şifaya kavuştur. Elçini doğrula!”

Şayet yine geçmese hastanın buna dokuz güne kadar devam etmesini belirtmiş, neticede humma hastalığının ancak dokuz devam edeceğini belirtmiştir.

İshalin tedavisi için de bal şerbeti içmeyi tavsiye etmiştir.

Veba(taun) hastalığına dair şunu söylemiştir: “Taun, İsrailoğullarından bir gruba ve sizden evvel yaşamış olanlara gönderilmiş bir azaptır. Bir yerde veba olduğunu işittiğiniz taktirde o yere gitmeyiniz. Şayet veba sizin de içinde bulunduğunuz bir yerde zuhur etmişse vebadan kurtulalım diye oradan başka bir yere gitmeyiniz!”<sup>10</sup> Son Elçi hastalığın başkalarına bulaşmaması için böyle bir tavsiye de bulunmuştur.

Onun döneminde akan kanı durdurmak için ot cinsinden bir şey yakıp elde edilen külü yaraya bastırarak durdurma yoluna gidilmiştir. Bu müdahale şekli Hz. Muhammed’in kızı tarafından kendisine yapılmıştır.<sup>11</sup>

O, ağız sağlığı için de bir bitki olan ve fırça şeklini alan misvak kullanımını tavsiye etmiştir.<sup>12</sup> Bugün ki tıp dahi bu bitkinin ağız sağlığı için yararlı olduğunu ispat etmiştir.

### **Hacamat Yaptırma/Kan Aldırma**

Hz. Muhammed şöyle demiştir: “Şifa üç şeydedir: Bal içmek, kan aldırma ve ateşle dağlama. Fakat ben ümmetime dağlayarak tedavi olmayı yasaklıyorum”<sup>13</sup>

O, “En hayırlı tedavi şekli hacamattır” demiştir. Kan aldırmanın hangi günlerde yapılacağını belirtmiş, bunların ayın on yedi, on dokuz ve yirmi birinci günlerinde olmasını dile getirmiştir.<sup>14</sup> Kendisi de başına ve sırtına hacamat yaptırmıştır.

Medine’de Son Elçi’ye bir Yahudi kadın tarafından zehirli yemek yedirilince tedavi niyetiyle omuzlarına hacamat yaptırmıştır.<sup>15</sup>

Kansızlığın tedavisi için sinameki otunu tavsiye etmiştir. Bu otları ilgili olarak, “Şayet ölüme çare olsaydı o da sinameki olurdu.” buyurmuştur.<sup>16</sup> Aynı şekilde çörek otunu da övmüş ve onu tavsiye etmiş, ölüm dışında her derde deva olduğunu belirtmiştir.<sup>17</sup>

---

<sup>10</sup> Zadü'l-Mead, IV, 277.

<sup>11</sup> Zadü'l-Mead, IV, 289.

<sup>12</sup> Buhari, Abdest, hadis no: 180-181.

<sup>13</sup> Buhari, Tıb, hadis no: 1852; Zadü'l-Mead, IV, 289

<sup>14</sup> Zadü'l-Mead, IV, 292.

<sup>15</sup> Zadü'l-Mead, IV, 349.

<sup>16</sup> Zadü'l-Mead, IV, 310.

<sup>17</sup> Buhari, Tıb, hadi no: 1854.

Kaşıntının tedavisi için kendi arkadaşlarından Abdurraman b. Avf ile Zübeyr b. el-Avvam'a ipek elbise giymeyi tavsiye etmiştir. Bu arkadaşları savaşlar sırasında vücutlarında bitlenmeyle karşılaşmışlardı ve bu yüzden Hz. Muhammed onlara bunu tavsiye etmişti.<sup>18</sup>

Akciğer hastalığı için de öd ağacı ve zeytin yağı tavsiye edilmiştir.<sup>19</sup> O dönemde öd ağacının yakılarak kokusuyla tedavi gerçekleştirildiği bilinmektedir.

Son elçi baş ağrısına yakalandığında başını kına otu ile kaplardı ve şöyle derdi: "Kına otu Allah'ın izniyle baş ağrısına faydalıdır."<sup>20</sup>

Son Elçi hastaların beslenmesiyle ilgili olarak onların yemeye ve içmeye zorlanmaması yönünde tavsiyede bulunmuştur.<sup>21</sup>

Bademcik iltihabına yakalanmış olanların bademciklerinin sıkılarak tedavi edilmesini doğru bulmamıştır. Öd ağacının suyundan hastanın burnuna damlatılması tavsiyesinde bulunmuştur.<sup>22</sup>

Mide ile ilgili olarak şunu söylemiştir: "Mide bedenin havuzudur. Damarların mide ile irtibatı vardır. Şayet mide sağlıklı olursa damarlarda sağlıklı olur. Mide hasta olursa damarlar da hasta olur."<sup>23</sup>

Bedende bir yerin uyuşması durumunda soğuk su ile tedaviyi önermiştir.<sup>24</sup>

Hz. Peygamber içine sinek düşmüş bir yemekle ilgili olarak şunu söylemiştir: "Birinizin kabına sinek düştüğünde onu yemeğe iyice batırsın. Çünkü (sineğin) bir kanadında zehir diğer kanadında ise panzehir vardır."<sup>25</sup> Hadisin bir başka rivayetinde sineğin yemeğe iyice daldırılması tavsiye edilmiştir ki bu sayede her iki kanat da kendisinde bulunanı yemeğe aktarsın ve böylece zehir, panzehir sayesinde yok olsun.<sup>26</sup>

Sivilcelerin tedavisi için zerir (tutya) denilen bir tür ilacı tavsiye etmiştir. Bunun sivilcenin üzerine konulmasını söylemiştir.<sup>27</sup> Mantar suyunun ise göz için bir şifa olduğunu belirtmiştir.<sup>28</sup>

Son Elçi hastaların ruhen rahatlatılmasını, kendilerine moral verilmesini istemiştir. Onları ziyarete giden kimselerin rahatlatıcı sözler söyleyerek hastaların morallerinin yükseltilmesini tavsiye etmiştir. O, bir hasta ile karşılaştığında ona şikayetini sorar, kendisini nasıl gördüğünü

---

<sup>18</sup> Zadü'l-Mead, IV, 313.

<sup>19</sup> Buhari, Tıb, hadis no: 1855; Zadü'l-Mead, IV, 317.

<sup>20</sup> Zadü'l-Mead, IV, 320.

<sup>21</sup> Zadü'l-Mead, IV, 324.

<sup>22</sup> Buhari, Tıb, hadis no: 1857; Zadü'l-Mead, IV, 327.

<sup>23</sup> Zadü'l-Mead, IV, 336.

<sup>24</sup> Zadü'l-Mead, IV, 340.

<sup>25</sup> Zadü'l-Mead, IV, 341.

<sup>26</sup> Buhari, Tıb, hadis no: 1872.

<sup>27</sup> Zadü'l-Mead, IV, 343.

<sup>28</sup> Müslim, *Sahih-i Buhari(Muhtasar)*, terc ve tahrir: Hanefi AKIN, Tıb, hadis no: 1851, Polen yayınları, İstanbul 2008; Eşribe, hadis no: 1339.



ve canının ne istediğini bilmek isterdi. Elini onun alınına, bazen de göğsüne koyar, ona dua eder ve hastalığına fayda veren şeyi söylerdi. Bazen abdest alır ve suyundan hastanın üzerine serperdi. Kimi zaman da hastaya, “Ziyanı yok, inşallah temizdir” derdi.<sup>29</sup> Hastalara gıdaların en iyilerinden verilmesini isterdi. Güçlü bir gıda olan telbine (un kepeği ile süt veya balın karıştırılması ile yapılan yemek) için şunu söylemiştir: “Telbine hastanın kalbine ferahlık verir, bir kısım hüznün ve kederi giderir.” Bu yemeğin karnı temizleyeceğini haber vermiştir.<sup>30</sup>

Son Elçi en iyi doktorun seçilmesini tavsiye etmiş, kendisine yöneltilen, “Tıpta hayır var mı?” sorusuna “Derdi indiren devasını da indirmiştir” şeklinde cevap vererek şifanın peşine düşülmesini istemiştir.<sup>31</sup>

Doktorlarla ilgili olarak yaptığı bir açıklamada şunu söylemiştir: “Daha önce tıbbı bilmediği halde doktorluk yapan (şayet bir tehlikeye yol açarsa) tazminatını öder”<sup>32</sup>

### **Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma**

Son Elçi bulaşıcı hastalıkların başkalarına bulaşmaması için önemli uyarılarda bulunmuş, dikkatleri yapılması gereken hususlara çekmiştir. Bir defasında bir heyet Peygamber Efendimizin yanına geldiğinde içlerinde bir cüzzamlı hastanın olmasından dolayı onun geri dönmesini istemişti. Arkadaşlarından birine, “Cüzzamlı kimseden arslandan kaçır gibi uzak dur!” demiştir.<sup>33</sup> Bir sözünde de cüzzamlıya çok bakmayın demiş ve bununla muhtemelen onun rahatsız edilmemesine işaret etmiştir. Yine bir başka sözünde arkadaşlarına tavsiye de bulunurken, “Cüzzamlı ile bir veya iki mızrak boyu mesafeden konuşun!” demiştir.<sup>34</sup>

O, veba hastalığının olduğu yere girilmemesini, orada bulunanın da başka bir yere intikal etmemesini istemiş ve bu şekilde hastalığın yayılmamasını öğütlemiştir.<sup>35</sup>

Bitlenmiş bir adamın Son Elçi'nin yanına gitmesi üzerine, ona, “Meşakkatin sende bu derece olduğunu bilmezdim” demiş ve adamın başını tıraş etmesini, altı fakiri doyurmasını ya da bir koyun kesmesini ve yahut üç gün oruç tutmasını emretmiştir.<sup>36</sup>

Hz. Muhammed nazar değmesinin gerçek olduğunu ve bundan dolayı kişinin yıkanması gerektiğini belirtmiş, nazarı değdiren kişinin de abdest almasını söylemiştir. Nazara karşı yapılacak olan şeyin bazı sure, ayet ve duaların okunması olduğunu belirtmiştir. Bunlar Felak ve Nas sureleri, Ayete'l-Kürsi'dir. Bunun yanında hadis kitaplarında çok sayıda dua vardır ki Hz. Muhammed bunların nazar v.b durumlara karşı okunmasını tavsiye etmiştir. Mesela

---

<sup>29</sup> Zadü'l-Mead, IV, 345.

<sup>30</sup> Buhari, Et'ime, hadis no: 1793; Zadü'l-Mead, IV, 347.

<sup>31</sup> Zadü'l-Mead, IV,356.

<sup>32</sup> Zadü'l-Mead, IV, 358.

<sup>33</sup> Buhari, Tıb, Hadis no: 1859; Zadü'l-Mead, IV, 367.

<sup>34</sup> Zadü'l-Mead, IV, 367

<sup>35</sup> Zadü'l-Mead, IV, 370.

<sup>36</sup> Zadü'l-Mead, IV,375.

bunlardan bir tanesi şu şekildedir: “Yarattıklarının şerrinden Allah’ın tam kelimelerine sığınırım.”<sup>37</sup>

Arkadaşlarından Sehl b. Huneyf’e nazarı değiştiği için Amir b. Rebia’ya “Ona bereket duası yapsaydın ya!” demiş ve bunun üzerine o da “Allah’ım ona bereket ver!” şeklinde dua etmiştir.<sup>38</sup>

Beden sağlığı konusunda onun en önemli iki tavsiyesi şu şekilde özetlenebilir: “Acıkmadan yememek, yiyince de tam doymadan sofradan kalkmak.” Kendisi ailesiyle birlikte iki öğün yemeyi adet haline getirmiş ve sofradan doymadan kalkmıştır.<sup>39</sup>

Son Elçi’nin arkadaşları, onun tavsiyeleri doğrultusunda tedavi yöntemlerini araştırıp, tedavi olmuşlar ve zaman zaman da hastalıklara karşı karantina diyebileceğimiz bazı tedbirleri almışlardır.<sup>40</sup>

Hz. Peygamber beden temizliği ilgili de çok sözler söylemiş ve bu sayede insanları beden temizliğine teşvik etmiştir. İnsanların koltuk altı kıllarını kesmesi, etek temizliği yapması, sünnet olması onun sözlerinde yer alan hususlardır. Onun yapılmasını istediği bu temizlikler günümüz tıbbi açısından da ada teşvik edilmiş, sağlıklı bir beden için bunlar kaçınılmaz görülmüştür. Özellikle sünnet olma konusunda çağımızda önemli veriler ortaya konmuştur.<sup>41</sup>

Su kaplarının örtülmesi ile ilgili şunu söylemiştir: “Kapları örtünüz, kırbaların ağzını bağlayınız. Çünkü yıl içinde öyle bir gece vardır ki o gecede veba hastalığı iner. Üzerinde örtü bulunmayan bir kaba uğrarsa muhakkak bu vebadan oraya iner.”<sup>42</sup> Burada insanın bulaşıcı mikroplara karşı tedbir olmasını istemiştir.

## **Ruhsal Hastalıkları Tedavi**

Kur’ân- Kerim kalplerin ancak Allah’ı anmakla huzura kavuşacağını haber verir.<sup>43</sup> Yine Kur’ân balın insanlara şifa olduğunu bildirirken,<sup>44</sup> kendisinin yani Kur’ân’ın da mü’min kimselere şifa olduğunu bildirerek Kur’ân’ın şifa olabilmesi için iman şart koşar.<sup>45</sup> Bir üzüntü veren büyük bir hadise ile karşılaşma durumunda ruh sağlığı için şu önemli tavsiyeyi yapmış ve Müslümanların bunu yani Kur’ân’dan şu ayeti söylemesini istemiştir: “Sabredenleri müjdele! Başlarına bir hadise geldiğinde “Biz Allah’tanız ve elbette O’na döneceğiz.”derler. Rablerinin rahmeti ve mağfireti onlarıdır...”<sup>46</sup> Bununla kişinin dünya hayatının basitliğini, insanın ölümlü olduğunu

<sup>37</sup> Buhari, Tıb, hadis no: 1863; Zadü'l-Mead, IV, 383-384.

<sup>38</sup> Zadü'l-Mead, IV, 386

<sup>39</sup> Mahmut Çınar, *İnsan ve Peygamber Olarak Hz. Muhammed*, Beyan Yayınları, İstanbul 2018, s. 81.

<sup>40</sup> Erdoğan KÖYÇÜ, “Tarihten Günümüze İnsan Sağlığının Korunması ve Tıbb-ı Nebevi’de Karantina Uygulamaları” *Ulusal Arası Tıbb-ı Nebevi Kongresi*, 24 - 25 Haziran, 2014 Ankara, Bildiriler kitabı, s. 322.

<sup>41</sup> Bk. Hakan Hadi Kadioğlu-İ. Hakkı Aydın-Eyüp bekir Yazıcı, *Dini ve Tıbbi açıdan Sünnet*, Atatürk Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi, sayı: 25, Erzurum 2006.

<sup>42</sup> Buhari, Eşribe, hadis no: 1827; Müslim, Eşribe, hadis no: 1315; Ebu Davud, Sünen, Eşribe, hadis no: 2731; Zadü'l-Mead, IV, 438.

<sup>43</sup> Ra’d 28.

<sup>44</sup> Nahl 69.

<sup>45</sup> İsrâ 82.

<sup>46</sup> Bakara 155.

bilmesini istemiş ve bu duygunun insanı teselli edeceğini haber vermiştir. Kalplerin ancak Allah ile mutlu olacağını yolunu göstermiştir.

Son Peygamber ruh sağlığı için sürekli Allah'ı tavsiye etmiş, onun en yakın dost olarak bilinmesini istemiştir. Kendisi vefatı sırasında "En yüce dosta" ifadelerini kullanmış ve ölüm vesilesiyle asıl dostun yanına gittiğini haber vermiştir. Bu dünyadaki tüm dost ve çevrenin ölümlü olduğunu, asıl kalıcı dostluğun Allah ile kurulan dostluk olduğunu haber bildirmiştir. Bu yönüyle son elçi insanların ruhi bunalımlarını Allah inancı ile bertaraf etmek istemiş, kalp ve ruh şifasının tek dermanının Allah olduğunu bildirmiştir. Bu manada Kur'ân- Kerim Allah ile dost olan insanlardan bahsetmiş ve asıl kazanacak olan kimselerin onlar olduğunu ifade etmiştir. Allah'ı dost bilenlerin asla ve asla üzülmeyeceklerini ve onlar için herhangi bir korkunun olmayacağını haber vermiştir.

Ruh sağlığı için de diğer bir tavsiye namazdır. Son Elçi onun göze aydınlık vereceğini belirtmiştir. Namaz gibi bir ibadetin ruhu ferahlattığına işaret etmiştir. Çünkü namazda kalbi ferahlatan ve güçlendiren, neşe ve manevi zevke boğan bir özellik vardır. Namazda kalp, Allah ile ilişki kurar, O'na yakın olur.

Hız. Muhammed keder, üzüntü, gam ve hüznün tedavisi konusunda tavsiyelerde bulunmuştur. O, üzüntülü durumunda şöyle derdi:

"Yüce ve yumuşaklık sahibi olan Allah'tan başka ilah yoktur. Yüce arşın Rabbi olan Allah'tan başka ilah yoktur. Yedi kat göklerin, yeryüzünün ve Yüce arşın Rabbi olan Allah'tan başka ilah yoktur."<sup>47</sup>

Son Peygamber kendisini üzen bir durumla karşılaştığında gökyüzüne bakar ve "Ey büyük Allah'ım, sen her türlü noksanlıktan uzaksın" derdi.<sup>48</sup> Onun inancındaki sebatı, Allah'a bağlılığı, ibadete düşkünlüğü, tövbe ve istiğfarı,<sup>49</sup> mü'minler için örnek olup ruh sağlığı açısından göz önünde bulundurulması gereken özelliklerdir.

Hız. Peygamber kendisini üzen bir durumla karşılaştığında namaza sığınır.<sup>50</sup> Yine üzüntü ve kederi artan kimse için bol şekilde "La havle vela kuvvete illa billah" (güç ve kuvvet ancak Allah'tandır) sözünü söylemeyi tavsiye etmiştir ve bu sözün cennet hazinelerinden biri olduğunu belirtmiştir.<sup>51</sup>

Üzüntüyü gidermesi açısından bu manada hadis kaynaklarında çokça malumat vardır.<sup>52</sup>

---

<sup>47</sup> Zadü'l-Mead, IV, 407.

<sup>48</sup> Zadü'l-Mead, IV, 408.

<sup>49</sup> Mustafa Çağrırcı, "MUHAMMED", TDV İslâm Ansiklopedisi, <https://islamansiklopedisi.org.tr/muhammed#7-ornek-olusu> (13.02.2019).

<sup>50</sup> Zadü'l-Mead, IV, 410.

<sup>51</sup> Zadü'l-Mead, IV, 411.

<sup>52</sup> Bk. Zadü'l-Mead, IV, 409.

Hız. Muhammed korku ve uykusuzluğa karşı da bazı dualar tavsiye etmiştir ki bunlar hadis kaynaklarında anlatılmıştır.<sup>53</sup>

İnsanın kendi sağlığına sahip çıkması, bunun kıymetini bilmesi konusunda şu sözü söylemiştir: “İki nimet vardır ki insanların çoğu bundan habersizdir. Bunlar sağlık ve boş vakittir.” Bu sözler Son Elçi kişinin sağlığı konusunda dikkatli olmasını ve bunun farkında olmasını istemiştir. Sağlığın büyük bir nimet olarak bilinmesini arzu etmiştir.

Bir bedevi Hız. Peygamber’e gelip, “Namaz kıdıktan sonra Allah’tan ne isteyeyim’ diye sorunca, Hız. Peygamber, “Sağlık iste!” buyurmuştur. Adam sorusunu tekrarlayınca Hız. Peygamber “Hem dünyada ve ahirette sağlık iste!” demiştir.<sup>54</sup>

### **Beslenme İle İlgili Tavsiyeleri**

Yiyecek ve içecekler konusunda belirli birini seçip başkasını yememek Hız. Peygamber’in adeti değildi. Kendi bölge halkının adeti üzerine et, meyve, ekmek, hurma v.b. gıdalar alırdı. Mesela tatlı, bal ve eti severdi.<sup>55</sup> Onun tavsiye ettiği gıdalar günümüz tıbbının da tavsiye ettiği gıdalardır. Bunlar karbonhidratlar, vitaminler, yağlar ve proteinlerdir.<sup>56</sup>

Hız. Muhammed bir yere yaslanarak yemezdi.<sup>57</sup> Yemekten hemen sonra uyumayı doğru bulmamış ve bunun kalbi sıkıştırdığını haber vermiştir. Yemek zerine su içip onu bozmak, özellikle de yemek üzerine sıcak ya da soğuk su içmek onun adeti değildi. Suyu oturarak içmeyi tavsiye etmiştir.<sup>58</sup> Ayakta su içtiği de olmuştur.<sup>59</sup> Suyu  yudumda içmiş ve bunu başkalarına da söylemiştir. İeeğe flenmesini yasaklamıştır.<sup>60</sup> Yemeği sağ elle yemeyi tavsiye etmiştir.<sup>61</sup>

### **Sonuç**

İslam insanın her açıdan sağlıklı ve huzur içinde yaşamasını istemiştir. Son Elçi’nin hadislerinde sağlıklı yaşama dair çokça malumat olup o bunları Müslümanların günlük hayatlarında dikkat etmesi gereken hususlar olarak belirtmiştir. Hız. Muhammed insanın hasta yakalanmasını Allah’ın bir taktiri olarak ifade etmiş ve hastalığa şıfa aranması gerektiğini bildirmiştir.

Hız. Muhammed koruyucu hekimlik noktasında da bazı sözler söylemiş, insanın hastalıktan önce sağlığın kıymetini bilmesi gerektiğini ifade etmiştir. İnsanlarının çoğunun sağlıklı iken

<sup>53</sup> Zadü’l-Mead, IV, 418.

<sup>54</sup> Zadü’l-Mead, IV, 426.

<sup>55</sup> Zadü’l-Mead, IV, 438.

<sup>56</sup> Sare Emanet, Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kur’anı Ölçüleri, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2005, s. 26.

<sup>57</sup> Buhari, Et’ime, hadis no: 1787.

<sup>58</sup> Mslm, Eşribe, hadis no: 1323; Ebu Davud, Sünen, trc: Abdullah Parlıyan, İstanbul 2015, Eşribe, hadis no: 3717.

<sup>59</sup> Buhari, Eşribe, hadis no: 1830; Mslm, Eşribe, hadis no: 1323.

<sup>60</sup> Buhari, Eşribe, hadis no: 1834; Zadü’l-Mead, IV, 439.

<sup>61</sup> Buhari, Et’ime, hadis no: 1783; Müslim, Eşribe, hadis no: 1319.

sağlığın kıymetinden bihaber olduklarını, bunun en büyük nimet ve servetlerden biri olduğunu bildirmiştir.

Yeme-içme noktasında bazı tavsiyelerde bulunan Hz. Muhammed vücut cihetiyle sağlıklı olacak bir yaşamı iki cümlede özetlemiştir. Bunlar az yemek ve acıkmadan yememektir. Bunun yanında üzüntü, keder gibi rahatsızlıkların tedavisi için Allah inancını göstermiştir. Mü'minler açısından Allah'a ve O'na yönelmenin en önemli göstergesi olarak namazı işaret etmiş, ruhen sağlıklı kalmanın yolunu Allah inancına bağlamıştır. Onun hayatına dair bize ulaşan bilgilerde inancındaki sebatı, Allah'a bağlılığı, ibadete düşkünlüğü, tövbe ve istiğfar konusundaki titizliği dile getirilmiş, bunlar ruhen ve manen sağlıklı olma yolunda örnek alınacak hususlar olmuştur. İnsanlık varoldukça bu ilkler, istifade edebilenlere yol gösterecek ve sağlıklı bir yaşama yolunda yardımcı olacaktır.

## Kaynaklar

1. Buhari, *Sahih-i Buhari(Muhtasar)*, terc. ve tahrir: Hanefi AKIN, Polen yayinlari, İstanbul 2008.
2. Çağrııcı, Mustafa, "MUHAMMED", *TDV İslâm Ansiklopedisi*, <https://islamansiklopedisi.org.tr/muhammed#7-ornek-olusu> (13.02.2019).
3. Çınar, Mahmut, *İnsan ve Peygamber Olarak Hz. Muhammed*, Beyan Yayınları, İstanbul 2018.
4. Ebu Davud, *Sünen*, I-III, trc: Abdullah Parlıyan, İstanbul 2015.
5. Emanet, Sare, *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kur'ânî Ölçüleri*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2005.
6. İbn Kayyim el-Cevziyye, *Zadü'l-Mead Resûlullah'ın Yolunda*, I-VI, trc. Vecdi Akyüz ve dğr., İklim Yayınları, İstanbul 1990.
7. Kadioğlu, Hakan Hadi -İ. Hakkı Aydın-Eyüp Bekir Yazıcı, *Dini ve Tıbbi açıdan Sünnet*, Atatürk Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi, sayı: 25, Erzurum 2006.
8. Köycü, Erdoğan, "Tarihten Günümüze İnsan Sağlığının Korunması ve Tıbb-ı Nebevi'de Karantina Uygulamaları" *Uluslararası Tıbb-ı Nebevi Kongresi*, 24 - 25 Haziran, 2014 Ankara, Bildiriler kitabı.
9. Muhammed Hamidullah, *İslam Peygamberi*, I-II, trc. Saliğ Tuğ, İrfan Yayıncılık, İstanbul 1991.
10. Müslim, *Sahih-i Buhari(Muhtasar)*, terc. ve tahrir: Hanefi AKIN, Polen yayinlari, İstanbul 2008.

# Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yeme Davranışları ve Beslenme Alışkanlıkları

## Eating Behaviors and Dietary Habits of Nurses Working in A Training and Research Hospital

Ferhat YILDIZ<sup>1</sup>

Gülay YILMAZEL<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin yeme davranışlarının ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:** Kesitsel özellikteki bu araştırma Kasım 2017 tarihinde yapıldı. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 200 hemşire çalışmaya alındı. Araştırmanın verileri katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, sağlık-hastalık durumlarını, sağlık davranışlarını, yeme ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan 25 soruluk bir anket formu aracılığıyla toplandı.

**Bulgular:** Katılımcıların %51,5'i 35 yaş ve üzerinde olup %75,0'i kadındı. Araştırma grubunun sadece %19'unda günlük porsiyon tüketiminin yeterli olduğu saptandı. Günlük yeterli porsiyon tüketimi kadınlarda, üniversite mezunlarında, evlilerde, kronik hastalığı olmayanlarda, genel sağlığını "iyi" olarak değerlendirenlerde, fiziksel egzersiz yapanlarda anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0,05$ ). Katılımcıların yeme davranışları günlük porsiyon tüketimi üzerinde etkili bulundu ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda araştırma grubunda yeme davranışlarının ve beslenme alışkanlıklarının zayıf olduğu görüldü. Hasta bakım ve tedavisinde anahtar rolü olan hemşirelerde sağlıklı beslenme davranışlarının oluşturulmasında acil müdahalelerin ve programların geliştirilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşireler; yeme davranışları; beslenme alışkanlıkları

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to evaluate eating behaviours and dietary habits of the nurses working in a training and research hospital.

**Material and Method:** This cross-sectional study was conducted in November 2017 with 200 nurses that work in a training and research hospital. The data was collected by a 25- item questionnaire

<sup>1</sup> Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ferhat-yildiz2009@hotmail.com

<sup>2</sup> Doç.Dr., Gülay YILMAZEL, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, dryilmazelgul@gmail.com

questioning the participants' socio-demographic characteristics, health-illness status, health behaviors, eating behaviors and dietary habits.

**Results:** Of the respondents 51,5% were  $\geq 35$  years and 75,0% were women. In the study group, it was revealed that only 19% had consumption of daily servings sufficiently. Sufficient servings of daily consumption was significantly higher among women, people with university degree, married, people with no chronic disease, with "good" general health perception and with people had physical activity ( $p<0,05$ ). Eating behaviors of participants were found effective on the consumption of daily servings ( $p<0,05$ ).

**Conclusions:** In our study, dietary habits and eating behaviours were poor among nurses. Developing urgent interventions and programs to create healthy eating behaviors will be useful for nurses because of their key role in patient care and treatment.

**Key words:** Nurses; eating behaviors; dietary habits

## Giriş

Kronik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan obezite epidemisi ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Gortmaker et al., 2011: 838). Küresel düzeyde 1975 yılından bu yana üç kat artış gösteren obezitenin nedenleri arasında yağdan zengin enerji-yoğun yiyeceklerin aşırı tüketimi yer almaktadır (World Health organization, 2019). Sağlıklı olmayan yeme davranışları ile birlikte kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser türleri gibi pek çok hastalık ortaya çıkmaktadır (World Health Organization, 2004). Ülkemizde yetişkinlerin üçte biri obezdir ve ulusal düzeyde obezite eğilimini azaltma yönünde stratejiler ve halk sağlığı çabaları devam etmektedir (TBSA 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013).

Sağlıklı yaşam biçiminin sürdürülebilirliği açısından rol modeli olan sağlık çalışanları genel toplumun sağlığı ve iyi oluşu açısından önemli rol oynamaktadır (Siyabonga et al., 2017:1). Ancak çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının sağlıksız yaşam biçimi sergilediği, beslenme alışkanlıklarının zayıf olduğu belirtilmektedir (Kunene & Taukobong, 2015; Ogunjimi et al., 2010:45; Van den Berg et al.2012:323)

Bu çalışmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin yeme davranışlarının ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesidir.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Kasım 2017 tarihinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapıldı. Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 471 hemşire oluşturdu. Çalışmaya katılmaya istekli 200 hemşire çalışma kapsamına alındı. Araştırmanın verileri katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, sağlık-hastalık durumlarını, sağlık davranışlarını ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan 25 soruluk bir anket formu aracılığıyla



toplandı. Katılımcıların kendi beyanlarına göre beslenme alışkanlıklarının incelenmesi amacıyla günlük porsiyon tüketimi ile çeşitli yiyecek ve içeceklerin tüketim sıklığını (fast-food, tuzlu ve şekerli atıştırmalıklar, şekerli içecekler) içeren sorular yer aldı. Günlük porsiyon tüketimi Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015 önerileri doğrultusunda değerlendirilmiştir (TÜBER, 2015). Besin grupları; 1) süt ve ürünleri, 2) et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar, 3) ekmek ve tahıllar, 4) sebze ve meyve olarak dört grupta toplandı.

Yetişkinler için günlük önerilen porsiyon ve ölçü miktarları Tablo 1’de gösterildi.

**Tablo 1. Yetişkinler için günlük önerilen porsiyon ve ölçü miktarları**

Besin grupları	Porsiyon	Ölçü
Süt ve süt ürünleri	3	Süt/yoğurt: 1 kupa=1 porsiyon Peynir: İki kibrit kutusu=1 porsiyon
Et-yumurta, kurubaklagil, sert kabuklu yemiş	2,5-3	Et:1 el ayası=1 porsiyon Yumurta: İki küçük boy=1 porsiyon Sert kabuklu yemişler: Fındık, ceviz, badem: 1 avuç=1 porsiyon Ayçiçeği çekirdeği:1 kupa=1 porsiyon Kurubaklagil: Pişmiş, 8-10 yemek kaşığı
Ekmek ve tahıllar	3-7	Ekmek: 2 ince dilim=1 porsiyon Pişmiş tahıllar:4-5 yemek kaşığı=1 porsiyon
Sebze-Meyve	5	En az 5 porsiyon 1 porsiyon meyve=1 küçük kase 1 porsiyon sebze= 2 büyük kase

Bu çalışmada katılımcıların günlük porsiyon tüketimi “yeterli” ve “yetersiz” olmak üzere iki kategoride sınıflandırıldı. Tüm besin gruplarını önerilen porsiyon miktarlarına uygun olarak tüketenler günlük porsiyon tüketimi “yeterli”, besin gruplarından bir veya bir kaçını önerilen porsiyonların altında tüketenler “yetersiz” olarak ele alındı.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 17.0 paket programından yararlanıldı. Değerlendirmelerde yüzdelik, ortalama, ki kare testi ve binary lojistik regresyon analizi kullanıldı,  $p<0.05$  değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Araştırma grubunun %51,5’i 35 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları  $33,8\pm 7,8$  yıldır. Katılımcıların %75,0’i kadın olup, %75’i evlidir. Vardiya usulü çalıştığını belirtenlerin oranı %88,5’dir. Herhangi bir kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı %20,5’dir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre günlük porsiyon tüketimleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre günlük porsiyon tüketimleri**

Özellikler	Günlük porsiyon tüketimi						$\chi^2/p$
	Yeterli (n=38)		Yetersiz (n=162)		Toplam (n=200)		
<b>Yaş (yıl) (Yaş ort:33,8±7,8)</b>	n	%	n	%	n	%	3,397/0,183
18-24	11	28,9	26	16,0	37	18,5	
25-34	10	26,3	50	30,9	60	30,0	
≥35	17	44,7	86	53,1	103	51,5	
<b>Cinsiyet</b>							7,321/0,007
Kadın	22	57,9	128	79,0	150	75,0	
Erkek	16	42,1	34	21,0	50	25,0	
<b>Medeni durum</b>							5,241/0,022
Evli	23	60,5	127	78,4	150	75,0	
Evli-değil	15	39,5	35	21,6	50	25,0	
<b>Eğitim durumu</b>							4,823/0,028
Lise	12	31,6	26	16,0	38	19,0	
Üniversite	26	68,4	136	84,0	162	81,0	
<b>Kıdem (yıl)</b>							6,131/0,105
1-7	18	47,4	54	33,3	72	36,0	
8-14	7	18,4	48	29,6	55	27,5	
≥15	13	34,2	60	37	73	36,5	
<b>Çalışma şekli</b>							Fisher’s/0,547
Gündüz	4	10,5	19	11,7	23	11,5	
Nöbet	34	89,5	143	88,3	177	88,5	
<b>Kronik hastalık</b>							Fisher’s/0,043
Yok	35	92,1	124	76,5	159	79,5	
Var	3	7,9	38	23,5	41	20,5	
<b>Algılanan sağlık durumu</b>							Fisher’s/0,000
İyi	36	94,7	110	67,9	146	73,0	
Orta/kötü	2	5,3	52	32,1	54	27,0	
<b>Sigara içme durumu</b>							1,614/0,446
Hiç içmemiş/bırakmış	22	57,9	104	64,2	126	63,0	
Halen içiyor	16	42,1	58	35,8	74	37,0	

<b>Alkol kullanma durumu</b>							1,625/0,202
Hiç kullanmamış	30	78,9	141	87,0	171	85,5	
Halen kullanıyor	8	21,1	21	13,0	29	14,5	
<b>Fiziksel aktivite</b>							<b>6,984/0,030</b>
Düzenli	4	10,5	30	18,5	34	17,0	
Ara sıra	28	73,7	81	50,0	109	54,5	
Hiç	6	15,8	51	31,5	57	28,5	
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>							<b>0,581/0,748</b>
Normal	20	52,6	96	59,3	116	58	
Hafif şişman/şişman	18	47,4	66	40,7	84	42,0	

Araştırma grubunun sadece %19'unda günlük porsiyon tüketiminin yeterli olduğu saptandı. Günlük yeterli porsiyon tüketimi kadınlarda, üniversite mezunlarında, evlilerde, kronik hastalığı olmayanlarda, genel sağlığını "iyi" olarak değerlendirenlerde, fiziksel egzersiz yapanlarda anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların yeme alışkanlıklarına göre günlük porsiyon tüketimleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların yeme alışkanlıklarına göre günlük porsiyon tüketimleri**

Yeme alışkanlığı	Günlük porsiyon tüketimi						$\chi^2/p$
	Yeterli (n=38)		Yetersiz (n=162)		Toplam (n=200)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	6,297/0,012
<b>Fast -food</b>							
Daima/sık sık	18	47,4	43	26,5	61	30,5	
Nadiren/hiç	20	52,6	119	73,5	139	69,5	
<b>Tuzlu yiyecek/ atıştırma</b>							<b>1,261/0,261</b>
Daima/sık sık	24	63,2	86	53,1	110	55,0	
Nadiren/hiç	14	36,8	76	46,9	90	45,0	

<b>Şekerli yiyecek/ içecekler</b>							<b>3,719/0,054</b>
Daima/sık sık	7	18,4	106	65,4	113	56,5	
Nadiren/hiç	31	81,6	56	34,6	87	43,5	
<b>Öğün atlama</b>							<b>4,612/0,032</b>
Daima/sık sık	14	36,8	91	56,2	105	52,5	
Nadiren/hiç	24	63,2	71	43,8	95	47,5	

Fast-food tüketim sıklığının azalmasıyla günlük yeterli porsiyon tüketiminin anlamlı ölçüde arttığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Tuzlu yiyeceklerin ve atıştırmaların tüketim sıklığı günlük porsiyon tüketimi üzerinde etkili bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Şekerli besinleri sık tüketenlerde ve öğün atlayanlarda yetersiz porsiyon tüketimi anlamlı ölçüde düşüktü ( $p<0.05$ ).

Araştırma grubunun yeterli porsiyon tüketimi üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon analizi Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. Araştırma grubunun yeterli porsiyon tüketimi üzerinde etkili olabilecek özelliklerin lojistik regresyon analizi**

Değişkenler	Yeterli porsiyon tüketimi		
	OR	%95 GA	p-value
<b>Cinsiyet</b>			<b>0,021</b>
Erkek	1	0,119-0,843	
Kadın	3,2		
<b>Sağlık algısı</b>			<b>0,013</b>
İyi	1,3		
Kötü	1	0,027-0,653	
<b>Öğün atlama</b>			<b>0,048</b>
Daima/sık sık	1	1,007-5,490	
Nadiren/hiç	4,2		

Tablo 3'te görüldüğü gibi, belirlenen bağımsız değişkenlerin yeterli porsiyon tüketimi üzerine etkileri Binary lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Yeterli porsiyon tüketimi erkeklere göre kadınlarda 3,3 kat daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Ayrıca sağlık algısı "iyi" olanlarda kötü

olanlara 1,3 kat; nadiren/hiç öğün atlamayanlarda 4,2 kat yeterli porsiyon tüketimi daha yüksekti ( $p<0.05$ ).

## **Tartışma**

Bu çalışmanın sonuçları hemşirelerin önemli bir bölümünün (%81) beslenme alışkanlıklarının sağlıklı olmadığını ve günlük porsiyon tüketimi önerilerine uymadıklarını gösterdi. İlerleyen yaşla birlikte yetersiz porsiyon tüketiminin arttığı ve kadınlarda yetersiz porsiyon tüketiminin daha yüksek olduğu belirlendi. Amerika'da genel toplumda yapılan bir çalışmada yeme alışkanlığı yetersiz oranların oranı %41 olarak gösterilirken yaş gruplarına ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık belirtilmemiştir (Sharif MZ et al., 2016:271).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlıklı yeme alışkanlıkları bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı koruma sağlamaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuç DSÖ raporunu destekler niteliktedir. Herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda ve genel sağlığını iyi olarak değerlendirenlerde yeterli porsiyon tüketimi anlamlı ölçüde yüksektir (World Health Organisation. Healthy diet).

Çalışmamızda katılımcıların üçte birinin fast-food türü yiyecekleri, yarısından fazlasının şekerli yiyecek ve içecekleri sık tükettiği ve öğün atladığı belirlenmiştir. Nitekim bu sonuç sağlık çalışanlarında yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (Sun et al., 2013:42; Feeley et al., 2011:200; Mekary et al.,2011:664). Bu duruma hemşirelerin vardiyalı ve uzun çalışma saatleri yol açabilir. Öte yandan beslenme alışkanlığında batılı diyetin benimsenmesi, bu diyetin şekerli içeceklerle desteklenmesi gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin karşılaştığı sorundur (Feeley et al., 2011:200; Van et al., 2010: 124). Öğün atlama ise duygusal, fiziksel ve bilişsel açıdan sağlığı etkileyerek kişisel öz bakımı, iyi oluşu ve profesyonel performansı azaltabilir (Lemare et al., 2011:20).

## **Sonuç**

Çalışmamızda hemşirelerin yeme davranışlarının ve beslenme alışkanlıklarının zayıf olduğu görüldü. Beslenme rehberinde belirtilen sağlıklı beslenme önerilerine uymamak sağlık çalışanlarında bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını artırabilir. Hasta bakım ve tedavisinde anahtar rolü olan ve zamanlarının önemli bir bölümünü işyerinde geçiren hemşirelerde sağlıklı beslenme davranışlarının oluşturulması için uygun programların geliştirilmesi yararlı olacaktır. Bu doğrultuda hastane yönetimlerinin geliştireceği stratejiler arasında sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi, kantinlerde sağlık yiyecek ve içecek çeşidinin sağlanması sayılabilir.

## Kaynaklar

1. Feeley AB, Kahn K, Twine R, Norris SA.(2011). "Exploratory survey of informal vendor-sold fast food in South Africa", *S Afr J Clin Nutr*, 24:199–201.
2. Gortmaker SL., Swinburn BA, Levy D., et al. (2011) "Changing the future of obesity: science, policy, and action", *Lancet*, 378, 838–847.
3. Kunene SH, Taukobong NP. (2017) "Dietary habits among health professionals working in a district hospital in KwaZulu-Natal South Africa", *Afr J Prm Health Care Fam Med*, 9(1), 1-5.
4. Kunene SH, Taukobong NP. (2015) "Level of physical activity of health professionals in a district hospital in KwaZulu-Natal, South Africa", *S Afr J Physiother*, 71:1.
5. Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Roberts D. (2011). "Food for thought: An exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition". *Nutr J*, 10, 18– 25.
6. Mekary RA, Hu FB, Willett WC, et al. (2011) "The joint association of eating frequency and diet quality with colorectal cancer risk in the health professionals follow-up study", *Am J Epidemiol*, 175, 664–672.
7. Mienah Z. Sharif, Shemra Rizzo, Enrique Marino, Thomas R. Belina, Deborah C. Glik. (2016) "The association between self-rated eating habits and dietary behavior in two Latino neighborhoods: Findings from Proyecto MercadoFRESCO", *Preventive Medicine Reports*, 3, 270–275.
8. Ogunjimi LO, Yusuf MM, Olayinka O.(2010) " Prevalence of obesity among Nigeria nurses: The Akwa Ibom state experience". *Int NGO J*, 5: 45–49.
9. Sun J, Yi H, Liu Z, et al. (2013) "Factors associated with skipping breakfast among inner Mongolia medical students in China", *BMC Public Health*, 13: 42.
10. Türkiye Beslenme Rehberi TUBER 2015 , T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2016.
11. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, TBSA 2010; Erişim: [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf). Erişim Tarihi: 20.02.2019.
12. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No:773, Ankara, 2013.
13. Van den Berg V, Okeyo AP, Dannhauser A, Nel M. (2012) "Body weight, eating practices and nutritional knowledge amongst university nursing students, Eastern Cape, South Africa", *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 4(1):323.
14. Van Zyl MK, Steyn NP, Marias ML. (2010) "Characteristics and factors influencing fast food intake of young adult consumers in Johannesburg, South Africa". *S Afr J Clin Nutr*, 23, 124–130.
15. World Health Organisation 2019. Healthy diet. Erişim: <https://www.who.int/behealthy/healthy-diet>. Erişim Tarihi:20.02.2019.
16. World Health Organization, 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: Fifty-seventh World Health Assembly.
17. World Health Organization, 2019. Erişim: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi: 20.02.2019.

# Eczâ-yı Lokman Hekîm’de On İki Hayvanlı Türk Takvimi<sup>1</sup>

## Turkish Twelve Year Animal Cycle Calendar in Eczâ-yı Lokman Hekîm

Meryem ARSLAN<sup>2</sup>

### ÖZET

Eczâ-yı Lokman Hekîm, hakkında herhangi bir bilgiye ulaşılamayan, adından ve girişindeki ifadelerinden de tıp kitabı olduğu anlaşılan el yazma Türkçe bir eserdir. Nesihle yazılan ve 140 varak olan bu eserde yalnızca tıpla ilgili konulara yer verilmemiştir. Bunun yanında kitapta sene-yi on iki, saatler bahsi, tali-i mevlûd, mevlûdân-ı zenân ve tılsımlar gibi bölümler de bulunmaktadır. Eserde, burç ve yıllara yer yer vurgu yapılarak ve hastalıklara değinilerek onların tıpla bağlantılar kurması sağlanmaya çalışılmıştır. Bu bildiride *sene-yi on iki* bölümünde ele alınan 12 hayvanlı takvime yer verilmek istenmektedir. Böyle bir çalışmanın on iki hayvanlı Türk takvimiyle ilgili çalışmalara ve bu takvimin Türk kültüründeki izlerinin ortaya çıkarılmasına katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu ifadelerde geçen yıl adlarının, karakterle ilgili sözcüklerin, Türkçenin söz varlığına, dil değişimlerine ve sözcük tarihiyle ilgili çalışmalara veriler sunabileceği vurgulanmalıdır. Çalışmada nitel araştırma, tarama ve yer yer de karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Ortaya çıkan birikimler sınıflandırılarak incelenmiş ve bunlar tablolarla görünür kılınmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Eczâ-yı Lokman Hekîm, takvim, on iki hayvanlı Türk takvimi, klasik Türkçe tıp metinleri

### ABSTRACT

Eczâ-yı Lokman Hekîm is a handwritten work which is understood to be a drug book of the name and expressions. This study, written with 140 pages, does not include only medical issues. In addition, the book includes twelve turkish year animal cycle calendar, *tali-i mevlûd* “good fortune of mevlut”, *mevlûdân-ı zenân* “the mevlut of women” and talismans. In this study, it is emphasized that drugs should be prepared according to horoscopes and years and diseases are tried to be connected to the drug. In this paper, it is desired to include twelve year animal cycle calendar discussed in *sene-yi on iki* “twelve sections of the year”. It is thought that such a study will contribute to the work of the twelve turkish year animal cycle calendar and reveal the traces of this calendar in Turkish culture. It should also be emphasized that this work could provide data to the vocabulary of Turkish, changes in language, and studies on word history. The scanning method and qualitative research method and comparison method will be used in the study. The resulting accumulations will be classified and analyzed by tables.

**Key Words:** Eczâ-yı Lokman Hekîm, calendar, Turkish twelve-year animal cycle calendar, classical Turkish medical texts

<sup>1</sup> Metinde *On İki Hayvanlı Türk Takvimi* ifadesi geçmemektedir. Ancak bu takvim Türkler arasındaki genel algıda Türk takvimi olarak bilindiği için bildirinin adı bu şekilde tercih edilmiştir.

<sup>2</sup> Doktor öğretim üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Çağdaş Türk Lehçeleri ve Edebiyatları Bölümü, ameryem@ohu.edu.tr

## Giriş

Bildiri konusunu oluşturan Eczâ-yı Lokman Hekîm adlı tıp kitabında, on iki hayvanlı Türk takvimi ve özelliklerine de yer verilmiştir. Bu çerçevede söz konusu takvimin tanıtıldığı bölümde tabiat olaylarına, karakter özelliklerine, iş yaşamına, sosyal yaşama, hastalıklara, tahmini doğum ve ölüm oranlarına, tarım ürünlerindeki verime değinilmiştir. Bu çalışma da söz konusu takvimle ilgili bu özellikleri tanıtmak ve takvimle ilgili yapılacak ve yapılmış çalışmalara katkı sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

Bildiride Balcı'nın, *On iki hayvanlı takvim hakkında bugüne kadar Türkçede ortaya konmuş en kapsamlı çalışma Osman Turan'ın "Oniki Hayvanlı Türk Takvimi"dir. [Buna rağmen] bu eserde ve daha sonra adı geçen takvim hakkında yapılan çalışmalarda müstakil bir metnin varlığı hakkında herhangi bir kayıt bulunmamaktadır* (Balcı, 2010: 87) şeklindeki sözleri ile Turan'ın *Milletlerin çağbilgileri (chronologie) bizi iki bakımdan alâkalandırır: 1) vesikalarda zikredilen vak'aların tarihini tespit; 2) kullanılan takvimin esaslarıyla onu kullanan kavmin kültür seviyesi ve tefekkür sistemi arasındaki münasebetleri tayin etmek...* Birinci mesele tarihçileri çok erkenden uğraştırmış ve bu hususta umumi veya hususi mahiyette birçok araştırmalar yapılmıştır... Tarih tetkiklerine başlayanların tecessüsü daha ilk anlarda bu zaman ölçülmesi meselesine intikal eder. Başka milletler için bu tecessüsü tatmin etmek güç değildir. Fakat ne yazık ki tarihimizin hemen her sahasında olan ihmal, kültür tarihi sahasında daha fazla varid olması dolayısıyla, takvim meselelerinde de pek tabii olarak kendini göstermektedir ... Bizim eserimiz de işte bu milli ihtiyacı karşılamak arzusuyla yazılmıştır (Turan, 1941: 4) düşüncelerinin bize fikir verdiğini söylemek mümkündür. Çünkü bu çalışmanın, hem on iki hayvanlı Türk takvimiyle ilgili müstakil metne ulaşmaya hem de bu takviminin kültürel boyutlarıyla ilgili araştırmalara katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

## Yöntem

Çalışmada temelde nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Bununla birlikte özellikle on iki hayvanlı Türk takviminde yer alan hayvan adlandırmaları, karakter özellikleri gibi noktalarda karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmada, bazı sözcüklerin anlamlandırılmasında sıkıntılar yaşanmıştır (*begler arasına kılıç (?) duşa-5)–gın (?) kürt (?) delim ola; ülüş sakıncı ola* gibi). Burada geçen sözcüklerin köken bilgisel özelliklerini bulmak bu çalışmanın sınırlarını aşacağı için bu sözcüklerle ilgili açıklamalar soru işaretiyle tahmini olarak paylaşılmıştır.

Çalışma, *On İki Hayvanlı Türk Takvimi, Eczâ-yı Lokman Hekim ve On İki Hayvanlı Türk Takvimi, Metnin Transkripsiyonu ve İncelenmesi* alt başlıklarından oluşmaktadır. *On İki Hayvanlı Türk Takvimi*, alt başlığında takvimin menşesine, aylara verilen adlara ve farklılıklarına ve ortaya çıkışıyla ilgili efsanelere; *Eczâ-yı Lokman Hekim ve On İki Hayvanlı Türk Takvimi* alt başlığında



on iki hayvanlı takvimin yer aldığı tıp kitabına ve onda yer alan on iki hayvanlı takviminin özelliklerine yer verilmiştir. *Metnin Transkripsiyonu ve İncelenmesi* alt başlığında ise on iki hayvanlı takvimle ilgili bölümler transkript edilmiş ve karşılaştırma imkânı sunmak için de karşısına orijinal metin eklenmiştir. Ayrıca transkript edilen bölüm, günümüz Türkiye Türkçesine aktarılmaya çalışılmıştır. Bu aktarmada metnin özünün bozulmamasına dikkat edilmiş, yalnızca bugün kullanılmayan sözcüklere uygun karşılıklar bulunmaya gayret edilmiştir. Yine orijinal metinde kırmızı mürekkeple yapılan açıklamalar, transkriptte altı çizili şekilde gösterilmiştir. *Sonuç* bölümünde ise elde edilen çıktılar değerlendirilmiştir.

## **On İki Hayvanlı Türk Takvimi**

On iki hayvanlı takvim, on iki yıllık devrelerden oluşan, her yılı da bir hayvanla ifade edilen, fal ve kehanet ile halkın gözlemlerini içeren bir takvimdir. Ne zaman çıktığı ve kimler tarafından oluşturulduğu konusunda kesin bilgilere ulaşılamamakla birlikte onun çok eski yıllara dayandığı ve yaygın bir kullanıma sahip olduğu kabul edilmektedir (Biray, 2009: 672; Balcı, 2010: 87; Turan, 1954: 52-53).

İslam kaynaklarında *Tarih-i Türkî*, *Tarih-i Uygur*, *Sâl-i Türkân* adlarıyla da anılan bu takvimi, Türkler, İslamiyeti kabul etmeden önce de kullanmışlardır. Hunlardan kalan bazı belgeler, Orhun Kitabelerindeki tarihî kayıtlar, Tuna Bulgarlarının olaylarını hayvan yıllarına göre tarihlendirmeleri bunlar için önemli tanıklardır. Hunlardan sonra diğer kavimlerin de Orta Asya'dan göçmeleri neticesinde Bulgar Türkleri sayesinde bu takvim Balkanlara kadar yayılmıştır. Yine Göktürklerden Uygurlara ve oradan da Moğollara geçen on iki hayvanlı takvim, bu kavimle birlikte dünyanın çeşitli ülkelerine taşınmıştır (Turan, 1954: 52-53).

On iki hayvanlı takvimin kökenine yönelik farklı görüş ve tartışmalar bulunmaktadır. Bu tartışmalar iki temel hususta yoğunlaşmaktadır: *Takvim, Mısır'dan Çin'e oradan da Türklere geçmiştir veya Türklere Çinlilere geçmiştir* (Kaya, 2012: 17-18). Bu konuda bilim adamları çeşitli görüşler belirtmişlerdir. Bildiri kapsamı dolayısıyla burada yalnızca Ögel ve Kaşgarlı'nın görüşlerine yer verilmiştir<sup>3</sup>.

Ögel'e göre *saatler, günler, aylar ve hatta senelerin on ikili düzeniyle hesaplanan on iki hayvanlı takvim, Türklere Çinlilerin müşterek malıdır* (Ögel, 2010: 291-293).

Kaşgarlı Mahmut'un yaptığı açıklamalardan anlaşıldığına göre takvim, Türklere aittir:

*Türklerin on iki yılından biri. Bu şöyle olmuştur: Türkler on iki çeşit hayvanın adını alarak on iki yıla ad olarak vermişler; çocukların yaşlarını, savaş tarihlerini ve başka şeyleri hep bu yılların dönmesi ile hesap ederler. Bunun kökü şöyle olmuştur: Türk hakanlarından birisi, kendisinden birkaç yıl önce olmuş bir savaşı öğrenmek istemiş, o savaşın yapıldığı yılda yanılmışlar; onun*

<sup>3</sup> Bu konudaki diğer açıklama ve görüşler için bk. (Turan, 1941; Turan; 1954; Biray, 2009; Kaya, 2012).

üzerine, bu iş için Hakan ulusuyla geneş (müşavere) yapar ve kurultayda “biz bu tarihte nasıl yanıldıkça bizden sonra gelecek olanlar da yanılacaklardır; öyle ise, biz şimdi göğün on iki burcu ve on iki ay sayısınca her yıla birer ad koyalım; sağışlarımızı bu yılların geçmesiyle anlayalım; bu, aramızda unutulmaz bir andaç olarak kalsın” dedi. Ulus, Hakanın bu önerisini onayladı. Bunun üzerine Hakan ava çıkar; yaban hayvanlarını “İlisu’ya doğru sürsünler” diye emreder. Bu, büyük bir ırmaktır. Halk bu hayvanları sıkıştırarak suya doğru sürer. Bu hayvanlardan avlarlar, birtakım hayvanlar suya atılırlar; on ikisi suyu geçer; her geçen hayvanın adı bir yıla ad olarak takılır. Bu hayvanlardan birincisi “sıçgan=sıçan” imiş. İlk önce geçen bu hayvan olduğundan yılın başı bu adla anılmış ve “sıçgan yılı” denilmiş; bundan sonra sırasıyla geçen hayvanların adları yıllara verilmiş[tir] (Atalay, 1998-1: 344-348).

Farklı adlandırma ve karşılıkları olan bu takvim, nehri sırasıyla geçen hayvanların adlarından yani *sıçgan, ud, bars, tavışgan, lu, yılan, yunt, koy, biçin, taguk, it, tonuz* yıllarından oluşur. Her on iki yıllık devrelere müçe (müçel, müçöl veya müşel de) ve 5 müçeye pükül denilmektedir (Biray, 2009; Boyraz, 2010). Boyraz’a göre yılın alt birimleri şöyledir: Bir gün 12 çağ, her çağ 8 keh’ten meydana gelir. Bir yıl 354 gündür ve 12 aya sahiptir (Boyraz, 2010). Bu aylarla ilgili görüşler şöyledir:

Kırgız Türkçesindeki on iki hayvanlı takvimdeki ay adları, *Calğan Kuran (erkek karaca), Çın Kuran, Buğu (Geyik), Kulca (Dağ Koçu), Teke (Teke, erkek keçi), Baş OOna (Sayga, Bozkır antilopu), Ayak Oona, Toğuzdun Ayı, Cetinin Ayı, Beştin ayı, Üçtün ayı, Birdin ayıdır*<sup>4</sup> (Biray, 2009: 677).

Temelkuran on iki hayvanlı takvimdeki ay adlarını, 1. *Aram ay (Birinci ay)*, 2. *İkinc ay (İkinci ay)*, 3. *Üçünc ay (Üçüncü ay)*, 4. *Törtinç ay (Dördüncü ay)*, 5. *Beşinc ay (Beşinci ay)*, 6. *Altınç ay (Altıncı ay)*, 7. *Yitinç ay (Yedinci ay)*, 8. *Sekizinç ay (Sekizinci ay)*, 9. *Dokuzunç ay (Dokuzuncu ay)*, 10. *Onunç ay (Onuncu ay)*, 11. *Bir yirminç ay (On birinci ay)*, 12. *Çakşaput ay (On ikinci = Oruç ayı)* şeklinde vermiştir (Temelkuran, 2002: 438).

Kaşgarlı Mahmut’a göre on iki hayvanlı Türk takviminde mevsimler *oğlak ay* (yeni günden (Nevruz) sonra ilkbahara kadar), *ulug oğlak ay* (oğlaklar büyür); *ulug ay* (yaz ortası) ve dördüncüsüdür. Ancak Kaşgarlı, dördüncünün adını vermemiş ve *az kullanıldığı için öbür adı söylemiyorum, sen anla* demiştir (Atalay, 1998-1: 344-345).

---

<sup>4</sup> Bu tür adlandırmalara tarım ve hayvancılık kültürüyle uğraşan, işlerinin sürdürülmesi için tabiati gözlemlene fırsatı bulan Anadolu insanında da karşılaşmak mümkündür. Denizli’nin Honaz ilçesinden derlenen, *kuzu katım zamanı, ilk kuzular, ikinci kuzular, harman zamanı, koyun kırkım zamanı* gibi ifadelerle *pamukların ikinci çapası, pancarların söküme zamanı, üzüm zamanı, koyun sağım zamanı, kocakarı soğukları* gibi kullanımların da bu anlamda değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Yine zemheride koyun kırkılmaz; kork eprilin beşinden, öküzü ayırır eşinden; güzün eken yüzün eker; ılıya ılıya yaz gelir, soğuya soğuya güz gelir gibi atasözleri de bu gözlemler için yaşayan örnekler olarak dikkat çekicidir.

On iki hayvanlı takvimde ayların isimlerinde farklı adlandırmalar ve farklı karşılıklar da bulunmaktadır. Dil ve kültür değişimleri yanında sözcük tarihiyle ilgili de veriler sunabilecek nitelikte olan bu adlandırmalarla ilgili birkaç açıklama aşağıda verilmiştir:

On iki hayvanlı Türk takvimindeki yıl adlarının farklı Türk toplulukları ve bu topluluklara yakın olan farklı milletlerdeki kullanımlarını Biray, Türkmenler, Kazaklar, Kırgızlar, Moğol-lar, Tacik-Farlar sınırlılığıyla karşılaştırır. Bu karşılaştırma şöyledir: *Türkmenlerde sıçan, sığır, bars, tovşan, luv, yılan, yılki, goyun, bicin, takık, it, doñuz; Kazaklarda tışgan, sıyır, barıs, qoyan, uluw, jılan, jılqı, qoy, mäşin, tawıq, iyıt, doñız; Kırgızlarda çıçkan, uy, bars, koyon, uluu, cılan, cılkı, koy, meçin/maymıl, took, it, doñuz; Moğol-Tatarlarda sıçkan-il, ud-il, bars-il, tışkan-il, luy-il, ilan-il, yunt-il, quy-il, piçin-il, tahagu-il, it-il, tunguz-il; Tacik-Faralarda muş, bakar(gau), feleng, harguvş, năhăng, mar, esb, gûsbănd, hămdüne, murg, săg, huk(hinzir)*. Anlamları ise Biray tarafından şu şekilde verilmiştir: *sıçan, sığır, bars-gaplañ, tavşan, balık/ajdarha, yılan, yabı (at), koyun, maymun/yüzgüç; tavuk, it, domuz* (Biray, 2009: 673-674).

Kaşgarlı Mahmut bu ayları, *ud (öküz) yılı, pars yılı, tawışgan yılı, nek (timsah) yılı, yılan yılı, yund (at) yılı, koy (koyun) yılı, biçin (maymun) yılı, takagu (tavuk) yılı, it yılı, tonğuz yılı* şeklinde adlandırmıştır (Atalay, 1998: 346).

Boyras'ın tanıttığı *Usul-i Ahkam-ı Sal-i Âlem*'de yıl isimleri, *muş yılı, sâl-i gâv, sâl-i pars, sâl-i hargûş, sâl-i semek, sâl-i mâr, sâl-i esb, sâl-i ganem, sâl-i maymun, sâl-i mâkiyân, sâl-i seg, sâl-i hûk* şeklinde (Boyras, 2010: 123-125); yine ekte verdiği *Marifetname*'de de *sâl-i fare, bakar sâli, kaplan yılı, tavşan yılı, mâhî yılı, sâl -i yılan, sâl -i esb, sâl-i ganem, maymun yılı, sâl-i murg, it sâli, sâl-i hûk* (Boyras, 2010: 125-131) şeklinde *Nazm-ı Ahkâm-ı Sâl-i Türkân*'da *sâl-i mûş, sâl-i gâv, sâl-i peleng, sâl-i hargûş, sâl-i neheng, sâl-i mâr, sâl-i esb, sâl-i gûsfend, sâl-i maymun, sâl-i murg, sâl-i seg, sâl-i hûk* (Boyras, 2010: 131- 138) şeklinde *Ahkam-ı Sal-i Türkan*'da *sâl-i muş, sâl-i ut yani gâv, peleng yani pars, sâl-i hargûş yani tavşan yılı, sâl-i luy yani neheng, sâl-i mâr yani yılan, sâl-i esb yani at yılı, sâl-i gusfend yani koyun yılı, sâl-i biçin yani maymun, sâl-i murg yani tavuk, sâl-i seg yani köpek, sâl-i hûk yani toñuz* (Boyras, 2010: 138-140) şeklinde isimlendirilmiştir.

İbn-i Mühennâ'da *senetü'l-fâr, senetü'l-bakr, senetü'n-nemer, senetü's-semk, senetü'l-feres, senetü'l-kurd, senetü'l-keleb, senetü'l-erteb, senetü'l-hayye), senetü'l-ganem, senetü'd-daccâc, senetü'l-hanzîr* şeklinde ifade edilmiştir (Nur, 1981: 228).

Açıklamalarda da takip edilebileceği üzere yıl isimlerindeki farklılıklar Boyraz'ın (2010: 114) da tespit ettiği gibi ikinci ve beşinci hayvanın adlarında ve karşılıklarında kendini göstermektedir (*Balık/ejderha ve sığır/öküz/inek* gibi). Tavkul'a göre adlardaki farklılık yanında yılların taşıdığı özellikler de farklı kültürlerde değişebilmektedir. Bunda her kültürün geçirdiği tarihî ve sosyo-kültürel süreçlerin yanı sıra, her kültür çevresinin içinde yer aldığı coğrafi şartlar da rol oynamaktadır. Söz gelimi Altay Kazaklarına göre sıçan yılında çok kar yağar ve kıtlık olur

inancına karşılık, Nogaylarda sıçan yılı bolluk yılıdır; Nogaylar ejder yılının çok soğuk geçeceğine, kuraklık olacağına inanırlarken, Altay Kazakları bereketli olacağına inanırlar (Tavkul, 2007: 42-43).

### **Eczâ-yı Lokman Hekim ve On İki Hayvanlı Türk Takvimi**

Eczâ-yı Lokman Hekim, Vatikan Devlet Kütüphanesi Türkçe Yazma Eserler Bölümü 430 numarada kayıtlıdır. Yazmaya dair çoğu özellik bilinmemektedir. Bir başka ifadeyle yazmanın müellifi ve/veya müstensihine, nüshalarına, dönemine, yazıldığı yer ve tarih bilgisine dair herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Eserin konusundan ve girişindeki *Loqmān Hekīm ecele dermān ararken nāgāh Furāt şuyı köprüsi üzerinden geçerken Hāzret-i Hāḳḳıñ emriyle Cebrā'īl nāzil olup adam şūretinde Loqmānıñ kitābın çıkarup mübārek ḳanadıyla vurup cümle varakların şuya düşürüp mā-bāḳısini bir cüz miḳdārı elinde ḳalup taḳdīr defterin bozup şimdiki zamānıñ ḫābīleri ol ḳalan cūze `amel idüp ḫekīmlik iderler* (ilk varığın 1a/7-11 ile 1b/1-5 satırları) şeklindeki açıklamalardan onun, tıp ve tedavi amacıyla yazıldığı anlaşılmaktadır.

Sene-yi on iki bahsi *Ecza-yı Lokman Hekim* adlı tıp kitabında 3 varak içerisinde anlatılmış ve yaklaşık bu varaklarda 650 sözcük kullanılmıştır. Eser dili, genel itibarıyla Batı Türkçesi (özellikle Eski Anadolu Türkçesi sonu ile Osmanlı Türkçesi başları) özelliği göstermektedir. Bunun yanında takvimle ilgili bilgilerin verildiği sınırlı söz varlığı içerisinde, *ḳurḡaḳ*, *yut*, *tölek*, *azgu*, *ülüş*, *saykıcı* gibi arkaik sözcüklere rastlanmıştır. Eserin Batı Türkçesiyle yazılmasına rağmen metinde /ğ/ sesinin korunduğu da belirlenmiştir. Bunun alıntı yapılan eserin dilinin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir<sup>5</sup>. Çünkü eserde alıntı yapılan bir başka bölümde de zamir n'sinin kullanılmamasının (*bulardan iḫtirāz itmek gerek vallāhü a'lem* (57b/1)) bu görüşü desteklediği söylenebilir.

Eserde hastalıklara ve onların tedavilerine, bitkilerin hangi hastalıklarda kullanılması gerektiğine, koruyucu hekimliğe, şifalı dualara, kısırlığa ait öğretici ve açıklayıcı bilgiler verilmiştir. Yukarıda da belirtildiği gibi bu eserde işlenen konulardan biri de on iki hayvanlı takvimdir.

Eserde geçen on iki hayvanlı takvime *aḫkām-ı ḳamer çün sâ'at yetiše* (64a/9) şeklinde bir girişle geçilmiş ve içindeki fal ile kehanetler<sup>6</sup> tanıtılmıştır. Bunu takiben de konu *bābü sene-yi*

<sup>5</sup> On iki hayvanlı takvimin geçtiği bölümün, bir kitaptan mı alındığı yoksa derleme mi olduğu tespit edilememiştir.

<sup>6</sup> Boyraz'a göre ilahî ve beşerî kanunların yasaklamasına rağmen insanın, geleceği öğrenme arzusuyla ortaya çıkan ve gerektiğinde de bu amaçla kullanılan fal ve kehanetlerden biri de on iki hayvanlı Türk takvimi esası üzerine oturtulmuş olan fal ve kehanetlerdir. Evrendeki birtakım döngüsel olaylardan hareketle oluşturulduğu düşünülen on iki hayvanlı Türk takvimini kullananların düşüncesine göre sıcaklık, soğukluk, yağış bakımlarından ve bunlara bağlı olarak da ürün rekoltesi, ucuzluk, pahalılık, hastalık, sağlık, emniyet vs. açılarından bazı yıllar diğerlerine göre farklılık göstermektedir ve bu farklılıklar on iki yıllık periyotlarla sürekli tekrar etmektedir. Buna göre yıllar, her on iki yılda bir insanın karşısına hep aynı şeyleri çıkarır. İşte bu düşüncelerden hareketle çeşitli Türk toplulukları arasında birtakım kehanetler ortaya çıkmıştır. İlk örneklerine Divanü Lügati't-Türk'te rastlanılan bu kehanetler, daha sonra Farsça ya da Türkçe olarak yazıya geçirilmiş ve özellikle Osmanlı döneminde yaygınlık kazanmıştır. Manzum veya mensur olarak farklı kişiler tarafından yazılmış olan Türkçe metinlerde önce yılın nasıl geçeceği yönünde kehanetler

*on iki aḥkām budur (?) el-i çınkız tātār ḥisābı* (64a/10-11) başlığıyla vurgulanmıştır. İlgili sene tanıtımlarından sonra bölüm, *baḥs temām olındı ve's-selām* (67b/10-11) ifadesiyle sonlandırılmıştır. Bu aralığa bakıldığında eserdeki on iki hayvanlı takvimin 64a/9-67b/10-11 varaklarında yer aldığı (yaklaşık 3 varak) görülür. Nesihle yazılan eserin her bir varığında 13 satır yer almaktadır.

Takvimin ve kehanetlerinin tanıtıldığı bölümlerde kırmızı ve siyah mürekkep karışık olarak kullanılmıştır. El yazma eserlerde kırmızı mürekkep kullanımının sonra gelen sözleri vurgulamak ve önce gelenlerle ilişkileri göstermek gibi işlevlere sahip (Yaylagül, 2010, s. 25) olduğu düşünülmektedir. Ancak tüm senelerde ayrı ayrı mürekkep tercihi, muhtemelen senelerin kolay bulunması ve anlaşılması olmalıdır.

*Sene-yi on iki el-i çınkız tātār ḥisābı* ifadesi, 12 senenin Çınkız Memleketi Tatar Hesabı olarak da bilindiği şekilde yorumlanmaktadır. Takvimin Moğollarla geniş coğrafyalara yayılmasından dolayı *Çınkız* ((?) Cengiz Han) adının kullanıldığı ve *Çınkız Memleketi Tatar Hesabı*'nın takvimin kökenine yönelik bir bilgi vermek amaçlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca eserin, takvimin kökenini Moğollar olarak gösteren bir kaynaktan alıntılandığı –bu kaynak belirlenememiştir- tahmin edilmektedir. Çınkız ifadesindeki /ç/ sesinden dolayı bu metnin Kıpçakça veya Çağatayca olabileceği akla gelmektedir. Burada bir hususa daha dikkat çekilmesi gerekmektedir. Bu da on iki hayvanlı takvimle ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında ona verilen *Çınkız Memleketi Tatar Hesabı* adlandırmasına hiç rastlanmamış olmasıdır.

Bölümde geçen yıl isimleri sene-yi fare/ sıçan yılı; sene-yi sığır yılı, sene-yi barıs yılı, sene-yi tavşan yılı, sene-yi ülü/ülü yılı, sene-yi yılan/yılan yılı, sene-yi yılki/ yılki yılı, sene-yi koyun/koyun yılı, sene-yi tavuk, sene-yi meçin/meçin yılı, sene-yi it/it yılı, sene-yi hınzi/hınzir yılı şeklinde ifade edilmiştir. Bu adlandırmalarda bazılarında yılların eş anlamlılarının verildiği, bazılarının hem Farsça hem de Türkçe tamlamayla dile getirildiği görülmüştür: *sene-yi fare ya da sıçan yılı; sene-yi sığır yılı, sene-yi barıs* yılı gibi. Her yıl açıklaması ve o yıla ilgili kehanet *allāhü a'lem, vallāhü a'lem, vallāhü a'lem bi's-savāb* kalıp ifadesiyle sonlandırılmıştır. Bu da anlatılanların kehanet olduğu ve buna göre hüküm verilmemesi gerektiğine vurgu yapılma ihtiyacından kaynaklansa gerektir. Açıklamalarda *ola, dimişler, tereke, yaz, kış* sözcük ve yapılarına bir düzen içerisinde peş peşe yer verilmiştir. Bundan dolayı bu sözcük ve yapılar sık kullanılmıştır. *Dimişler* ifadesi aynı zamanda bilgilerin bir yerlerden alıntılandığını vurgular niteliktedir. Çünkü *dimişler* aktarma cümlelerinde kullanılan bir kalıp ifadedir.

Fiil çekimlerinde –(y)A istek kipinin sıklığı diğerlerinden fark edilecek kadar fazladır ve geniş zaman işleviyle kullanılmıştır: *Yağmur çok ola* gibi. Genel geçer bir ifadede geniş zamanın tercih edilmemesi, kehanetlerin olasılık da içermesinden kaynaklanmalıdır. Çünkü bu yapıyla

---

sıralanmakta, ardından o yıl içerisinde doğacak çocukların fiziksel ve karakteristik özellikleriyle gelecekleri hakkında bilgiler verilmektedir (Boyras, 2010:107-110).

kişi hem genel geçer bir özelliği dile getirmiş hem de olasılığı belirterek, olasılık kiplik anlamını yansıtabilmiştir.

Söz varlığı diğer on iki hayvanlı takvimlerle karşılaştırıldığında arkaik Türkçe sözcüklerin ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bundan dolayı eserin daha eski olduğu tahmin edilmektedir. Bunların ve dil değişimlerinin karşılaştırılabilmesi için *fare yılı* üzerinden aşağıda örneklenmeye çalışılmıştır:

Ecza-i Hekim (64b/11- 13-65a/1-6)	Lokman	<i>sene-yi fāre kaçan sıçan yılı 12) ol yıl dinç geçe yazı yağmurlı ola kışı 13) şovuk ola tereke gür ola türk elinde (65a) 1) cengi ola kışı uzun ola sıçan kuvvetlü 2) ola uğru çok ola degme kişiye söz 3) söylememek gerek bu yılıñ başında toğan oğla-4)-n merdim rahim gönüllü ola ortasında toğan 5) oğlan yaman fi' illi ola āhirinde toğan o-6)-glan açık gönüllü ola dimişler allāhü a' lem</i>
Usul-i Sal-i (Boyras, 2010: 123)	Ahkam-ı Âlem	<i>... kaçan kim Muş yılı gelse delalet eder ki sâl evveli hoşluğla ve eminlikle geçüp miyane-i sâlde nem ve bârân ve ucuzluk olup nevâhi-i şimalde harp ve kıtal ve hûn-rîz çok olup ve mülûk (u) selatinde gam ve kasavet ziyade ola ve kış itidal üzere ola ve muş galebe edüp ekinlere ziyan ede ve tacirler sermayelerinden zarar edeler ve uğrılar çoğalıp miyan-ı nâsta hile ve hud'a ziyade olup padişah mukarreblerine gazap eyleye ve bu sâlde bir kimesneye râzın söylemek eyü değildir. Eğer bu yılın evvelinde veled vücuda gelse sahib-i hüner ve gayette zîrek ve ortasında vücuda gelen bed-hûy ve bed-fiil ve bed-girdar uğrı ola. Âhirinde 18b/vücuda gelen yaramaz sözlü ve lecüc ve kezzab ve bî-emanet ola.</i>
Marifetnâme (Boyras, 2010: 125-128)		<i>Çün gelir sâl-i fare hoşluk ola Evsat-ı sâlde çok yağışlık ola Âhir-i sâlde fitneler uyanır Cenk olur niceler deme boyanır Kışdır hem dıraz ve hem serma Fareler galleyi eder yağma Doğsa mevlüd fi evail-i sâl Zîrek olur ziyade hûb hısâl Ol yılın evsatında doğsa veled Dediler ol yalancıdır huyu bed Âhir-i sâlde doğsa bed-girdâr Olur ol hasud ve hem mekkâr</i>

Nazm-ı Sâl-i (Boyras, 2010: 131-134)	Ahkâm-ı Türkân	<i>Ahkâm-ı Sâl-i Mûş</i> <i>Sâl-i mûşun bu ola ahkâmı</i> <i>Hak bilür anı olmasın âmî</i> <i>Kış uzanıp galebe eyleye mûş</i> <i>Çok ziyan eyleye buna tut gûş</i> <i>Padişahdan gerekdür ola hazer</i> <i>Râzı ağyâre dimesin bir er</i> <i>İşbu yılda dahi toğan evlâd</i> <i>Zîrek ola ziyâde der üstâd</i> <i>Cem'-i mala haris ola gâyet</i> <i>Evvelinde olana bu âyet132</i> <i>/2b/ Ola zâhid dahi ede perhiz</i> <i>Salih ola ziyâde oğlan u kız</i> <i>Evsatında toğan bahadır ola</i> <i>Tama' ehli ola bu sâdır ola</i> <i>Dahi bed-hû ola bu günde toğan</i> <i>Olmaya hergiz anda hulk-ı hasen</i> <i>Âhirinde toğan ola kezzâb</i> <i>Hem mu'ânid ola ziyade o şâb</i> <i>İşbu işlerde hep Hüdâ a'lem</i> <i>Gâibe etme hüküm ol epsem</i>
İsmail Abdullah'ın Hayvanlı Takvimi (2012: 21)	Bin On iki Türk (Kaya, 2012: 21)	<i>Sâl-i Evvel, Mûş Bu sâle Mûş didükleri kavş burcına müsâdif idi. Mûş sâli gelse yıl başı hoşluk ve emînlik birle gice güz vakti yağmurlar çok yağa. Ekin, darı, oña Bulğar ili ucuzluk ola. Ve yıl âhırı şovuk 3 ola. Kan döküle, sulţânlar ğamgîn ola. Ve mûş çok olup evlerde ziyan ideler. Ve dahı uğrı çok ola. Sulţânlardan hazer kılıp ziyâde şakınmak gerek. Bu yılıñ ortasında toğan oğlan ziyade zeyrek ola. Âhırında doğsa kezzâb ve münâk üzre 8 ola.</i>

### Bulgular: Metnin Transkripsiyonu ve İncelenmesi

*Sene-yi on iki* bahsiyle ifade edilen bölüm ve açıklaması şöyledir:

(64b) 10) <u>bâbü sene-yi on iki ahkâm budur (?) el-i çinkız 11) tatar hisâbı</u>	
---	--

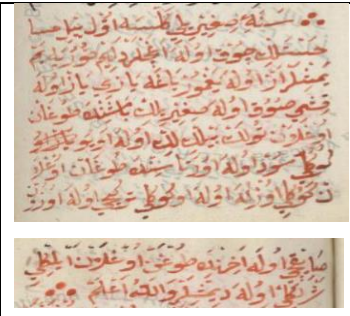
**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** On iki senenin hükümleri, bu *bâbda* anlatılmıştır. Ona Çinkız Memleketi Tatar Hisabı da denilmektedir.

11) ...sene-yi fāre kaçan sıçan yılı 12) ol yıl dinç geçe yazı yağmurlu ola kış 13) şovuk ola tereke gür ola türk elinde (65a) 1) cengi ola kış 2) uzun ola sıçan kuvvetlü 2) ola uğru çok ola degme kişiye söz 3) söylememek gerek bu yılın başında toğan oğla-4)-n merdim rahim göñüllü ola ortasında toğan 5) oğlan yaman fi'illi ola āhirinde toğan o-6)-ğlan açık göñüllü ola dimişler allāhü a' lem



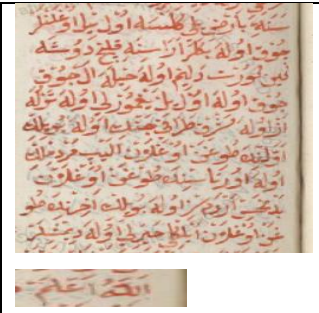
**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Fare senesi yani sıçan yılı: Bu yıl dinç yani sakin geçer. Yazları yağmurlu olur, kışları da soğuk ve uzun olur. Mahsulün gür olduğu bu yılda Türk memleketlerinde savaş [çok] olur. Sıçan kuvvetlidir ve hırsızlığı çoktur. [Bu yüzden] önemli ve değerli kişilere söz söylememek gerek. Bu yılın başında doğanlar, iyi, sakin ve merhametli olur. Ortasında doğanlar, kötü işli, sonunda doğanlar kötü huylu olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

7) sene-yi sığır yılı gelse ol yıl 8) hastelik çok ola ağaçlar delim kuruya 9) yemişler az ola yağmur yağa yazı yaz ola 10) kış 11) oğlan tölek beylikli ola evyü 12) göñüllü sūd ola ortasında toğan oğla-13)-n göñlü özge ola ev göñlü türkici (?) ola uzun (65b) 1) sayıkçı ola āhirinde toğan oğlan eylikli 2) şerlikli ola dimişler allāhü a' lem



**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Sığır Yılı: Bu yıl hastalık çok olur, ağaçlar çok kurur ve meyveler az olur. Yağmur yağar. Yazı yaz gibi olur ve kış da soğuk olur. Sığır yılının başında doğan evladın uzun ömürlü beyliği olur. İyi ve gönlü kara olur. Ortasında doğan evladın gönlü iyi ve güzel olur ve [o], ince düşüncelidir. Sonunda doğan hem iyi hem kötü olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

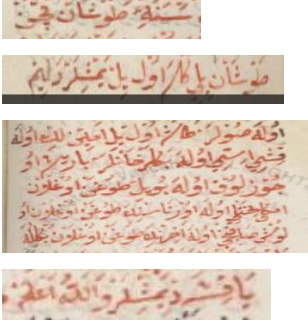
3) sene-yi baris yılı gelse ol yıl oğlanlar 4) çok ola begler arasına kılıç (?) duşa-5)-gın (?) kürt delim ola hile al çok 6) çok ola ol yıl yağmurlu ola terke 7) az ola maşrik tarāfi cengi ola bu yılın 8) evvelinde toğan oğlan alıp merdimlik 9) ola ortasında toğan oğlan 10) bed-naħis erdemsiz ola bu yılın āhirinde to-11)-ğan oğlan eylikli hayırlı ola dimişler 12) allāhü a' lem



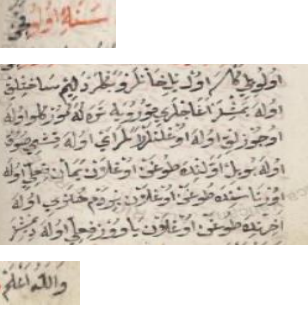
**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Pars Yılı: Bu yıl çok çocuk olur. Beyler arasında kılıç kuşanmak çok olur. Hileler, çok olur. Pars yılı yağmurludur, meyveler az olur. Doğu tarafında cenk olur. Bu yılın başında doğanlar yiğit olur, ortasında doğanlar uğursuz, kötü ve



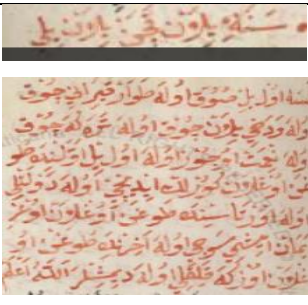
erdemsiz olur, sonunda doğanlar iyi ve hayırlı işler yapan birileri olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

<p>12) ... sene-yi 13) tavşan yılı gelse ol yıl yemişler delim (66a) 1) ola sular taşa ol yıl em̄nlik ola 2) kışı ıssı ola begler hanlar barışa u-3)-cuşluk ola bu yıl toğan oğlan 4) emekli miñnetli ola ortasında toğan oğlan ü-5)-lüş sakıncı<sup>7</sup> ola āhirinde toğan beglige 6) yakışa dimişler vallāhü a'lem</p>	
--	---

**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Tavşan Yılı: Bu yıl geldiğinde sular taşar, yemişler çok olur. Kışı sıcak olan bu yılda herkes güven içerisinde olur ve beyler, hanlar barışır. Ucuzluk olur. Bu yılda doğanlar sıkıntılı ve zahmetli olur. Ortasında doğanlar düşünceli, sonunda doğanlar beyliğe yakışacak şekilde olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

<p>6) ... sene-yi ulu kaçan 7) ulu yılı gelse ol yıl hanlar ve begler delim sāhıtlık 8) ola yemişler ağaçları kuruya tereke görklü ola 9) ucuzluk ola oğlanlar rāmlar(?) eyola kışı şovuk 10) ola bu yıl evvelinde toğan oğlan yaman fi'illi ola 11) ortasında toğan oğlan bir dem hüneri ola 12) āhirinde toğan oğlan yavuz fi'illi ola dimişler 13) vallāhü a'lem</p>	
---	--

**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Ejder Yılı: Ejder yılı geldiğinde hanlar ve beyler çok sahtekar olur. Yemiş ağaçları kurur, [ama] meyveler güzel olur. Ucuz olan bu yılda evlatlar ve köleler iyi olur. Bu yılın kışı da soğuk olur. Yılın başında doğanlar ile sonunda doğanlar kötü işler yapan kişiler olur, [ama] ortasında doğanların bir zaman hünerleri olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

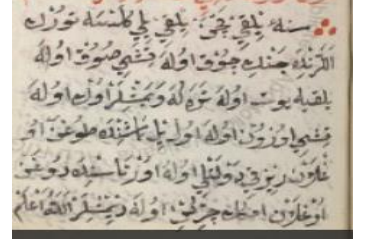
<p>13) ... sene-yi yılan kaçan yılan yılı (66b) 1) gelse ol yıl soğuk ola favar kıranı çok 2) ola ve dahı yılan çok ola tereke çok 3) ola ni'met ucuz ola ol yıl evvelinde to-4)-ğan oğlan gürlik idici ola devletli 5) ola ortasında toğan oğlan uğrı 6) yaman işi sevici ola āhirinde toğan o-7)-ğlan özge kılıklı ola dimişler allāhü a'lem</p>	
--	---

**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Yılan Yılı: Soğuk olan bu yılda davarların telef olmasına karşılık meyveler çok olur. [Bu yüzden] nimet ucuz olur. Bu yılın başında doğanlar

<sup>7</sup> Mehmet Çelebi, *Usul-i Ahkam-ı Sal-i Âlem* adlı risalesinde yer alan takvim bilgilerinde *uzun fikirli* ifadesi geçmektedir (Boyras, 2010: 124). Bundan dolayı metinde geçen *ülüş sakıncı* söz grubu, bu ifadeyle ilgili görülmüş ve *düşünceli* şeklinde çevrilmiştir.

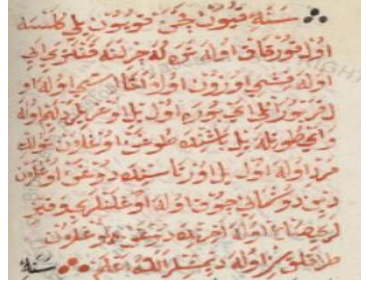
bereketli ve devletli, ortasında doğanlar hırsız ve kötü işleri seven, sonunda doğanlar da farklı bir yaratılıştadır, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

8) sene-yi yılki kaçan yılki yılı gelse türk 9) ellerinde cengi çok ola kışı şovuk ola 10) yılkiya yut<sup>8</sup> ola tereke ve yemişler oñ ola 11) kışı uzun ola ol yıl başında toğan o-12)-ğlan rızkī devletli ola ortasında doğan 13) oğlan emgek çirkin ola dimişler allāhü a' lem



**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** At Yılı: Bu yıl, Türk memleketlerinde savaş çok olur. Kışı soğuk ve uzun olur, atlar telef olur. Yemişler sağlam olur. Bu yılın başında doğanlar rızıklı ve devletli; ortasında doğanlar zor ve sıkıntılı olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

(67a) 1) sene-yi koyun kaçan koyun yılı gelse 2) ol kurkak ola tereke çirlene kantarı evi 3) ola kışı uzun ola ammā issi o-4)-l kar boranlı ay bora ol yıl uğrılar delīm ola 5) ve ay tutıla yıl başında toğan oğlan tölik 6) merid ola ol yıl ortasında doğan oğlan 7) dīn düşmānı çok ola oğlanları ve kız-8)-ları sağ ola āhirinde doğan oğlan 9) turaklıksız ola dimişler allāhü a' lem




**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Koyun Yılı: Koyun yılı kurak olur ve meyveler hastalanır, [ama] kantarı iyi olur. Kışı uzundur, fakat sıcaktır. Bu yıl kar boranlıdır. Hırsızlar çoktur ve bu yılda ay tutulur. Kız ve erkek çocukları sağ olur. Yılın başında doğanlar düzgün ve mert, ortasında doğanlar din düşmanı, sonunda doğanlar durma bilmeyenler olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

9)... sene-yi 10) meçin kaçan meçin yılı gelse kurğak ola yemişler 11) az ola oğul kız çok ola ve lākin azı kıla 12) ol uğrı çok ola kışı şovuk ola oğlanlar 13) zirligi az ola qar boranlaya hastalık düşe koyuna (67b) 1) yut<sup>9</sup> ola yıl başında doğan oğlan dögüşü-2)-ci ola ortasında doğan evlād yaman fi'illi ola 3) iki gönüllü ola āhirinde doğan evlād felfez ve yala-4)-ncı ola dimişler allāhü a' lem

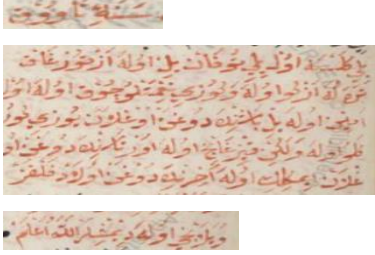


**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Maymun Yılı: Maymun yılı geldiğinde kuraklık olur. Yemişler az olur. Oğullar kızlar çok olur, ama azı kalır. Bu yılda hırsızlar çok olur. Kışı soğuk, karlı ve boranlıdır. [Bu yüzden] hastalık çok olur. Koyunlar telef olur, kırılır. Evlatların dirliği

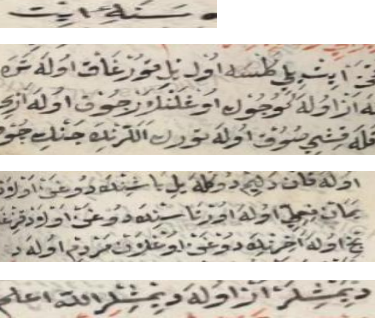
<sup>8</sup> *Takvim-i Tatar Ma'a'-Acem* adlı eserde yut, *yut yani kırıla* şeklinde açıklanmıştır (Balci, 2010: 92).

<sup>9</sup> Bir önceki sayfanın altında  şeklinde yazıldığı için yut olarak okunmuştur.


düzeni az olur. Bu yılın başında doğanlar dövüşçü, ortasında doğanlar kötü işli, sonunda doğanlar işe yaramaz ve yalancı olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

<p>4) ... sene-yi tavuk 5) yılı gelse ol yılı tūfān yıl ola az kurğak 6) tereke azgu<sup>10</sup> ola ve güzî ni metlū çok ola ol 7) emīn ola yıl başında doğan oğlan yüzi gör-8)-klū ola velākin kızganiç ola ortasında doğan o-9)-ğlan imğilik ola āhirinde doğan evlād felfez 10) ve yalancı ola dimişler allāhü a'lem</p>	
---	---

**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Tavuk Yılı: Bu yıl geldiğinde tufan olur, yani çok yağmur yağar ve kuraklık az olur. Meyveler çok olur, güzü nimetli olur. Bu yıl, güvende olunur. Bu yılın başında doğanların yüzü güzel olur, ama kıskanç olurlar. Ortasında doğanlar sıkıntılı; sonunda doğanlar işe yaramaz ve yalancı olurlar, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

<p>10) sene-yi it 11) kaçan it yılı gelse ol yıl kurğak ola tere- 12)-ke az ola küçük oğlanlar çok ola azı 13) kıla kışı şovuk ola türk ellerinde cengi çok (68a) 1) ola kan delīm döküle yıl başında doğan evlād 2) yaman fi'illi ola ortasında doğan evlād kızğa-3)-niç ola āhirinde doğan oğlan merdim ola 4) dimişler az ola dimişler allāhü a'lem</p>	
--	--

**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** İt Yılı: Kurak ve kışı soğuk olan it yılında meyveler az olur. Küçükler çok olur, ama azı kalır. Türk memleketlerinde savaş çok olur ve çok kan dökülür. Bu yılın başında doğanlar, kötü işler yapar, ortasında doğanlar kıskanç olur, sonunda doğanlar merhametli ve mert olur, demişler. Her şeyin en iyisini Allah bilir.

<p>4) ... sene-yi 5) hınzīr kaçan hınzīr yılı gelse ol yıl oğlanlar 6) delīm ola begler hanlar hōş ola buğday 7) arpa az ola yıl başında doğan oğlan 8) kılıklı ola ortasında doğan oğlan 9) kızganaç ola āhirinde doğan ulādı merdim 10) ola dimişler vallāhü a'lem bi's-savāb bahs11) temām olındı ve's-selām</p>	
---	---

**Günümüz Türkiye Türkçesine Aktarımı:** Domuz Yılı: Domuz yılı geldiğinde evlat çok olur ve beyler, hanlar mutluluk içerisinde. Arpa buğday az olur. Bu yılın başında doğanlar hoş

<sup>10</sup> Bu sözcüğün anlamı bulunamamıştır, ama sözcüğün az- fiilinden geldiği ve -gu ekiyle isimleştiği düşünülmektedir. Bundan dolayı sözcük, azmı, çok anlamlarıyla çevrilmiştir.

davranışlı ve yaratılışlı, ortasında doğanlar kıskanç, sonunda doğanlar mert olur demişler. Her şeyin doğrusunu ve en iyi Allah bilir. Konu tamamlandı.

## Sonuçlar ve Öneriler

Menşei hakkındaki farklı görüşler öne sürülen on iki hayvanlı takvimin gözlemlere dayalı oluşturulduğu konusunda bilim adamları hemfikirdir. Doğayla iç içe yaşayan insanın doğayı gözlemlememesi düşünülemez. Türkler de yaşam şekillerinin de bunu gerektirmesi nedeniyle doğayı gözlemlemiştir. Bu gözlemler, temelde yağış şekilleri, miktarları, ürünler gibi yaşamlarını doğrudan etkileyen hususlarla ilgili olmuştur. Daha sonra ise bunların düzenli bir şekilde tekrar etmesi, takvimi ve de o yıllarda doğanların doğum-ölüm oranları, sağlıklılık düzeyleri ve huyları gibi konularda da fal ve kehanet olarak nitelendirilen gelecek tahminlerinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Ecza-yı Lokman Hekîm adlı tıp kitabına da on iki hayvanlı takvimin doğum, ölüm oranları ve hastalıklar yanında mevsimlere göre beslenme, koruyucu hekimlik gibi konuları için alındığı düşünülmektedir. Çünkü kuraklık, meyvelerin olmaması, havaların soğuk veya yağışlı gitmesi hastalıklar açısından hekimi önemli ölçüde bilinçlendirecek ve hastalarına hem hastalıkları konusunda hem de sağlıklarının korunması konusunda daha fazla faydalı olabilecektir. Bunların yanında huylar ve psikolojik özelliklerin ise tıp metnine, takvim bütünlüğünü bozmamak hassasiyetiyle ve bunların hekimi ilgilendirmesi yönüyle alınmış olabileceği tahmin edilmektedir.

On iki hayvanlı takvimin izlerine 16. yüzyılın sonlarında Batı Türkçesiyle Anadolu'da yazıldığı düşünülen bir tıp kitabında rastlanması, onun Türk halkı arasında hâlâ dikkat çekici şekilde etkili olduğunu göstermektedir.

Ecza-yı Lokman Hekîm'de geçen muhtemelen takvimin kökeniyle ilgili olan *Çinkız Memleketi Tatar Hesabı* ifadesi, on iki hayvanlı takvime verilen başka bir isim olarak da değerlendirilebilir. Bundan dolayı on iki hayvanlı takvimle ilgili çalışmaların bu ad çerçevesinde de yapılmasının takvimle ilgili farklı sonuçlar ortaya çıkarabilir.

İncelenen on iki hayvanlı takvimde *yut*, *azgu* gibi arkakik sözcükler bulunmaktadır. Tarama Sözlüğü'nde yer almayan bu sözcükler bu sözlüğe katkılar sağlayabilecektir.

Takvimle ilgili açıklamalarda bulunan söz varlığı, kültür dil bilim çalışmaları başta olmak üzere, dil değişimleri, sözcük türleri (özellikle sıfatlar ve zarflar), ikilemeler için zengin veriler sunabilecek niteliktedir. Metinden *özge kılıklı, kızganaç/kızganıç, yaman fiilli, uğru, yaman işi sevicî, din düşmanı, turaklıksız, dövüşücü, özge gönüllü, gürlük idici, görklü, emgek, çirkin, imgîlik, iki gönüllü, ülüş sakınç emekli mihnetli, felfez yalancı, kılıklı* karakter özellikleri için; *tereke az/çok ol-, kantarı evi çok ol-, yemişler çirilen-, arpa az ol-, güzü nimetlü* ürünler için; *küçük oğlanlar çok ol-, oğul kız çok ol-* doğum oranları; *Türk ellerinde cengi çok ol-, beğler hanlar hoş ol-/barış-, kan delim dökül-, beğler arasına kılıç duşagin kürt delim ol-* siyasi ve

yönetim durumu için; *hastalık düş-*, *yılıya/koyuna yut ol-* sağlık için kullanılan sözler olarak tespit edilmiştir. On iki hayvanlı takvimin bakış açılarının (hayvan sayısının artması, bebeklerin sayısı, bazı ürünlerin çokluğu gibi) günümüzde Türkiye Türkçesi ağızlarında devam ettiği tespit edilmiştir. Söz gelimi Honaz ağzında kız bebeklerin çok olduğu yıl, kız yılı, erkek bebeklerin çok olduğu yıl, erkek yılı, farelerin, yılanların çok olduğu yıl sırasıyla fare yılı, yılan yılı, üzümün veya domateslerin çok diğer sebze ve meyvelerin az olduğu yıl üzüm yılı veya domates yılı olarak adlandırılmaktadır. Türkiye Türkçesindeki on iki hayvanlı takvim izlerinin varlığının hem tarihî hem de kültürel boyutta tespit etmek için bunların da incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Dil ve kültür değişimlerinin tespiti için on iki hayvanlı Türk takvimiyle ilgili çalışmalarda geçen karakter özelliklerinin karşılaştırılmaları gerekli görülmektedir. Yine on iki hayvanlı takvimle ilgili çalışmalar karşılaştırılarak orijinal haline yakın bir metne ulaşılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Atalay, B. (1998) Kaşgarlı Mahmud, Divanü-Lügati't-Türk I-IV, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
2. Balcı, M. (2010) "Bilinmeyen Bir 12 Hayvanlı Takvim Risalesi: Takvîm-i Tatar Ma'A-Acem", 2, Türkbilig, 20, s. 85-96.
3. Biray, N. (2009) "On İki Hayvanlı Türk Takvimi". A.Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi, 39, Erzurum, Prof. Dr. Hüseyin Ayan Özel Sayısı, s. 671-682.
4. Boyraz, Ş. (2010) "12 Hayvanlı Türk Takvimi ve Kehanet", Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, S. 3, Ankara, s. 107-142.
5. Büke, H. (2016) "Firdevsî-i Rumî'nin Kayıp Eseri: Tâli'-i Mevlûd veya Tâli'-i Mevlûd-i Kebir (Bir Yıldıznâme ve 12 Hayvanlı Türk Takvimi)", TÜRÜK Uluslararası Dil, Edebiyat ve Halkbilimi Araştırmaları Dergisi, 4(8), s. 66-74.
6. *Ecza-i Lokman Hekîm*, Vatikan Kütüphanesi, Türkçe El Yazmalar Bölümü 430.
7. Kaya, İ. G. (2012) İsmail Bin Abdullah'ın Oniki Hayvanlı Türk Takvimi. *Turkish Studies*, 7(2), s. 15-34.
8. Nur, R. (1981) Türk Tarihi. Cilt 12. İstanbul: Toker Yayınları.
9. Ögel, B. (2010) *Türk Mitolojisi I*. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları.
10. Sarıkaya, M. (2007) Türkçe Adlandırmada İnsan ve Hayvan Soybirliğinin Bir Yansıması Olarak Kur/Kuru/Kuro; Kır/Kırı/Kiro; Kurd/Kırt/Kürt Kelimelerinin Türkçe 'ur' "habbe, tane, tohum, döl" / 'qur' "halka, kemer, kuşak; nesil" Kelimeleriyle İlgisi. 38. *Icanas Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi*, 10-15 Eylül 2007 Ankara, Türkiye. s. 1511- 1522.
11. Tavkul, U. (2007) "Kültürel Etkileşim Açısından On İki Hayvanlı Türk Takviminin Yayılışı" *Modern Türklük Araştırmaları Dergisi*. 4(1), s. 25-45.
12. Temelkuran, T. (2002). Türklerin Kullandıkları Takvim Çeşitleri. *Türkler*, Ankara: Yeni Türkiye Yayınları, s. 436-440
13. Turan, O. (1941) Oniki Hayvanlı Türk Takvimi, İstanbul.
14. Turan, O. (1954) Tarihi Kronolojinin Esasları. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi.
15. Yaylagül, Ö. (2010). *Ebvâb-ı Şifâ*. Ankara: KÖKSAV Yayınları.
16. <https://digi.vatlib.it/>
17. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_tarama&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5bd2d08b71c3e7.50815716](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_tarama&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5bd2d08b71c3e7.50815716)

Ek: Sözlük

açık gönüllü: Laubali huylu.

azgu: Çok.

beyliklig: Beylikli.

çirilenmek: Hastalanmak, bozulmak.

degme kişi: Önemli kişi.

delim: Çok.

diñç: Selamet, sakin, emin.

duşak: (?) Bağ, köstek.

emekli: Zahmetli.

emgek: Zahmetli.

evyü: İyi.

eylikli: İyiliksever.

felfez: İşe yaramaz.

görk: Güzel.

gürlik: Bolluk, verimlilik.

kılık: Hareket tarzı, gidiş.

kıran: Toplu ölüm.

kürt: (?) Kuşak, kemerle ilgili bir sözcük<sup>11</sup>.

merdim: 1. İnsan, kişi, adam; 2. Sakin, kararsız.

naħıs: Kötü, uğursuz.

rahim: Rahmet edici, merhamet eyleyen.

oğlan: Evlat.

oñ: Üstün, makbul.

özge: İyi, güzel.

rām: Boyun eğenler, emir kulu.

sāhıtlık: (?) Sahtelik.

şakınc: (?) Düşünce.

sayıkçı: (?) Düşünceli.

sūd : Sevda; rengi kara olan şeyler.

şerlikli: Kötü.

tavar: Keçi ve koyunun ortak adı.

tereke: Mahsul, ürün.

tölek: 1. Sabit, baki; 2. Dürüst; 3. Sükun ve asayiş içinde; 4. Temkinli; 5. Sakin ve itaatli; 6. Elverişli, uygun.

turaqlıksız: Çok hareketli.

türkici: (?) Güzel.

uğru/uğrı: Hırsız.

ulu: Ejderha.

ülüş: Pay.

yavuz: Kötü.

yut: Telef, kırılma.

zirlik: (?) Dirlik, huzur, yaşayış, sağlık.

<sup>11</sup> Etimolojisiyle ilgili detaylı bilgi için bk. (Sarıkaya, 2007).

# Medyanın Beslenme ve Sağlık Üzerine Etkileri

## Effects of Media on Nutrition and Health

Nimet YEŞİLÇAYIR<sup>1</sup>

Devrim BEYAZ<sup>2</sup>

### ÖZET

Toplumun gelişebilmesi, bireylerin sağlıklı olabilmeleriyle ilişkilidir. Sağlıklı yaşamın temelinde, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Bu nedenle doğru beslenme davranışları kazanılmalıdır. Davranışları etkileyen temel faktörlerden birisi de medyadır. Medya geniş kitlelere hitap etmesi, yaşamın her an içinde yer alması ile sağlık ve beslenmeyle ilgili konuları topluma aktaran bir araçtır. Günümüzde medyanın etkisinden uzak kalmak imkânsızdır. Sağlık ve beslenme konusunda gazete, dergi, internet gibi görsel medya araçlarına sıklıkla başvurulmaktadır. Medyada bulunan beslenmeyle ilgili haberler, reklamlar bireylerin besin tüketim ve alışkanlıklarını değiştirerek olumlu ya da olumsuz etkiler oluşturmaktadır.

Gıda ürünlerinin reklamı hayatımızda önemli bir yer tutmaktadır. Tüm bireylerin odak noktası gıda reklamları, beslenmeyi etkileyerek sağlıksız diye adlandırılan abur cubur ürün tercihini arttırmaktadır. Ülkemizde sağlıklı ürün seçimi konusunda bir bilgi eksikliği ve kirliliği vardır. Bu durum ortadan kaldırılarak medyada bireyler sağlık ve beslenme konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Medya, Sağlık, Beslenme

### ABSTRACT

Society development is connected with individual's health. Balanced and enough nutrition is significant to develop and safe individual's health. Therefore, proper nutrition habits should be gained. One of the facts affects our habits is media. Media is a tool which transfers the content of health and nutrition with its huge audience and non-stop connection to people's life. Nowadays it is impossible to

---

<sup>1</sup> YL öğrencisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı, dytnimetyesilcayir@gmail.com

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı, beyazdevrim@adu.edu.tr



keep away from media's affects. The visual media tools such as newspapers, magazines, and internet are the usually used for the health and nutrition topic.

The nutrition contents and advertisings in media, creates positive of negative affects by changing people's nutrition habits. The advertisings of food products take an important place in our life. The food advertisings which are the focus point of all people, affects the nutrition habits and increase the consumption of junk food which well known as unhealthy. There is a infollution and lack of information about healthy food selection in our country. This situation should be eliminated and the individuals in the media should be informed about health and nutrition.

**Key Words:** Media, Health, Nutrition

## **Giriş**

Medya; yazılı, sözlü ve görüntülü kitle iletişim araçlarından oluşmaktadır. Gazete ile başlayan kitle iletişim araçları telefon, radyo, televizyon buna ek olarak da internet ve elektronik posta ile devam etmektedir. Kitle iletişim araçları geniş kitlelere hitap etmesi, gündelik yaşamın içine girmesi ile tüketim biçimlerini etkileyerek sağlıklı beslenmeyle ilgili bilgileri topluma aktaran en yaygın beslenme aracıdır (Arslan, 2005).

Sağlığı korumakta ve geliştirmekte yeterli-dengeli beslenmenin öneminden dolayı doğru beslenme alışkanlıkları kazanılmalıdır (Merdol ve ark, 2004). Bu alışkanlıkları etkileyen faktörlerden birisi de medyadır. Medyada bulunan beslenmeyle ilgili haberler, reklamlar bireylerin besin tüketim ve alışkanlıklarını etkilemektedir (Arslan, 2005). Medya besin seçimi, tüketimi ve beslenme alışkanlıklarında olumlu ya da olumsuz etkiler oluşturmaktadır (Elgünler ve Fener, 2011).

Sağlığa zararlı diye adlandırılan gıda reklamları, yayınlanan haberler bireylerin besin seçim ve tüketimlerinde olumsuz etki göstermektedir (Güler, 2006). Ülkemizde medyada beslenme ile ilgili bulunan haberlerin, reklamların bireylerin seçimi ve tüketimi üzerine etkileri araştırılmaktadır. Yapılan literatür taramasında medyada çıkan haberlerin öncelikli olarak kadınlar ve çocuklar olmak üzere tüm bireylerin besin tüketimi üzerine etkili olduğu ve beslenme alışkanlıklarını değiştirdiği sonucuna varılmıştır (Eleroğlu ve ark, 2018). Ancak medyanın sundukları, çocukları yönlendirmede ilk sırada yer almaktadır (Karaçor ve ark, 2018). Reklamlardaki ışık, renk, sesteki etkilenen çocuk reklamında bulunan ürünün sahibi olmak istemektedir (Yılmaz, 2015).

Günlük hayatımızda en çok kullandığımız ürünler reklamı en çok yapılan ürünlerdir (Apak, 2014). Basında, radyoda ve televizyonda gıda ürünlerinin reklamı önemli yer oluşturmaktadır (Yılmaz ve ark, 2007). Bu sebeple birçok konuda yararlanılan medyanın beslenmenin önemi ve gıda maddelerinin tanıtımları konusunda doğru ve sürekli bilgi vermesi gerekmektedir (Sağlam, 2018).

## **Medya**

Medya kelimesi dilimize İngilizce' den gelmiştir. İngilizce' de 'media' sözcüğü araç, ortam, ortam aracı anlamına gelen 'medium' kelimesinin çoğuludur. Medya genel olarak bakıldığında basılı ve elektronik olmak üzere iki gruba ayrılır. Basılı medya dergi ve gazeteleri, elektronik medya radyo, televizyon ve interneti kapsamaktadır (Suher ve ark, 2012). Medya, özellikle toplumsal hayatta bireylerin çeşitli sosyal ihtiyaçlarını gidermek için başvurdukları araçtır. Bireyler bu araçları bilgi edinmek, eğlenmek, haber almak için kullanırlar (Kocadaş, 2005).

Günümüzde tüketicilerin çevresi medya ile donatılmıştır (Suher ve ark, 2012). Jean Baudrillard'a göre artık ihtiyaçlarımızı da medya belirlemekte, neye ihtiyacı olduğunu düşünmeye zamanı olmayan tüketici, karşısına sunulan alternatifi evet ya da hayır diyerek değerlendirmektedir (Vodinalı, 2016).

## **Medya ve Sağlıklı Beslenme**

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin işlevlerinden yararlanılmasıdır. Toplumun sağlığını sürdürebilmesi ve ekonomik olarak gelişebilmesi, bireylerin sağlıklı olabilmeleriyle ilişkilidir. Sağlıklı yaşamın temeli yeterli ve dengeli beslenmedir. Yeterli ve dengeli beslenme "Vücudun büyümesi, dokuların yenilenebilmesi ve doğru çalışabilmesi için gerekli olan tüm besin gruplarının her birinden yeterli ve gerekli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması" olarak ifade edilmektedir (Baysal, 2014). Çocukluğun erken dönemlerinde de 'sağlıklı beslenme' önem arz etmektedir. Çünkü sağlık bir toplumun gelişmişliğini belirleyen temel unsurdur. Çocuklar sürekli olarak değişim ve gelişim içindedirler. Bu değişim ve gelişmeyle birlikte çocuğun beslenme alışkanlıkları da değişiklik gösterir. Özellikle bebeklik, çocukluk ve adölesan dönemde edinilen doğru beslenme alışkanlıkları, bireylerin hayatları süresince beslenme alışkanlıklarını oluşturur (Karaçor ve ark, 2018).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık ve beslenme konusunda gazete, dergi, internet gibi görsel medya araçlarına sıklıkla başvurulmaktadır (Eleroğlu ve ark, 2018). Haberler, sağlık programları gibi bir çok medya türünde sağlıklı yaşam, beslenme gibi konular üzerinde durulmaktadır. Neredeyse her gün medyada sağlıklı beslenme tarzları, sağlıklı pişirme yöntemleri ve beslenme şekli ile hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde besin seçiminin etkisiyle ilgili birçok program yapılmaktadır (Atik ve Biricik, 2017).

Toplumumuzda sağlıklı beslenme için uygun ürün seçimi yapma konusunda bir bilgi açığı vardır (Cebeci ve Güneş, 2017). Medyanın insanlar üzerindeki etkisi şu anda tartışmalı bir konu olsa da sağlık ve beslenme gibi önemli konularda yapılan yorumlar, vurgular kamuoyunda bir kanaatin oluşmasını sağlamıştır (Atik ve Biricik, 2017)

## Medyanın Besin Seçimi ve Tüketimi ile İlişkisi

Tüketim davranışı daha çocukluk yıllarında şekillenmekte, televizyon ve reklamlar, bu dönemde tüketim yeteneğini değiştirerek alışkanlık haline getirebilmektedir (Karaçor ve ark, 2018). Reklamlar, çocuğun tüketim alışkanlıklarının oluşmasında ve bir tüketici kimliği kazanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Reklamla yoğrulmuş bir yaşam, köyden kente sokaktan eve her alanı kapsamaktadır. Gündelik yaşantımızın içinde yoğun olarak bulunan reklamlara; yolda otobüste billboardlarda, evde ise televizyon, gazete ve yazılı basının tüm araçlarında rastlanılmaktadır (Dilber ve Dilber, 2018). Reklamlar, satın almada en büyük unsurdur. Burada en büyük görev ise televizyona aittir. Televizyon kanallarındaki artış ile yayınlanan reklam sayısı da artmıştır. Yapılan araştırmalarda en fazla artışın gıda reklamlarında olduğu saptanmıştır. ABD de 70'li yıllarda 22 bin olan gıda reklamları, 80'li yıllarda 30 bin, 90'lı yıllarda 40 bine çıkmıştır. Bu artışın % 80'lik kısmı besin değeri bulundurmeyen, yağ oranı fazla ve yüksek kalorili gıdalarda olmuştur (Girgin, 2018). Reklamların etkisi ile 1970'te ABD'de fast food'a altı milyar dolar harcanırken, 2001'de 110 milyar doların üstüne çıkmıştır (Asena, 2009).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada 5 hafta boyunca 5 Türk televizyon kanalında cumartesi pazar günleri yayınlanan çocuklara yönelik programlar takip edilmiştir. Programlarda 775 ürün reklamı yayınlanmıştır. Bu reklamların 347 tanesi yiyecek-içecek reklamlarıdır. Çocuklar sadece cumartesi pazar sabah programlarında 35 dakika reklama maruz kalmaktadır. Bu yılda 1890 dakikaya karşılık gelmektedir. Bununla birlikte yılda maruz kalınan yiyecek reklamı sayısı yaklaşık 18738'dir (Çerçi, 2009).

Yapılan araştırmalar bebeklerin altı aylıkken, reklamlar ile karşılaştıklarında ürün markalarının logolarını tanımaya ve tepki göstermeye başladıklarını göstermiştir (Yılmaz, 2015). 10 aylık bir bebeğin dahi reklamlardan etkilendiğinin belirtilmesi çocuğun geleceğe yönelik potansiyel bir tüketici olarak, satın alım şekli, marka bağımlılığı gibi durumların çocukta oluşmasında televizyon reklamlarının önemi oldukça fazladır (Elden ve Ulukök 2006). Bebeklerin çoğu üç yaşına geldiklerinde ise kimi ürünleri marka ismini söyleyerek ya da seçerek isteyebilmektedir (Yılmaz, 2015).

Özellikle çocuklar medya etkisine karşı daha hassastırlar, ancak aynı şekilde gebeler de etkilenmektedir. Gebelikte beslenme fetüsün, bebeğin ve bireyin tüm yaşamını etkilemesi nedeniyle önemli bir konudur. Gebelikte beslenmeyi etkileyen bireysel ve kültürel faktörlerin yanında bir diğer faktör de medyadır. Örneğin, medya, emzirmenin normal ve en doğal yol olduğunu ifade ederken diğer bir alternatif olan mamalarda pratik olması ve üstünlükleri devam eden reklam kampanyaları ile tercih edilir hal almaktadır. (Süleymanoğlu, 2017).

656 üniversite öğrencisi üzerine yapılan bir araştırmada ise besin reklamlarından en çok etkilenenlerin kadın öğrencilerin olduğu ve bunu etkileyen medya kaynaklarının ise sırasıyla % 54.9 oranında televizyon, % 34.0 oranında internet, en az etkide bulunan ise % 0.3 ile radyo olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Yıldıran ve ark, 2016).

Teknolojinin gelişmesi, sanayileşme, eğitim düzeyini ve ekonomik durumda ki artış insanların gıdalara ve sağlıklı beslenmeye olan ilgisini fazlalaştırmıştır. Sağlıklı beslenme günümüzde toplumun ilgisini çekmektedir. Bu durum medyada gıda ile ilgili açıklama ve haber sayısını da artışa neden olmuştur. Çünkü sağlıklı beslenme vurgusu günümüzde rahat ve mutlu bir yaşamın öncüllerinden biri olarak her an gündemde bulunmaktadır. Nicolosi' ye göre insanların sürekli medyaya maruz kalması ortorektik bir toplum olgusunu meydana getirmiştir (Sağlam, 2018). İngiliz Beslenme Bozuklukları Derneği ise ortoreksiyanın gelecek yıllarda insanlığı büyük ölçüde tehdit edecek boyutlara ulaşacağını belirtmiştir. Türkiye'de sağlıklı beslenme takıntısının değerlendirildiği bir çalışmaya göre de araştırma yapılan 318 kişinin % 45'inde ciddi takıntı bulunduğu tespit edilmiştir. Medya ile oluşturulan söylemler, tutum ve davranışlar zamanla bireylerde bir inanç ve kanaat halini alabilmektedir (Atik ve Biricik, 2017).

'Sen Hayattan Ne Almak İstersin?' sloganı ile tanıtılan kahvaltılık gevrek reklamında toplumda zayıf kadınların güzel olduğu algısı vardır ve kadınların diyet yaparak reklamda ki kadın gibi zayıf olabilecekleri mesajı verilmektedir. Ayrıca, yalnızca zayıf kadınların kendilerine güveninin olduğu mesajı da reklamda ki kadının giydiği kotun arkasında yazan 'kendine güven' yazısı ile ön plana çıkmıştır. Kadınlara, diyet yaparak zayıf kalabilecekleri, zayıf olduklarında da kendilerine güvenlerinin olacağı mesajı verilerek kadın tüketicilerin diyet ürünler tüketerek beslenme tercihlerini değiştirmeye yönlendirilmektedir (Apak, 2014). Aksoydan ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada medyada yer alan reklamlar sonucu satın alma sıklığı artan ürünler; % 28,6 ile ilk sırada barsak hareketi düzenleyiciler, % 20 ile ikinci olarak kalp damar sağlığına yönelik yağlar, % 18,4 ile üçüncü diş macunları, dördüncü olarak % 15 ile kolesterol düşürücü ürünler son olarak da % 10,4 ile diyet ürünler olarak yer almaktadır (Aksoydan ve ark, 2010).

### **Medyanın Besin Seçimi ve Tüketimi Üzerine Olumsuz Etkileri**

Gereksiz tüketimi artırmak, sağlıksız beslenme alışkanlıklarına neden olmak ve bunları geliştirmek gibi etkileri olan televizyon reklamları çocuklar açısından etkileyici bir rol oynamaktadır. Çocuklar, izledikleri reklamların etkisi ile bildikleri bir beslenme kuralını göz ardı ederek, reklamı yapılmayan sağlıklı ürünlerden uzaklaşarak reklamı yapılan sağlıksız ürünleri tercih edebilmektedir (Dilber ve Dilber, 2018). Reklamlar, bazı gıdaların özelliklerini abartarak tanıtabilmekte bu da çocukların beklentilerini arttırmaktadır. Örneğin reklamı yapılan gıdanın olduğu kazana düşüp büyüyen birisini izleyen çocuk o gıdayı alıp tüketince hemen

büyüyeceğini düşünmektedir. Böylece ürüne karşı beklentisi artmakta ancak sonucunun gördüğü gibi olmadığını anlayınca büyük bir hayal kırıklığına uğramaktadır (Karaca ve ark, 2007).

Çocukların cumartesi sabah programlarında yer alan gıda reklamlarının beslenme ile ilgili bilgiler veriyor mu? sorusuna verilen cevabın araştırılması üzerine; 52,5 saat boyunca 997 reklam yapılmış, 68'i kamu hizmet duyurusu yaparken, 564'ü gıda reklamı olmuştur. Bu reklamlardan da % 56,5'i yağ, % 43,6'sı tatlı içeren gıda ürünleridir. Genel olarak sabah programlarında yer alan reklamlar yağ ve şeker oranı yüksek gıdalara yöneltilmektedir. Araştırmanın sonucunda çocuklara yönelik cumartesi günleri yapılan televizyon reklamları ulusal düzeyde gözden geçirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Kahraman ve Aytaç, 2014).

Tavukçulukla ilgili olumsuz medya haberlerinin tavukçuluk ürünlerinin tüketimi üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada bireylerin yaklaşık % 75'i tavukçulukla ilgili haberleri takip etmekte ve % 36,1 ise çıkan bu haberlerden etkilenecek tavuk eti tüketim miktarını azaltmaktadır (Eleroğlu ve ark, 2018).

### **Medyanın Besin Seçimi ve Tüketimi Üzerine Olumlu Etkileri**

Medya tüketicilerin yaşamında güçlü bir etkidir. Medyanın beslenmedeki olumsuz yönlerinin yanında umut vadeden yönleri de vardır. Medya çocukların yaratıcılıklarını ve düş güçlerini etkileyebilir, sağlıklı olmayan davranışlar üzerinde değişiklik yapabilir, bilgi alımını artırabilir (Şahin ve ark, 2018). Örneğin çocuklar medya aracılığıyla sütün sağlıklı olduğunu ve içmesi gerektiğini öğrenirler. Reklamlar çocuğun nesnelere dünyasına özellikle, yetişkinlere hitap eden nesnelere adım atışına katkıda bulunur. Çocuğun yeni nesnelere tanınması, sosyal gelişimine katkı sağlar (Günlü ve Derin, 2012). Çizgi filmler görsel ve işitsel duygulara hitap etmesi etkili, eğlendirici bir iletişim aracı olması yönünden medyada olumlu bir hizmet vermektedir. Çizgi filmler aracılığıyla soyut kavramlara bir anlam yüklenilerek somut bir kavram haline alabilirler (Karslı ve Saka, 2017).

Yapılan başka bir çalışmada ise televizyonda yayınlanan çizgi filmlerin, oluşturulan karakterlerin ve kahramanların yoluyla çocukları sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirileceği ve reklamlar, kamu spotlarının da kullanılabilmesi ifade edilmiştir. Aynı zamanda internet ortamında sunulan eğitici videolar aracılığıyla çocukların sağlıklı gıdaları tercih edebileceği, bilgisayar oyunları ile de çocukların yeme alışkanlıklarının olumlu yönde etkilenebileceği belirtilmiştir (Şahin ve ark, 2018).

Ankara'da 500 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların % 49'unun medyanın etkisiyle yeni ürünler almaya başladıkları, bu ürünlerinde sırası ile % 49,5 probiyotikler, % 29,4 kolesterol düşürücü ürünler, % 13,2 ise kefir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı çalışmaya göre osteoporozu önlemek amacıyla medyada yayınlanan reklamların süt satın alma ve

tüketiminde % 62,8 artış sağladığı ve süt ürünleri reklamlarından etkilenecek sütün tüketiminin en çok artan besin grubu olduğu belirtilmiştir (Aksoydan ve ark, 2010).

## **Sonuç**

Günümüzde medyanın etkisinden uzak kalmak neredeyse imkansızdır. Farkında olmadan medyanın sundukları hayatımızı şekillendirerek beslenme davranışlarını etkileyen faktörlerdendir.

Beslenme konusunda bireylerin bilinç seviyesi, sağlığa verdikleri değer ve en önemlisi de yaşamlarının merkezinde bulunan kitle iletişim araçları besin tercihlerini etkilemekte ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmektedir. Değişmiş olan beslenme alışkanlıkları da besin seçiminin temelini oluşturmaktadır.

Medyadaki gıda reklamları her gün, her yerde, her an bulunmaktadır. Başta çocuklar olmak üzere tüm bireyler tarafından dikkat çeken gıda reklamları beslenmeyi etkilemekte hatta abur-cubur diye ifade edilen çikolata, cips, kek, sakız gibi ürünlere olan ilgiyi arttırarak sağlıklarını tehdit etmektedir. Medyaya özellikle de televizyona maruz kalan bireylerde kalorisi yüksek gıda tüketimi artmakta ve ne yediklerinin farkında olmamakla birlikte gıdalara olan farkındalıkları da giderek azalmaktadır. Aynı zamanda reklamı bulunan bu ürünler sağlıklı ve mutlu yaşam tarzının temelini oluşturmuş gibi sunulmaktadır.

Medyada yer alan bilgi kirliliğini ortadan kaldırarak sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirmeler yapılmalı. Sağlıklı beslenme bilgileri; hedef kitleye uygun, açık ve sade bir dille anlaşılır düzeyde kaliteli, etkileyici ikna edici bir biçimde sunulmalı. Ancak tüm bunları yaparken bireyleri medyadan soyutlamak mümkün değildir, bunun için medya bir araç gibi kullanılmalı; reklamlar, halkla ilişkiler çalışmaları, çizgi filmler, sinema, kamu spotları ile desteklenmelidir.

## Kaynaklar

1. Aksoydan, E., Kartal, B. Ve Yılmaz, K. (2010) "Medya Kadınları Beslenme Konusunda Nasıl Etkiliyor?", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Cilt 19, Sayı: 1, s. 1-5.
2. Apak, Kubilay Hasan (2014) "Televizyondaki Gıda Reklamlarında Cinsellik Olarak Kadın ve Erkek İmgesi", Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşe.
3. Arslan, A. (2005) "Türkiye'de Medya-Toplum İlişkisi ve Medyanın Profesyonellik Etiği Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme", Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 5, s. 1-13.
4. Asena, Melike Başak (2009) "Gıda Reklamlarının Okul Öncesi Çocuklar Üzerindeki Etkilerinin Anneler Tarafından Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
5. Atik, A., Biricik, Z. (2017) "Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Kapsamında Televizyon Sağlık Programlarının Format Yapılarının İncelenmesi", Atatürk İletişim Dergisi, Sayı: 13, s. 87-102.
6. Baysal, Ayşe (2014) Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
7. Cebeci, A., Güneş F.E. (2017) "Türkiye Avrupa'daki Tüketicilerin Gıda Etiket Okuma Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi", Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), s. 261-267.
8. Çerçi, Fatih (2009) "Çocukların Reklamı Anlama ve Algılama Düzeyleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Mersin İlinde Bir Araştırma" Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
9. Dilber, A., Dilber F. (2018) "Çocukların Beslenme Alışkanlıklarına Gıda Reklamlarının Etkisi: Karaman İli Alan Araştırması", Al-Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2(2), s. 150-178.
10. Elden, M., Ulukök, Ö. (2006) "Çocuklara Yönelik Reklamlarda Denetim ve Etik", Küresel İletişim Dergisi, Sayı 2,
11. Eleroğlu, H., Bircan, H. ve Arslan R. (2018) "TR72 Bölgesinde (Kayseri, Sivas ve Yozgat) Tavukçuluk Ürünlerinin Tüketimi Üzerine Medyanın Etkisi", Türk Tarım- Gıda Bilim ve Teknoloji Dergisi, 6(6), s. 756-763.
12. Elgünler, T.Ç., Fener, T.Ç. (2011) "İletişimin Kalitesini Etkileyen Engeller ve Bu Engellerin Giderilmesi", The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication TOJDAC, Sayı 1, s. 35-39.
13. Girgin, Göksel Kemal (2018) "Tüketicilerin Ramazan Ayında Televizyonlardaki Yiyecek-İçecek Reklamlarına Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi", MANAS Journal of Social Studies, 7(2) , s. 621-635
14. Güler, Çağatay (2006) "Kitle İletişim Araçları ve Sağlık", Toplum Hekimliği Bülteni, 25(1) , s. 1-4.

15. Günlü, Z., Derin, Ö.D. (2012) "Televizyon Reklamlarının Okulçağı Çocuklarının Besin Seçimi Üzerine Etkilerinin Bir İncelemesi", Selçuk İletişim, 7(3) , s. 62-77.
16. Kahraman, D.A., Aytaç, T. (2014) "Sosyal Medya Çağında Reklamın Eğitim İşlevi Üzerine Bir Çözümleme", Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Sayı: 8, s.78-101
17. Karaca, Y., Pekyaman, A. ve Güney, H. (2007) "Ebeveynlerin Televizyon Reklam İçeriklerinin Çocuklar Üzerindeki Etkilerini Etik Açısından Algılamalarına Yönelik Bir Araştırma", Sosyal Bilimler Dergisi, 9(2) , s. 233-250.
18. Karaçor, S., Tuncer, T. ve Bulduklu, Y. (2018) "Çocuklarda Obezite Artışı İle Yiyecek İçecek Reklamları Arasındaki İlişki", PESA International Journal Of Social Studies, 4(1) , s. 134-141.
19. Karslı, F., Saka, Ü. (2017) "5.Sınıf Öğrencilerinin 'Besinleri Tanıyalım' Konusundaki Kavramsal Anlamalarına Bağlam Temelli Yaklaşımın Etkisi", Elementary Education Online, 16(3) , s. 900-916.
20. Kocadaş, Bekir (2005) "Kültür ve Medya", Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Sayı: 34, s. 1-13.
21. Merdol, T., Baysal, A., Arslan, P. ve Yücecan, S. (2004) "Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara.
22. Sağlam, Kübra (2018) "Yazılı, Görsel Ve Sosyal Medyada Gıda İle İlgili Bilgi Kirliliğinin Halkın Gıda Tercihi Üzerine Etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
23. Suher, H.K., Altunbaş, H., Başal, B. ve İspir, N.B. (2012) Medya Planlama, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
24. Süleymanoğlu Mehtap (2017) "Gebelerin Beslenmesi Üzerine Medyanın Etkisine İlişkin Görüşlerin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
25. Şahin, K.M., Çoban, E.A. ve Karaman G.N. (2018) "Okul Öncesi Öğretmenlerin Medyanın Çocukların Beslenme Alışkanlıkları Ve Bozuklukları Üzerindeki Etkisine Yönelik Bakış Açılı", Elementary Education Online, 17(1) , s. 125-142.
26. Vodinalı, Selcen (2016), "Tüketim kültürü bağlamında reklam ve çocuklar üzerindeki etkileri: "Maret yook mu? Reklamı üzerine bir çözümleme" International Journal Of Social Sciences and Education Research, 2(1) , s. 162-182.
27. Yıldırım, H., Çelik, E., ve Karadağ, G.M. (2016) "Üniversite Öğrencilerinde Medyanın Besin Seçimi ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Etkisi", H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, cilt 3, Ek:1, s. 96.
28. Yılmaz Yağcı Tuğba (2015) "Gıda Reklamlarının Çocukların Beslenmesi Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi", Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
29. Yılmaz, E., Yılmaz, İ. ve Uran H. (2007) "Gıda Maddeleri Tüketiminde Medyanın Rolü: Tekirdağ İli Örneği", Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi, Sayı: 3, s. 9-14.



# Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı, Depresyon ve İlişkili Faktörler

## Smartphone Addiction, Depression and Related Factors Among Vocational School Students

Burcu DAYSAL<sup>1</sup>

Gülay YILMAZEL<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı meslek yüksekokulu öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının, depresyon düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir.

**Gereç-Yöntem:** Kesitsel özellikteki bu araştırma Ekim-Aralık 2017 tarihinde yapıldı. Hitit Üniversitesine bağlı ilçe meslek yüksekokullarında öğrenim gören 426 öğrenci çalışmaya dâhil edildi. Öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığının belirlenmesinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form ile depresyon düzeyinin belirlenmesinde Beck Depresyon Envanteri kullanıldı.

**Bulgular:** Katılımcıların %73,7'si 18-20 yaş aralığında olup %51,4'ü kadındı. Öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 27,23 ± 11,28'di. Erkek katılımcıların %33,8'inin ölçekten 31 ve üzerinde, kadın katılımcıların %28,7'sinin 33 ve üzerinde puan aldığı belirlendi. Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden alınan puanların ortalaması ekonomik durum algısı "iyi olanlarda, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda, uyku kalitesini "kötü" olarak değerlendirenlerde anlamlı ölçüde yüksekti. Günlük internette geçirilen süre ve akıllı telefonun kontrol edilme sıklığı ile katılımcının akıllı telefon bağımlılığına yönelik algısı ölçekten alınan puanlar üzerinde etkili bulundu ( $p<0.05$ ). Araştırma grubunun %43,6'sında orta ve şiddetli düzeyde depresyon saptandı. Orta ve şiddetli düzeyde depresyona sahip olanlarda akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlar anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda araştırma grubunda akıllı telefon bağımlılığının azımsanmayacak oranda olduğu görüldü. Akıllı telefon bağımlılığı depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahipti. Genç bireylerin uğraş alanlarının artırılması, sanatsal alanlara yönelik faaliyetlere yönlendirilmesi ve bu yönde programların geliştirilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Akıllı telefon; bağımlılık; depresyon; meslek yüksekokulu

<sup>1</sup> Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum, [burcudaysal06@gmail.com](mailto:burcudaysal06@gmail.com)

<sup>2</sup> Doç.Dr. Gülay YILMAZEL, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çorum [dryilmazelgul@gmail.com](mailto:dryilmazelgul@gmail.com)

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to evaluate smartphone addiction, depression and related factors among vocational high school students.

**Material and Methos:** This cross-sectional study was conducted in October-December 2017 with 426 students that were studying in the county vocational high schools affiliated to the Hitit University. To determine smartphone addiction among students Smart Phone Addiction Scale-Short Form and for depression level Beck Depression Inventory were used.

**Results:** Of the respondents 73,7% were between the 18-20 years and 51,4% were women. The mean score of smartphone addiction scale was  $27,23 \pm 11,28$ . Of the male participants 33,8% had 31 points and over, of female respondents 28,7% had 33 and over points. Mean scores from scale were significantly higher among students with "good" economic perception, with no any chronic diseases, with "bad" sleep quality. Daily time spending on the internet, frequency of smartphone control and the participant's perceptions related with smartphone addiction were effective on smartphone addiction ( $p<0.05$ ). It was found that of the respondents 43,6% had depression in moderate and severe level. Scores from smartphone addiction were significantly higher among participants with moderate and severe depression level ( $p<0.05$ ).

**Conclusions:** In our study, it was seen that there was a substantial level of smartphone addiction. Smart phone addiction had significantly effect on depression levels. Artistic-oriented activities, occupational therapies and programmes will be useful for young people.

**Ket words:** Smartphone; addiction; depression; vocational; schools

## Giriş

Akıllı telefon bağımlılığı dünya genelinde yetişkinler arasında yaygın görülen bir problemdir. Telefonun aşırı kullanımı olarak ortaya çıkan bağımlılık çalışma, araç kullanımı, sosyal toplantılar hatta uyuma gibi diğer aktivitelerle ilgilenme ile esnasında da kendisini göstermektedir (Harwood ve ark., 2014: 268).

Kişilerin düşünceleri, duyguları, eğilimleri, hisleri ve iyi oluşları üzerinde negatif bir etki bırakabilen akıllı telefon bağımlılığı ciddi bir sorundur. Özellikle depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve yalnızlık akıllı telefon bağımlılığına yol açan risk faktörleri arasında gösterilmektedir (Gao ve ark., 2016: 5). Akıllı telefon bağımlılığının bireylerin sadece ruhsal ve davranışsal durumunu etkilemediği, ruhsal bozuklukların da yüksek oranda akıllı telefon bağımlılığına yol açabileceği belirtilmektedir (Zhang ve ark., 2014: 4). Küresel düzeyde 300 milyondan fazla insanı etkileyen depresyon sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır (WHO, 2017: 6).

Günümüzde ergenler ve gençler hızlı gelişen modern teknolojiye en çabuk ayak uyduran ve uygulayan gruplardır (WHO, 2014: 9). Bu durum gençleri akıllı telefon gibi yeni teknolojik cihazlar ve internet ortamlarına karşı en savunmasız grup haline getirmektedir (6). Akıllı

telefonun aşırı kullanımı, başta bağımlılık olmak üzere kas-iskelet sistemi sorunları, sosyal geri çekilme, uykusuzluk, düşük özgüven, düşük akademik başarı gibi fiziksel ve psiko-sosyal problemlere yol açmaktadır (WHO, 2014: 9).

Bu çalışmanın amacı meslek yüksekokulu öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının, depresyon düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir.

## **Gereç-Yöntem**

Kesitsel özellikteki bu araştırma Ekim-Aralık 2017 tarihinde yapıldı. Hitit Üniversitesine bağlı ilçe meslek yüksekokullarında öğrenim gören 426 öğrenci çalışmaya dâhil edildi. Öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığının belirlenmesinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form ile depresyon düzeyinin belirlenmesinde Beck Depresyon Envanteri kullanıldı.

Verilerin toplanmasında iki bölümden oluşan bir anket formu kullanıldı. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık hastalık durumları, sağlık davranışları ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Formu yer aldı. Formun ikinci bölümünde öğrencilerin depresyon düzeylerini belirlemek amacı ile Beck-Depresyon Envanteri kullanıldı.

## **Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa formu**

Kwon ve ark. (2013) tarafından geliştirilen ölçek, tek alt boyuta sahip ergen bireylerin "akıllı telefon bağımlılığı'nı ölçmeye yönelik kendini değerlendirme türünde olan bir ölçme aracıdır (Kwon ve ark., 2013: 65). Ölçeğin Türkiye'ye uyarlanması Şata ve Karip (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Likert tipinde (1: Kesinlikle katılmıyorum, 6:kesinlikle katılıyorum) derecelendirilen ölçek, 10 maddeden meydana gelmektedir. Bu ölçekten elde edilebilecek puan aralığı 10 ile 60 arasındadır. Ölçeğin kesme puanının 29, 5 olduğu belirtilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın 29,50'in üstünde olması akıllı telefon bağımlılığını göstermektedir (Şata ve Karip, 2017: 428).

## **Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçen, 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (Beck, 1961: 563). Ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılan BDE, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade eden cümlelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. BDÖ'nün kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir (Hisli, 1989: 5).

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 17,0 paket programı ile yapılmıştır. Değerlendirmelerde yüzdellik, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Ki-kare, One-Way Anova (Post-hoc) testi ve

Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.  $P < 0,05$  değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Araştırma grubunun %73,7'si 18-20 yaş aralığında olup yaş ortalamaları  $19,9 \pm 1,8$  yıldır. Öğrencilerin %51,4'ü, %71,4'ü ikinci sınıfta öğrenim görmekteydi. Anne ve babasının eğitim düzeyini ilkokul ve altında olduğunu ifade edenlerin oranı sırasıyla %71,6 ve %52,3'tü. İlçe merkezinde yaşayan öğrencilerin oranı %81'di. Ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu ifade edenlerin oranı %63,8'dir. Genel sağlık algısını "iyi" olarak değerlendirenlerin oranı %72,8'dir. Öğrencilerin %39,7'si uyku kalitesinin iyi olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığında aldıkları puanların ortalaması**

Akıllı telefon bağımlılığı	Kız (n=219)	Erkek (n=207)	Toplam (n=426)
Min-Max	10-60	10-60	10-60
X±SS	27,81±11,21	26,61±11,34	27,22±11,28
t=1,093		p=0,275	

Araştırma grubunun ölçekten aldıkları puanların ortalaması  $27,22 \pm 11,28$ 'dir. Ölçekte alınan puanların ortalaması kız öğrencilerde  $27,81 \pm 11,21$  iken erkek öğrencilerde  $26,61 \pm 11,34$ 'dir. Öğrencilerin cinsiyetine göre ölçekten aldıkları puanların ortalaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ).

Tablo 2'de öğrencilerin ölçekte aldıkları puanlara göre akıllı telefon bağımlısı olup olmadıkları gösterilmiştir.

**Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyete göre akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri**

Akıllı telefon bağımlılığı	Kız (n=219)		Erkek (n=207)		Toplam (n=426)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	88	40,2	73	35,3	161	37,8
Yok	131	59,8	134	64,7	265	62,2
$\chi^2 = 1,094$ p=0,296						

Ölçekten alınan puanların ortalamasına göre öğrencilerin %37,8'inin akıllı telefon bağımlısı olduğu belirlenmiştir. Akıllı telefon bağımlılığı oranı kız öğrencilerde %40,2 iken erkeklerde %35,3'tür. Ancak öğrencilerin cinsiyetine göre akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ).

Öğrencilerin çeşitli özelliklerine göre akıllı telefon bağımlılığı puanları Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3. Öğrencilerin çeşitli özelliklerine göre akıllı telefon bağımlılığı puanları**

Özellikler	Akıllı telefon bağımlılığı		F	p
	n	X±SD		
<b>Ekonomik durum algısı</b>				
İyi	105	28,59±11,84 <sup>a</sup>	3,461	<b>0,032</b>
Orta	272	27,37±11,39 <sup>a</sup>		
Kötü	49	23,53 ± 8,43 <sup>b</sup>		
<b>Uyku kalitesi</b>				
İyi	169	24,98±10,26 <sup>a</sup>	6,242	<b>0,002</b>
Orta	159	28,13±11,55 <sup>b</sup>		
Kötü	98	29,63±11,88 <sup>b</sup>		
<b>Günlük internette geçirilen süre</b>				
0-2 saat	119	23,53±10,93 <sup>a</sup>	13,676	<b>0,000</b>
3-5 saat	182	27,15±10,88 <sup>b</sup>		
5 saatten fazla	125	30,86±11,07 <sup>c</sup>		
<b>Kendine yönelik bağımlılık algısı</b>				
Bağımlı	210	32,07±10,78 <sup>a</sup>	47,645	<b>0,000</b>
Bağımlı değil	185	22,11±9,42 <sup>b</sup>		
Fikri yok	31	24,9±710,70 <sup>b</sup>		

a,b,c: Her kolonda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark anlamlıdır.

Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden alınan puanların ortalaması ekonomik durum algısı “iyi” olanlarda ve uyku kalitesini “kötü” olarak değerlendirenlerde anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ). Günlük internette geçirilen süre ve katılımcının akıllı telefon bağımlılığına yönelik algısı ölçekten alınan puanlar üzerinde etkili bulundu ( $p<0.05$ ).

Tablo 4’te akıllı telefonun kontrol edilme sıklığına göre öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı puanları verilmiştir.

**Tablo 4. Akıllı telefonun kontrol edilme sıklığına göre öğrencilerin akıllı telefon bağımlılığı puanları**

Kontrol etme sıklığı	n	X±SD	t	p
0-24 kez	202	23,83±10,44	6,164	<b>0,000</b>
25 ve daha fazla	224	30,29±11,14		

Öğrencilerin %52,5'i akıllı telefonunu günde 25 kez ve daha fazla kontrol ettiğini belirtmiş olup bu gruptaki öğrencilerin ölçekten aldıkları puanların ortalaması telefonunu günde 25'ten az kontrol edenlere göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu ( $p<0.05$ ).

Öğrencilerin depresyon düzeylerine göre akıllı telefon bağımlılığı puanları tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5. Öğrencilerin depresyon düzeylerine göre akıllı telefon bağımlılığı puanları**

Depresyon düzeyi	Akıllı Telefon Bağımlılığı		F	p
	n	X±SD		
0-9 puan: Minimal	124	23,26±10,14 <sup>a</sup>	13,081	<b>0,000</b>
10-16 puan: Hafif	116	25,83±10,01 <sup>a</sup>		
17-29 puan: Orta	130	30,24±11,62 <sup>b</sup>		
30-63 puan: Şiddetli	56	31,93±11,93 <sup>b</sup>		

a,b: Her kolonda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark anlamlıdır.

Araştırma grubunun %43,6'sında orta ve şiddetli düzeyde depresyon saptandı. Orta ve şiddetli düzeyde depresyona sahip olanlarda akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlar anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ). Yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre depresyon ile akıllı telefon bağımlılığı arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu, depresyon puanlarının artmasıyla akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinden alınan puanların da arttığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

## Tartışma

Bu çalışma, akıllı telefon bağımlılığı, depresyon ve ilişkili arasındaki ilişkinin anlaşılmasına katkı sağlayabilecek önemli bir çalışmadır.

Çalışmamızda yaklaşık her beş katılımcıdan ikisinde akıllı telefon bağımlılığı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda akıllı telefon bağımlısı olanların oranı %20-%57,7 arasında gösterilmiştir. Buna karşın bu oranlar Kore toplumunda (Lee ve ark., 2017: 1677) %13,5; İsviçre'de (Haug ve ark., 2015: 304) %16,9; Romanya'da (Cocoradă ve ark., 2018: 349) %26,9 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç, ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumlu iken diğer toplumlarda yapılan çalışmaların sonuçlarından daha yüksektir.

Akıllı telefon bağımlılığının bireylerin yaşları ve cinsiyetleri üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Aktaş ve Yılmaz, 2017: 97). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda bireylerin yaşlarının ilerlemesiyle akıllı telefon bağımlılığının azaldığı belirtilmektedir (Aktaş ve Yılmaz, 2017: 97; Cocoradă ve ark., 2018: 349; Haug ve ark., 2015:

304; Kuyucu, 2017: 350). Cinsiyet açısından akıllı telefon bağımlılığının farklı toplumlarda farklı eğilim gösterdiği saptanmıştır (Alhazmi ve ark, 2018: 990; Carbonell ve ark., 2018: 8; Cocoradă ve ark., 2018: 349; Soni ve ark., 2017: 517; Yayan ve ark., 2018: 1164). Öte yandan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden yaş ve cinsiyetin akıllı telefon bağımlılığı üzerinde etkili olmadığını ileri süren çalışmaların sonuçları ile uyumludur (Aker ve ark., 2017: 218; Boumosleh ve Jaalouk, 2017: 3; Dikeç ve Kebapçı, 2018: 7; Mert ve Özdemir, 2018:92).

Ekonomik durum iyileştikçe bireylerde akıllı telefon bağımlılığının yükseldiği belirtilmektedir (Kuyucu, 2017: 350). Nitekim bu çalışmada da ekonomik durum algısı iyi olan öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızla paralel olarak akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili olduğu belirtilen bir diğer faktör de düşük uyku kalitesidir (Lemola ve ark., 2015:417; Yorulmaz ve ark., 2018: 2990).

Günlük internette geçirilen sürenin artmasıyla akıllı telefon bağımlılığının şiddetinin de arttığı raporlanmıştır (Alhazmi ve ark, 2018: 990; Cocoradă ve ark., 2018: 349; Dikeç ve Kebapçı, 2018: 7; Durak ve Seferoğlu, 2018: 11).

Psikolojik iyi oluşun genel bir yansıması olan depresyonun yüksek oranda akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkili olduğu yönünde kanıtlar mevcuttur. Avusturya, İsviçre, Tayland ve Orta-Doğu toplumlarında yapılan çalışmalarda depresyonun problemlerle telefon kullanımı ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (Alhassan ve ark., 2018: 3; Augner ve Hacker, 2012: 438; Boumosleh ve Jaalouk, 2017: 3; Lemola ve ark., 2014: 5; Yen ve ark., 2009: 865). Benzer sonuç ülkemizde yapılan bir çalışmada da gösterilmiştir (Demirci ve ark., 2015: 88). Nitekim bu çalışmada da orta/şiddetli depresyon düzeyindeki öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığı puanlarının daha yüksek olduğu, depresyon düzeyinin artmasıyla akıllı telefon bağımlılığının arttığı saptanmıştır.

## **Sonuç**

Çalışmamızda araştırma grubunda akıllı telefon bağımlılığının azımsanmayacak oranda olduğu görüldü. Akıllı telefon bağımlılığı öğrencilerin ekonomik durum algısı, günlük internet kullanımı, uyku kalitesi, akıllı telefonla ilgilenme sıklığı ve depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahipti. Genç bireylerin uğraş alanlarının artırılması, sanatsal alanlara yönelik faaliyetlere yönlendirilmesi ve bu yönde programların geliştirilmesi yararlı olacaktır.

## Kaynakça

1. Aker, S., Sahin, M. K., Sezgin, S., & Oguz, G. (2017). "Psychosocial factors affecting smartphone addiction in university students", *Journal of addictions nursing*, 28(4), s. 215-219.
2. Aktaş, H., & Yılmaz, N. (2017). "Üniversite gençlerinin yalnızlık ve utangaçlık unsurları açısından akıllı telefon bağımlılığı", *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), s. 85-100.
3. Alhassan, A. A., Alqadhib, E. M., Taha, N. W., Alahmari, R. A., Salam, M., & Almutairi, A. F. (2018). "The relationship between addiction to smartphone usage and depression among adults: a cross sectional study. *BMC psychiatry*, 18(1), 148.
4. Alhazmi, A. A., Alzahrani, S. H., Baig, M., & Salawati, E. M. (2018). "Prevalence and factors associated with smartphone addiction among medical students at King Abdulaziz University", *Jeddah. Pakistan journal of medical sciences*, 34(4), s. 984-988.
5. Augner, C., & Hacker, G. W. (2012). "Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults. *International journal of public health*, 57(2), s. 437-441.
6. Beck A.T. Word Ch, Mendelson M, Mack J, Erbaugh J. (1961). "An Inventory For Measuring Depression", *Arcg Gen Psychiatry*, 4, s. 561-71
7. Boumosleh, J. M., & Jaalouk, D. (2017). "Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students-A cross sectional study", *PLoS one*, 12(8), e0182239.
8. Carbonell, X., Chamarro, A., Oberst, U., Rodrigo, B., & Prades, M. (2018). "Problematic use of the internet and smartphones in university students: 2006–2017", *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 475.
9. Cocoradă, E., Maican, C. I., Cazan, A. M., & Maican, M. A. (2018). "Assessing the smartphone addiction risk and its associations with personality traits among adolescents", *Children and Youth Services Review*, 93, s. 345-354.
10. Demirci, K., Akgönül, M., & Akpınar, A. (2015). "Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), s. 85-92.
11. Dikeç, G., Kebapçı A. (2018). "Smartphone Addiction Level among a Group of University Students", *Bağımlılık Dergisi*, 19(1), s. 1-9.
12. Durak, H., & Seferoğlu, S. S. (2018). "Ortaokul Öğrencilerinin Akıllı Telefon Kullanımları Ve Bağımlılık Düzeyleriyle İlgili Unsurlar", *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama*, 8(1), s. 1-23.
13. Gao, Y., Li, A., Zhu, T., Liu, X., & Liu, X. (2016). "How smartphone usage correlates with social anxiety and loneliness", *PeerJ*, 4, e2197.
14. Harwood, J., Dooley, J. J., Scott, A. J., & Joiner, R. (2014). "Constantly connected–The effects of smart-devices on mental health", *Computers in Human Behavior*, 34, s. 267-272.
15. Haug, S., Castro, R. P., Kwon, M., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. P. (2015). "Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland", *Journal of behavioral addictions*, 4(4), s. 299-307.
16. Hisli, Nesrin. (1989). "Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği", *Psikoloji dergisi*, 7(23), s. 3-13.



17. Kuyucu, M. (2017). "Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı:"Akıllı telefon (kolik)" üniversite gençliği", *Global Media Journal TR Edition*, 7(14), s. 328-359.
18. Kwon, Min- Joon-Yeop Lee, Wang-Youn Won, Jae-Woo Park, Jung-Ah Min, Changtae Hahn, Xinyu Gu, Ji-Hye Choi, Dai-Jin Kim (2013), "Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS)", *PloS One*, Sayı.8 (2), s. 56-93.
19. Lee, H., Kim, J. W., & Choi, T. Y. (2017). "Risk factors for smartphone addiction in Korean adolescents: smartphone use patterns", *Journal of Korean medical science*, 32(10), s. 1674-1679.
20. Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F. & Grob, A. (2015). "Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age", *Journal of Youth and Adolescence*, 44(2): 405-418.
21. Mert, A., & Özdemir, G. (2018). "Yalnızlık Duygusunun Akıllı Telefon Bağımlılığına Etkisi", *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(1), s. 88-107.
22. Soni, Ruchi - Upadhyay, Ritesh - Jain, Mahendra (2017), "Prevalence of Smart Phone Addiction, Sleep Quality And Associated Behaviour Problems in Adolescents", *International Journal of Research in Medical Sciences*, Sayı.5, s. 515-519.
23. Şata, M , Karip, F . (2017). "Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Versiyonunun Ergenler İçin Türk Kültürüne Uyarlanması ", *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi*, 6 (4), s. 426-440.
24. Tsai, C.-C. & Lin, S. S. J. (2003). "Internet addiction disorder and chatting in the Czech Republic", *CyberPsychology and Behavior*, 6 (6).
25. World Health Organization, 2014. Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: meeting report.. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184264/9789241509367\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184264/9789241509367_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. World Health Organization, 2017. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.Pdf?sequence=1>
27. Yayan, E. H., Düken, M. E., Dağ, Y. S., & Ulutaş, A. (2018). "Examination of the relationship between nursing student's internet and smartphone addictions", *Journal of Human Sciences*, 15(2), s. 1161-1171.
28. Yen, C. F., Tang, T. C., Yen, J. Y., Lin, H. C., Huang, C. F., Liu, S. C., & Ko, C. H. (2009). "Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *Journal of adolescence*, 32(4), s. 863-873.
29. Yorulmaz, M., Kıraç, R., & Sabırlı, H. (2018). "Üniversite Öğrencilerinde Nomofobinin Uyku Ertelemeye Etkisi Effects Of Nomofobinin Sleeping At University Students", *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(27), s. 2988-2996.
30. Zhang, K. Z., Chen, C., & Lee, M. K. (2014). "Understanding the Role of Motives in smartphone Addiction", In *PACIS*, s. 131.

# Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Obezojenik Çevre İle İlişkili Faktörler

## Factors Related With Obesogenic Environment Among Faculty of Health Science Students

Emre KELEŞ<sup>1</sup>

Gülay YILMAZEL<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde obezogenik çevre ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

**Gereç-Yöntem:** Kesitsel özellikteki bu araştırma Ocak 2019 tarihinde yapıldı. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 331 öğrenci çalışmaya dâhil edildi. Öğrencilerde obezogenik çevre ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde 32 soruluk bir anket formu kullanıldı.

**Bulgular:** Katılımcıların %60,7'si 18-20 yaş aralığında olup %74,6'sı kadındı. Öğrencilerin %16,9'u hafif şişman/şişman idi. Hafif şişmanlık/şişmanlık prevalansı 21 yaş ve üzerindeki erkek öğrencilerde anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ). Katılımcıların sigara içme ve alkol kullanımı davranışları ile günlük uyku süresi Beden Kitle İndeksi üzerinde etkili bulundu ( $p<0.05$ ). Hafif şişman/şişman grubunda yer alan öğrencilerde egzersiz yapmama oranı %76,8 idi ( $p<0.05$ ). Fast-food tüketim sıklığı fazla olanlarda, günlük su tüketimi 8 bardaktan az olanlarda, internet başında günde 5 saat ve daha fazla zaman geçirenlerde hafif şişmanlık/şişmanlık prevalansı anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda yaklaşık her dört öğrenciden birinin hafif şişman/şişman olduğu belirlendi. Yetersiz fiziksel egzersiz, yetersiz günlük uyku süresi ve su tüketimi ile artmış fast-food tüketim sıklığı ve internet kullanımı vücut ağırlığı üzerinde anlamlı etkiye sahipti. Obeziteye yatkınlığı artıran obezogenik çevre ile ilgili faktörlerin kontrol altına alınmasında sağlıklı kampüs programlarının ve aktivitelerinin geliştirilmesi yararlı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite; çevre; sağlık bilimleri; öğrenci

<sup>1</sup> Araş. Gör. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum, [emerekeles@hitit.edu.tr](mailto:emerekeles@hitit.edu.tr)

<sup>2</sup> Doç. Dr. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çorum [dryilmazelgul@gmail.com](mailto:dryilmazelgul@gmail.com)

## **ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study was to evaluate factors related with obesogenic environment among faculty of health science students.

**Material and Methos:** This cross-sectional study was conducted in January 2019 with 331 students that were studying in the faculty of health science affiliated to the Hitit University. To determine factors related with obesogenic environment a-32 item questionnaire form was used.

**Results:** Of the respondents 60,7% were between the 18-20 years and 74,6% were women. The prevalence of overweight/obesity was 16,9% and it was significantly higher among men and those with  $\geq 21$  years ( $p < 0.05$ ). Participants' smoking, alcohol use behaviors and daily sleep duration had effect on Body Mass Index ( $p < 0.05$ ). Physical inactivity rate was 76,8% among overweight/obese students ( $p < 0.05$ ). The prevalence of overweight/obesity was significantly higher among with no physical activity, had less than 8 glasses daily water consumption and had  $\geq 5$  hours daily internet use ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** In our study, approximately one out of every four students were overweight/obese. Inadequate physical exercise, sleep duration, insufficient water consumption with increased fast food consumption frequency and internet usage were effective on body weight. Healthy campus programmes and activities will be useful for young people to control obesogenic environment factors which increase the susceptibility to obesity.

**Key words:** Obesity; environment; health sciences; students

## **Giriş**

Obezitenin çevre terimi, bireylerin evde ya da işyerinde ağırlık kazanımını teşvik eden ve kilo kaybına olanak sağlamayan bir çevre olarak tanımlanır (Swinburn, et al., 1999; 563). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) küresel düzeyde obezite prevalansının 1975 yılından bu yana üçe katlandığını, 18 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %30'unun fazla kilolu olduğunu belirtmektedir. (WHO, 2018). Ülkemizde ise yetişkin nüfusun üçte biri obezdir (TBSA, 2010). Bireylerin obez olmasında genetik faktörlerin temel oluşturmasına rağmen son dekad boyunca toplum düzeyinde artan obezite prevalansı davranışsal, sosyal ve çevresel faktörleri işaret etmektedir. (Finucane et al., 2013: 558). Yağdan zengin enerji yoğun besinlerin aşırı alımı, sedanter yaşam, ulaşım şekilleri ve artmış kentleşme bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite örüntüsünü değiştirmektedir (WHO, 2018).

Bu çalışmanın amacı sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde obezitenin çevre ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

## **Gereç ve Yöntem**

Kesitsel özellikteki bu araştırma Ocak 2019 tarihinde yapıldı. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 331 öğrenci çalışmaya dâhil edildi. Öğrencilerde obezitenin çevre ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde 32 soruluk bir anket formu kullanıldı. Anket formunda öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık-hastalık durumlarını sorgulayan sorular yer aldı. Ayrıca obezitenin çevresel faktörlere yönelik öğrencilerin kendi beyanlarına göre sigara içme ve alkol kullanma davranışları ile fiziksel egzersiz yapma durumları, beslenme alışkanlıkları, günlük su tüketimi miktarı, internet kullanım süresi, günlük uyku süresi ile boy uzunlukları ve kiloları sorgulandı. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKİ)'leri DSÖ sınıflamasına göre değerlendirildi (WHO,2011).

Verilerin analizi SPSS 17.0 paket programı ile yapıldı. Analizlerde yüzdeler, ortalama ve Ki-kare testi kullanıldı. Değerlendirmelerde  $p < 0.05$  değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

## **Bulgular**

Araştırma grubunun %57,7'si 20 yaş ve altında olup yaş ortalamaları  $20,32 \pm 1,86$  yıldır. Katılımcıların %74,6'sı kadın olup %38,4'ü birinci sınıfta öğrenim görmektedir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre şişmanlık prevalansı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre şişmanlık prevalansı**

Özellikler	Normal (n=275)		Hafif Şişman / Şişman (n=56)		Toplam (n=331)		X <sup>2</sup> /p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş grupları</b>							15,611 / 0,000
20 yaş ve altı	172	62,5	19	33,9	191	57,7	
21 yaş ve üzeri	103	37,5	37	66,1	140	42,3	
<b>Cinsiyet</b>							28,292 / 0,000
Erkek	54	19,6	30	53,6	84	25,4	
Kadın	221	80,4	26	46,4	247	74,6	
<b>Sınıf</b>							2,494 / 0,476
I	108	39,3	19	33,9	127	38,4	
II	46	16,7	14	25,0	60	18,1	
III	66	24,0	14	25,0	80	24,2	
IV	55	20,0	9	16,1	64	19,3	
<b>Şu an kaldığı yer</b>							0,248 / 0,618
Ev	84	30,5	19	33,9	103	31,1	
Yurt	191	69,5	37	66,1	228	68,9	
<b>Sağlık algısı</b>							0,868 / 0,648
İyi	186	67,6	37	66,1	223	67,4	
Orta	81	29,5	16	28,6	97	29,3	
Kötü	8	2,9	3	5,4	11	3,3	

Şişmanlık prevalansı 21 yaş ve üzerindeki öğrenciler ile erkek öğrencilerde anlamlı ölçüde yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Şişmanlık prevalansı birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerde daha yüksekti ( $p > 0.05$ ). Öğrencilerin %68,9 yurttan kaldığını, %67,4'ü sağlık durumunu iyi olarak ifade etmiştir. Ancak öğrencilerin kaldığı yer ve sağlık algısı açısından şişmanlık prevalansı anlamlı farklılık göstermedi ( $p > 0.05$ ).

Katılımcılarda çeşitli obezogenik çevresel faktörlerin varlığına göre şişmanlık prevalansı Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Katılımcılarda çeşitli obezogenik çevresel faktörlerin varlığına göre şişmanlık prevalansı**

Özellikler	Normal (n=275)		Hafif Şişman / Şişman (n=56)		Toplam (n=331)		X <sup>2</sup> /p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Sigara içme durumu</b>							7,355 / 0.025
Hiç içmiyor/bırakmış	217	78,9	23	41,1	240	72,5	
Halen içiyor	58	21,1	33	58,9	81	27,5	
<b>Alkol kullanma durumu</b>							12,504 / 0.000
Hiç kullanmamış	257	93,5	12	21,4	269	81,2	
Ara sıra kullanıyor	18	6,5	44	78,6	62	8,8	
<b>Egzersiz yapma durumu</b>							3,952 / 0,047
Düzenli/ara sıra	102	37,1	13	23,2	115	34,7	
Hiç	173	62,9	43	76,8	216	65,3	
<b>Fast-food tüketimi</b>							22,499 / 0,000
Her gün	27	9,8	24	42,9	51	15,4	
Haftada birkaç kez	117	42,5	18	32,1	135	40,8	
Ayda bir kez	131	47,7	14	25,0	145	43,8	
<b>Günlük su tüketimi</b>							4,813 / 0,028
8 bardaktan az	157	57,1	33	58,9	190	57,4	
8 bardaktan fazla	118	42,9	23	41,1	141	42,6	
<b>Günlük internette geçirilen süre (saat)</b>							23,516 / 0,000
1-2 saat	132	48,0	20	35,7	152	45,9	
3-4 saat	92	33,5	9	16,1	101	30,5	
5 saat ve daha fazla	51	18,5	27	48,2	78	23,6	
<b>Günlük uyku süresi (saat)</b>							8,219 / 0,016
8 saatten az	118	42,9	23	41,1	141	42,6	
8 saat	90	32,7	10	17,9	100	30,2	
8 saatten fazla	67	24,4	23	41,1	90	27,2	

Öğrencilerin %27,5 halen sigara içtiğini ve %8,8'i alkol kullandığını belirtti. Şişmanlık prevalansı sigara içen ve alkol kullanan öğrencilerde anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin üçte ikisinden fazlası hiç egzersiz yapmadığını ifade etti ve bu öğrencilerde şişmanlık prevalansı daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Araştırma grubunun %57,4'ünde günlük su tüketimi sekiz bardaktan azdı ve bu grupta yer alan öğrencilerde şişmanlık prevalansı günde sekiz bardak ve üzeri su tüketenlere göre anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.05$ ). Günlük internet başında beş saat ve daha fazla zaman harcadığını belirten öğrencilerin oranı %23,6 olup bu öğrenciler arasında şişmanlık prevalansı anlamlı ölçüde daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin %42,6'sı günlük uyku süresinin sekiz saatten az olduğunu ifade etmiştir. Şişmanlık prevalansı günlük uyku süresi sekiz saatten az ve sekiz saatten fazla olan öğrencilerde %41,1 olup anlamlı ölçüde daha yüksekti ( $p<0.05$ ).

## Tartışma

Obezitenin çevre, bireylerin sağlıklı besin tercihlerini ve fiziksel aktivitelerini sınırlayarak obezitenin epidemi düzeyinde görülmesine zemin hazırlamaktadır (Lake & Townshend, 2006:1).

Yaklaşık her beş öğrenciden birinin hafif şişman/şişman olduğu çalışmamızda prevalansın ileri yaş grubundakilerde ve kız öğrencilerde daha yaygın olduğu belirlendi. Obezitenin oluşmasında yaşam biçimi gibi değiştirilebilir faktörlerin yanı sıra yaş ve cinsiyet gibi değiştirilemez faktörlerin de etkili olduğu belirtilmektedir (Çayır ve ark., 2011:18). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (Zileli ve ark., 2016:83, Dülger ve Mayda, 2016:173). Artan yaşla birlikte obezitenin artması, bireylerde ileri yaşlarda fiziksel aktivitenin azalması ile ilişkilendirilmektedir (Çayır ve ark., 2011:17).

Çalışmamızda, sigara içen ve alkol kullanan öğrencilerde hafif şişmanlık/şişmanlık prevalansı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Ülkemizde yapılan çalışmalarda alkol ve sigara kullanımıyla ilgili farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda sigara ve alkol kullanımı ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken (Nazlıcan ve ark., 2011:8, Zileli ve ark., 2016:92), bazı çalışmalarda ise sigara ile şişmanlık arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Kutlutürk ve ark., 2011:161). Nitekim Çin'de yetişkin erkeklerde yapılan bir çalışmada da orta ve ağır derecede sigara içenlerin BKİ daha düşükken, sigara içip bırakmış kişilerde hiç içmeyenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada alkol kullanımının artmasıyla obezitenin arttığı belirtilmiştir (Liao et al., 2016:4).

Sedanter yaşam biçimi beraberinde televizyon izleme, video oyunları, internette zaman geçirme, kısa uyku süresi gibi modern yaşam aktivitelerini getirerek gıdaların aşırı tüketimine yol açmaktadır (Chaput et al., 2011:14). Bilgisayar teknolojinin ilerlemesiyle bireylerin internet başında daha fazla vakit geçirmesi enerji harcanmasını azaltmıştır (Corsica & Hood, 2011:997). Nitekim bu çalışmada da hiç egzersiz yapmayanlar ile kısa ve uzun uyku süresine sahip olanlarda hafif şişmanlık/şişmanlık prevalansı daha yüksekti. İnternet başında geçirilen sürenin artmasıyla hafif şişmanlık/şişmanlık oranlarının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Ev dışında yemek tüketim alışkanlığı obeziteye neden olan bir diğer faktördür. Porsiyon miktarlarının büyüklüğü ve fazla enerji yoğunluğu nedeniyle fast-food tüketimi ağırlık kazandırmaktadır (Kaestner, 2009:95; Stender et al., 2007: 888). Çalışmamızda fast-food tüketim sıklığının artmasıyla hafif şişmanlık/şişmanlık prevalansının da arttığı görülmüştür.

(Tablo 2). Benzer sonuçlar yapılan diğer çalışmalarda da ortaya konulmuştur (İnanç ve ark., 2012:427; Piriñçi ve ark., 2010:52; Tola ve ark., 2007:103).

Su tüketiminin enerji alımını azalttığı ve obezitenin önlenmesinde önemli bir role sahip olduğu raporlanmaktadır (Daniels & Popkin, 2010: 506). Çalışmamızda günlük su tüketiminin azalmasıyla hafif şişmanlık/şişmanlık oranlarının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 29. Bu durum artmış fast-food tüketimiyle birlikte içilen gazlı içeceklerin su yerine tüketildiğini düşündürmektedir.

## **Sonuç**

Çalışmamızda yaklaşık her beş öğrenciden birinin hafif şişman/şişman olduğu belirlendi. Sigara içme ve alkol kullanımı ile yetersiz fiziksel egzersiz, yetersiz günlük uyku süresi ve yetersiz su tüketimi ile artmış fast-food tüketim sıklığı ve internet kullanım süresi vücut ağırlığı üzerinde anlamlı etkiye sahipti. Üniversite öğrencilerinde obeziteye yatkınlığı artıran obezogenik çevre ile ilgili faktörlerin kontrol altına alınmasında sağlıklı kampüs programlarının ve aktivitelerinin geliştirilmesi, sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi yararlı olacaktır.



## Kaynakça

1. Chaput, Jean-Philippe., Klingenberg, Lars., Astrup, Arne and Sjödín, Anders, Mikael (2011) "Modern Sedentary Activities Promote Overconsumption Of Food In Our Current Obesogenic Environment", *Obesity Reviews*, Cilt: 12, Sayı: 5, s. e12-20.
2. Corsica, Joyce. A. ve Hood, Megan M. (2011) "Eating Disorders In An Obesogenic Environment", *Journal of the American Dietetic Association*, Cilt: 111, Sayı: 7, s. 996-1000.
3. Çayır, Aliye., Atak, Nazlı., Köse ve Serdal, Kenan (2011) "Beslenme Ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 64, Sayı: 01, s. 13-19.
4. Daniels, Melissa., C. ve Popkin, Barry., M. (2010) "Impact Of Water Intake On Energy Intake And Weight Status: A Systematic Review", *Nutrition Reviews*, Cilt: 68, Sayı: 9, s. 505-521.
5. Dülger, Hanifi ve Mayda, Atilla, Senih (2016) Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları Ve Obezite Prevalansı, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 3, s. 173-177.
6. Finucane Mariel, M., Stevens, Gretchen, A., Cowan, Melanie., Danaei, Goodarz., Lin, John, K., Paciorek, Christopher, J., Singh, Gitanjali, M., Gutierrez Hilary, R., Lu, Yuan., Bahalim, Adil, N., Farzadfar, Farshad., Riley, Leanne, M. ve Ezzati Majid (2011) "National, Regional, And Global Trends In Body-Mass Index Since 1980: Systematic Analysis Of Health Examination Surveys And Epidemiological Studies With 960 Country-Years And 9 · 1 Million Participants". *Lancet*, Cilt: 377, Sayı: 9765, s. 557–567.
7. İnanç, Betül, Battaloğlu., Şahin, Deniz, Say., Oğuzöncül, Ayşe, Ferdane., Bindak, Recep ve Mungan, Feride (2012) "Prevalence Of Obesity In Elementary Schools In Mardin, South-Eastern Of Turkey: A Preliminary Study", *Balkan Medical Journal*, Cilt: 29, Sayı: 4, s. 424-430.
8. Kaestner, Robert (2009). "Obesity: Causes, Consequences And Public Policy Solutions", *The Illinois Report*, s. 94-102.
9. Kutlutürk, Faruk., Öztürk, Banu., Yildirim, Beytullah., Özugurlu, Fikret., Çetin, İlhan., Etikan, İlker., Sazlıdere, Hüsametin., Tetikçok, Ramazan., Akbaş, Ali ve Sahin, Idris (2011) "Obezite Prevalansı ve Metabolik Risk Faktörleri ile İlişkisi: Tokat İli Prevalans Çalışması/Obesity Prevalence and Its Association with Metabolic Risk Factors: Tokat Province Prevalence Study". *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, Cilt: 31, Sayı: 1, s. 156-163.
10. Lake, Amella., Townshend Tim (2006) "Obesogenic Environments: Exploring The Built And Food Environments", *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, Cilt: 126, Sayı: 6, s. 1-6.
11. Liao, Chunxiao., Gao, Wenjing., Cao, Weihua., Lv, Jun., Yu, Canqing., Wang, Shengfeng., Zhou, Bin., Pang, Zengchang., Cong, Liming., Dong, Zhong., Wu, Fan., Wang, Hua., Wu, Xianping., Jiang, Guohong., Wang, Xiaojie., Wang, Binyou. and Li, Liming (2016) "The Association Of Cigarette Smoking And Alcohol Drinking With Body Mass Index: A Cross-Sectional, Population-Based Study Among Chinese Adult Male Twins", *BMC Public Health*, Cilt: 16, Sayı: 1, s. 311.

12. Nazlıcan, Ersin., Demirhindi, Hakan ve Akbaba, Muhsin (2011) "Adana İli Solaklı Ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite Ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi", Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2, s. 5-12.
13. Pirinçci, Edibe., Durmuş, Birsen., Gündoğdu, Cemal ve Açık, Yasemin (2010) "Prevalence And Risk Factors Of Overweight And Obesity Among Urban School Children In Elazığ City, Eastern Turkey, 2007", Annals Of Human Biology, Cilt: 37, Sayı: 1, s. 44-56.
14. Stender, S., Dyerberg, Jorn and Astrup, Arne (2007) "Fast Food: Unfriendly And Unhealthy", International Journal Of Obesity, Cilt: 31, Sayı: 6, s. 887-890.
15. Swinburn, Boyd., Egger, Garry and Raza, Fezeela (1999) "Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity", Preventive Medicine, Cilt: 29, Sayı: 6, s. 563-570.
16. Tola, Hasan, Tahsin., Akyol, Pınar., Eren, Erdal., Dündar, Nihal ve Dündar, Bumin (2007) "İsparta'daki Çocuk Ve Adolesanlarda Obezite Sıklığı Ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler", Çocuk Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 2, s. 100-104.
17. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları (2010) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>, Erişim Tarihi: 21/02/2019.
18. World Health Organization (2011) "Waist Circumference And Waist–Hip Ratio: Report Of A WHO Expert Consultation", Geneva, 8–11 December 2008 Erişim Adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?sequence=1) Erişim Tarihi: 21/02/2019.
19. World Health Organization (2018) "Obesity and Overweight", Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Erişim Tarihi: 21/02/2019.
20. Zileli, Raif., Şemşek, Önder., Özkamçı, Hüseyin ve Diker, Gürkan (2016) "Bilecik İlinde Yaşayan Kadınlarda Spora Katılım, Obezite Prevalansı Ve Risk Faktörleri", Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, Cilt: 1, Sayı:1, s. 85-98.

SEMPOLSKA WIOSNA ZOBOWIĄZANIE  
TOPŁUMIWE WYKONANIE

**-Sempozyum Programi-**

SEMPOLSKA WIOSNA ZOBOWIĄZANIE  
TOPŁUMIWE WYKONANIE

**7 Mart 2019- Perşembe**

<b>09:30-10.00</b> <b>Açılış</b>
<b>Açılış Konuşmaları</b>

**1. Salon**

<b>(AÇIŞ KONFERANSI) 10.00-11.00</b>	
Dr. Vasif İSMAİL	Azerbaycan'da Sağlık Hizmetleri
<b>ARA: 11:00-11:15</b>	

**7 Mart 2019- Perşembe**

**1. Salon**

<b>(DAVETLİ KONUŞMACILAR) 11.15-12.45</b>	
<b>1. OTURUM</b>	
OTURUM BAŞKANI	Doç Dr. Kadim ÖZTÜRK
Dr. Chousein BALTATZI (Yunanistan)	Yunanistan'da Yaşanan Ekonomik Krizin Batı Trakya Bölgesinde Yaşayan Azınlığın Sağlık Hizmetlerine Yansımaları
Prof. Dr. Nino OKRİBELASHVİLİ (Gürcistan)	History of Psychiatry in Georgia: HiddenPages
Katalin PAPP (Macaristan) M. ČERVENÝ (Macaristan) M. NAGÓRSKA (Slovakya) L. DIMUNOVÁ (Polonya) Zs. H. NAGYNÉ (Slovakya)	Perception of Cultural Competencesamong Nurses on Selected European Countries
<b>YEMEK: 12:45-14:00</b>	

**1. Salon**

<b>2. OTURUM 14:00-15:30</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Osman Fadıl KARA
Dr. Öğretim Üyesi Meryem ARSLAN	Eczâ-yı Lokman Hekim'de On İki Hayvanlı Türk Takvimi
Araş. Gör. Kadriye ÖZKOL KILINÇ Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK	Hemşirelikte Hizmetkar Liderlik
Araş. Gör. Ayla HENDEKÇİ	Kültürel Hemşirelik Modellerinden Biri: Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli
Uzman Hemşire Esra SARAÇOĞLU	Olağandışı Durumlarda Hemşirelik Risk Yaklaşımı: Sel ve Savaş

**2. Salon**

<b>3. OTURUM 14:00-15:30</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Mehmet Fatih KÖKSAL
Dr. Samet KILIÇ	Halk Hekimliğinin Medya İle Geleceğe Aktarımında Fındık Veresiye Filmi Örneği
Araş. Gör. Hatice BIÇAKÇI Dr. Öğretim Üyesi Rukiye TÜRK	İnfertil Kadınların Gebe Kalmak İçin Tedavi Amacıyla Uyguladıkları Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi
Araştırmacı Necati BAŞDAĞ	Halk Hekimliğine Afyonkarahisarlı İsmail Hızal'ın Yaklaşımı
Araş. Gör. Özge ÖZ YILDIRIM	Afetlerde Halk Sağlığı Hemşireliği

**7 Mart 2019- Perşembe**

**3. Salon**

<b>4. OTURUM 14:00-15:30</b>	
OTURUM BAŞKANI	Doç. Dr. Meryem EVECEN
Araş. Gör. Ayla HENDEKÇİ Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	Adölesan Popülasyonda Risk Yaklaşımı İle Sağlığı Değerlendirme
Araş. Gör. Mehmet KORKMAZ	Göç Sürecinde Çocuk Olmak... Risk Yaklaşımı ile Göçmen Çocuklara Hemşirelik Bakımı
Araş. Gör. Dilek ÇELİK EREN	Adölesan Gebelikler ve Hemşirelik
Uzman Dr. Ayşe Zeynep AKKOYUN	Aile ve Bağımlılık Kavramı
<b>ARA15:30-15:45</b>	

**1. Salon**

<b>5. OTURUM 15:45-17:15</b>	
OTURUM BAŞKANI	Metin TURAN
Doç. Dr. Zeliha KOÇ Öğretim Görevlisi Aslı KURTGÖZ	Hemşirelerin Çok Kültürlü Kişilik Özelliklerini Etkileyen Faktörler
Dr. Öğr. Üyesi Sultan Sevinç KURT KONAKOĞLU Doç. Dr. Banu Çiçek KURDOĞLU Doç. Dr. Elif BAYRAMOĞLU	Peyzaj Bileşenlerinin Trabzon Orta Mahalle Örneğinde İrdelenmesi
Dr. Öğretim Üyesi Okan Murat DEDE	Sağlıklı Kent Kavramı için Nüfus Kriterinin Önemi ve Etkileri
Tuba YILMAZ BULUT	Yoksul ve Evsizlerin Toplumda Hemşirelik Bakımı

**2. Salon**

<b>6. OTURUM 15:45-17:15</b>	
OTURUM BAŞKANI	Dr. Öğretim Üyesi Kenan GÜMÜŞ
Araş. Gör. Kadriye ÖZKOL KILINÇ Muhammet ALTINDAŞ Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK	Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürel Zekâ Düzeylerinin Değerlendirilmesi
Öğretim Görevlisi Aslı KURTGÖZ Doç Dr. Zeliha KOÇ	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Belirlenmesi
Araş. Gör Mehmet KORKMAZ	Hemşirelik Öğrencilerinin Göç ve Göçmen Olgusuna Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi
Araş. Gör. Özge ÖZ YILDIRIM	Şiddet ve İstismarda Halk Sağlığı Hemşireliği

**3. Salon**

<b>7. OTURUM 15:45-17:15</b>	
OTURUM BAŞKANI	Doç. Dr. Mehmet ÇEVİK
Öğretim Görevlisi Safa HEYBET Prof. Dr. M. Güneş YAVUZER Osmanlı Arşivleri Uzmanı Ekrem SIRMA	Bahriye Sağ Kolağası Hüseyin Efendi; Hamidiye Etfal Hastanesi'nde İlk Pediatrik Fizyoterapi ve Ortez-Protez Uygulamaları
Öğretim Görevlisi Meliha DÖĞÜCÜ	İhmal Edilen Psikiyatrik Sosyal Hizmet: Kadına Yönelik Şiddet Vaka Örneği
Dr. Öğretim Üyesi Özlem IŞIL	Kadına Yönelik Şiddet
Dr. Öğretim Üyesi Özcan ERDOĞAN	Sağlık Turizmi ve Enfeksiyon Riski
<b>AKŞAM YEMEĞİ 17.30</b>	

**8 Mart 2019- Cuma**

**1. Salon**

<b>8. OTURUM 09:30-11:00</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof.Dr. Kemal POLAT
Doç. Dr. Birsen ALTAY Tuba YILMAZ BULUT	Kültüre Duyarlı Hemşirelik Bakımı
Dr. Öğr. Üyesi Sultan Sevinç KURT KONAKOĞLU Doç. Dr. Banu Çiçek KURDOĞLU Doç. Dr. Elif BAYRAMOĞLU	Amasya Kentinin Kültürel Değerlerinin Planlanması
Dr. Öğretim Üyesi Erkan ÇER	İlkokul Öğrencilerinin Çocuk Kitaplarıyla Edindikleri "Doğa" Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi
Folklor Araştırmacısı Ertuğrul ÖZKANAT	Bir Anadolu Ereni: Piri Baba

**2. Salon**

<b>9. OTURUM 09:30-11:00</b>	
OTURUM BAŞKANI	Doç. Dr. Arif AYAR
Doç Dr. Filiz YILDIRIM	Üniversite Gençlerinin Sosyal Adalet ve Sosyal Adalet İlkelerine İlişkin Algılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi
Doç Dr. Zekerya BATUR Ahmet ASAR	1-8. Sınıf Türkçe Ders Kitaplarında Sağlık
Dr. Öğretim Üyesi Armağan YILDIRIM	Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilmeleri: KOÜ Örneğinde Bir İnceleme
Burcu DAYSAL Dr. Öğretim Üyesi Gülay YILMAZEL	Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı, Depresyon ve İlişkili Faktörler

**3. Salon**

<b>10. OTURUM 09:30-11:00</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Tuba YILDIRIM
Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI Öğretim Görevlisi İbrahim YÜCEL	Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmet
Araş. Gör. Güven SONER Doç. Dr. Birsen ALTAY	Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin 'Cinsel Yönelimler ve Cinsiyet Kimlikleri' Konusuna Bakışlarının İncelenmesi: 'Benim Çocuğum' Filmi
Dr. Öğretim Üyesi Müge ARIKAN	Karabük İlinde YBÜ' de İzlenen Zehirlenme Olgularının Geriye Yönelik Değerlendirmesi
Dr. Öğretim Üyesi Faruk TONGA Dr. Öğretim Üyesi Sinan BAHADIR	Osmanlı Devleti'nde Medikal Turizmin Erken Bulguları
<b>ARA 11:00-11:15</b>	

**8 Mart 2019- Cuma**

**1. Salon**

<b>11. OTURUM 11:15-12:45</b>	
OTURUM BAŞKANI	Dr. Öğretim Üyesi Mesude ULUŞEN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN Prof. Dr. Hakan AKBULUT Prof. Dr. Hüseyin SARI Doç. Dr. Deniz BİLLUR Prof. Dr. Atila YILDIZ	Ankara Üniversitesinde Sigara Bağımlılığına Karşı Yapılan Çalışmalar
Doç. Dr. Birsen ALTAY Diyetisyen Hatice KARAKOÇ	Üniversite Öğrencilerinde Sigara İçme İle Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Dr. Öğretim Üyesi Faruk TONGA	Hasta-Hekim İlişkileri ve Hasta Hakları Açısından Aydınlatılmış Onam: Avrupa ve Osmanlı Tarihi
Dr. Öğretim Üyesi Dursun GÜLER	Mustafa Kemal Atatürk'ün Beden Eğitimi ve Spor Düşüncesi ve Uygulamaları

**2. Salon**

<b>12. OTURUM 11:15-12:45</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Telhat ÖZDOĞAN
Araş. Gör. Emel GÜVEN Araş. Gör. Mesiya AYDIN Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	Bir Üniversitede Çalışan Personelin Kolorektal Kanser Farkındalıkları ve Korkularını Etkileyen Faktörler
Dr. Öğretim Üyesi Alpay ATEŞ	Taşra hastanesinde yatarak tedavi gören ağrı hastalarının retrospektif incelemesi
Araştırma Görevlisi Emre KELEŞ Dr. Öğretim Üyesi Gülay YILMAZEL	Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Obezitenin Çevre İle İlişkili Faktörler
Hemşire Gamze Gülsüm KILIÇLI	Birinci Basamakta Yenidoğan Fizik Muayenesinin Önemi-Olgu Sunumu

**3. Salon**

<b>13. OTURUM 11:15-12:45</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. D. Duygu KILIÇ
Prof. Dr. Sema YILDIRIM BECERİKLİ	Sağlıkta Enerji Uygulamaları: Uzmanların Web Siteleri Üzerinden Kişisel Halkla İlişkilere Dair Bir İnceleme
Dr. Samet KILIÇ	Yerli İnternet Dizilerinde Sağlıksız Beslenme Örnekleri: FastFood Kültürü
Sedanur KESKİN Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin PAMUKÇU Doç. Dr. Canan TANRISEVER	Sağlık Turizmi Girişimciliğine Sağlanan Teşvik Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma: Kastamonu Örneği
<b>YEMEK: 12:45-14:00</b>	

**8 Mart 2019- Cuma**

**1.Salon**

<b>14. OTURUM 14:00-15:30</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Sema BECERİKLİ
Araş. Gör. Beyza Nur ORDU Doç. Dr. Elçin ESENLİK Doç. Dr. Yavuz FINDIK	İnterdentalKortikotomi Destekli Diş Hareketi Uygulanmış Bir Hastada Sonuçların Sefalometrik ve Üç Boyutlu Görüntüleme İle İncelenmesi: Vaka Raporu
Dr. Öğretim Üyesi Sibel KAÇMAZ	Meyve ve Sebzelerde Poliaromatik Hidrokarbonların Analizi ve Sağlık Etkileri
Öğretim Görevlisi Özal KELEŞ Uzman Fizyoterapist Yasemin ASLAN KELEŞ	Fabrika Çalışanlarında Ergonomi Bilgi Düzeyi ile
Antropolog Rabia ONUR CANSIZ Psikolog Sühan YILDIZ	Sağlığın Geliştirilmesinde Tıbbi Antropolojinin Katkısı

**2. Salon**

<b>15. OTURUM 14:00-15:30</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Mustafa KANDEMİR
Tuğba SOLMAZ Doç Dr. Birsen ALTAY	Kültürlerarası Bakım ve Hemşirelik
Ferhat YILDIZ Dr. Öğretim Üyesi Gülay YILMAZEL	Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yeme Davranışları ve Beslenme Alışkanlıkları
Öğretim Görevlisi Gizem ÖZER BAŞ Araştırma Görevlisi Elif ÖZGEN	Hastane Yapılarında, Bağımsız Yaşlıların Yaşam Kalitesinin Arttırılması Üzerine Değerlendirme
Araş. Gör. Elif ÖZGEN	Türk Toplumunda Hastane Mekanlarının Algısal Değişimi

**3. Salon**

<b>16. OTURUM 14:00-15:30</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Vahit KONAR
Hemşire Fatma KORKMAZ Araş. Gör. Mesiya AYDIN Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Hastaları Konusundaki Önyargı ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
Doç. Dr. Birsen ALTAY Tuğba SOLMAZ	Sağlıklı Yaşlanma ve Çevre
Dr. Öğretim Üyesi Erkan ÇER	Çevre Bilinci ve Duyarlılığı Edinirmede Çocuk Kitaplarının İşlevi
Dr. Öğretim Üyesi M. Reha ÖZDER	Sağlık Kurumları Yönetiminde Değişen Kurum Kültürü ve İmajına Yönelik Stratejilerin Kurumsal Etkilerinin Değerlendirilmesi

**1.Salon**

**16:00-17:00**

**8 MART DÜNYA EMEKÇİ KADINLAR GÜNÜ ETKİNLİĞİ  
TÜRK HALK MÜZİĞİ KONSERİ: EMRAH ATALAY**

**GALA YEMEĞİ-APPLE OTEL: 19:00**



**9 Mart 2019- Cumartesi**

**1. Salon**

<b>17. OTURUM 09:30-11:00</b>	
OTURUM BAŞKANI	Doç. Dr. Canan TANRISEVER
Araştırma Görevlisi Esra YÜKSEL COŞKUN Doç Dr. Elçin ESENLİK	Post-Pubertal Dönemde Mandibuler Retrognatili Bir Hastada Aktivatör Apereyinin Etkileri: 2 Yıllık Takip
Uzman Hemşire Ebru SADIÇ Doç Dr. Birsen ALTAY	Kadınların Meme Kanseri Korkusu ve Erken Tanı Davranışları
Nimet YEŞİLÇAYIR Dr. Öğretim Üyesi Devrim BEYAZ	Medyanın Beslenme ve Sağlık Üzerine Etkileri
Araştırma Görevlisi Hatice KESKİN	Bir Sorunsal olarak Doğumun Tıbbileşmesi

**2 Salon**

<b>18. OTURUM 09:30-11:00</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Ramazan BİÇER
Prof. Dr. Ramazan BİÇER	Matüridi'ye Göre Sağlıklı Düşünmeyi Olumsuz Etkileyen Faktörler
Dr. Öğretim Üyesi Hakika ERDOĞAN Dr. Öğretim Üyesi Arzu KARASAÇ GEZEN	Allerjik Konjonktivit Seyrinde Kişisel Alışkanlıklar Yeni Medya ve Bireyselleştirilen Sağlık Söylemi: Facebook Örneği
Dr. Öğretim Üyesi Dursun GÜLER	Amasya'daki Öğretmenlerin Sigara İçme Alışkanlıklarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

**3. Salon**

<b>19. OTURUM 09.30-11.00</b>	
OTURUM BAŞKANI	Prof. Dr. Mehmet AKBAŞ
Prof. Dr. Mehmet AKBAŞ	Son Peygamber'in Sağlığa Dair Mesajları
Dr. Öğretim Üyesi Mehmet GÜLER	Tıbbi Yönleriyle Divan Şiirinde Bal ve Gül
Öğretim Görevlisi Ahmet SAĞLAM Dr. Öğretim Üyesi Emrah KOPARAN Öğretim Görevlisi M. Muhammed AYKUT	Üniversite Öğrencilerinin İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Amasya Örneği
Dr. Öğretim Üyesi Nazan KAHRAMAN	Siyasal Parti Liderlerinin Söylemlerinde Retorik Öğeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) Hakkında Siyasal Parti Liderlerinin Konuşmaları Üzerine Bir Analiz
ARA: 11:00-11:15	

**9 Mart 2019- Cumartesi**

**1. Salon**

<b>20. OTURUM 11:15-12:45</b>	
OTURUM BAŞKANI	Doç. Dr. Ünal KURT
Prof. Dr. Ramazan BİÇER	Tasavvuf Âlimlerinin Tıbbi Çalışmaları: Erzurumlu İbrahim Hakkı Örneği
Dr. Öğretim Üyesi İhsan ÇETİN	Mitokondriyal NADH Dehidrojenaz Geninde Tek Nükleotid Polimorfizmlerinin İn Silico Analizi
Emel GÜVEN Doç. Dr. Birsen ALTAY	Meme Kanserinde Anksiyete, Depresyon ve Hemşirelik Üzerine Bir Derleme
Araştırmacı Ferhan ÇINAR	Kendini Topluma Adayan Bir Kültür Adamı: Mehmet Saadettin Aygen

**2. Salon**

<b>21. OTURUM 11:15-12:45</b>	
OTURUM BAŞKANI	Dr. Öğretim Üyesi Nazan KAHRAMAN
Doç. Dr. Canan TANRISEVER Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin PAMUKÇU	Asklepion'da Unutulan Galen
Dr. Öğretim Üyesi Sema CAN	Vücut Ağırlığı Algısı ile Egzersiz Tercihi Arasında İlişki Var mıdır?
Dr. Öğretim Üyesi İhsan ÇETİN	Neonatal Dönem Mitokondriyal DNA Mutasyonları: Sebepler ve Sonuçlar
Dr. Öğretim Üyesi Nazan KAHRAMAN	Yerel Basında Sağlık Haberleri Üzerine Bir Analiz: Amasya Örneği
Dr. Öğretim Üyesi Mustafa KILINÇ	İbrahim Tennuri'de Mesleki Eğitim Bağlamında Geleneksel Tıp

**KAPANIŞ**

**SOSYAL PROGRAM-AMASYA GEZİSİ**

ש.פ.ג.ל.י.כ.א.ש.א.ז.ח.ד.ש.פ.ש.  
ת.פ.ל.מ.נ.ע.ק.ב.ג.ד.ה.  
כ.פ.ת.ר.ק.א.ש.ח.ד.ה.  
ש.פ.ג.ל.י.כ.א.ש.א.ז.ח.ד.ש.פ.ש.  
ת.פ.ל.מ.נ.ע.ק.ב.ג.ד.ה.  
כ.פ.ת.ר.ק.א.ש.ח.ד.ה.  
ש.פ.ג.ל.י.כ.א.ש.א.ז.ח.ד.ש.פ.ש.  
ת.פ.ל.מ.נ.ע.ק.ב.ג.ד.ה.  
כ.פ.ת.ר.ק.א.ש.ח.ד.ה.  
ש.פ.ג.ל.י.כ.א.ש.א.ז.ח.ד.ש.פ.ש.  
ת.פ.ל.מ.נ.ע.ק.ב.ג.ד.ה.