



ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

OSMANLI KLASİK DÖNEM HEKİMLİK SANATININ
MODERN DÖNEM HEKİM PROFESYONELLİĞİ, AİLE
HEKİMLİĞİ KİMLİĞİ VE UYGULAMALARI AÇISINDAN
İNCELENMESİ

Dr. Aksanur GÖKÇE

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA, 2019



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

OSMANLI KLASİK DÖNEM HEKİMLİK SANATININ
MODERN DÖNEM HEKİM PROFESYONELLİĞİ, AİLE
HEKİMLİĞİ KİMLİĞİ VE UYGULAMALARI AÇISINDAN
İNCELENMESİ

Dr. Aksanur GÖKÇE

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tarık Eren YILMAZ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA, 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgemedен eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa Çelik'e,

Tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen, her aşamasında yanımda bulunan saygıdeğer tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tarık Eren Yılmaz'a,

Asistanlık eğitimimde tüm samimiyetleriyle katkıları bulunan Uzm. Dr. İsmail Arslan'a ve Uzm. Dr. Duygu Yengil Taci'ye,

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarımıza,

Bilimsel çalışmalarıyla ufkumun açılmasına vesile olan Uzm. Dr. Tülay Omma'ya,

Hekimlik yolculuğumda her zaman yol göstericim olan sevgili dayım Prof. Dr. Celil Göçer'e,

Sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim hayat arkadaşım Süleyman Gökçe, canım annem Gülsen Sezer, babam Suat Sezer, sevgili kardeşlerim Hilalnur, Sümeyra, Fazilet Fatmanur ve Zeynep Gazzenur'a

En içten teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Aksanur GÖKÇE

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. TIP AHLÂKI VE HEKİMLİK SANATI ve AİLE HEKİMLİĞİ PROFESYONELLİĞİ	5
2.1. OSMANLI KLASİK DÖNEM (1827 ÖNCESİ) HEKİMLİĞİ VE HEKİMLİK SANATI	7
2.1.1. Osmanlı Klasik Dönem Hekim Özellikleri.....	9
2.1.2. Darüşşifa Vakfiyeleri ve Osmanlı Tıp Yazmalarına Göre Hekimin Saygınlığını Sağlayan Ahlaki Özellikleri	11
2.1.2.1. Hekimin Dindarlığı.....	13
2.1.2.2. Hekimin Duruşu	14
2.1.2.3. Hekimin Üslubu.....	14
2.1.2.4. Hekimin Davranışlarında İtidalli Olması	15
2.1.2.5. Hekimin Güler Yüzlü Olması.....	15
2.1.2.6. Hekimin Cesaretli Olması	15
2.1.2.7. Hekimin Yürüyüşünde Ölçülü Olması	16
2.1.2.8. Hekimin Merhametli Olması	16
2.1.2.9. Hekimin Kanaatkâr Olması	17
2.1.2.10. Hekimin Alçak Gönüllü Olması.....	18
2.1.2.11. Hekimin Bedensel Temizliği ve Görünümü.....	19
2.1.2.12. Hekimin Yemesi ve İçmesinin Dengeli Olması	20
2.1.2.13. Hekimin Çevresiyle İlişkisinde Dikkatli Olması.....	20
2.2. MODERN DÖNEM HEKİMLİĞİ, PROFESYONELLİĞİ VE AİLE	

HEKİMLİĞİ	21
2.2.1. Hekimlerin Mesleki Profesyonellikleri ve Tıp Etiği	21
2.2.2. Tıp Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Kimliği	25
2.2.3. Aile Hekimliği Kimliği ve Uzmanlığı	29
2.2.4. Aile Hekimliği Tarihçesi	30
2.2.5. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	32
2.2.6. Aile Hekimliği Disiplin Özellikleri	34
2.3.BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ.....	39
3. OSMANLI’DAN GÜNÜMÜZE TIP EĞİTİMİ.....	42
3.1. OSMANLI’DA TIP EĞİTİMİ	42
3.1.1.Darüşşifalarda Tıp Eğitimi	42
3.1.2.Hekimin Bilmesi Gereken ve Sorumlu Olduğu Bilgiler.....	44
3.1.2.1. Ahlat-ı Erbaa: Hıltlar-Mizaçlar-Unsurlar Nazariyesi.....	44
3.1.2.2. İlaçla Tedavi Bilgisi	46
3.1.2.3. Hastalığın Teşhisi İçin Gerekli Muayene Bilgisi.....	47
3.1.2.4. Anatomi Bilgisi	47
3.1.3.Süleymaniye Tıp Medresesinde Eğitim.....	49
3.1.4.Saray’da Cerrah ve Göz Hekimi Eğitimi.....	51
3.1.5.Ustaya Çıraklık Şeklinde Birebir Tıbbi Eğitim	51
3.1.6.Osmanlı Tıp Yazmalarından Hekimliğin Öğrenilmesi	53
3.1.7.Tıp Yazmalarına Göre Hekimin Tıp Dışındaki Bilgi Alanları	54
3.1.7.1. Felsefe (Hikmet)	54
3.1.7.2. Matematik ve Geometri	55
3.1.7.3. Astronomi	56
3.1.7.4. Müzik Bilgisi	56
3.1.7.5. Feraset İlmi.....	57
3.1.8.Osmanlı’da Tıp Yemini.....	57
3.2. MODERN DÖNEM HEKİM EĞİTİMİ	58
3.2.1. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi.....	60
3.2.2. Mezuniyet Sonrası Uzmanlık Eğitimi	61
3.2.3. Hipokrat Yemininin koyduğu yasaklar	62

3.3. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ.....	62
4. HEKİM HASTA İLETİŞİMİ, MESLEK ETİĞİ VE MALPRAKTİS	63
4.1. OSMANLI DEVLETİ DÖNEMİ HEKİM HASTA İLETİŞİMİ, MESLEK ETİĞİ VE MALPRAKTİS	63
4.1.1. Osmanlı Dönemi Hekim Hasta İletişimi.....	63
4.1.1.1. Hekimlerin Vasiyetine Göre Hekim Hasta İletişimi	63
4.1.1.2. Hekimin Hasta Ayırt Etmemesi	64
4.1.1.3. Hekimin Sorumluluğunun Sürekliliği	65
4.1.1.4. Hastanın Sır ve Mahremiyetinin Korunması	65
4.1.1.5. Hekimin Hastası ile İş Birliği Hali	66
4.1.1.6. Hekimin Hastayla Sözlü İletişimi Nasıl Kuracağı....	66
4.1.1.7. Hekimin Hastalığın Seyri Hakkında Kesin Konuşmaması	68
4.1.1.8. Hekimin Hastadan Tedavi Bedelini Alma Usulü	69
4.1.2. Hekimin Halkla İlişkisinin Kuralları ve Toplum Sağlığı.....	70
4.1.3. Hekim-Hekim İlişkisi ve Meslek Etiği	71
4.1.4. Osmanlı'da Malpraktis Durumları	72
4.1.4.1. Hekimlerin Kaleminden Hekimlerden Şikayetler	72
4.1.4.2. Vakfiye Şartlarına Uymayan Tabibe Manevi Ceza Verilmesi.....	74
4.1.4.3. Ölüme Sebep Olana ve Kusurlu Uygulama Yapana Sürgün Czası	74
4.1.4.4. Kayıtsız ve Ehliyetsiz Çalışanların Meslekten Uzaklaştırılması.....	75
4.2. MODERN DÖNEM HEKİM HASTA İLETİŞİMİ, AİLE HEKİMLİĞİNDE İLETİŞİM VE MALPRAKTİS	75
4.2.1. Hekim- Hasta İletişim Türleri.....	75
4.2.1.1. Etkenlik- Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki	76
4.2.1.2. Yol Gösterme- İş Birliği Etme Temeline Dayanan İlişki.....	76
4.2.1.3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki.....	76
4.2.2. Hekim- Hasta İlişkisi ve Tedaviye Uyum.....	76

4.2.3. Aile Hekimliği Uygulamasında Hekim-Hasta İletişimi	77
4.2.4. Etkin İnsan İlişkileri ve Becerilerinden Sağlanan Yararlar.....	80
4.2.5. Modern Dönemde Malpraktis Kavramı.....	81
4.3.BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ.....	84
5. EVDE SAĞLIK VE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI.....	85
5.1. OSMANLI'DA EVDE SAĞLIK UYGULAMALARI VE GETAT UYGULAMALARI	85
5.1.1. Osmanlı'da Evde Sağlık Uygulamaları	85
5.1.1.1. Osmanlı'da Hekimin Hasta Ziyaretinin Kuralları ve Önemi	85
5.1.1.2. Osmanlı'da Hasta Ziyaretinde Hekimin Beden Dili ve Kıyafeti	86
5.1.2. Osmanlı'da Hekimlik ve Fitoterapi ve Getat Uygulamaları... ..	86
5.1.2.1. Osmanlı'da Tıp ve Eczacılık-İlacın Hazırlanması Görevinin Kimde Olacağı.....	86
5.1.2.2. Osmanlı'da Tanınmayan İlaçların Kullanılmaması.. ..	88
5.2. MODERN DÖNEMDE EVDE SAĞLIK UYGULAMALARI VE GETAT UYGULAMALARI	89
5.2.1. Modern Dönem Evde Sağlık uygulamaları	89
5.2.1.1. Evde Sağlık Hizmeti Tanımı, Kapsamı ve Önemi....	89
5.2.1.2. Bakımın Sürekliliği Kavramı ve Önemi.....	90
5.2.1.3. Aile Hekimliği ve Evde Sağlık Hizmetleri.....	91
5.2.2. Modern Dönemde Getat Uygulamaları	92
5.2.2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kavramı ve Tarihçesi	92
5.2.2.2. Türkiye'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yasal Düzenlemeleri.....	94
5.2.2.3. Aile Hekimliği ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	96
5.3. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ.....	96
6. SONUÇ	98
KAYNAKLAR.....	106

ÖZGEÇMİŞ	115
EKLER	117
Ek1: Tez Konusu Onayı	121



KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHUD: Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGPRN: European General Practice Research Network

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

WONCA: World Organization of National Colleges, Academic
Associations of General Practitioners/ Family Physicians /Dünya Aile
Hekimleri Birliği

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun Belirlediği Yedi Temel Yetkinlik Alanı 28

Şekil 2. WONCA Ağacı 35



ÖZET

Modern tıp eğitimi öncesi klasik Osmanlı döneminde hekimlik mesleği medreselerde ve darüşşifalarda o zamanki en ileri tıp yazmalarını okuyarak birebir özel eğitimi anımsatan usta- çırak usulüyle öğretiliyordu. Tıp yazmalarının giriş kısımlarında ve darüşşifa vakfiyelerinde hekim olacak kişide aranan kişilik ve ahlaki özellikler belirtiliyordu. Böylelikle yeni hekimler, hekimlik sanatını hem hal diliyle hocalarından hem de metinler ve mekanlar üzerindeki tecrübelerden elde edilen yazı dili ile yetiştiriliyordu.

Hekim; hikmet sahibi, derin anlayışa ve kavrayışa sahip olmalıydı. Merhametli, şefkatli, güler yüzlü, alçak gönüllü, hareketlerinde itidalli, kanaatkâr, vefa sahibi, tatlı dilli gibi ahlaki vasıflara sahip olmalı; giyiminde, yürüyüşünde, yeme ve içmesinde, hastaları ve çevresiyle iletişimde saygın bir intiba bırakmaya özen göstermeli, keyfi davranmamalıydı.

Hekim hastasına tedavi boyunca yakınlık göstermeli, anlayabileceği açıklıkta bilgilendirmeli, ümit var davranarak iyileşmeyi kolaylaştırmalıydı. Hastalığın Allah'tan geldiğini, verilen ilaçların şifa verme özelliğinin de Allah'tan olduğunu hatırlatırdı. Dolayısıyla hekim, şifa bulan veya bulamayan hastasına ve yakınlarına, elindeki olanakları haricinde yani tıbbi bilgisi, tecrübesi ve yaklaşımı dışında bir yardımının olamayacağını anımsatırdı. Böylelikle hasta ve yakınlarının olası beklentilerinin de itidalli olması sağlanırdı.

Modern tıp ise, teknolojinin gelişmesiyle ve bilgi yükünün çok artmasıyla uzmanlaşma sürecine girmiştir. Modern tıpta “insan” özne konumundan sistemlere, organlara hatta hücresel boyuta kadar inmiş bir “nesne” konumuna gelir bir hal almıştır. Aşırı uzmanlaşma sonucunda hastayı bütüncül bir şekilde ele alacak yeni bir branşa ihtiyaç duyulmuş ve Aile hekimliği disiplini yaklaşımı bir uzmanlık dalı olarak gelişmiştir. Bu sayede modern tababette biraz geride kalan koruyucu hekimlik, biyopsikososyal bütüncül yaklaşım, hastanın manevi yönünü dikkate alma, hasta-hekim iletişimde süreklilik ve güvene dayalı iletişim gibi unsurlar yeniden ön planda uygulanır hale gelmiştir.

Bu tez çalışmamızda Klasik Dönem Osmanlı Hekimlik Sanatı ve Tıp Ahlakı genel olarak ele alınarak, konular “hekim eğitimi, hekim olacak kişide aranan özellikler, hekimin sorumlulukları, sağlıkta uygulama hataları durumunda verilen cezalar ve hasta hakları” başlıkları altında “Modern Hekim Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından” değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Hekimlik sanatı, Profesyonellik, Osmanlı tıbbı, tıp tarihi



Examination of Medical Ethics of Ottoman Classical Period in Terms of Modern Physician Professionalism and Family Medicine Practices

ABSTRACT

Before the modern medical education, during the classical Ottoman period, apprentices were being taught medicine by reading the old medical manuscripts in the madrasahs and darüşşifas. In the introductory parts of medical manuscripts and darüşşifa foundations, the personality and moral characteristics of the person to be a physician were stated.

The physician, the wise, should have a deep understanding and insight. He should have moral qualities such as compassion, cheerfulness, sincerity, humbleness, modesty in his movements, frugality, loyalty and suaveness. He should pay attention to leave a respectable impression in his clothing, walking, eating and drinking, in his communication with his patients and environment, and he should not behave arbitrarily. The physician should show intimacy to the patient throughout the treatment, inform them clearly, and facilitate recovery by being hopeful. He should remind that the disease came from Allah, and the medication given was from Allah.

Therefore, the physician would remind his patient and relatives who had or could not be cured, that he could not have any help other than his means, that is, his medical knowledge, experience and approach. In this way, possible expectations of patients and their relatives would be sobriety.

Modern medicine has entered a process of specialization with the development of technology and the increasing burden of information. With over-specialization, the family medicine approach, a new branch that will address the patient in a holistic way, has been developed. With this approach, elements such as preventive medicine, consideration of spiritual aspects of the patient, biopsychosocial approach, continuity in the patient-physician communication have become applicable again in the foreground.

In this thesis, the classical medical ethics of the Ottoman Era is discussed in general. Subjects are evaluated in terms of “Modern Physician Professionalism and Family Medicine Practices” and they are explained in detail under the headings of “Physician Education, The Characteristics Sought in The Physician, The

Responsibilities of The Physician, Penalties Given in Case of Mistakes in Health and Patient Rights”.

Key Words: Family medicine, Professionalism, Ottoman Medicine, Medical History, Medical Art



1. GİRİŞ

Elinizdeki bu çalışmada Klasik Dönem Osmanlı Hekimlik Sanatı ve Tıp Ahlakı genel olarak ele alınarak, konular “hekim eğitimi, hekim olacak kişide aranan özellikler, hekimin sorumlulukları, sağlıkta uygulama hataları durumunda verilen cezalar ve hasta hakları” başlıkları altında “Modern Hekim Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından” değerlendirilmiştir.

Ancak tarihsel perspektiften bakıldığında tıp alanında meydana gelen köklü değişiklikler tam olarak anlaşılabilmektedir. Tıbbi gelişmeler yeni değildir, tıp ilk uygulanmaya başladığından beri sık sık değişip ilerlemektedir, yalnızca ilerleme hızı farklıdır. Bu değişim ve ilerleme bazı bilimsel, teknolojik ve sosyal etkiler ile etkileşim sonucu gerçekleşmektedir (1). Diğer taraftan tababetin çok fazla değişmeyen yönünü ise hekimlik sanatı oluşturmuştur.

Teknolojinin ilerlemesiyle zaman içerisinde klinikte insan faktörünün eksikliği görülmüş ve aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığına, hastaları bir birey ve bir bütün olarak değerlendirecek bir uzmanlık branşının gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Bunun sonucu olarak tekrar insanı merkeze alan ve bütüncül şekilde hastaya yaklaşan Aile hekimliği bir disiplin olarak tarihte yerini almıştır. Aile hekimliği uzmanlığının sağlık bakımına birey odaklı, sağlığı geliştiren, sağlık sorunlarını önleyen ve kendine özgü klinik yöntemle sahip olan ve kanıta dayalı tıptan yararlanan, kaliteyi en büyük olarak kabul eden bir hizmet anlayışı sergilemeleri beklenilmektedir. Günümüz Aile hekimliği pratiğinde; bütüncül yaklaşım, biyo-psiko-sosyal hatta spiritual yaklaşım söz konusudur. Hastanın içinde bulunduğu toplumsal yapı göz önünde bulundurularaktan değerlendirme yapılmaktadır (2).

Modern tıp eğitimi ile tıp öğrencilerine bilimsel klinik yeterlilik kazandırılmaya çalışılırken, hekim olduğu zaman hastasının sağlığını koruması ve geliştirmesi gerekliliği de öğretilmektedir. Hekim adayının ahlaki değerlerle donanmasını hedefleyen tıbbi etik eğitimi ile bir yandan sağlık profesyonelinin sahip olması gereken görev ve sorumluluklar öğretilirken bir yandan da hastayı insan olarak ele alması ve ona saygı duyması da öğretilir. Dolayısıyla etik eğitimi sayesinde tıp öğrencisi, kendini bir meslek insanı olmaya hazırlayarak anlama ve

düşünme açısından yetkinliğe ulaşmaya çalışacaktır. Bir yandan da aldığı kararlarda ve uygulamalarında erdemli olmasını sağlayacak mesleki değerler geliştirecektir. Tıbbi etik eğitimi süreci; hekim- hasta ilişkisinde güven sağlama ve koruma, merhametli ve güler yüzlü davranma, bilimsel dürüstlük, cesaret, doğruluk ve fedakârlık gibi erdemler etiğinin yanı sıra önce hastaya zarar vermemek, yararlı olmak, hastanın özerkliğine, onuruna ve bütünlüğüne saygılı olmak, adil ve eşit davranmak gibi ilkeler etiğini de kapsamaktadır. Tüm bu değerler hekim adayının klinik pratiğinde karar verme sürecini kolaylaştırmaktadır. Modern profesyonellik yaklaşımı ile hekim, daha doğru olanı yapıp yanlış olandan uzaklaşmakta ve hasta hekim iletişimin güçlenmesi ile toplumun beklentilerine cevap verebilecek, toplumun sorunlarına çözüm olabilecek bir mesleki konumu oluşturmaktadır (3).

Tıp mesleği için ahlak kavramının tarihsel sürecine baktığımızda ahlakiliğin hekimlik mesleği açısından temeli olacak ifadeyi Eski Yunan Tıbbında da görebilmekteyiz. Tıp tanrısı olarak o dönemde o coğrafyada dillendirilen Askeulap’a ithafen “ahlaksızlara tıp öğretmeyiniz” sözü ahlakiliğin tıp mesleği açısından önemli olduğunu göstermektedir (4).

Osmanlı Tıbbı klasik dönemine de baktığımızda hekimlik sanatının ve tıp ahlakının özünde, hastaya yarar sağlama ve zarar vermeme ilkesi doğrultusunda sağlık hizmeti verenlerin uyması gereken bazı ahlak kuralları dikkati çekmektedir. Ahlaki durumlarda verilen tedavinin sonucuna bakılırken tıbbi uygulamalarla ilgili resmi durumlarda hastanın, yakınlarının ve toplumun beklentisi ve kararları de göz önüne alınmaktadır (5).

Osmanlıda hekim yetiştirilmesinin ve uygulamasının kendine has özellikleri vardı. Genel pratisyen gibi düşünebileceğimiz tabiplerin dışında cerrahlar, göz hekimi olan kehhaller, ilaç hazırlayan eczacılar ve attarlar, şerbetçiler, halkın sağlığı ile ilgilenen kırık-çıkıkçılar ebeler gibi değişik alanlar bulunmaktaydı. Bunlardan tabipler medrese ve darüşşifalarda eğitilmişler ve en yüksek seviyedeki sağlıkçılar olmuşlardır. Hekim adayları darüşşifalarda teorik eğitimle beraber usta- çırak usulüyle yetiştirilmişlerdir. Tıp sanatını öğrenmek amacıyla bir ustanın yani bir tıp hocasının eğitimine verilen gence “çırak” (çırağ) veya “şakird” (talebe) adı verilirdi. Şakird, Darüşşifada eğitim alırken bir yandan da medresenin kütüphanesinden tıp kitaplarını okuyup hekimlik bilgilerini öğrenmekte ve pekiştirmektedir (6).

Müslüman bilginler tekâmül kanununa inanmışlardır. İslam alimleri zamanlarının şartları dahilinde ilmi geliştirmişler, ilerde daha da gelişeceğini öngörmüşler. Bilim insanlığın ortak mirasıdır. Kendilerinden önceki bilim adamlarını saygıyla anmışlar onlardan gelen birikimleri isimleriyle zikrederek öğretmişler. İbn Rüşt (Averroes, ö. 595/1198) *“Öyle görünüyor ki, bizler henüz aydınlatılmasını istediğimiz birçok soruda gerçeği bulmak imkanına sahip değiliz. Bununla beraber biz bugün ulaşabildiğimizi ortaya koymaktan kaçınamayız. Ama gelecekte ortaya çıkacak yeni koşullar, bugün bize nasip olmayan çözümlere ulaşmayı sağlayabilir.”* diyerek bu durumu ifade etmiştir (7).

Tıbbın tarihsel gelişimi bakımından Müslüman hekimlerden Endülüslü tabip Ebu el-Kasım Halef b. ‘Abbaz ez-Zehravi’nin daha 10. Yüzyılda yazmış olduğu, tıbbın tamamını kapsayan kitabının cerrahiye ayrılmış olan 30. risalesinde 220’den fazla tıp aletini tarif etmiş ve resmetmiş olması son derece aydınlatıcıdır. ez-Zehravi ve cerrahi kitabı Kitabü’l Tasrif Avrupa’da, İslam Dünyasındaki ününden çok daha büyük bir üne mazhar olmuştur ve olmaktadır (8).

Fatih döneminin en ünlü hekimlerinden olan Amasya Darüşşifasında görev yapan Sabuncuoğlu Şerefeddin (1386-1470) Kitabü’l Cerrahiyyeti’l-ilhaniyye ile meşhurdur. Bu kitabı Osmanlı döneminde kaleme alınmış tek resimli cerrahi eserdir. Kitap, 11. Yüzyılın ünlü hekimlerinden Endülüslü Ebu’l Kasım Zehravi’nin Kitabü’l-Tasrif adlı eserinin bir cerrahi ile ilgili bölümlerinin tercümesi niteliğinde olup ilave olarak Sabuncuoğlu’nun kendi tecrübelerini ve kullandığı cerrahi aletlerin resimlerini de içermektedir. Sabuncuoğlu bilinen mevcut bilgi ile kendi çalışmalarının sentezi olan bir kitap yazmıştır (9).

Sabuncuoğlu’nun mevcut bilime en önemli cerrahide kullanılan aletlerin resimlerinin yanında o ameliyatın nasıl yapılacağına dair temsili resimleri de eklemiş olmasıdır. Bu sayede kullanılacak cerrahi tekniği, hastanın ve doktorun pozisyonu, aletin nasıl kullanılacağını göstermesi ile anlaşılır kılmıştır (9).

Osmanlı tıbbı dönemin kültür merkezleri olan Mısır, Suriye İran ve Türkistan’dan gelen bilim insanlarının sayesinde gelişen Anadolu Selçuklu Tıbbi geleneklerinin devamı niteliğindedir. Osmanlı tıbbının tıbbi sorunlar karşısında yaklaşımı genel olarak çözümünü İslam Tıbbında aramak olmuştur. İslam Medeniyetinin Haçlı Seferleri ile Avrupa’ya taşınması ile başlayan Rönesans

sonrasında Avrupa’da tıbbi gelişmeler gerçekleşmiş ve orta çağın karanlık ideolojisindeki geri kalmışlıktan nasibini alan tababet altın çağlarını yaşayacağı modern tabipliğe yelken açmıştır. Zamanla Avrupa’da tababet ilerlemiş ancak bazı dil ve çeviri problemleri nedeniyle Türk Tıbbı kendi içerisinde kalmış ve gelişmeleri ilk aşamada uzaktan takip edebilmiştir. Tıbbi eserlerin tercümelerine ulaşıldığında ise Osmanlı Tıbbı, bunları benimseyip İslam Tıp geleneğinden modern batı tıbbına tüm dünyada olduğu gibi yönelmiştir. Dolayısıyla tıp tarihi disiplini, 5000 yıllık tarihi sürecinde ortalama 600 yıl süren Osmanlı tıbbını 3 bölüme ayırabilmektedir:

1. Beylikler dönemi

2. Klasik dönem

a- İslam tıbbının devamı olan klasik dönem (1450-1730),

b- Batı tıbbını tanıma ve tercüme dönemi (1730-1827),

3. Batıya açılma ve modernleşme dönemi (1827 sonrası) (10).

Bu bağlamda Osmanlı tıp tarihi düşünüldüğünde, 1827 tarihinde ilk tıp mektebinin kurulması ve 1839’da ilk Mekteb-i Tıbbiye Nezaretinin açılmasıyla birlikte Osmanlı sağlık sistemi modern bir teşkilatlanma sürecine girmiştir. Bu süreç Osmanlı sağlık kurumlarının yani darüşşifaların hastaneye dönüşümünü içermektedir. Osmanlı Sağlık sistemi düşünüldüğünde iki aşama söz konusudur. Birincisi; 1827 öncesi klasik dönem, ikincisi ise 1827 yılında başlayan yenileşme sürecidir.

Bu çalışma kapsamında ise modernleşme için 1827 tarihi temel alınarak günümüz modern tıp uygulamasıyla farklılığı açısından modernleşme öncesi olan klasik dönem uygulamalarını incelenmesinin daha doğru olacağını düşündük. Böylelikle geçmiş dönemde hekimlik sanatında kendi medeniyetimiz tarafından tababete kazandırılan bazı gelişmeleri irdeleme fırsatı bulmayı hedeflemekteyiz. Bu değerlendirme neticesinde eğer var ise unutulmaya yüz tutan bazı kazanımlarımızı tekrar gün yüzüne çıkarmayı planlamaktayız. Bunu yaparken de günümüz hekimliğine ve bu konuda daha yetkin olması beklenen Aile Hekimliği’ne atıflar yaparak karşılaştırma imkanı bulmayı hedeflemekteyiz. Sonucunda kadim Osmanlı tababetinden beslenip emen bir hekimlik sanatını modern hekimlik anlayışına katkı sunması adına ortaya koymayı planlamaktayız. Böylelikle hekimliğin değişmeyen yüzü olan hekimlik sanatını destekleyecek ve iyi uygulamaların ve örneklerin tespit

edilip yaygınlaşmasına zemin hazırlayacak günümüz hekimlerine yol göstermeyi temenni etmekteyiz.

Bunun için bu tez kapsamında literatürde bulunan Osmanlı dönemi tıp uygulamaları ile ilgili kaynaklar, modern tıp uygulamaları perspektifinden karşılaştırmalı olarak incelendi. Özellikle Tıp Tarihçisi Prof. Dr. Nil Sarı'nın "Osmanlılarda Tıp Ahlakı" kitabından; Osmanlı dönemi tıp ahlakının ve hekimlik sanatının genel çerçevesini çizdiğinden, arşiv belgeleri ve tıp yazmalarında yer alan bilgilerden kapsamlı bir derleme olduğundan dolayı esas kendisinin izni dahilinde kaynak kitap olarak yararlanıldı. Hekim eğitimi, hekim olacak kişide aranacak özellikler, hekimin sorumlulukları ve sağlıkta uygulama hataları konu başlıklarındaki benzerlikler ve farklılıklar yönünden tespit edilen hususlar ortaya konmaya çalışıldı.

Laboratuvar tetkiklerinin ve tıbbi görüntüleme cihazlarının klinikte neredeyse hekimin yerini doldurduğu Modern dönemde, Aile hekimliği disiplini, klinik uygulamalarında insan faktörünün önemini yeniden dile getirmiştir. Bu disiplinin bir mensubu olarak Aile hekimliğinin sahip olduğu nitelikleri Osmanlı dönemi hekimlik uygulamalarında ve tıp ahlakı çerçevesinde karşılaştırmalı olarak gözden geçirdik.

Diğer taraftan bu çalışmanın, Aile Hekimliği Disiplinindeki bu konuda yapılan ilk araştırma tez konusu olması açısından önemli bir yere sahip olduğunu düşünmekteyiz.

2. TIP AHLÂKİ ve HEKİMLİK SANATI ve AİLE HEKİMLİĞİ PROFESYONELLİĞİ

Ahlak kelimesinin etimolojisini inceleyecek olursak Yunancada karakter anlamındaki "ethos" sözcüğünden, Arapçada ise yaratılış, tabiat, huy, mizaç, karakter, insanın iç ve dış dünyasını ifade eden "hulk" sözcüğünden türemiştir. İnsanın diğer varlıklar ilişkilerini düzenleyen kurallar ve bu kuralları şekillendiren değerler bütünü ifade eder. Ahlak, belli bir kültür içerisinde kabul gören, tanımlanan değerlerin bütünü ve bu değerlerin nasıl ortaya konacağını belirleyen kuralları kapsar. Belli bir tarihsel süreç içerisinde bulunan insan topluluğunun belli türden inanç, emir, yasak, norm ve değerlerine göre düzenlenmiş ve böylece gelenekselleşmiş, töreleşmiş yaşama biçimi olarak da tanımlanabilir (11).

Genel olarak ahlak mutlak iyi kabul edilen veya belli bir yaşam anlayışına dayanan kurallar bütünü olarak ifade edilebilir. Bir kişinin iyi özelliklerini, kişiliğini,

tutum ve davranışlarının tümünü kapsayan huyu olarak tanımlanabilir. Bir başka açıdan ise insanların kendilerine rehber edindikleri, ona göre yaşamaya çalıştıkları ilkeler ve kurallar bütünüdür denilebilir (12).

Geçmişin ve hatta geleceğin en temel ve hayati olgusu olması açısından ahlak ve ahlakilik; kişinin iyi-kötü, olumlu-olumsuz olarak nitelenmesine neden olan manevi özellikleri ve bunların vasıtasıyla gerçekleştirilen iradeli davranışlar bütünüdür (12).

Tıp tarihinde ahlak kavramına bakacak olursak Yunancadan çevirilen tıp eserleri hekimlik ahlakının temelini oluşturmaktaydı. Başka çeviriler olsa da Hipokrat ve Galenden yapılan çeviriler çok büyük bir kısmı oluşturmaktadır. Ve bu isimlere çok büyük saygı duyulmaktaydı. Galen'in hekimin filozof olması gerekir dediği eseri ve Hipokrat'ın "*Kasemü ebukrat*" adıyla tercüme edilen yemini bu saygının oluşmasına büyük etki yapmıştır. İslam tıbbının gelişme sürecinde hicri 3. Yüzyılın sonlarında "*Ebubekir Zekeriya er-Razi'nin (ö.313/925) Ahlaku't-tabib'i*" ve "*Yuhanna b. Maseveyh'in Mihnetü't-tabib'i*" gibi eserler tıbbın ahlak ve uygulanışına dair yazılmış ilk çalışmalardır (13).

Osmanlı ahlakı yaklaşık 600 yıl üç kıtada ekonomi, siyaset, din, ahlak anlayışıyla farklı milletlere adalet dağıtarak "islam ahlakı"nı bizzat yaşayarak göstermişse de Osmanlı ekonomiyi, siyaseti, ilmi ve fenni kendi örf ve adetiyle de sentezleyip bütünleyerek yeni bir Osmanlı- İslam ahlakı sentezi de gerçekleştirmiştir (14).

Osmanlı tıp ahlakı kapsadığı ahlak kuralları bakımından normatif etik kapsamına girmektedir. Bir ödev ahlakı niteliğiyle çalışanlarını ahlaki sorumluluklarla yönlendirmekle beraber tıp uygulamalarında bu sorumlulukları yerine getirecek olan sağlık çalışanının yaratılışında olan iyilik özelliklerine, erdemli olmasına ve neticede güvene dayanmakta olan bir ahlak yapısını göstermektedir (15).

Ödev ahlakı olarak ele alınan uyulması beklenen ilke ve kurallar sağlık çalışanının kişiliğinden ayrı tutulmaz ve onun kişiliğinde olması beklenen erdemler diye ifade edilir. Hekimin "örnek" olacak nitelikte olması, ahlaklı ve erdemli davranmaya yatkın kimse olması beklenirdi. Erdemler ahlakının ön plana çıktığı bu durumda hekimin soyu ve mensup olduğu dini hekim olmasını sınırlandırmaz, kimlikler değil, kişilikler ve eylemler ön plana çıkartılırdı (5).

Tabipte aranan nitelikleri ve ahlaki özellikleri genel olarak darüşşifa vakfiyelerinde ve tıp yazmalarında görebilmekteyiz. *“Tabip, üstat, akıllı, zeki ve âlim olmalı, çok kitaplar okumalı, hastahanelerde çok çalışarak çeşitli hastalıkları tanıyıp tecrübeler kazanmalı; öğüt verici, doğru sözlü, güler yüzlü, temiz huylu, sözüne bağlı ve mizacı kusursuz olmalıdır”* (16).

Tıp, yaratılmışların en mükemmeline müdahale ruhsatına sahip bir meslek alanı olmasından dolayı bilim yönüne ilaveten insana hizmet eden vicdani bir görevdir aynı zamanda. Hekim işine kendinden bir şey kattığı, mesleğini uygularken yaratıcı bir bakışla geliştirdiği zaman sanatkar olmaktadır. Sanatçı yönünü harekete geçirebilen hekim, hastalarıyla daha iyi iletişim kuracak ve iyi hekim olarak anılacaktır. Belirteceğimiz tüm tıp ahlakı ilkelerinin ve hekimde bulunması gereken erdemlerin özü, hekimdeki sanatçı ruhunu ortaya çıkarmak için olması gereken temel özellikleri ortaya koymaktadır.

2.1. OSMANLI KLASİK DÖNEM (1827 ÖNCESİ) HEKİMLİĞİ VE HEKİMLİK SANATI

Osmanlı medeniyeti, geçmişinden gelen İslam medeniyeti ile devletin tebaası altındaki milletlerin kültürleri ile Türk kültürünün sentezinden meydana gelen yeni bir medeniyettir. Fatih'in İstanbul'u fethi ve Fatih dönemi bu medeniyette dönüm noktası olmuştur.

Osmanlı öncesi ilmi ve medeni hayata baktığımızda Büyük Selçuklular İslam medeniyeti ile iç içedir. İbn Sina ve Biruni gibi tıp büyükleri bu dönemde yaşamışlar; Türk ülkelerinde doğup büyümelerine rağmen eserlerini dönemim ilim dili olan Arapça ile kaleme almışlardır. Bu nedenle diğer Müslüman milletler tarafından da ümmet anlayışının egemen olmasından dolayı kolayca benimsenmişlerdir. O dönemde ilim adamları siyasi sınırları tanımadan ülke ülke gezebilmekte ve takdir gördükleri yerlere yerleşmekteydiler. Bu nedenle hangi milliyete ait olduklarını tespit etmek zor olmaktadır (10).

Türklerin büyük kitleler halinde Müslüman oldukları 10. yüzyılda İbn Havkal büyük servet sahiplerinin varlıklarını din ve hayır yolunda sarfettikleri tespitinde bulunmuştur. Anadolu'ya yerleşmelerinden sonra da Türklerin bu anlayışı sürmüştür. Darüşşifalar Türk hükümdarların ve varlıklı kişilerin idare ettikleri topraklarda kurdukları vakıfların en önemlisidir. Bu hastanelere çok gelir getiren kaynaklarının

da beraber vakıf anlayışı ile bağışlanması neticesinde yüzyıllarca devlete mali yük olmadan bu sağlık kurumları sağlık hizmetlerini verebilmişlerdir (10).

İslami Dönem ilk Türk tıbbı, Ebu Bekir Er Râzi'den İbn-i Sina'ya, Hacı Paşa'dan Sabuncuoğlu Şerefeddin'e giden bir gelişim sürecinde olgunlaşmıştır. İslâm dininden ilhamını alan ve bunu gözlem ve tecrübe ile birleştiren bir anlayış ile ortaya çıkmış pragmatik bir yaklaşım sergileyerek, uygulamalar yaparak ve sebep- sonuç ilişkisi gözeterek gelişimini devam ettirmiştir (10).

Bursa'da 1399 yılında açılan Yıldırım Bayezit Darüşşifası ile Osmanlı döneminde ilk tıp eğitimi verilmeye başlanmıştır. İstanbul'un fethettikten sonra 1470'de inşa edilen Fatih Külliye'sinin içindeki Fatih Darüşşifası, İstanbul'daki tıp öğretiminin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Edirne Bayezid Darüşşifası ve Külliyesi ve İstanbul Süleymaniye Tıp Medresesi ile Osmanlı Tıbbı klasik dönem tababeti taçlanmıştır. Bu dönemde hekim usta çırak usulüyle yetiştirilmekte hekim adayı yanında bulunduğu ustasının kütüphanesindeki kitaplarını okumakta, onun uygulamalarını gözlemlemekte, hasta teşhis ve tedavisinde yanında bulunmakta ve yeterince tecrübe sonrasında "hekim" ünvanı alabilmektedir. 14 Mart 1827'de İstanbul'da II. Mahmut döneminde Tıphane-i Amire kurulana kadar Anadolu'da Hekim eğitimi bu şekilde olmuştur. Tıphane-i Amire'ye 1847'de Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane adı verilmiş ve 1903'te İstanbul Boğazının girişinde Sultan II. Abdulhamid tarafından tıbbiye verilen önemin göstergesi niteliğinde görkemli bir tıp külliyesi inşa edilmiş ve tıp eğitimi Haydarpaşa Tıbbiye Külliyesinde devam etmiştir ve 1908'de Darülfünun Tıp Fakültesi olarak adlandırılmıştır (17). Osmanlı tıp eğitimi ilk başta askeri tıp eğitimi olarak başlamış sonraları sivil(mülkiye) ve askeri olarak karışık bir şekilde tıp eğitimine devam etmiştir. Böylelikle 3 kıta 7 iklim diye tabir edilen geniş Osmanlı coğrafyasında hizmet edecek hekimlerin yetiştirilmesi sağlanmıştır. Bu dönemde önemli bir diğer tıp eğitiminin verildiği yer Şam Hamidiye Tıp Fakültesi (Şam Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiyesi) olmuştur.

Kısaca Osmanlı Tıbbında 1827'de Tıphane-i Amire'nin açılışı ile klasik dönem hekim eğitimi anlayışı yerini modern dönem hekim eğitimi yaklaşımına verdiği Kabul edilmektedir.

2.1.1. Osmanlı Klasik Dönem Hekim Özellikleri

Osmanlı dönemde hekim yazarlar, kitaplarının ilk kısmında, Hipokrat'ın tıp ahlakı ile İslam değerlerini sentezleyip kendi görüşlerini de ilave ederek hekimde aranan niteliklerle ilgili tavsiye niteliğinde vasiyetlere yer vermişlerdir. “*Tabibin huyu yumuşak, nefesine hakim, sezgisi iyi olmalıdır.*” ifadesi *Çehar Makale*'de yer alan bu konuya güzel bir örnektir (18).

Hekimlik mesleğinde sahip olunması gereken ahlaki erdemleri ve başarılı olabilmek için ihtiyaç duyulan tutum ve davranışları tıp yazmalarında çokça bahseden en önde gelen hekim Abbas Vesim Efendi'dir (ö.1761-62). Abbas Vesim Efendi, hekimliği ile birlikte aynı zamanda hattat, şair ve astronomi bilgini idi. Mısır, Hicaz ve Şam'a giderek ilim tahsil etmesinin ardından 40 yıl İstanbul'da yaşayarak hekimlik sanatını icra etmiştir. Osmanlı tebabatinin olgunlaşmasında büyük katkısı vardır. İbni Sina, Hipokrat gibi eski tabiplerin eserlerinden ve kendi hocalarından öğrendiği bilgilerle, İstanbul'a gelen Batılı hekimlerin eser ve bilgilerinden yararlanarak ‘Düstur’ul Vesim fi tıbb-ıl cedid ve’l kadim’ adlı eserine kaleme almıştır (19).

Düstur’ul Vesim adlı eserde, hekimde bulunması gereken ahlaki erdemlere dair birçok örnek bulunmaktadır. İncelenen Türkçe tıp metinlerinde, hekimden beklenen özellikler hekimin kişiliği, kıyafeti, beden yapısı, çevresiyle ilişkisi gibi değişik hususları kapsamaktadır. Hekimde aranan özellikler, genelde o dönemde benimsenen genel değerleri yansıtmaktadır. İyi hekim olmadaki temel ölçüler hekimin şahsında toplanan erdemler ahlakı ve her bakımdan itidal üzere-mutedil olma konusunda yoğunlaşmaktadır (5).

Adadolu'da doğan Mısır'da tıp ilmi tahsil eden Emir Çelebi, 1622'de Akdeniz seferine katılmış Kaptanıderya Recep Paşa'nın özel hekimliğini yapmıştır. Bu görevinin ardından İstanbul'a gelerek ömrünün son demerine kadar Hekimbaşılık vazifesinde bulunmuştur. 1624'te Emir Çelebi'i, Kaptanıderya Recep Paşa adına kaleme aldığı Enmûzeczü't-Tıbb adlı eserinde; önceki tıp yazmalarında derlediği bilgilerle, kendi şahsi araştırmaları sonucu elde ettiği bilgilere yer vermektedir. Eserinde hekimlere öğütler vermektedir; hekimin alçak gönüllü, yumuşak kalpli, güler yüzlü, merhametli ve dürüst olması gerektiğini, buna karşın günahkâr, kibirli,

aç gözlü ve tamahkâr olmayıp, hastayı tedavi etmekteki amacın yalnızca kazanç olmaması gerektiğini söylemektedir. Emir Çelebi, hekimin hastaya şifa vermekte yalnızca bir aracı olduğunu, asıl şifa verenin Allah olduğunu belirtmektedir. Bu sebeple yaptığı tedavinin sonuçları ile hekim gururlanmamalı ve gereksiz vesveseye kapılmamalıdır. Batı dünyasında da Reform hareketine kadar benzer bir yaklaşım etkisini gösterdiği bilinmektedir. “*Yarasını ben sardım, şifasını Allah verdi*” diyen 16. Yüzyılda yaşamış ünlü cerrah Ambrois Paré tedavi ediciliği Allah’a vermektedir (20).

Hekimden beklenen ahlaki özelliklere büyük önem verilirken akli yeteneklerin de yeterliliği ayrıca vurgulanmaktadır. Mesela, Emir Çelebi hafıza üstünde durur ve hekimin, “*Hafızası düzgün olmalı, asla unutkan olmamalı, zira unutkan olup da kendi derdine çare bulmaktan aciz olan kimse diğerleri için nasıl iş görebilir?*” diye uyarıda bulunur (21). Abbas Vesim ise, hekimlik mesleğinde başarılı olabilmek için zeki ve yetenekli olmak gerektiğini ifade etmektedir (22).

Fütüvvetnameler Osmanlı’da serbest çalışan hekimlerin uyması gereken ahlak kurallarının düzenlendiği belgelerdir. Bunlarda hekimde olması gereken ahlaki hususlar şöyle sıralanmıştır: hikmet- bilgelik, iffet- ahlaklılık, namusluluk, cömertlik, tövbe, tevazu- alçakgönüllülük, şecaat -yüreklilik, yiğitlik, doğruluk, emniyet - güvenilirlik, adalet, hidayet, ve vefa.

Osmanlıda hekimin alim bir kişi olmasına özen gösterilmiştir. Hekimlerin hikmet sahibi bir kişi olması, diğer tüm değerleri de içermesi bakımından önemlidir. Ruhun belli bir olgunluğa gelmesiyle mümkün olan hikmet bilgisine ulaşmak için hekimler tıbbın yanında felsefe, fiziki matematik, astronomi gibi bilim dallarıyla da ilgilenmişlerdir. 1729’da Sultan III. Ahmet tarafından ilan edilen bir kanun; dönemin hekimlik anlayışını göstermesi açısından önemlidir: “*Tabip Allah’ın kulları olan bütün insanlara deva aramak ve hizmet etmek için tıp bilgisinin çerçevesi içinde tıp kurallarına uygun olarak ve kazanılmış yatkınlıkla hastalara bakmak ve tedavi için ilaç vermekle görevlidir*” (23). Hekimin: Allah’ın kulları olan bütün hasta insanlara deva aramak gibi temelde ulvi bir vazifesi vardı. Bunun sonucu olarak hekim halk tarafından yüksek bir değere atfedilmiştir (24).

Hekim hastalarına ilk önce hastalığın Allah tarafından verildiğini şifanın da O’nun sayesinde olacağını hatırlatırdı. “*Biz Lokman’a ilim ve hikmet verdik*” ayeti

kerimesi doğrultusunda derdin de dermanın da Allah'tan olduğunu, ulemanın ve hekimin aradaki yalnızca bir sebep olduğu inancı toplumda hakimdi (25). Hastalığa da hikmet nazariyle yaklaşılır her iki taraf da sabırlı olması gerektiğini bilirdi. İyileşme sürecinde hastaya devamlı sabırlı olmasını ve dua ile şifayı istemesini nasihat eden hekim, hastanın çok fazla merak ile hastalığın kendisi ile meşgul olmasının önüne geçmiş olurdu.

2.1.2. Darüşşifa Vakfiyeleri ve Osmanlı Tıp Yazmalarına Göre Hekimin Saygınlığını Sağlayan Ahlaki Özellikler

Osmanlı döneminde Padişahlar çıkardıkları kanunlar ile vergilerin bir kısmını darüşşifalara, hasta ve acizlerin ihtiyaçlarının giderilmesine ayırmışlardır. Bu amaçla birçok kurum oluşturulmuştur. Darüşşifalara tayin edilecek sağlık görevlilerinde aranan vasıfları, ödevleri, bilgi kapsamı en açık şekilde darüşşifa vakfiyelerinde yer almaktadır (26).

Tıp Tarihçisi Nil Sarı, “Osmanlılarda Tıp Ahlakı” kitabında şu ifadelere yer vermektedir;

*“Darüşşifa vakfiyelerinde yer alan tabibin sahip olması beklenen bilgiler arasında ‘tıp bilimi’ ile ‘tedavi sanatının’ yanı sıra, ‘hikmet’ kanunlarından söz edilmesi, tabiat bilimlerinin tümünden sorumlu tutulan tabibin insanı çevresi ile beraber değerlendirmesi gerektiğini ortaya koyuyordu. Ayrıca, ‘kapsamlı’ ve ‘ayrıntılı’ bir arada şart koşularak, **bir yandan hastanın bir bütün olarak ele alındığı aile hekimliği yaklaşımı vurgulanırken, diğer yandan çeşitli uzmanlıkların olmadığı bir dönemde, cerrahi ve göz hekimliği hariç hastalıkların tümü tabibin sorumluluk kapsamına alınıyordu**” (5).*

Haseki ve Manisa Darüşşifalarının Vakfiyelerindeki, “nefsine hakim olmak” ifadesi ile hekimde aranan ahlak özellikleri bir cümle ile ifade edilmektedir. Bu vakfiyelerde insanlara sevgi ile yaklaşmak ve kimseye ayırım yapmamanın önemi vurgulanmıştır (26).

Darüşşifalara görevlendirilecek hekim ile ilgili, saygı değerlik kazanabilmek için asıl gerekli özelliklerin; liyakatli olmak, hak etmek ve layık olmanın gerekliliği ayrıca vurgulanmıştır (26).

Vakfiyelerde hekiminin giymesi gereken belli bir kıyafetin şart olarak yer almaması, bu konu üzerinde önemle durulması gereken husustur (26).

Hekim için öngörülen en önemli vasıf, “iyi ahlaklı, güzel huylu, asil ruhlu olması ve örnek ahlakı ile hasta ve halk tarafından beğenilip tutulmasıdır (27). 15. yüzyılın sonlarına doğru Sultan 2. Murad döneminde yaşamış olan Mukbilzade Mü'min, dönemin yetişen ilk tıp bilginlerindendir. ‘Miftahun-nur ve hazinu’s-surur’ adı ile kaleme aldığı eserinde hekime şu şekilde öğütte bulunur: “*Temiz ahlaklılıkla (vasıflanıp) vakt-i İsa nefesi gibi hayat bahş olup ruhları çoğalta. Nazik huylu ve temiz ruhlu ola... Doğru mizaçlı ola...*” (28).

Hekim doğruyu söylemeli, sözüne sadık olmalıdır. Ankaralı olan Tabip Nidai, 16. yüzyılda yaşamış ve Sultan 2. Selim döneminde hekimbaşılık görevinde bulunmuştur. Sultana sunduğu 721 beyitten oluşan, divan şiiri şeklinde kaleme aldığı Menafi’ün-nas adlı eserindeki bir beyitle hekimin yalancı olmamasını öğütler: “*Dahi kalbinde olmaya riya-i reşk*” kalbinde riya ve kıskançlık olmasın şeklinde bunu ifade etmektedir (29).

Abbas Vesim’e göre hekim güvenilir, “zahiri batınına müsavi” yani içi dışı bir ve dengeli olmalıdır; “Tıp sanatında kendisi başka olmak gibi çelişkili şey yoktur...” (22).

Abbas Vesim Efendi Düstur’unda, hekim ahlakı konusunu işlerken, fena huyluluğun yalnız hekimin kendine değil hastasına ve çevresine de zarar getireceğini belirtir: hekimin tabiatı fena olursa etrafındakiler de ondan nefret eder. Hatta fena tabiatlı tabip, aklında kötülük ve mizacında bozukluk olduğundan hastaların üzerine almaması gerektiği şeklinde yorumunu belirtir (22).

Mektebi Tıbbiye nazırı olan Hayrullah Efendi ise, Makalat-ı Tıbbiye adlı eserinde; Hekimin kendi işlerinde yalan ve dolanı kabul etmememesi gerektiğini, böyle kimselerle de düşüp kalkmamasını vasiyette bulunur (30).

19. yüzyılın ikinci yarısında hekimlik yapan Dr. Mustafa Hami’nin benzer görüşlere sahip olması, iyi ahlakın hekimden beklenen değişmez bir nitelik olduğunu göstermektedir: hekim olan kişiye yalnız tıbbi bilgisi veya ameliyatında hünerli olması yetmemektedir. Bununla birlikte alçak gönüllü, sevilen ve övülen bir ahlakta olması, kötü olarak Kabul edilen şeylerden uzak durmasının gerekliliğini vurgulamıştır (31).

Hekimden beklenen güzel ahlakın unsurları ayrı başlıklar altında aşağıda ele alınmaktadır.

2.1.2.1. Hekimin Dindarlığı

Toplunun ekseriyetinin dindar olmasından dolayı hekimin de sağlam inançlı olması ve dinine bağlı bir yaşantıda olması beklenirdi. Hekimin tıp ilminin yanısıra “şer’i” ilimleri de bilmesi gerektiği birçok tıp yazmasında yazılıdır. Hekim iyi bir mümin olduğu taktirde ve Allah’ın kudretine ve merhametine inanması halinde bu imanının hastayı tedavi esnasında hekime yardımcı olacağına inanılırdı. Hekimin de hastanın iyi olacağına inanması gerekmektedir. Hekimlik felsefesi bu temel üzerine inşa edilirdi. Doktor hastanın iyi olacağına inanmazsa tedavi eksik kalır. Hastaya bu güveni vermelidir.

Tabip Emir Çelebi, Enmuzec-i tıb isimli eserinde hekimin inançlı ve iman sahibi olması gerektiğini anlatır:

“Tabip olan kimse Allah’ın yardım edeceğine inanmalı, sevaba ve akıbeta inanmalı ve azmetmeli, Allah’a olan bağlılığında kusur etmemeli, eğer kusur ederse hemen tövbe etmeli ve Allah’ın af ve merhametine uğrayanlardan olmalı, hayrı isteyip şerden nefret etmeli” (27).

Hekimin hiçbir işte Allah’tan ümidini kesmemesini, O’na bağlılığını yitirmemesini söyleyen Tabip Abdülmennan da hekime iyi bir mümin olmayı tavsiye eder: kendini aradan çıkarmalı, Allah’ın rızasını gözettiği taktirde Allah da ona yardım edecektir demektedir (32).

Halkın dine bağlı hekimin tedavisine daha çok güvенеceğini ve ahlakından emin olacağını belirten Abbas Vesim, hekimin tedavi amacıyla birçok ortama girip çıkmasının sebep olabileceği nazardan korunması için sabah akşam dualar okuması gerektiğini ifade eder. Tedavi verdiğiğinde ise ilacının şifa vermesi ve gayretlerinin hayırla sonuçlanması için de duaya devam etmelidir. Tabip, her olayın gerçek nedeninin Allah olduğuna inanmalı ve tababet sanatını icra ederken de O’nun emirlerine dikkat etmelidir (22).

2.1.2.1.1. Hekimin Duruşu

Hekimin dış görünüşü fiziki olarak temiz ve bakımlı olmalı. Giyimi hareketleri ile uyumlu bulunmalı ve üzerinde düzgün durmalıdır. Çevresi tarafından yadırganmayacak şekilde olup fazla dikkat çekmemelidir. Hekimin dış görünüşü, hastaya ve topluma etkisi bakımından önemsenmekteydi.

Hekimin halk tarafından tutulup ve beğenilmesi için kıyafetine dikkat etmeli, kendine çeki düzen vermeliydi. Hacı Paşa, hekimin saygı ve güven uyandıracak şekilde, temiz giyinmesini nasihat eder (33).

Abbas Vesim, Hekimin kıyafet konusunu inceleyerek temiz ve zarif kıyafeti tarif eder; halk tarafından beğenilecek, dış görünüşe önem verenler tarafından küçük görülmecek, ortalama iktisadi ölçülere uyarak giyinmelidir. **Buna uyması şükür, uymaması şükürsüzlük olarak değerlendirilirdi.** Hekim çevresinden bu şekilde de sevgi kazanmaya çalışmalıdır (22).

2.1.2.2. Hekimin Üslubu

Hekimin güzel konuşması ile hastasıyla iyi bir iletişim kurması ve yerinde kullandığı ifadelerle hastasına yararlı bir kişi olması beklenirdi. Bir hekimin kaba ve sert tutum ve davranışlar sergilemesi daima kötü görülmüştür. Hastanın yararı için gerekli olduğu düşünülen tatlı sözlü olma erdemi yazar hekimler tarafından önde gelen ahlak ölçüleri arasında sayılırdı. Mesela, Hacı Paşa'ya göre hekim, sorulara güzel kelimelerle cevap vermeli, anlaşılmayacak ve yanlış anlaşılabilecek ifadelerden kaçınmalıydı (33).

Abbas Vesim, hastayla konuşurken hekimin sert çıkışlarda bulunmaması gerektiğini, hastanın gururunu incitmeyecek şekilde özenli olmasını nasihat eder: hesap soracak tarza kızarak hastasını küçük düşürmemelidir. Hekim şirin ve tatlı bir tavır içerisinde olursa insanları kendisine çeker ve halk onun emirlerine daha kolay uyar, istişaresini kabul eder.

Abbas Vesim'e göre, tabip istediğini kazanmak ve sonuca ulaşmak istiyorsa sözünü şirin ve latif bir tavırla söylemelidir.

Hekimin heybet ve vakarını yitirecek, böylece emrinin uyulmamasına yol açacak ölçüde aşırı güler yüz ve neşe göstermemesini; öte yandan insana “nefret ve korku” verecek şekilde “kaba ve asık yüzlü” olmamasını da tavsiye eder (22).

2.1.2.3. Hekimin Davranışlarında İtidalli Olması

Osmanlıda insanın duygu ve düşüncelerinde ölçülü -itidal halinde olması, aşırıya yönelmemesi önemli bir ahlak değeri olarak kabul edilmekteydi. Hekimin de orta yolu tutması, aşırıya kaçmaması, tutum ve davranışlarının ölçülü olması beklenirdi.

2.1.2.4. Hekimin Güler Yüzlü Olması

Hekimin tatlı sözlü ve güler yüzlü olması beklenirdi. Güler yüz ve tatlı söz hastanın ruhunu okşayıp maneviyatını yükseltmesi nedeniyle özellikle hastanın yanında buna dikkat edilmesine özen gösterilirdi. Mesela, Emir Çelebi, Hekimin tatlı sözlü ve güler yüzlü olmalısını, uygun ve münasip bir dilde konuşmasını, hastayı neşelendirmesini tavsiyede bulunur (27).

Hekim, gereken yerde tebessüm etmeli, gülmeli, ama Hacı Paşa'nın dediği gibi, şaka ve mizahta çokluktan sakınmalı; (33) Mukbilzade ve Abbas Vesim'in açıkladığı gibi de, vakarını yitirmesine, bu sebeple emrine uyulmamasına yol açacak derecede aşırı güler yüz ve neşe göstermemelidir (34). Abbas Vesim, güler yüzlülüğün sınırlarını tayin eder ve her yerde gülünmeyeceğini anlatır, tebessüm ile gülmenin farkını açıklar: yerinde olmayan gülmenin delilikten sayılacağını, yerinde olanın ise fazla olması durumunda kişinin hafif meşrepli zannedileceğini açıklar. Tebessüm ise Peygamber Efendimizin vasıflandığı güzel bir sıfattır ve gülmenin evveli olarak tarif edilmiştir (22).

2.1.2.5. Hekimin Cesaretli Olması

Emir Çelebi, hekimin şüpheli ve korkak olmaması gerektiğini nasihat eder. Hekim, merhametli ve şefkatli olmasının yanı sıra cesur, yerinde ve zamanında girişken de olabilmelidir. İnsanların yanında yaptığı işin sonucundan şüphe duyacak şekilde ve korkup çaresiz kalacağı şeklinde ifadeler kullanmaktan kaçınılmalıdır (27).

Abbas Vesim, cahillerin cüretli olduğunu ifade eder ve cesaret ile cüreti birbirinden ayırt eder. Şiddetli öfkenin ve cüretin cehaletten geldiğini ve bu sebepten hekimin öfkelenmemesi gerektiğini ifade eder. Basiret sahibi büyükler '*el-cahilu cesurun*' (*Cahil cüretlidir*) demişlerdir. Hekimin cüretkar olmaması ile bilmediği halde tabiplik yapmaması gerekliliğini ifade eder (22).

2.1.2.6. Hekimin Yürüyüşünde Ölçülü Olması

Hekimin yürüyüşü ne hızlı ne de yavaş yani ölçülü olmalıydı. bu durum, halkın hekim hakkındaki yargısını etkileyebilecek bir unsur olarak değerlendirilirdi. Abbas Vesime göre hızlı yürüyenler sefihlerden sayılır, yavaş yürüyenler ise

tembelliğe, güçsüzlüğe veya kendini beğenmişliğe alamet sayılmakta ve hor görülmektedir (22).

2.1.2.7. Hekimin Merhametli Olması

Hekim-hasta ilişkilerinde ‘yararlı olma ilkesi’ ön planda yer almıştır. Aciz ve zavallı durumda yardıma muhtaç hastanın karşısında hekimin ‘merhametli’ olması ve onu ‘himaye’ etmesi gerektiği, hastasını bir baba edasıyla koruması gerektiği vakfiyelerde önemle vurgulanmıştır (35).

Hastasına karşı nezaketli olmayı, saygı duymayı vurgulayan ve sanki kendi yakınıymış gibi özenle tedavi etmesi gerektiğini vurgulayan cümleler bu paternalistik yaklaşımı izah eder mahiyette olup günümüz paternalistik anlayışından çok daha fazlasını ifade ettiği görülmektedir. Hekimin görevi, hastasını korumaktır. Hekim, hastasına karşı tedavi süresince şefkatli bir davranış göstermelidir (35).

İnsana saygının en büyük göstergesi olarak hastalara iyi muamele etmek hekim – hasta arasındaki ilişkilerde en büyük değer olarak görülmektedir. Tabibin şefkatli bir şekilde hastasının sorularını cevaplaması, nazik ve yumuşak davranışlı olması, hiçbir zaman hastasını korkutacak söz söylememesi, kaba ve sert biçimde konuşup davranmaması, hastasının ürküp çekineceği hususları, doğru bile olsa, söylememe, ya da çok tatlılıkla, hafifleterek açıklaması iyi muamele örneklerindendir.

O dönemde insana saygı ve nezaketin önemi bugünkünden daha fazladır ve farklıdır. Şifayı Allah’ın vereceği inancıyla, hiçbir durumda tedaviden ümidi kesmemek gerekir şeklindeki düşünce genel kabul görmekteydi. Günümüzdekine kıyasla tedavi edilebilir hastalıkların kısıtlı olmasına rağmen etkin tedaviler söz konusudur. Geçmiş dönemde hastalıkları teşhis ve tedavide teknolojik imkanlar az ama belki insani faktörün çok güçlü olmasından dolayı etkin tedavi edebiliyorlardı. Güçlü bir hasta hekim iletişimi ile sorunların çözümüne gidilmekte ve büyük bir eczahane hükmünde olan dünyadaki bitkiler ve madenlerden ilaçlar ve terkipleri hazırlanmakta ve engin tecrübelerle hastalara belirli dozlarda ve her hastanın bünyesine ve mizacına uygun olarak ve mevsimsel geçişlere dikkat edilerek bu tedaviler verilmekteydi.

Tıp yazmalarından, kanaatkarlık ile merhametli olma erdeminin birbirini koruyup geliştirdiği düşüncesi tespit edilebilmektedir. Halkın bir hekimi merhametli olarak nitelemesi, ona güveninin tam olduğu anlamına da gelirdi. İtibar ve para

kazanmak için ‘müskil marazlara’ el vurmamayı, hastaya zarar vermemeyi tavsiye eden Şerefeddin Sabuncuoğlu; itibar veya daha fazla para kazanmak için çaresi olmayacak hastaları tedavi etmeye çalışmak, halk arasında aziz iken adi ve zelil bir duruma düşmeye sebep olur. Para hırsından ziyade insafın daha çok olması gerektiğini vurgular (36).

Genel olarak hekimin hastasına karşı merhamet duymamasının, acısına yabancı kalmasının ve davranışlarıyla bunu belli etmesinin tedaviyi olumsuz yönde etkilediği düşünülürdü. İnsana ve tüm canlılara kalp inceliği ile muamele eylemenin gerekliliğini ifade eden Abbas Vesim Efendi, kendisine muhtaç olan hastaya merhamet eden hekimin, hemen hastanın yardımına koşacağını ve hastasını bekletmeyen hekime halkın güven duyacağını anlatır. Hekimin merhamet duygusunun hastası ile iletişimine de yansıtmasını tavsiye eden Abbas Vesim, tedavi ederken merhametli olmanın önemini açıklar: bazı mizahtaki hastaların gösterilen yumuşaklık ve anlayıştan etkilenecek sağlıklarına kavuşacağını, bazılarının ise gördükleri şiddet ve sertlikten hastalıklarının artacağını gördüğünü belirtmiştir. Hekimin davete çabuk icabet etmesi, hastanın onu beklerken çabuk geleceğinden emin olmasına ve daha çok sevilip sayılmasına neden olacaktır. Bu da hekimin itibarını artıracak bir durumdur (22).

Verilen tedaviden ayrı olarak insan faktörünün de tedavi gücü olduğu tecrübe ile görülmektedir.

2.1.2.8. Hekimin Kanaatkâr Olması

Hekimin kanaatkâr olması adalet kaygısı olması açısından gereklidir. Fazla para ve mala tamah eden hırslı hekimin dürüstlükten ayrılacağı; bundan hastanın zarar göreceği gibi, hekime ve hekimliğe olan güvenin de sarsılacağı düşüncesi tıp yazmalarında ele alınmaktadır. Anadolu’nun İbn-i Sina’sı olarak bilinen asıl adı Celaleddün Hızır olan Hacı Paşa, 1339’da konyada doğmuş ilk tahsili burda aldıktan sonra Mısır’da devam etmiştir. Yıldırım Bayezid devrinde hekimbaşılık ve kadılık görevlerinde bulunmuş olan Hacı paşa aynı zamanda kelam alimi ve müfessirdir. Kitabü’ş-şifa adlı eserinde hekimlere; verilen ücreti ihsan olarak kabul etmelerini, ikram edilen yiyecek ve içeceklerden razı olmalarını tavsiyede bulunmaktadır (33).

Tabip Nidai bu konuda düşündüklerini manzum olarak anlatır:

“Tamahkar olma, ol hakkına kâil

Sakın olma fena dünyaya mâil

Varacak yerini fikr eyle zinhar

Hakikat üzre ol olmayasız zâr “tamahkar olma, hakkına razı ol. Bu geçici dünyaya düşkün olma. Sakın! Gideceğin yeri, ahireti düşün. Doğrudan ayrılma, sonra ağlar sızlarsın” (29).

Abbas Vesim, hekimin kazandığına kanaat etmesini, para hırsı ve tamahkarlıktan korkmasını öğütleyerek hekimliğin asıl amacının ve görevinin hastasını tedaviye tutkuyla bağlanması olduğunu en açık biçimde ifade eder (22). Hekimin verilen ücreti kabul etmeyerek fazlasını istemesi hekime olan güveni sarsacak ve itibarını olumsuz etkileyecektir.

19.yüzyılda benzer değer yargılarını sürdüren Hayrullah efendi, ayrıca, hekime müsrif olmamayı ve günlük kazancına muhtaç duruma düşmemeyi tavsiye etmektedir (30). Zira kendi geçini sağlayamayacak durumda olan hekim, hekimlik itibarının zara görmesine neden olabilmektedir.

2.1.2.10. Hekimin Alçak Gönüllü Olması

Toplum tarafından, hekimin kendi fikrine aşırı güven duyuyor olması ve kendini beğenmesi hoş karşılanmazdı. Allah’ın büyüklüğü ve verdiği nimetlerin yanında insanın iradi davranışlarının kusursuz olamayacağı düşünülürdü. Hekim kibirden kaçınmalı ve hastasına alçak gönüllü yaklaşmalıydı. Alçak gönüllü olan hekime karşı hastaları daha kolay yakınlık kuracak dertlerini daha rahat anlatacaklar, sorularını çekinmeden ifade edeceklerdir. Bu durumun da tedavi sürecine olumlu katkı yapacağı düşünülürdü. Hekim, “Üstadı ve şeyhi” olan kişilere teşekkür ve saygıda kusur ederse de gururlu ve kibirli davranmış sayılırdı (5). Gerektiğinde teşekkür edebilmek büyük bir erdem olarak kabul edilirdi.

Gerçek şifayı Allah’ın verdiği, hekimin görünüşte şifaya vesile olduğu, Allah’ın inayeti ve lutfu olmadıkça hekimin çaresiz ve aciz kalacağı inancı, alçak gönüllü olmayı değerli bir erdem olarak beslemekteydi. Hekim başarıyla sonuçlanan tedaviden sonra gurura kapılmamalıydı. Allah’ın ilmini hekime verdiği, hekimin Allah’ın vekili olduğu düşüncesi gurura kapılmaması için hekimlere bir uyarı niteliği taşımaktaydı (5). Nidai, bu anlayış içinde hekime şu öğütte bulunur:

“Hudânun virdügi ihsânı fehm it

Hemîşe eyle noksânı fehm it” yani Allah’ın verdiği lütfun farkına var, Daima eksiğini anla, alçakgönüllü ol (29).

Her ne kadar tıp kitaplarında hastalıklar maddi sebeplere, mesela unsurların dengesizliğine, bağlansa da hastalığı ve dermanı verenin Allah olduğu inancı hekimlik ahlakının bütünü içinde alçakgönüllülüğün üstün bir değer olarak yer almasını pekiştirirdi. Örneğin, Nidai, “*Ben filan kimseyi iyi ettim*” diyen hekimin yanıldığını nazımla ifade eder:

“Dime kim sağıldum ben fulânı

Eger idersen gerçektür yalanı

Viren dirdi Hüda, derman anındur

Ne dilerse ider, fermân anındur” (29).

Emir Çelebi’ye göre hekim daima kendi nefsinin cahil ve fakir olduğunu hatırlamalı, vesilesiyle olan başarıları kendinden bilmemelidir. Sanatıyla gururlanmamalı, her ne olursa Allah’ın lutfu ile kendisine yardımcı olduğunu hatırlamalıdır. Hastasının gönlünü almalı ve ona karşı gururlu ve kibirli bir tavır taşınmamalıdır. Bununla birlikte, Emir Çelebi, hekimin saygı uyandıracak şekilde vakarlı olmasını da gerekli görmektedir (27).

Abbas Vesim Efendi ise, alçak gönüllülüğü hekimin meslektaşına danışması açısından, yani tıbbi konsültasyon bakımından ele alır: hekimin kendi bilgisi ile yetinip gurura kapılmaması gerektiğini, gerekirse memleket memleket gezip, ıalç hazırlamak gerekli bitki ve materyalleri daha iyi bilen kişilere sorup etkilerini daha iyi öğrenmeye çalışmalıdır. Zira doğru bilgi ve sahih ilme bu şekilde uğraşarak ulaşılabilmektedir (22).

Kendini beğenmiş olmamayı, kendi fikrine aşırı güven beslememeyi hekime tavsiye eden birçok tabip yazar bulunmaktadır (30-31-34).

2.1.2.11. Hekimin Bedensel Temizliği ve Görünümü

Saç ve tırnağı uzatmak, sakalı boyamak hekimliğe uygun sayılmayacağı için hekim bu konularda da itidal üzere olmalıdır. Abbas Vesim kitabında hekimlik ahlakını en ince ayrıntılarına kadar incelemektedir ve hekimin saçını uzatmasının, sakalının boyamasının ulemaya yakışmayacağını belirtmektedir. Uzun saçın dimağa kuruluk getirdiği, çok kısa saçın ise dimağı rutubetlendirdiği belirtilmiş, dimağı itidal halinden saptırmamak gerektiği vurgulanmıştır. Kişi tırnaklarını kesmekle diğer

kişilerin sevgisini kazanmaktadır. Çok fazla kesmesi ise tıp işlerini uygulamasına engel olabilir diye yine itidal üzere olunması tavsiye edilmiştir (22).

2.1.2.12.Hekimin Yemesi Ve İçmesinin Dengeli Olması

Hekim hastalarına verdiği tavsiyelere öncelikle kendisi uymalı, yemeğe ve içkiye düşkün olmamalıydı. Beslenmesinden eğlenmesine kadar istikrarlı bir hayat sürmeli, Hacı Paşa'ya göre, hekim içki içmemeli, eğer içiyorsa da bunu halka göstermemelidir (33). 19. asra gelindiğinde, Hayrullah Efendi hekimin sarhoş olup kendini idareden aciz hale gelmesinin yakışık almayacağını, hekime gösterilen saygının azalmasına neden olacağını belirtir (30).

Emir Çelebi'ye göre hekim nefsinin terbiye etmeli, her bulduğunu yemeye ve sefahate düşkün olmamalıdır (27).

Birçok yazar hekim gibi, Abbas Vesim de yeme ve içmede zararlardan sakınmayı öğütler: tabip hastalara tavsiye ettiği gibi kendi sıhhati için de tıp kaidelerine uymalıdır. Tıp sanatını icra ederken başka yaşantısında başka olması çelişkili görülür ve nefrete sebep olabilir. Halk, kendine çare olmaktan aciz görülen tabibi çare vesilesi olarak görmezlerdi. Hekim, davetlerde ve hasta başında iken ikram edilen yemeklerde az yiyip mkbul süre zarfında kalkmalıdır. Çok yemekten ve uzun oturmaktan sakınmalıdır (22).

2.1.2.13.Hekimin Çevresiyle İlişkisinde Dikkatli Olması

Hekim hastalarını tedavi etmek amacıyla ailelerin mahremine girmektedir. Bu durumdaki hekimin evli olması hem kendisi hem de hasta ve ailesi bakımından daha uygun bulunurdu. Hekim girdiği ortamlarda gözünü haram olan durumlardan genç kızlardan sakınmalıydı. Hekim kendi ailesini hoş tutmalı, kırmamaya özen göstermeli evden çıkarken kimsenin hatırı kalmamasına dikkat etmeliydi (22).

Dr. Mustafa Hami, hekimin çoluk çocuk sahibi olması gerektiğini, bu durumdaki hekime halkın daha rahat itimat edeceğini ifade eder (31).

Hekimin görüşüp konuştuğu kimselerin davranışları da halkın hekim hakkındaki düşüncelerini etkileyebileceğinden, hekim arkadaş seçiminde de dikkatli olmalıydı. Abbas Vesim, hekimin cahil, gerçeği saptıran ve edepsiz kimselerden uzak durmasını, arkadaşlık edinmemesini tavsiye eder (22).

Hayrullah Efendi de yalancı, ahlakı bozuk ve cahil kimselerle görüşülmemesini hekime vasiyet eder. Hekimin duruma göre hükümdarların, alim

kimselerin meclislerinde bulunduğunu ve bu intibaya zarar verecek meclislerde bulunulmamasını tavsiye eder (30).

Tıp bilimi gelişerek günümüze geldiğinde tıp uygulamasındaki ahlaki kurallar profesyonellik başlığı altında yerini almaktadır. Eski Osmanlı tebabetinin hastalık ayırt etmeden tüm hastalara aynı hekimin tedavi uygulaması açısından modern dönemde Aile Hekimliği uygulamaları ve Aile Hekimliğinin gelişim süreci bir sonraki bölümde incelenecektir.

2.2. MODERN DÖNEM HEKİMLİĞİ, PROFESYONELLİĞİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

2.2.1. Hekimlerin Mesleki Profesyonellikleri ve Tıp Etiği

Tıp Etiği ve Deontoloji bilim dalları tarafından geçmişten günümüze kadar hekimlerin mesleki profesyonellikleri konu alınarak incelenmiştir. Bu doğrultuda profesyonellik tanımı, hekimlik mesleğinde etik kavramlar, deontolojik olarak belirlenen kurallar ve hasta hakları çerçevesinde oluşturulmuştur. M.Ö. 1750-1800 yıllarında düzenlenen Hammurabi Kanunları Tıp etiği kurallarının başlangıcı kabul edilebilir (37). Bu kanunlarda hekimin sorumluluklarına değinilmiş ve verilecek cezalardan söz edilmiştir. M.Ö. 4. Yüzyılda Konfüçyüs, tıpta sosyal ve ahlaki felsefenin etkilerine değinmiştir. Konfüçyüs insan sevgisinin en önde gelen değer olması gerektiğinden bahsetmiştir. 13. Yüzyılda bu fikri benimseyen hekimler tarafından “Tıbbi hizmetler için kıyaslar” isimli bir kitap yayınlanmış ve bu tıbbi yardıma ihtiyacı olanları tedavi eden ve cömert olan hekimlerin kitapta iyi hekimler olduğu vurgulanmıştır (37).

M.Ö. 5. Yüzyılda, Eski Yunan toplumunda Hipokrat bilimsel tıbbın ve deontolojinin kurucusu olarak kabul edilmiştir, “Hipokrat Aforizmaları” adlı kitabı yazarak günümüze kadar geçerliliğini koruyan kurallarla bir hekimin nasıl olması gerektiğini ve görevlerini tanımlamıştır. Hipokrat’a göre hekim dış görünüş bakımından temiz, düzenli ve güler yüzlü olmalı, bencil olmamalı ve fazla para istememeli, ahlaki değerlere sahip olmalı, hasta muayenesi, konsültasyon ve cerrahi müdahaleden kaçmamalı, sır tutmalı, gerçeğe uygun rapor düzenlemeli ve tıptaki yeni gelişmeleri takip etmelidir (37).

Orta çağda da Hipokrat’ın aforizmaları etkisini sürdürmeye devam etmiş bir yandan da acil vakalarda yavaş hareket etme, etkinliği bilinmeyen ilaçları hastasında

deneme, hastayı terk etme, uygun ücret almama ve hastanın sırrını saklamama gibi yeni karşılaşılan etik sorunlar yasal uygulamalarla kontrollere başlanmıştır (37).

18. yüzyılda politik etik kavramı gelişmiştir. Böylece hekim etik sorumlulukları kabul etmiş, halkın beklentilerine uygun davranmasının gerekliliğine inanmıştır. Böylece hekimlik artık her yerde bir meslek olarak kabul görmüştür. “Tıp etiği” kavramı Percival’in 18. Yüzyılın sonlarında yayınladığı “Tıp Hukuku” kitabında ilk kez kullanılmıştır. Bu kitapta tıp etiğinin içeriği olarak hastanelerin sorumlulukları, eczacılarla ilişkiler, mesleki davranış biçimi ve yasaların sorumlulukları konuları işlenmiştir. Hekimin hastası ve meslektaşları ile ilişkilerinde centilmen olması gerekliliği bu sorumlulukların ana temasıdır. Hekimin hastasına karşı şefkatli ve sabırlı yaklaşması, meslektaşlarına karşı nezaketli olması, gizliliğe önem vermesi gerektiği kitabın içerdiği temel ahlaki kurallardır (37).

19.yüzyıl ortalarında mesleki yeterliliğin gerekliliğinden bahsedilmiş ve mesleğe uygun olmayan davranışlarda bulunan hekimler hakkında yasal bir sistem oluşturulmuştur. Aynı yüzyılda Cabot tarafından yayınlanan “Tıp Etiği” adlı makalede, ilk kez hastaya tanısının söylenmesi, yapılan tedavi ve prognoz hakkında bilgi verilmesi gerektiğine değinilmiş ve hastaya yaklaşımın daha ön planda tutulduğu bir yaklaşım sergilenmiştir. 1949 yılında Fletcher yetkinin, hekimin görevinden çok hasta hakkına kayması gerektiğini savunmuştur ve sağlık hizmetlerinin sunumunda vicdanın önemine değinmiştir (37).

İlkeler insan ilişkilerinin niteliğini belirleyen etik değerlerin ifade edildiği kavramlardır. İlkeler aracılığıyla insan ilişkileri belli bir biçim ve yönelim kazanır. Bir ilke, kişisel sorumluluğun altını çizmektedir, davranış biçimini belirlemez. İlkeler insanlar ilkelere göre değerlendirme yapıp ve yargıda bulunabilirler. Aksine “kurallar”, kişiye seçme ya da yargılama fırsatı vermezler. Kişi önceden tespit edilmiş kurala tüm haliyle uymakla yükümlüdür ve kurallar tek tek durum/olgular üzerine odaklanmaktadır. İlkeler ise kurallara göre daha genel ve daha temel niteliktedirler. İlkeler kuralları değerlendirme/doğrulama yetkinliğine sahip olabilmektedir (38).

Tıp etiği alanında da genel insan ilişkilerinde olduğu gibi belli etik ilkelerin varlığı söz konusudur. Son yıllarda yaşanan gelişmelerde etik ilkelerin varlığı ve tartışması daha da önemli hale gelmiştir. Günümüz tıp etiğinde farklı ilkelere

bahsedilse de ortak olarak 4 ayrı ilkenin varlığından söz edilebilir. Bunlar “*yararlılık*”, “*zarar vermeme*”, “*özerkliğe saygı*” ve “*adalet*” ilkeleridir.

Yararlılık ilkesi, tıp etiği içerisinde başkalarına yardım etmeyi ve yararlı olmayı yükümlülük durumuna getiren bir biçimde karşımıza çıkmaktadır. Sağlık uğraşlarında hastaya öncelikle ve her şeyin üzerinde tutarak yararlı olmayı öngörmektedir. Geleneksel tıp etiğinde hekimin yararlılık ilkesine uygun davranışı hastanın iyilik ve yararını birincil değer olarak görmesiyle olmaktadır.

Yararlılık ilkesinin tarihsel kaynak açısından Hipokrat'dan geldiği söylenebilir. Hipokratik etikte yer alan, "öncelikle zarar verme" (primum non nocere) ilkesi bir açıdan yararlı olmayı hedeflemektedir.

Zarar vermeme ilkesinin kaynağı Hipokratik tıp etiğidir. Latince "Primum non nocere" şeklinde dile getirilen “Öncelikle zarar verme” ilkesi, hastalığın doğal seyrini etkileme gayreti içerisinde hekimin hastasına zarar vermeden bir müdahalede bulunabilmesinin ön koşuludur. Hipokratik gelenekte bu anlayışın temelini, hastalığın iyileşme ihtimali olacakken gereksiz yere yapılacak müdahale iyileşmeyi engelleyerek zarar vermiş olacaktır felsefesi oluşturur.

Özerkliğe saygı ilkesi, 1960'ların sonlarından itibaren yeni gelişen bir yaklaşımla hekim, hastasının yalnızca tıbbi yönden yararını gözetmeyecek; ona özerk bir kişi olmasından kaynaklanan haklarını da kullanabilme fırsatı tanıyacaktır. Hastanın da tıbbi karara katılımının sağlanması ve tıbbi bir müdahale sırasında hastanın bireysel haklarına dikkat edilmesi ile bu ilke hekim tarafından hakkıyla uygulanmış olur. Bu sayede hekim, hem hastanın tıbbi müdahaleden dolayı uğrayabileceği zarar riski azaltılmakta, hem de hekim-hasta ilişkisi içerisindeki hasta haklarını gözetmektedir.

Adalet ilkesi, sağlık alanında adalet ilkesi araç-gereçten her türlü hizmete kadar tıbbi kaynakların gereksinimlere göre eşit ve dürüstçe dağılmış olmasını gerek görür. Sağlık çalışanları, çalışmalarında karşılaştıkları kaynak dağılımıyla ilgili etik sorunlara bu ilke sayesinde çözebilmektedir (39).

Tıp etiği ilkeleri, hasta merkezli yaklaşımın benimsendiği günümüzde hasta haklarının da dikkate alınarak yeniden revize edilebilir. Bu ilkelerin klinik öncesi eğitim döneminde akademisyenler tarafından hekim adaylarına benimsetilmesi önemlidir. Giderek artan bir biçimde öğrencilerinin etik öğrenimi için yeterli zaman

ve kaynak sağlamaları gerektiğinin farkına varan dünya çapında birçok tıp fakültesi, Dünya Hekimler Birliği ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu gibi örgütlerden de güçlü bir destek almaktadırlar (40).

Tıbbi etik eğitiminin kapsaması gereken maddeler yapılan bir çalışmada şu şekilde sıralanmıştır;

“Hekimlik kimliği ve hekimlik rolünün kazandırılması,

Tıbbi uygulamalarda etik açıdan haklı olarak kararlar verme yeterliliğinin geliştirilmesi,

Tıbbi uygulamalardan doğan sorunların farkında olmak ve çözümüne katkıda bulunarak hasta bakımının kalitesinin artırılması,

Hastalarla kurulan ilişkilerde, hekim olarak sorumlulukların ve hakların bilinmesi,

Hekim adaylarının ve hekimlerin, sağlık hizmetinin sunumunda kendilerinden ne beklediğinin farkında olması

Empatik yaklaşımda bulunma becerisinin geliştirilmesi olduğu vurgulanmaktadır.” (41).

Mezuniyet sonrası Aile hekimliği eğitimi sırasında da tıp etiği eğitiminin devam etmesi ve pratik uygulama fırsatı bulunması ile bu ilkelerin yerleşmesi açısından önemli bir fırsattır. Hekimin etik ve ahlaki konuları daha çok yakın gündeminde tuttuğu dönemlerde hasta bakma pratiğine bu durum olumlu yansıyacaktır.

Hekim kimliğinin oluşması ve gelişmesi için tıp etiği eğitiminin önemi tartışılmazdır. Hekim kimliği gelişmiş doktorlar profesyonel bir tıp uygulayıcısı olacaklardır. Bi sonraki bölümde Aile Hekimliği kimliğinin ve profesyonelliğinin gereklilikleri üzerinde durulacaktır.

2.2.2. Tıp Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Kimliği

Profesyonellik genel anlamda “bir mesleği veya meslek üyesinin davranış, amaçları ve niteliğini betimleyen özellikler” olarak tanımlanabilir. Meslek gurubunun profesyonel meslek olarak nitelenebilmesi için, özel bir eğitim sonucu elde edilmiş olması, mesleki kararlarda ve çalışma saatlerini belirleme konusunda otonomi

sağlamış olması ve meslek üyelerinin de uygun yeterliliğe sahip olması şartları gerekmektedir (42).

Hekim profesyonelliğinin topluma karşı sergilenmesinin merkezinde hastaların tutum ve değerlendirmeleri vardır. Dolayısıyla hekimlerin profesyonellik durumlarının denetleyicisi toplumdur. Profesyonelliğin temel dayanağını hasta güvenliği oluşturur. Hekimler toplumun güvenini hak ettiklerini kanıtlamak için profesyonellik sınırını aşmamalıdır, aksi halde, tıbbi profesyonellik eksilir/kaybolur, dolayısıyla da hekimliğin mesleki statüsü kaybolur (42).

Hekimlerin sahip olması gereken mesleki değerlerinin kapsamında fedakârlık, adanmışlık, doğruluk, dürüstlük, doğruluk, özerklik, ahlaklı ve etik davranış biçimi, ekip çalışması yapabilme, toplum ve mesleğe karşı sorumluluk ve mesleki yeterlilikler vardır. Hasta odaklı hizmet sunumunda bu değerler doğrultusunda hareket edilmelidir. Bunun en güzel örneği hekimin hastasına şefkat göstermesi, sevecen olması, onun durumunu anlayabilme ve duygularını paylaşabilmesidir. Ancak bugünkü durumda, tıbbın giderek artan teknoloji bağımlılığı profesyonel yaklaşım sergilemenin karşısında en önemli engeldir. Hastayı bütün olarak ele almak yerine daha çok tedavi mekaniği ile ilgilenilir bir duruma gelinmiştir. Hekimlikte profesyonellik mesleki değerler ve sorumluluklar bütünlüğü olarak değerlendirildiği taktirde ancak değer kazanabilir.

Hekimlikte profesyonelizmin gelişmesine önemli katkılar yapan Kanadalı bir hekim olan William Osler *“hekimliğin “iş” değil “meslek veya tutku” olarak algılanması gerektiğini”* vurgulamıştır. Hekimliğin şefkat ve yetkinlikle yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Yeni kuşak hekimlik için Osler’in önerdiği bu idealist yaklaşım farklı bir biçime dönüştürülmeyi beklemektedir (42).

Hekim adayları Tıp fakültelerinde sadece teorik bilgileri öğrenmekle kalmayıp uygulamaya yönelik becerileri kazanmak ve meslekî değerler sistemini de kavramak üzere eğitim alırlar. Bu eğitim süreci, bilimsel bilginin kazandırılmasıyla beraber, kazanılan bilgilerin hangi amaca yönelik hangi araçlarla ve nasıl kullanılacağı ve bunun doğru iletişim tekniği ile hastaya nasıl aktarılacağını da kapsar. Bu sebeple, **hekim kimliğinin inşası** açısından üniversitenin değerler atmosferi büyük önem arz etmektedir (41).

“Hekim gibi düşünme, hekim gibi hissetme ve davranma becerisi” kazandırması sebebiyle tıp eğitimi, hekimlik meslek kültürü açısından önemlidir.

Kanada Hekimler ve Cerrahlar Kraliyet Koleji tıp profesyonelliğini içeren yayınladıkları bir rapordaki ön açıklamalar, profesyonelliğin esaslarına ve değişen toplum ihtiyacına gönderme yapmaktadır. Kolej *“Tıp toplumla bilim arasında köprüdür. Bilimsel bilginin insan sağlığına uyarlanması klinik uygulamalar için elzemdir. Hekimler bilimsel anlayışın önemli ajanlarıdır. Fakat tıp hastalıklar bilgisinden fazlasıdır. Tıp deneyimler, duygular ile korku, stres ve şüphe gibi olağandışı durumların yansımalarıyla ilgilenir. İşte bu çok hassas pozisyonda profesyonellik toplumun güvenini sağlamlaştırır. Bu çalışma grubu modern toplumda tıp profesyonelliğinin doğasını ve rolünü tanımlamak üzere oluşturulmuştur”* demektedir. Kanada Hekimler ve Cerrahlar Kraliyet Koleji profesyonelliğin temel kavramlarını ve içeriklerini dört ana başlıkta belirlemiştir;

1. Hekimin hastaya karşı sorumluluğu: mesleki yeterlilik, fedakârlık ve özveri, şefkat ve merhamet, dürüstlük, ahlaki davranış, hastaya saygı gösterme.
2. Hekimin topluma karşı sorumluluğu: toplum sağlığını koruma, toplumun beklentisini karşılama
3. Hekimin mesleğe karşı sorumluluğu: etik kurallar çerçevesinde davranma, meslektaşlarına karşı sorumluluk duyma, profesyonel standartlarda hizmet verme, tıbbi ve yasal çerçeve içinde uygulama yapma
4. Hekimin kendisine karşı sorumluluğu: iyilik halinin devamını sağlama, tıbbi hata veya yan etkileri bildirme, kariyer motivasyonuna sahip olma, kişisel bakımına özenme (43).

Profesyonellik bir anlamda hekimler ile toplum arasında yapılmış bir sözleşmedir. Profesyonelliğin sınırlarını toplumun hekimden beklentileri şekillendirmektedir. Toplum mesleğe profesyonel davrandığı sürece saygı duymaktadır. Tıbbi bilginin hızlı gelişmesi ve halkın bu gelişmelerin ifade ettiği anlamları kavrayamamış olması, doktorların artan iş yükü sebebiyle hastalarına yeterli vakti ayırıp merak ettikleri soruları tam cevaplayamaması, etkili hasta – hekim iletişiminin ortadan kalkması ile güven bağının zayıflaması gibi

sayabileceğimiz birçok sebepten dolayı hastanın doktordan beklentisi ile doktorun uygulamaları arası gittikçe açılmıştır. Dolayısıyla mesleki profesyonellik zedelenmiş olur ve sonucunda hekim toplum tarafından hak edilen değeri görememektedir.

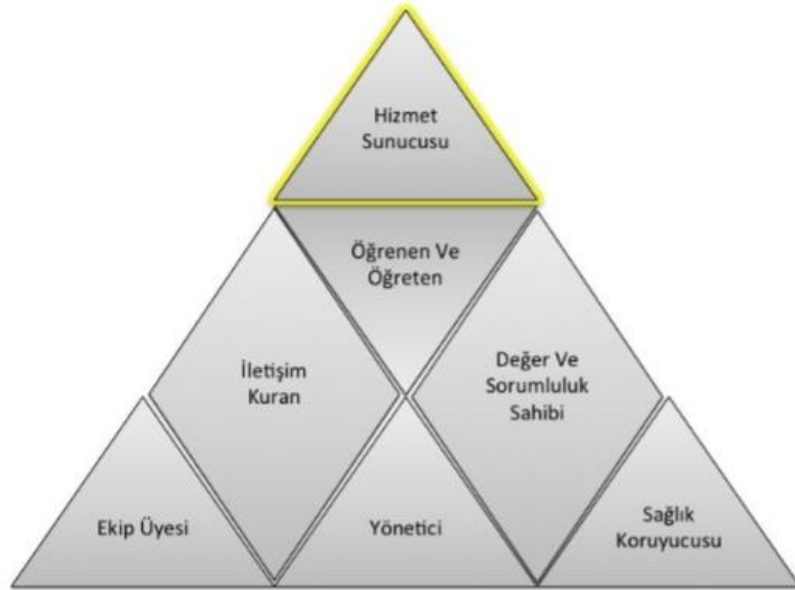
Sağlıklı bir toplumu oluşturmada önemli sorumluk taşıyan meslek grubu olarak hekimliğin profesyonellik kazanması için sadece “mesleki eğitimi” yeterli değildir, “mesleki örgütlenme” de bu konuda büyük önem taşımaktadır. Meslek örgütü, mesleğin gelişmesi için mesleki güçler arasındaki etkileşimin öncülüğünü üstlenir ve stratejiler belirleyerek ve uygulamayı takip etmektedir. Mesleğin genel kabulü, unvanların korunması, geliştirilmesi, tanıtılması, yaygınlaştırılması ile mesleki kimliğin geliştirilmesini sağlamak öncelikli görevleri arasındadır.

Meslek örgütünün sorumlulukları arasında; üyelerinin işyerindeki çalışma koşullarının saptanması, çözüm yollarının bulunması, daha iyi çalışma koşulları için destek programlarının geliştirilmesi, uluslararası bilimsel ve sosyal işbirliğinin sağlanması, ekip çalışma ruhunun oluşturulması, meslek mensuplarının yetki ve sorumluluklarının tanımlanması ve geliştirilmesi, mesleki hakların elde edilmesi ve bu kazanımların korunması, meslek alanındaki yasal düzenlemelerin yapılışında aktif olarak rol oynanması, meslektaşlar arası ilişkilerin ve etkileşimlerin olumlu yönde gelişmesinin sağlanması, mesleki bilimsel çalışma ve etkinliklerde bulunabilme koşullarının sağlanması, mesleki sosyal politikalar üretilmesi ve benzeri birçok başlık vardır (44).

Bu profesyonel meslek örgütlerinden birini de Aile Hekimliği oluşturmaktadır. Aile hekimliği, hekimlik mesleğinin topluma açılan ilk penceresidir diyebiliriz. Kişilerin sağlık bakımından ilk temas noktası olması nedeniyle insanlarda oluşturduğu etki, tüm hekimler ve tıp mesleği hakkındaki yargıları etkileyecektir. Bu bağlamda profesyonel bir kimlik sergilemesi bakımından Aile hekimi; hastaya öncelik verip saygı duymalı, hasta ile olan ilişkisini uygun ölçüde sürmeli, sınırlarını aşmamalı, uygulamalarında adaleti gözetmeli, kanıta dayalı bilimsel bilgileri kullanmalı, meslektaşlarının saygınlığını korumalı, çatışma durumlarını güveni sarsmayacak doğrultuda yönetmeli, yetersiz hissettiği noktalarda yardım almaktan çekinmemeli, her şeyden önce hastaya yarar sağlama odaklı olmalı ve kişisel sağlığını da ihmal etmemelidir.

Ayrıca Aile hekiminde bulunması gereken erdemli özellikleri yani kişiyi iyi bir insan yapan ve yaptığı işi de iyi yapmasını sağlayan özellikleri profesyonelliğin kapsamındadır. Mütevazı- alçakgönüllü, yardımsever, hastalara saygı duyan, şefkatli-merhametli, dürüst, hastalara zaman ayıran, sempatik- yakından ilgili, ahlaklı, sabırlı, hatalarını kabul eden, güler yüzlü, maddiyatçı olmayan- kanaatkâr, mağrur olmayan, randevusuna özen gösteren, hastalarına iyice anlatan, iyimser- umut verici olan bir hekim kimliği söz konusudur.

Yetkinlik, bir uzmanın bir iş ya da işlemin gerektiği gibi yapılabilmesi için kritik değer taşıyan, eğitim ve öğretim yoluyla kazanılıp iyileştirilebilen, gözlenip ölçülebilen, özellikleri daha önceden tarif edilmiş olan, bilgi, beceri, tutum ve davranışların toplamıdır. Yetkinlikler 7 temel alanda toplanmışlardır. Her bir temel uzmanın ayrı bir rolünü temsil eder. Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun bir Aile Hekimliği uzmanında bulunmasını öngördüğü yetkinlik alanları Şekil 2’de verilmiştir (45).



Şekil 1: Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun Belirlediği Yedi Temel Yetkinlik Alanı

2.2.3. Aile Hekimliği Kimliği ve Uzmanlığı

Hastanın sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu hekim olan Aile hekimi hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmeti veren aynı zaman da sürekli tıbbi bakım sağlayan bir klinik uzmanlıktır. Başvuranlarına rahatsızlık, yaş ve cinsiyet gibi ayrımlara tabi tutmadan toplumun her kesimine “birinci basamak hizmeti” sunan ve aynı zamanda çalışmalarını bilimsel kanıtla temellendiren akademik bir disiplindir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), devlet ve üniversite hastanelerinde görev yapabilmektedirler (46).

Aile hekimleri, her kişiye hastalık, yaş ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin kapsamlı ve devamlı olarak hem koruyucu sağlık hizmetleri hem de birinci basamak imkanlarının sağladığı ölçüde teşhis ve tedavi hizmetlerini vermektedir. Gerektiğinde rehabilite edici sağlık hizmeti ve gezici sağlık hizmeti de veren, tamgün esasına göre çalışan hekimlerdir (47).

McWhinney aile hekimliği sisteminin ortaya çıkmasının ve gelişmesinin nedenlerini şöyle sıralamıştır:

1. Uzmanlık dallarının artması ile sağlık hizmetleri daha karışık bir hal almıştır. Kişiler bir sorunları olduğunda nereden başlayacaklar, nereye başvuracaklar ve nasıl kullanacaklarını bilememesinden dolayı ikinci basamakta yığılmalar meydana gelmiştir,

2. Kişiler yaşadıkları problemleri ikinci basamakta kısıtlı süre içerisinde veya başka sebeplerden tam olarak ifade etmekte zorlanmaktadırlar,

3. Hastalara sadece tanı ve tedavi hizmeti verilebilmekte koruyucu hekimlik uygulaması veya bakım ihtiyacı olanlara birinci basamak hizmeti verilememektedir.

4. Aşırı yoğunlaşma sebebiyle sağlık hizmetlerine ulaşmak zorlaşmaktadır.

5. Diğer uzmanlık alanlarının görev tanımına girmeyen kişinin ilk başvurusunun karşılanması, koruyucu hekimlik uygulamaları, kronik hastalıkların uzun dönemli olarak izlenmesi gibi sağlık hizmetlerinin verilmesi gereklidir.

6. Gereksiz kullanımları önleyerek tıbbi kaynakların çok fazla kullanımının önüne geçilmelidir (48). Tüm bu sebeplerden dolayı Aile Hekimliği Disiplini bir gerekliliğin yerine getirilmesi sonucuyla oluşmuştur.

2.2.4. Aile Hekimliği Tarihçesi

Dünya geneline baktığımızda modern tıp eğitiminin yalnızca 19. Yüzyıldan itibaren olduğunu görürüz. Avrupa’da tıp okullarında yetişen hekimler Amerika’ya gidip belli şehirlerde bu da genel toplumun ihtiyacını karşılamaya yetmiyordu. O dönemde Avrupa ve Amerika da genel pratisyenlik hakimdi. Hekim tüm hastalıklara ve hastalara hiçbir ayırım yapmadan bakmaktaydı. Bu hekimler ilk önce çocuk ve jinekolojik hastalıklara bakmayı bırakmıştır. Bu yüzyılın sonlarında ilerleyen fizik, kimya, fizyoloji, bakteriyoloji gibi ilimlerden tıp etkilenmeye başladı. 20. Yüzyılın ilk yarısında hızlı teknolojik ilerlemenin etkisiyle tıp eğitimi daha çok laboratuvar bilimleri ve tıp teknolojisine dayalı hale geldi. Bu süreçte bir yandan da tıpta ana uzmanlık dalları oluşmaya başladı. Teknik becerilere verilen değerin ve uzmanlara gösterilen saygının artmasıyla zamanla genel pratisyenliği rağbet görmeyen bir alan haline getirdi. 1930’larda sayılarının gittikçe azalması ile bireye verilen hizmet daha çok geride kaldı.

Aşırı uzmanlaşmanın sonucu olarak uzmanlar sadece kendi alanlarındaki şikâyeti değerlendirip ilave sorunlarla ilgilenmeyip hastayı diğer bir uzmana yönlendiriyorlardı. Hastalar basit şikayetlerine bile çözüm bulmamış vaziyette ortada kalabiliyordu. Bu durum da hastayı tüm sorunlarıyla bir bütün olarak ele alacak genel bir yaklaşım gösterecek yeni bir hekim ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyacı ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody gündeme getirmiştir. Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan parçalara ayrılmış aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ifade etmiştir. Kapsamlı ve bireysel sağlık bakımı verecek genel tababete dönülmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. 1930 yılında Flexner tıp eğitiminin yeniden gözden geçirilmesi için bir rapor yayınlamış, teknolojinin tıpta yoğun kullanımı ile hasta- hekim ilişkisinin bozulduğunu eski hekimler gibi iletişimi yeniden tesis etmenin gerekliliğini vurgulamıştır. Bu ve raporlar Aile hekimliğinin disiplinin temellerinin oluşması açısından oldukça önem arz etmektedir (49).

Aile hekimliği uygulaması, gerçek anlamda aslında bulunduğumuz coğrafyada henüz 19.yüzyılda “Memleket Hekimliği” adı altında oluşturulmuş ve Mekteb-i Tıbbıyeyi Şahane’den mezun olanlar Osmanlı coğrafyasındaki iller ve kasabalarda birinci basamak sağlık hizmeti vermeleri istenmiş ve mecburi hizmet şeklinde uygulanmıştır (50). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1948 yılında

kurulması ile temel sağlık hizmeti sunumu dünya gündemine alınmış ve gelişme süreci hızlanmıştır. Türkiye’de dünyada ilk olarak 1947 yılında Genel Sağlık Uzmanlığı adı altında ilk aile hekimliği uzmanlığının temelleri oluşturulmuştur (51).

Bu sisteme 1947 yılında Amerika Genel Pratisyenlik Akademisinin Kuruluşu ve 1952 yılında İngiltere’de genel pratisyenlerin Aile Hekimleri Koleji (College of General Practice)’ni kurulması ile devam edilmiştir. 1950 ve 1960’larda birinci basamakta çalışmaya uygun kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliği disiplininin kurulması fikri oluşmuştur. 1966 yılında Amerika’da yayınlanan "Milis Raporu- Hekimlerin mezuniyet eğitimi" ve "Willard Raporu- Aile hekimliğinin gereklerini yerine getirmek" olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu ile "Aile hekimliği" uzmanlığının gerekliliği ifade edilmiş ve tanıtımı yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1969 yılında "Aile Hekimliği Kurulu" (Board of Family Practice) kurulması ile aile hekimliği uzmanlık dalı oluşmuştur. 1972 yılında Dünya Aile Hekimleri birliği/ Aile Hekimleri Kolejleri ve  rg t  WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitipners/ Family Physicians) kurulmuştur. 1978 yılında Kazakistan’ın başkenti Alma Ata’da "Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı (Alma Ata Konferansı)" yapılmış ve “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında hedefler belirlenmiştir. Bu konferans sonucunda birinci basamak sağlık hizmetinin alanında uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla bu konu tüm dünya ülkelerinin gündemine girmiştir. Bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi’nde, aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. Mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır (52).

Avrupa’nın birçok ülkesinde “Aile Hekimi” ya da "Genel Pratisyen" olarak isimlendirilen doktorlar tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Bu doktorlar tıp eğitimi sonrası en az 2 yıllık uzmanlık eğitimi almışlardır, uzmanlık eğitiminin süresi ülkeden ülkeye 3 yıl ile 6,5 yıl arasında değişebilmektedir. 1995 yılında "Avrupa Birliği" tarafından,  ye ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin mezuniyet sonrası en az 2 yıl eğitim görmeleri kararı alınmış ve 1996’da bu süre 3 yıla çıkarılmıştır (53).

2.2.5. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Türkiye’de ilk kez Aile hekimliği adı altında-bu kavram, tüm dünyadaki gelişme sürecine paralel olarak 1970’li yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. İlk zamanlarda bulunan sağlık ocağı hekiminin uygulamaları olarak düşünülmüştür. 1983’te on yıldır aile hekimliği adı altında dünyada devam etmekte olan uzmanlık eğitimi, ülkemizde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (53). Bu süreçte, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984’te kurulsa da işlevselliği olmamıştır. 1985’te Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1992 yılında kurulmuştur. 1993’te Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tıp fakültelerinde Aile Hekimliği anabilim dallarının kurulmasını kabul etmiştir (54).

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan asistanlar tarafından 1990 yılında Ankara’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’ni kurmuşlardır (AHUD) ve ilk Aile Hekimliği Bilimsel kongresi 1993’te İstanbul’da düzenlenmiştir. Uzmanlık derneğinin yoğun çabaları ile alınan YÖK kararı sonrası ilk olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulup asistan eğitimine başlamıştır. İlk kez bir aile hekimliği uzmanı 1994’de Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir aile hekimliği akademik kadrosuna görevlendirilmiştir. 1995 ve 1996 da Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci basamak hekimlerinin tıp eğitimi sonrası en az iki yıl zorunlu eğitim almasını şart koymuş ve bu süre sonra üç yıla çıkartılmıştır. AHUD, 1998 Mart ayında, Bakanlar Kurulu kararı ile Türkiye adını kullanma hakkını almış ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olmuştur. 2003 yılından itibaren WONCA’ya tam üye olarak ülkemizi uluslararası ortamda temsil etmiştir. WONCA’nın yönetim kuruluna 2001 yılında ilk kez ülkemizden bir aile hekimi uzmanı seçilmiştir ve 2001’de, Avrupa aile hekimliğinin bir bilimsel kongresi (EGPRN) ülkemizde ilk kez düzenlenmiştir (55).

Sağlık bakanlığı bünyesinde toplanan Türkiye çapında katılımcıların olduğu bilimsel kurulların yaptığı çalışmalar sonucu şehir merkezlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi önerilmiş ve bir yol haritası oluşturmuştur. 2004 yılında bu kararlar doğrultusunda yasa hazırlanarak 2005 yılında ilk defa Düzce’de pilot olarak uygulamaya konulmuştur. 2010 yılının sonunda ise aile hekimliği sistemi tüm

Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimliği sisteminin ülke genelinde uygulamaya geçilmesi sonrasında, hizmet mekânlarının fiziki şartları ve teknik donanımlarının geliştirilmesi için çalışmalara devam edilmektedir. Aile hekimliği hizmetlerinin kapsamının nicelik ve niteliğinin artırılması, aile hekimliği çalışanlarının bilgi, tecrübe ve donanımlarının geliştirilmesi için de çalışmalara ağırlık verilmiştir (48).

Aile hekimleri, sistem içerisinde görev ve sorumlulukları kapsamında;

Bireylere koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci basamak tanı, tedavi ve gerektiğinde de rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri vermektedir.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri yaşam ortamlarında aileleriyle bir bütün olarak ele alma imkanına sahiptir.

Kayıtlı kişilere sağlıkla ilgili konularda rehberlik yapar, sağlığı geliştirmek amacıyla bilgilendirir, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,

Altı ay içinde ev ziyaretinde bulunarak kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak üzere kişiler ile iletişime geçer,

Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri izlem ve taramaları yapar,

Kişilerin periyodik sağlık muayenelerini yapar,

Gerektiğinde tetkik hizmeti verir, imkânı dahilinde olmayan ileri tetkik gerekirse de ikinci basamak irtibatı kurarak bu hizmetlerinin verilmesini sağlar,

Kendisine kayıtlı bireylerin sağlık kayıtlarını yılda en az bir defa değerlendirerek günceller,

Kendisine kayıtlı kişiler arasında evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda hasta varsa evde veya gezici/yerinde sağlık hizmeti verir. Bu sıra da hastaya ve yakınlarına koruyucu sağlık hizmetleri ile bakım süreci ile ilgili danışmanlık hizmetlerini verir,

İkinci ve üçüncü basamak tedaviye yönlendirdiği hastaların takiplerini ve rehabilitasyon hizmetlerini yapar,

Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde hastayı gözlem altına almak gerektiğinde bu amaçla yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

Aile sağlığı merkezini yönetir, birlikte çalıştığı ekibine hizmet içi eğitimlerini sağlar ve denetimlerini yapar,

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen ve ilgili mevzuatta belirtilen sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler (48).

2.2.6. Aile Hekimliği Disiplin zellikleri

Aile Hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan sorunların zaman içinde çözüme kavuşturmak amacıyla bu sorunlar karşısındaki olması gereken tutum ve değerler, hekimlerin davranışlarını kolaylaştırmak ve yön vermek amacıyla belli başlıklar altında toplanmışlardır. Bu amaçla oluşturulan ve disiplini tanımlayan ilkeler temel özellikleri ve her uzman aile hekiminin ustalaşması gerektiği 11 yeteneği belirler. Bunlar disiplin için zorunlu olan anlamında çekirdek sözcüğü ile daha kısa başlıklar altında bir araya da toplanmıştır.

Aile Hekimliği disiplinin özellikleri şöyledir;

“1. Kişilerin sağlık sistemiyle olan ilk tıbbi temas noktasıdır.

2. Kişi merkezli yaklaşır.

3. Kendine has hastayla görüşme süreci vardır.

4. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.

5. Bakımda sürekliliği içerir.

6. Hastanın akut ve kronik problemlerini eş zamanlı yönetir.

7. zgn karar verme süreci içerir.

8. Ayrımılaşmamış rahatsızlıkların yönetimini yapar.

9. Sağlığı ve iyilik halini geliştirir.

10. Toplum sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

11. Hastalara biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşır. Buna Holistik yaklaşım da denir.”

Bu zellikler altı çekirdek yeterlik başlığı altında toplanmaktadır:

“Birinci basamak yönetimi

Kişi merkezli bakım

Özgül sorun çözme becerileri

Kapsamlı yaklaşım

Toplum yönelimli olma

Bütüncül yaklaşım”

Aile hekimliği disiplini çekirdek yeterlilikleri uygularken tutumsal, bilimsel ve bağlamsal yaklaşımı temel almaktadır.

a.Bağlamsal: Hekimlerin çalışma koşulları, toplumun, kültürün, mali ve düzenleyici

çerçevelerin gerektirdiği şartları göz önünde bulundurarak kendi bağlamlarının ve içinde çalıştıkları ortamın anlaşılmasıdır.

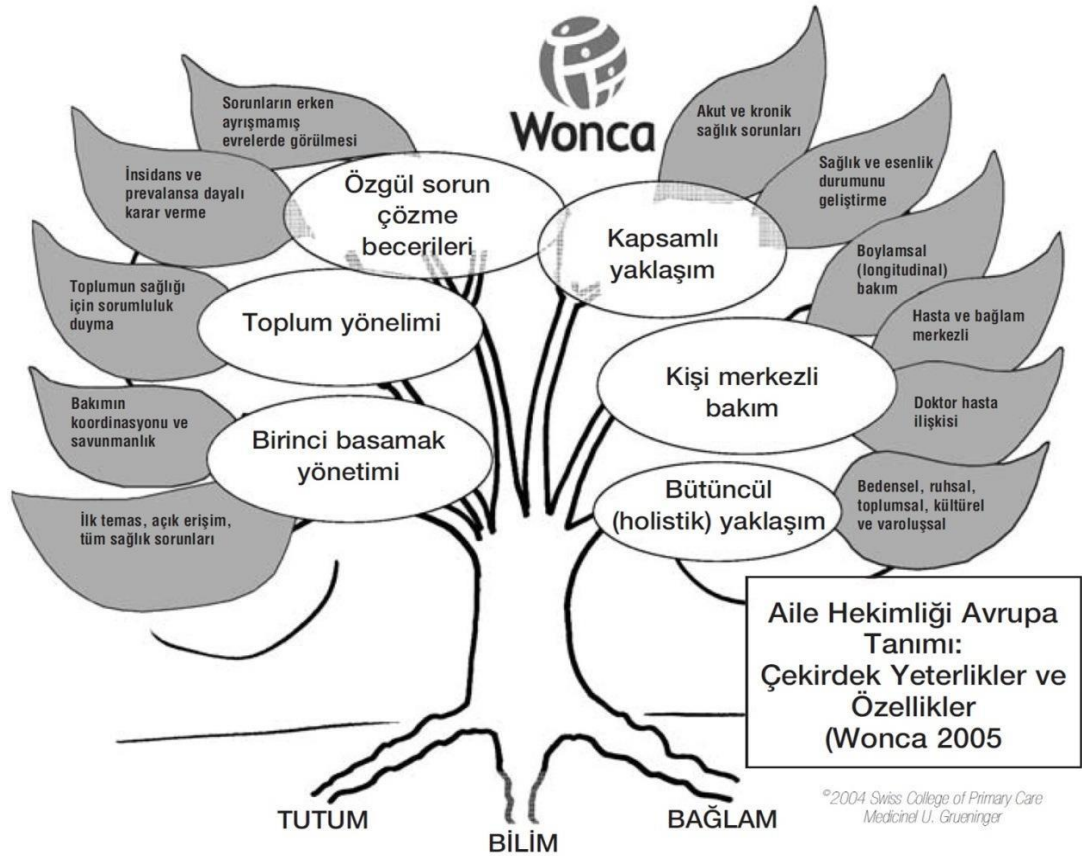
b.Tutumsal: Hekimin kendi değerlerine, etik anlayışına ve mesleksel yeteneklerine bağlı

tutumlarıdır.

c. Bilimsel: hekimin tıbbi uygulama yaparken eleştirel ve araştırmaya dayalı yaklaşım

göstermesi, sürekli öğrenme ve kalitesini artırma sürecinde olmasıdır.

İsviçre Birinci Basamak koleji tarafından yapılan, aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve disiplin özelliklerini içeren WONCA Ağacı Şekil 1’de görülmektedir.



Şekil 2: WONCA Ağacı- İsviçre Birinci Basamak Koleji Tarafından Yapılmıştır (46).

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri:

a) *Kişilerin “normal olarak” sağlık sistemine başvurmak istediklerinde ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır; hizmet almak isteyenlere yaş, cinsiyet, hastalık veya başka bir sınırlandırma getirmeden sınırsız giriş sağlar.*

Çok acil ve multidisipliner bir yaklaşımı gerektiren durumlarda ilk başvuru noktası olmayacağını belirtmek için "normal olarak" deyimini kullanılmaktadır. Bu gibi durumlar hariç tutarsak sağlıkla ilgili bir sorun olduğunda kişilerin ilk temas noktası olmalıdır. Aile hekimine ulaşılabilirlik noktasında hastalar için herhangi bir engel olmamalıdır. Erkek veya kadın, çocuk, genç, yaşlı ayrımına girmeden tüm hastalarla ve onların tüm sağlık sorunları ile ilgilenmelidir. “Bu konu benim ilgi alanıma girmiyor” diyeceği bir konu yoktur. Tanı ve tedavisinde ileri basamağa yönlendirmesi gerekiyorsa da öncesinde süreç hakkında bilgi vermesi, sonrasında da takip etmesi gerekmektedir. Sağlık sisteminde esas ve ilk kaynak olan Aile hekimliğidir. Toplumun her kesimi ile muhatap olması sonucu bireyi ve muhatap olduğu toplumu daha iyi tanıyıp sorunlarını yönetebilmektedir.

b) *Sağlık maliyetlerinin artışının önüne geçmek amacıyla kaynakların kaliteli ve verimli kullanılmasını sağlar. İlk başvuru noktası olduğunda ikinci ve üçüncü basamağa gereksiz başvurular azalmış olacaktır. Gerektiğinde hastası için üstlendiği savunuculuk göreviyle gereken uzmanlarla temas sürecini yönetir.*

Yapısal koşulların uygun olması ve hastaların birinci basamak bilinci olması halinde sağlık sistemindeki karışıklığın çözülmesi adına aile hekimi kilit rol oynamaktadır. Aile hekimi hizmetinin niteliği, hastanın çevresinde sağlık çalışanlarının ekip çalışması geliştirmeleri durumunda artacaktır. Aile hekimi ikinci basamaktaki yüksek teknoloji tetkik ve tedavi hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalarını, uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek uygun bir şekilde ulaşmalarını sağlar. Savunuculuk rolü denilen bu uygulamasıyla gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği maliyet yükünden sistemi kurtarmış ve kaynakları etkin yönetmiş olur. Sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde doğru uzmana ulaşamayan hastalara da kılavuzluk etmiş olur, bu durum da disiplinin temel görevidir.

c) *Kişileri, içinde bulundukları aile ve toplumu dikkate alarak kişi merkezli olarak değerlendirir.*

Toplum yönelimli olma dediğimiz bu yaklaşımla kişileri içinde yaşadıkları sosyal çevre, onların tepkileri ile birlikte değerlendirir. Kişilerin korkuları, beklentileri, inanışları ve gereksinimleri içinde bulundukları ortamlarının etkisiyle şekillenmektedir. Aslında sürecin öznesi hasta olan kişidir. Ancak hastanın, rahatsızlığını ne olarak ve nasıl algıladığı, nasıl bir başa çıkış mekanizması sergilediğini anlamak için hastayı kendi bağlamında değerlendirebilmek gerekmektedir. Aile hekimi sadece hastalık olgularıyla ve patolojilerle değil içinde bulunduğu çevresiyle beraber kişiyi ele almaktadır.

d) *Hastayla görüşme süreci Aile hekimliğine özgündür. Hekim ve hasta arasında kurulan etkili iletişim sonucu güven bağı gelişmektedir. Bu ilişkinin kurulması zaman gerektiren bir süreçtir.*

Aile hekimliğinde, hasta hep aynı hekimle temas kurduğu için her başvurusunda, yavaş yavaş gelişen bir bağlılık söz konusudur. Hasta ve hekim ilişkisi, aile hekiminin iletişim becerileriyle ve ilişkilerdeki derinlik ve duygulara karşı duyarlılık ile güven bağını sağlamaktadır. Bu etkin ilişki kendi başına değerlidir ve iyileştirici bir niteliğe sahiptir.

e) *Hastaların gereksinimleri doğrultusunda sağlık bakımının sürekliliğini sağlar*

Aile hekimliğinin verdiği sağlık hizmeti, kişilerin doğumdan, hatta daha öncesinden, ölümlerine kadar sürmektedir. Kişileri tüm yaşamları boyunca izleyerek gerektiğinde bakım verir ve sürekliliğini sağlar. Hastanın tıbbi dosyasının devamlı açık halde bulunur olması bu sürekliliğin açık kanıtıdır. Aile hekimleri, kişilere yaşamları boyunca ciddi bir bölümünde birçok rahatsızlık durumlarında sağlık hizmeti sunar. Bizzat kendilerinin bu hizmeti veremediği durumlarda başkalarına devretmek ve süreci koordine etmekten de sorumludurlar.

f) *Aile hekimliği, özgün karar verme süreci ile rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansını belirleyici olmaktadır.*

Aile hekimliğinde düşük prevalans hekimliği yapılmaktadır. Yani öncesinde belli bir sınıflandırma ve yönlendirme olmadığı için ciddi hastalıklarla hastanede olduğundan daha nadir karşılaşılır. Ciddi hastalıklara tanı koyma prevalansı düşüktür. Genel olarak tüm hastalıkların prevalans ve insidansı hastaneye göre farklıdır. Yeni bir tanı anında bu tanının doğruluğu hakkında karar verirken Aile hekimi, hastayı ve

içinde yaşadığı topluma ilişkin bilgileri kullanmakta ve olasılığa dayalı özgün karar vermektedir. İlk kez saptanan bir rahatsızlıkla ilişkili endişesi olan hastalara böyle bir rahatsızlığın olmadığı yönünde güven vermek durumundadır.

g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

Aile hekimliği, branş uzmanları gibi tek bir sorunu ele almayıp hasta bireyin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir. Kişilerin yalnızca o günkü sorunlarını çözmekle kalmaz eskiden gelen rahatsızlıkları da dikkate alır. Hastalar çoğunlukla ilerleyen yaşları nedeniyle artmakta olan çeşitli yakınmalarla doktora başvurur. Böyle durumlarda doktor hem hasta için hem de kendisi için uygun olacak şekilde öncelik sıralaması yaparak süreci etkin bir şekilde yönetir.

h) Henüz ayrılaşmamış rahatsızlıkları gelişiminin erken evresinde ortaya çıkan sorunları ve acil müdahale gerektirebilecek rahatsızlıkları yönetir.

Hastalar genellikle rahatsızlıklarının başlangıç aşamasında ve benzer semptomlarla gelirler. Birçok hastalığın ilk belirtileri oldukça benzer olduğundan hemen tanı koymak güçtür. Belli hastalıkların belirtileri iyi bilinmesine rağmen başlangıç sürecinde ayırıcı tanı yapmak kolay değildir. Böyle durumlarda hastayı yakın takip ederek gözlemlemek gerekmektedir. Tekrar eden görüşmelerde seyrek de olsa tam bir tanıya gidilebilmektedir.

i) Kişilerin sağlık ve iyilik durumunu uygun ve etkili müdahalelerle geliştirir.

Gerekmediği halde yapılan girişimler kişiye zarar verebilir. Müdahale yapılacaksa gerekliliği sağlam kanıtlarla desteklenmelidir. Aksi durumda sağlık hizmeti kaynakları etkin kullanılmamış olur.

j) Aile hekimi, toplum sağlığı için özel sorumluluk taşımaktadır.

Aile hekimliği disiplini hem tek tek hastalara hem de daha geniş anlamda topluma karşı sağlık hizmeti konularında sorumludur. Bu durum uygun şekilde yönetilmesi gereken zaman zaman gerginliklerin olabileceği bir süreci içermektedir.

k) Kişilerin rahatsızlıklarını bedensel, ruhsal, kültürel, toplumsal ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Hastaların inançları, yaşama şekilleri, zihin/beden algıları hastalığı nasıl algıladıklarını etkilemektedir. Birçok rahatsızlığın giderilmesi hastayı bu şekilde bütün olarak ele alıp sorunun temeline inmekle mümkündür.

Aile hekimliğini diğer tıp disiplinlerinden ayıran en büyük fark zihin ve bedeni bir bütün olarak değerlendirmesi ve hastaya spirüel olarak da yaklaşım sergilemesidir. Diğer branşlar psikolojik hastalıklar ve biyolojik hastalıklar olarak gruplanmıştır. Psikiyatristler genelde fizik muayene yapmazlar, klinisyenler ise hastanın duygularını geri planda bırakırlar. Böyle ilerleyen süreçte sonuçsuz kalınması nedeniyle de kişiyi bir bütün olarak ele alacak aile hekimliği yaklaşımı doğmuştur. Ayrıca kişinin manevi duyguları devreye sokulduğu takdirde hastalıkla başa çıkma gücü artacak sağlığına daha kolay kavuşacaktır. Aile hekimliğinin bu duyguları ön plana çıkaracak şekilde yaklaşımı önemlidir (47,49).

Kültürel ve varoluşsal boyutların dikkate alınması Aile hekimliğinin özelliklerine eklendikten sonra daha bütüncül bir yaklaşım sağlanmıştır. Sağlığı ve hastalığı varoluşsal süreciyle anlamlandırmak, insanın varoluşsal kaygılarını ve doğurduğu sonuçların farkında olmak; yani ruh ve bedeni birleştirmek bütüncül sağlık hizmeti sunmak için gereklidir. Hekim varoluşun getirdiği nihai kaygıları anladığı takdirde hizmet sunduğu kişinin yaşamını derinlemesine anlayabilecektir. Bu anlayış, birçok kişiyi, “hastalıklı”, “istenmeyen hasta” veya “zor hasta” etiketlerinden kurtaracaktır. Hatta insancıl bir yaklaşım sergilendiğinde bu hastalar iyileşme sürecine gireceklerdir. Aile hekimi ve aynı zamanda tıbbi antropolog olan Cecil Helman’ın söylediği gibi “*başarılı iyileştirici hem öyküyü hem de anlatıcısını bilmelidir*” (57).

2.3. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Osmanlı tıp yazmalarının hemen hepsi tıp ve hekimlikle ilgili ayet hadislerle başlamaktadır. Osmanlı dönemindeki Müslüman hekimler İslami değerleri benimsemişlerdir. İnsana ve sağlığa verilen, şifayı aramak için ilme verilen değer hadislerle sabitti ve ulemanın sohbetleri ile pekiştirilmiştir.

Allah’ın tabiatı bulundurduğu şifaya vesile bazı özellikler verdiği düşünülür, bitkilerle tedavide şifa verenin bitki değil Allah olduğu kabul edilirdi. Hekim Allah’ın hikmet verdiği kişi olarak görülür, hekimin dini bilgiye de sahip olması beklenirdi. Hekim, Allah’ın yardım edeceğine, kudretine ve merhametine; sevaba ve cezaya akıbetine inandığı sürece tedavisinde başarılı olacaktı. Şifayı verecek olanın da Allah olduğunu hastasına hatırlatır ve tedavi sürecinde sabrı tavsiye ederdi.

Hekim, insanın fitratını koruyan, tabiat eczanesinde var olan tedaviye vesile ilaçları keşfeden ve uygulayan yardımcı kişi olmalıydı. Tedavide önce beslenmenin ve sağlıklı yaşama koşullarının düzenlenmesi tercih edilirdi. Hatta perhizine dikkat etmeyen hastaların tedavisinden geri duran hekimler de vardı.

Osmanlı tabibinin hikmet ehli olması beklenirdi. Hazık yani usta tabip olmak için iyi bir tabiplik bilgisinin yanında felsefe, matematik, geometri, astronomi gibi diğer ilimleri de bilmesi gerekirdi. Bu ilimleri de dikkate aldığına hekim, hastasını çevresiyle bütünlük içinde ele alır ve bir numunesi olarak yaratıldığı kâinat ile olan etkileşimini dikkate alarak değerlendirebilirdi.

Karmaşık tedavilerden, hastanın mizacına uygun düşmeyen tedavilerden kaçınılır, bilinmeyen usullerin uygulanması doğru kabul edilmezdi. Hastaya zarar vermemek, daha çok yarar vermek için mevcut kuralların usulünce uygulanmasına dikkat edilirdi. Mizaçlara göre tedavi verilmesi nedeniyle her hastaya ona özel olarak ilaçları hazırlanırdı.

Tabip olacak kişinin kişilik özelliklerine hekimlik mesleğinin saygınlığı bozulmaması açısından özellikle dikkat edilirdi. Tabip olmak isteyen kimsenin, yumuşak huylu, güler yüzlü, çabuk kısıp öfkelenmeyen, güleç ve neşeli olması ve gittiği yerlerde güzel konuşabilmesi istenirdi.

Hekimin kanaatkâr, alçakgönüllü ve merhametli olması istenirdi. Tatlı ve açık bir üslupla yumuşak bir şekilde yapılan tedavinin daha etkili olacağı biliniyordu.

Hekimin gördüklerini ve işittiklerini sır olarak saklaması ve başkalarına anlatmaması değerli bir ahlak kuralıydı. Çevresinde bulunan kişilerin hal ve hareketleri, ahlaki durumları hekim hakkında halka bilgi verdiğinden dolayı Hekim, arkadaş seçimine de özen göstermeliydi. Hekimlik itibarını ve izzetini etkileyebilecek hal üzere bulunmamalıydı.

Ayrıca hekim, tedavisine başladığı hastasını bırakmayacağına söz vermiş sayılırdı. Hasta tedavisini yarım bırakmamak ve hastayı terk etmemek hekime sorumluluk yükleyen bir ahlak kuralıydı.

Bilimdeki ilerleme ve gelişmelerle birlikte tıbbi bilgilerin artması sonucu branşlaşma ve beraberinde uzmanlaşma süreci başlamıştır. Sürecin ilerlemesiyle dal uzmanları sadece kendi alanlarındaki hastalığı detaylıca ele almakta fakat hastaya bütüncül yaklaşmayı ihmal etmektedir. Bu durumda hastayı kapsamlı bir şekilde ele

alacak yeni bir yaklaşım olarak birinci basamak hekimliği/ aile hekimliği uzmanlığı gündeme gelmiştir.

Aile hekimliği sayesinde teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan hastanın geri planda kalarak tetkik tıbbının ön planda olduğu yaklaşım yerini daha insani bir sürece bırakmıştır.

Modern hekim profesyonel kimliği ile hekim, bilimsel bilgiyi kullanarak verdiği tedavilerde hastaya karşı nazik, güleryüzlü ve merhametli bir yaklaşım sergilemektedir. Etkili bir iletişim ile empati kurarak hastasını duygusal olarak destekler. Hastasına öncelik vererek tercihlerine saygı duymaktadır. Hastasının sağlığını geliştirmek için gayret eder. Hekim meslek saygınlığının bozmamak adına sözlerine ve hareketlerine dikkat etmektedir. Hekim tüm bunların yanında kendi sağlığını korumaya da özen göstermektedir.

Modern hekim profesyonelliğinin gelişimi için tıp etiği eğitiminin önemi büyüktür. Tıp eğitimi süresince alınan etik eğitimi, meslek hayatına başlanıldığında da belli zaman aralıkları ile tekrarlanması halinde uygulamaya dönük daha hatırlatıcı etkisi olacaktır.

Aile hekimliğinde aynı hekim ile görüşme sürecinde olmak güvene dayalı hekim hasta ilişkisi oluşturmakta ve bu da tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Hekimin güler yüzlü, ilgili ve sevecen yaklaşımı ile tedavi etkinliği bile artırabilmektedir. Bu durum eskinin hekim anlayışına benzer bir durumu ortaya koymaktadır.

Hekim hastasına uygun vakti olduğundan dolayı daha çok vakit ayırabilmekte, başka kurumda yapılacak dahi olsa sağlığı ile ilgili endişelerini giderebilmektedir. Dolayısıyla kendini anlaşılmış hisseden ve süreci detaylı bilen hastaların şikâyet etme olasılığı da azalacaktır.

Aile hekimi hastasını içinde bulunduğu toplumsal yapı ile birlikte ele almakta, kültürel yapısını düşünerek bütüncül bir değerlendirme yapmaktadır. Hastanın hastalık algısı nasıl, hastalığa karşı nasıl bir tutum sergilemekte bu gibi durumları dikkate alarak yardımcı olabilmek adına daha özel bir yaklaşım geliştirebilmektedir. Bu durum bir anlamda kişiye özel tedavi süreci uygulanmasıdır.

Aile hekimliğinin en önemli özelliklerinden birisi de koruyucu hekimliği esas almasıdır. Risk faktörleri göz önünde bulundurularak gerekli yaşam tarzı

değişiklikleri, beslenme düzenlenmesi ve egzersiz önerilerinde bulunup takibi yapılarak hastalıklar ortaya çıkmadan önlemler alınabilmektedir. Hasta ile kurulan sürekli iletişim sayesinde bir anlamda kişilere sağlık yönünden eğitim verme imkânı vardır.

Hekim merhamet, alçak gönüllülük gibi ahlaki değerlerle vasıflanmış olduğunda hastaya karşı sergileyeceği şefkat, yumuşaklık ile hastanın tedavi sürecine yaptığı olumlu katkı düşünülecek olduğunda hekimlik sanatının uygulanması açısından günümüz hekimlerine en güzel örnekliği teşkil etmektedir.

Hekimliğin öğrenilmesinde ve uygulanmasında tıp eğitiminin yeri ve önemi tartışılmaz bir gerçektir. Bir sonraki bölümde Osmanlı'dan günümüze tıp eğitiminin nasıl bir süreç geçirdiği incelenecektir.

3. OSMANLI'DAN GÜNÜMÜZE TIP EĞİTİMİ

3.1. OSMANLI'DA TIP EĞİTİMİ

3.1.1. Darüşşifalarda Tıp Eğitimi

Osmanlı döneminde hekim yetiştirirken bilgi ve beceriler farklı yollardan elde edilebilirdi. Bu yolların başında darüşşifa adı verilen vakıf hastaneleri gelmekteydi. Sağlık çalışanlarının gerekli durumlarda darüşşifa tabiplerine imtihan ettirilmesi onların bilgi ve ustalığına güvenildiğini göstermektedir. Darüşşifalar tıp mesleğinin ilerlemesine hizmet etmiş, tıp kitaplarının çoğalmasına yol açmış ve hekimlerin yetişmesine ve birbirleri ile istişare etme süreçlerine zemin hazırlamıştır.

Tıp eğitimi alan ve bir ustanın yanında yetişen kişinin bir eser kalem aldığına, başarılı görüldükten sonra imtihan edildiğine dair kayıtlar vardır. Ancak tıp mesleğini icra etme yetkisini gösteren ve icazetname adı verilen bir tıpta yeterlilik belgesi örneğine henüz ulaşamamıştır Bunun yanı sıra, bazı kitapların üstünde bir çeşit icazete, yani kitaplardan mezun olmayı belgeleyen kayıtlara ulaşılabilinmiştir. Verilen eğitimin belgelenmesi nedeniyle okutulan kitaplar üzerine icazet mahiyetinde kayıt düşülmesi uygulaması zamanla gelişerek imtihan sonrası verilen icazete dönüşmüştür (57).

Darüşşifalar, Selçuklular döneminden beri hastaların tedavi edilmesinin yanı sıra hekimlerin de yetiştirildiği kurumlardı (58). Mesela, Kayseri ve Sivas ile ilgili 18. Yüzyıla ait Osmanlı belgelerinde Darüşşifa Medresesi'nden -Medrese-i Darüşşifa- söz edilir. Darü't-Tıp olarak da tanınan Bursa'da Yıldırım, Edirne'de

Sultan II. Bayezid ve İstanbul'da Fatih Darüşşifalarında bir *eğitimci (dersiâm)* bulunurdu. Medrese çalışanlarının görevlerini ve işe devamlarını denetleyen *noktacı (nokaî)* unvanlı bir memur 1591 tarihinde Fatih Darüşşifası'nda günde 2 akçe yevmiye ile çalışmaktaydı (57,58,). “*Talebeden olan*”, “*tababet hizmetin eden*” gibi nitelemelerle günümüzün tıpta uzmanlık öğrencileri durumunda olan ve “*tabip şakirdi*” adı verilen öğrenci tabipler usta-çırak usulüyle hasta başında eğitim görerek darüşşifa tabipleri yanında ustalaşırlardı. Şakirdler de kıdemlerine göre kendi aralarında birinci (şakird-i evvel) ve ikinci (şakird-i sani) diye sınıflanırdı. XVI. Yüzyılın sonunda Fatih Darüşşifasında yedi şakird tabip (neferan) kayıtlıydı (59). 1719 tarihli bir belgeye göre, şakird tayinleri usulü gereğince (*muktezây-ı tarîk üzre*) yapılır ve “*Fatih evkafından tıp medresesi şakirdleri rü'ûs-ı hümayûn ile murasarrıf*” olurdu. 1723-1783 tarihleri arasındaki tabip şakirdliğine tayin unsurları/ tıp öğrencilerinin tayin belgeleri, hekimbaşının boşalan kadrolara yeni öğrencileri tevcih ettiğini ve XVIII. Yüzyılın sonuna kadar Fatih Darüşşifasında asistan doktor eğitiminin sürdürüldüğünü göstermektedir. Şakirtler ayrıca, medrese kütüphanelerindeki Arapça, Farsça, Türkçe klasik tıp kitaplarından yararlanırlardı. Şakirtler usta olduğunda üçüncü ve ikinci tabip yardımcısı ya da tabip olarak saraylara atanırdı. Mesela, Fatih Darüşşifası'nın tayin belgerinde yer alan şakird tabiplerin, örneğin, Süleymaniye ve Haseki Darüşşifalarında yeri boşalan üçüncü ve ikinci tabiplikler ya da Galata sarayı'na tabip olarak atandıkları görülmektedir (60).

Osmanlı ve Selçuklu darüşşifalarının en üst seviyesinde Süleymaniye Darüşşifası yer almaktaydı. Süleymaniye Darüşşifası'nın “*Darü'l-akâkîr*” ya da “*Dârü-l hâne*” adı verilen ilaç deposu ise İstanbul'un merkez eczanesi konumundaydı. Darüşşifa ve saray tabiplikleri bir silsile ile birbirlerine bağlıydı. Fatih Darüşşifası'nda klinik eğitimini tamamlayan birinci şakirt bir darüşşifaya ikinci veya üçüncü tabip olarak ya da bir saraya hassa tabibi olarak terfi ettiğinde, Süleymaniye Tıp Medresesi'nden mezun olup tayinini bekleyen ön sıradaki “*danişmend*” ondan boşalan yere ya da boşise kendi müessesine “*şakird*” olarak atanırdı. Böylece, vazife verilen öğrencilerin hizmet yerleri hizmet yerleri kurumlar arasında değiştirilir, yani “*becayiş*” edilirlerdi. Fatih Darüşşifası'nda şakirt tabip tayinine ait belgeler göz önünde tutulursa, XIX. Yüzyıla kadar bu uygulamanın devam ettiğini ileri sürebiliriz. Süleymaniye Darüşşifası'nın kıdemli ve yaşça büyük

şakirdi de yeri boşalan bir darüşşifaya ikinci ya da üçüncü tabip olarak atanırdı. İstanbul Darüşşifaları ile Topkapı Sarayı tabiplikleri taşradakilerden üstün sayılırdı (61).

Darüşşifa'larda verilen tıp eğitimi içeriğinde bulunması gereken bilgiler detaylı bir şekilde bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

3.1.2. Hekimin Bilmesi Gereken ve Sorumlu Olduğu Bilgiler

3.1.2.1. Ahlat-ı Erbaa: Hıltlar -Mizaçlar- Unsurlar Nazariyesi

Klasik Osmanlı tıbbı Hipokrat tıbbının esas aldığı dört unsur- dört tabiat (*mizaç*) nazariyesine dayanmaktaydı. Bu teoriye göre tabiattaki dört unsurun '*ateş, su, toprak, hava*' karşılığında insanda da dört unsur-hılt (*ahlat-ı erbaa*) bulunur. Bunlar '*kan, balgam, sarı safra ve kara safra*' şeklinde isimlendirilir. Kişinin tabiatını, yani mizacını bu dört hıltın karışımı şekillendirir. Her kişinin kendine özel bir tabiatı vardır, çünkü her bir kişinin hıltlarının karışımı kendine özeldir. Böylece bazı kişiler "*balgami*", bazıları "*sevdavi*", bazıları "*safravi*" veya "*demevi*" mizaca sahip olmaktadır. Bu nazariyeye göre, bir hıltın miktarının çoğalıp azalması ya da niteliğinin değişerek bozulması hıltlar arasında dengesizliğe ve neticede hastalığa sebep olmaktadır. İnsan tabiatını/mizacını oluşturan dört temel unsurun miktar ve niteliğinin dengesizliği ise hastalık sebebi, dengede olması ise sağlık sebebi sayılırdı. Hastalığı tedavi için bozulmuş veya fazla olan unsuru vücuttan uzaklaştırmak gerekirdi. Hastalık nedeni olabilecek zararlı hıltlar idrar söktürücü, kusturucu, müshil, terletici etkisi olan ilaçlar ile boşaltılırdı. Bozulduğu düşünülen kan unsuru ise, mesela sülük ve hacamat ile vücuttan atılırdı. Ama bunlardan önce, zararsız olan yiyecek ve içeceklerle uygun bir perhiz verilerek hastanın bozulan mizacı düzeltilmeye çalışılırdı. Allah'ın yarattığı tabiatı şifa verme hassasını da verdiği ve tıp bilgisine ait sırların ve şifa bilgisinin de tabiatı gizlendiği, dolayısıyla tabiatın hekimin rehberi olduğu düşüncesi pek çok tıp yazmasında ifade edilmektedir. Kainatın bir numunesi olarak görülen insanın atmosferden ve çevre olaylarından da etkilendiği düşünülmekte ve mevsimlerin de mizaçların değişmesine yol açtığı, iklimin ve o mevsimde yenen gıdaların etkisiyle ilkbaharda kan, yazın sarı safra, sonbaharda kara safra, kışın da balgam oranının arttığı düşünülürdü. Yine bu nedenle ilkbaharda artan kan aldırma gerekirdi (5).

Dört hılt nazariyesine göre, hekim ancak hastanın mizacını ve bozukluk tam olarak anladıktan sonra hastalığın teşhisini koyabilirdi. Bilgili ve tecrübeli hekimin gerek hastanın gerekse ilacın tabiatını iyi anlaması gerekirdi. Çeşitli yiyecekler ve ilaçlar kuru ve yaş, sıcak ve soğuk olma özelliğine sınıflandırılırdı. Hatta bazen bir ilaç birkaç unsurun özelliğini taşıyabilmekteydi. Günümüzde kişiye göre tanı-tedavi uygulaması çok önemsenen ve geliştirilmeye çalışılan bir konudur. Her hastaya aynı ilacı vermekten ziyade, kişiye özel, genetiğine ve biyolojik yapısına uygun ilaç vermek modern tıpta da ulaşılmak istenen bir hedeftir.

“Muhtelif âlimler” hekimin mizaçları ve hıltlar teorisini çok iyi bilmesini tavsiye etmektedir. Zira hastalık cisimde bir tabiatın ötekine üstün gelmesiyle oluşmaktadır. Tabip cehaletinden ötürü bu üstünlüğün derecesini bilmezse cismin ölümüne yol açabilir. İlaçlar hastanın mizacına göre farklı tesir etmektedir. Abbas Vesim, hastanın mizacını göz önünde bulundurmamanın yanlış tedaviye yol açacağını bazen de başka hastalığa yol açtığını hatta ölüme yaklaştırdığını bildirir (22).

Abbas Vesim, tabibe vasiyetinde, insan mizacının ve hastalıkların mevsimlere ve çeşitli memleketlere bağlı olarak da değiştiğini, hekim gittiği memleketin ve insanların özelliklerini bilmesinin gerektiğini anlatır (22).

Mukbilzâde Mü'min, ilaçlarının tesir kuvvetinin yıldızın durumuna göre de değişebileceğini bu yüzden hekimin ilacın günün hangi saatinde verilmesi gerektiğini bilmesini tavsiye eder. Tıpta hastalık teşhisi ve tedavi verme durumunda astroloji bilgisinin önemine değinmektedir (34).

Siyahi'nin tabibe tavsiyesi hıltlar teorisinin uygulanışına güzel bir örnektir. “Her hastalığın meydana geliş sebebinin zıddı ile tedavi edilmesi beyanındadır:

Ey Tabib, devasını bulmak istersen, aslını gözle. Soğuktan meydana gelen derde, devayı sıcak ver ki iyi olsun. Hastalık sıcak görünüyorsa, sen soğuk ilaçlarla derman eyle. Her eczanın tabiatını bil, ilaçların soğunu ve sıcakını bil” (62).

Hastanın ve ilacın mizacını anlayamayan tabibin yanlış tedavi vererek hastanın zarar görmesine sebep olacağı varsayılır, mizaçlarla ilgili özellikler göz önünde bulundurulmadığında tehlikeli neticeler doğabileceği düşünülürdü.

3.1.2.2. İlaçla Tedavi Bilgisi

Bozulan mizacın düzeltilmesi ve bu sayede hastanın tedavisi için gerekli olan ilaçların hazırlanması ve etkilerinin bilinmesi, üzerinde ısrarla durulan temel bilgilerdir. Bu şartlardan anlaşılmaktadır ki hekimin sadece tıp kitaplarında yazan ilaçları bilmesi yetmemekte, bunlarla beraber onların içeriklerini ve hazırlanışlarını da bilmek durumundadır (5).

Temel tedavi vasıtası olan drogların yer aldığı, basit devalara ait *müfredat* (materia medica) ve ilaç terkiplerinin verildiği, bileşik devalara ait *mürekkebat* (akrabadin) türü eserler Osmanlı tıbbının en rağbet edilen eserleridir. Bilindiği kadarıyla, Türkçeye ilk çevrilen eserin 14. Asrın ilk yarısında İbnü'l Baytar'ın (ö.1248) *Kitabu'l-cami'fi'l-Edviyet'il-Müfredede*'sinin kısaltılmışı, Türkçe olarak kaleme alınan ve tarihi bilinen ilk eserin İshak bin Murad'ın (ö.1390) *Edviye-i-Müfredede*'si (1390) ve matbu ilk Türkçe tıp kitabı *Tertib-i Ecza*'nın (1817) birer ilaç rehberi olması tesadüf olmayıp, temel ihtiyacın karşılanmasına yönelik olduğu içindir. Tabiatın ölümünden başka her hastalığa çare bulunabileceği ve tabiatı şifa verme özelliği olduğu inancı bitkilerle tedaviye ağırlık kazandırmakta ve droglara verilen önemi pekiştirmektedir (63).

Osmanlı tıbbında uygulamalar semptomatik bir şekilde yani hasta şikayetlerinin ve hastalık belirtilerinin giderilmesine yönelik olduğundan, tedavide kullanılacak drogların doğru bir şekilde tanınması büyük önem taşıyordu. Hıtlar nazariyesine göre farklı hastalıklarda farklı sınıflardaki droglar kullanılıyordu. Aynı droğun farklı kitaplarda farklı isimlendirilmesi durumu bazı karışıklıklara neden olabilmekteydi. *Şurup*, *süfuf*, *edhân* diye sınıflandırılan ilaçlar birkaç droğun karıştırılması ile yapılmakta, hazırlanış ve uygulanış şekline göre sınıflandırılmaktaydı (64). *Müfredat* ve *mürekkebat*larda yazarlar yer yer kendi tecrübe ve uygulamalarına yer vermektedirler ve bu sebeple, özellikle eski ilaç tedavileri günümüz farmakoloji araştırmacılarına ışık tutabilir ve müfret ve mürekkep deva eserlerinde ilaç yapımına yönelik önemli ipuçları bulabilirler (65).

Tıp yazmalarında çoğunlukla tedavide kullanılan tecrübe edilmiş- mücerreb ilaçlara yer veriliyordu. Bir tabibin bir ilacı *mücerreptir yani tecrübe edilmiştir ve fayda görülmüştür* diye nitelemesi, o ilacın hastalar üzerindeki müspet tesirini artırdığı gözlemiştir. İlaçlar hastaya hıtlar nazariyesine göre verilse de, bir çok

durumda ampirik verilere dayanılmak zorunda kalınabiliyordu ve bu da ilaçla tedavinin gelişmesini doğal olarak etkiliyordu.

18. yüzyılda ilmin ilerlemesi neticesinde, hekimin kimyevi maddelerin nelerden elde edildiğini, analiz ve sentezlerini de bilmesi isteniyordu (66). Paracelsus tercümelerinden sonra madenlerden yapılan ilaçlar revaçta olmaya başlamıştı. Madeni ilaçlarla tedavi, yeni tıp (*tıbb-ı cedid*) adı altında önem kazanmaya başladı. Paracelsus (1493-1541) Galenik prepatlara karşı çıkıyordu. Eski tıp kitaplarını yakmış ve kendi dili olan Almanca ile ders vermiş ve yine kitaplarını Almanca yazmıştı. Paracelsus'un tıbbı kattığı en büyük yeniliği bitkisel ilaçların yanı sıra madeni terkipleri kullanmış olmasıydı. Sonraları “*iatrochimie*” adı verilen görüşe göre hastalıklar bedendeki kimyasal maddelerin dengesizliğinden ileri gelmekteydi. Bu nedenle, eksik olanlar da dahil edilirken, fazla olan maddeler vücuttan çıkarılıyordu. Lakin zamanla birçoğu zehirli olan madeni ilaçlardan halkın zarar görmesineticisiyle tıbb-ı cedid yasaklandı.

3.1.2.3. Hastalığın Teşhisi İçin Gerekli Muayene Bilgisi

Bir hastalığı teşhis edebilmek nabız muayenesi yapıldı. Hastanın nabzını alıp ondan gerekli manaları çıkarması hekimden beklenirdi. Nabız günümüzdeki gibi sayısal olarak değil, nitelik olarak değerlendirilirdi. Evliya Çelebi Seyahatnamesinde alay vakti tahtırevan üzere geçen hekimlerin bazı hastalıklı adamların nabızlarını tutarak teşhis edip devalarını verdiklerini ifade eder (67).

Tabibin hastalık tanısı için, hastanın idrarını ve gaitasını incelemesi ve değerlendirmesi de beklenirdi. Hekimler, şişe içindeki idrarın veya gaitanın renk, tortu, koku gibi özelliklerini inceleyerek yorumlamaktaydı. Tabibin, hastalığın “*buhran*” yani nöbet durumunu da kavraması gerekirdi. Hastalığın hangi safhada olduğunu, iyiye mi, kötüye mi gittiğini nöbetler gösterirdi. Abbas Vesim, tabibe nabız, idrar ve gayta muayenesinin inceliklerini sürekli öğrenmeye çalışmasını vasiyette bulunur. hatta eskilerin bu üç işi ayrı birer ilim Kabul edip nasıl detaylandırıp incelediklerini söyler (22).

3.1.2.4. Anatomi Bilgisi

Anatomi yani Teşrih ilmi ile uğraşmanın dini altyapısına baktığımızda; Kuran ayetlerinde ve erken İslam döneminde toplanan hadislerde ve fıkıh metinlerinde anatomiye tasvip eden ya da etmeyen bir ifadeye rastlanmamıştır. Osmanlı

döneminde erken İslam dönemine ait anatomi kitaplarıyla birlikte Avrupa'daki anatomi çalışmalarından da kısmen yararlanılmıştır. Şemseddin-i İtâki'nin *Kitab-ı Teşrih-i Ebdan*'ı Avrupa anatomi kitaplarının izlerini taşımakla birlikte yazarın katkılarını da içermektedir. Şânizade Atâullah Mehmed Efendi ise *Mir'atü'l-Ebdan fî-Teşrihi A'zâi'il-İnsan* adlı eseriyle çağının anatomi bilgisini yazmıştır (5,68).

İslam tıbbında *teşrih* tabiri iki anlamda birden kullanılırdı: insan bedeninin yapısı hakkında genel bilgi ve insan ve maymun, domuz gibi hayvan diseksiyonu ile anatomi pratiği-ölü açma. Bazı tıp kitaplarında hekimin anatomi bilmesi gerektiği yazılmakta ve bu bilginin sağduyu ve mantıkla geliştirilebileceği yararından söz edilmektedir. Emir Çelebi, hekimlerin sadece anatomi okumakla yetinmemesi gerektiği savaş sırasında ölenler ve hayvanlar üzerinde de anatomi çalışmaları yapıp incelemeleri gerektiğini öngörmüştür (27).

Şemseddin-i itâkî'nin *Kitâb-ı Teşrih-i Ebdân*'ının ön sözünde belirttiği üzere, insan anatomisinin Allah'ın yüceliğine şahit olmamıza imkân tanınması, anatomi ilmine vakıf olmayı gerektiren belki de en öncelikli sebep olarak görülmüştür. Anatomi öğrenmek bir yandan tabibin *hakim/bilge* vasfını geliştirmekteydi. Teşrih ilminin öneminden bahseden Ömer Şifâî'ye göre, Allah'ın insan vücudunda yarattığı sanatı idrak etmeyi sağlayacak ve teşrih tedavinin başarılı olmasına yol açacaktır (69).

Abbas Vesim ise, tıp sanatı yanında teşrih sanatında da mahir olan hekimin iki kanatlı olup hastalığın gizlisini de açığını da hakim olacağını ifade eder (22).

Süleymaniye Darüşşifası'nda Cerrahbaşı Hacı Ebu Bekir, 1768 senesinde teşrih dersleri vermekteydi. 1838 tarihinde ise Dr. Bernard'ın padişah'tan izin alması ile cesetler üzerinde tatbikat yaparak anatomi eğitimi verilmeye başlanmıştır. Mekteb-i Tıbbiye'den yetişen Dr. Mustafa Hami (ö.1878) o dönemde artık anatomi-patoloji ve fizyoloji bilmenin sadece yararlı olacağı değil, elzem olduğunu ifade etmektedir (31). Anatomi bilmenin sadece yararlı değil, olmazsa olmaz olduğu 19. Yüzyılda kabul edilmiştir (5).

Darüşşifalar dışında tıp eğitim veren tıp tıp medresi de bulunmatadır. Bunların dışında özel muayene sahiplerinin usta çırak usulüyle hekim yetiştirmesi ve tıp yazmalarından okunarak hekim yetiştirilmektedir. Sırasıyla başlıklar halinde incelenecektir.

3.1.3. Süleymaniye Tıp Medresesinde Eğitim

Osmanlı döneminin ilk ve tek tıp medresesi, 1553-1559 tarihlerinde Kanuni Sultan Süleyman'ın Süleymaniye Külliyesi bünyesinde inşa ettirdiği Tıp Medresesidir. Tıp Medresesi ile Darüşşifanın karşılıklı inşa edilmesi, tıbbın nazariyesi ile uygulamasının bir arada yürütülmesi açısından zamanının çok ilerisinde bir icraat olmuştur. Darüşşifanın Tıp Medresesi'nin bir eğitim hastanesi durumunda olması nedeniyle bir hastane ile bir tıp okulu yan yana kurulması Osmanlı tarihinde bir ilktir. Zamanla taşra darüşşifalarında hekim yetiştirme olanağı zayıflaması nedeniyle bütün yük merkezdeki darüşşifalara yüklendi. Tıp eğitiminin merkezi durumunda olan Süleymaniye Tıp Medresesinden İstanbul içindeki ve taşradaki saraylara, darüşşifalara ve orduya hekim yetiştirilirdi. Süleymaniye Tıp Medresesinin kuruluşundan sonra yabancı hekime ihtiyaç giderek azalmıştır. Tıp Medresesi kuruluşundan XIX. Yüzyıla kadar İstanbul'un sağlık, sosyal ve bilim hayatının en önemli merkezi konumunda yer almıştır (70).

Eğitim-Öğretim kadrosuyla ilgili önemli bilgilerin verildiği Süleymaniye Külliyesi Vakfiyesi'ne göre *“Süleymaniye Tıp Medresesinde bir öğretim üyesi(müderri), em başarılı öğrenciler arasından seçilen bir müderri namzeti bir müzakereci (muid), medrese tahsilini bitirmiş olup tıp tahsil eden sekiz öğrenci (danişmend), bir müfettiş (noktacı), bir güvenlik görevlisi (bevvâb), bir temizlikçi (ferrâş)”* görevlendirilmiş ve bunlardan beklenen vasıflar vakfiyede belirlenmişti (71).

Hekimbaşı, Süleymaniye Tıp Medresesi müderriliğine görevlendirdiği kişiyi, *“ehl-i ilim”, “sahib-i fazilet”, “tıp dersini ifadeye kâdir”, “her vech-ile mahal ve müstahak”* gibi ifadelerle takdim ederdi. Tıp medresesi müderriliğinin hekimbaşılığa namzet olacak kadar mesleğinde ihtisası olanlara verilmesi şart konmuştu. Beden ilmini öğretecek olan müderriğin vasıfları ve vazifeleri Süleymaniye Vakfiyesi'nde detaylı bir şekilde belirtilmektedir (5).

Tıp talebesi tatbikat derslerini medresenin yanında bulunan darüşşifada ikmal ederdi. Yevmiye alan, dolayısıyla burslu sayabileceğimiz Tıp Medresesi öğrencileri yatılı okumakta, külliyenin imaret, tâbhane, hamam ve eczanesinden yararlanmaktaydı. yabancıların dinleyici olarak derslere katılmasında sakınca

görülmeyişi Tıp Medresesinde müderris ve öğrencilerinin Müslüman olması şart olarak konulmuştu.

Tıp medresesindeki eğitim ve öğretimin intizamını kontrol eden noktacı adı verilen bir müfettiş bulunurdu. Noktacı; gerçek bir dindar, dünyevi arzulardan uzak ve gerekli ilerde cesaretli kişilerden seçilirdi. Geçerli mazereti olmadan görevini aksatanları tespit edip mütevelliyeye bildirir, o günkü yevmiyelerini vermezdi.

Muid ise danîşmendlerin, yani talebelerin en başarılı ve eğitimde en kabiliyetli olanlar arasından seçilir, müderrisin verdiği dersi tekrar eder, aynı zamanda talebenin hal ve hareketleriyle meşgul olurdu. Talabeler arasında teşvik edici olması açısından önemli bir durumdur. Muidlerin zaman zaman darüşşifa veya saray tabipliklerine de tayin edildiklerini görülmektedir. Mükafat olarak, yeri boşalan bir saray tabibinin maaşından pay alabilen muid terfi ettiğinde Fatih Darüşşifası'na şakird olarak atanır, hatta saraya tabip olabiliyordu (61,72).

Talebeler klasik medrese eğitimi tahsil ettikten sonra ihtisas yapmak üzere tıp medresesine geldiğinden, mezuniyet sonrasında müderris, kadı, imam veya kazasker olabiliyordu. Medrese tahsilinden sonra şer'i ilimlerin yanı sıra Arapça'ya ve diğer ilimlere de vakıf olan tabipler darüşşifada hasta başında eğitimle yetişirdi. Mesela meşhur hekim Ahmedî (ö. 1413) tıp dışında islami eğitimlere ve eczacılık, astronomi, matematik, fizik gibi müspet ilimlere de vakıftı. Kalavun hastanesinde başhekim olan Konyalı Hekim Hacı Paşa (ö. 1417 civarı) Mısır'da medrese tahsili yapmış, şer'i ilimlerde derinleşmiş. Daha sonra tıba ilgi duymuştu. Klasik medrese tahsilinden sonra tıp okuyan tabipler arasında şu isimleri de sayabiliriz: Ayaşlı Şaban Şîfai (ö. 1705), Nuh bin Abdülmennan (ö.1707), Bursalı Ali Münşi (ö.1733), Hekimbaşı Hasan Efendi (ö. 1734), Abbas Vesim Efendi (ö. 1759) Şanizade Mehmed Ataullah Efendi (ö.1826). Mesela, Hacı Paşa, Salih bin Nasrullah (ö. 1669) ve Ayaşlı Şaban Şîfai (ö. 1705) kadılık yapmıştı (73).

19. Yüzyılın ortasına kadar Süleymaniye Tıp Medresesinde eğitim devam etmekle birlikte, 1827 de açılan, 1839' da Galata Sarayı'na taşınan ve Avrupa tıbbının öğretildiği Mekteb-i Tıbbiye artık tıp eğitiminin yeni merkezi olmuştur. II. Meşrutiyet'ten sonra Tıp medresesi de diğer İstanbul medreseleri ile birlikte "Darül – hilafet'il-aliyye Medresesi" büyesinde toplanmıştır.

3.1.4. Sarayda Cerrah ve Göz Hekimi Eğitimi

Cerrahlık ve göz hekimliği el becerisi gerektirmesi nedeniyle yetenekli ve hevesli öğrenciler arasından seçilirdi. Sarayda sanat erbabının eğitildiği “*Hâssa Ehl-i Hiref*” teşkilatında, gözlemsel ve uygulamalı eğitimle yani usta- çırak usulü ile yetiştirilirdi. Cerrahların ve kehhallerin ustaları ve şâkird adı verilen öğrencileri bulunur ve sanat erbabı arasında ayrı bir cemaatleri vardı. Mensubu bulunduğu sanat dalının öğrencisi olarak cemaate alınanlara cemaatçe belirlenmiş edilen bir gündelik verilirdi. Ehliyetini ispat eden şâkirdler “*üstadlar*” zümresine geçirilirdi. Boşalan ve lüzum üzerine ihdas olunan vazifeye hak kazanmış olanlar Enderun-ı Hümayun hazinedarbaşısının arzı, bazen de reisü’l-küttâbın tezkeresi ile başka görevlere tayin olurdu. Cemaatin cerrah ve göz hekimleri zaman zaman da orduya tayin edilirdi (5).

3.1.5. Ustaya Çıraklık Şeklinde Birebir Tibbi Eğitim

Tıp sanatının icrasının ustalara hizmet edilerek öğrenilmesi esastı. Usta bir hekimin yanında bulunularak ve ona çıraklık ederek yetişmek ve ustalaşmak gerekmekteydi. Sanatında usta olan birinin yanında çırak olan kişi yetişince kalfalığa geçer, bağımsız çalışacak seviyeye geldiğinde ise törenle ustalığa yükselirdi. Bunun yanı sıra kendi kendine Tıp kitaplarını okuyarak eğitim hekimliğe yönelenler de vardı. Ancak, bir kişinin hekimlik yapabilmesi için tıp ilmini teorik olarak öğrenmesi yeterli görülmez, bir üstada hizmet ederek beceri kazanmış ve ustalaşmış olması gerekirdi. Emir Çelebi, pek çok hazık tabibe hizmet etmekle övünmektedir (27). Bir ustaya hizmet etme kuralını Nidai şöyle dile getiriyor:

“Tabîb olana birkaç nesne lazım

Bunları bilmeye ola mülâzım

Biri üstada hizmet itmektür” (29).

Dükkan adı verilen muayenehanelerinde icazetli tabipler, kehhaller, cerrahlar vb. sağlık mensupları özel eğitimle usta-çırak usulü şakirt yetiştirebilmekteydi. Ustalığın onaylanması, ustalığa icazet ve kendi başına sanatını icra etme yetkisinin verilmesi “*başka çıkmak*” olarak ifade edilirdi. Bu sanatı icra edebilmek için, bir üstadtan hizmet ederek onların izniyle başka çıkmak gerekirdi. “*Üstadlar marifetiyle başka çıkmayan*” usta olarak ayrı iş yapmaya hak kazanamazdı.

Usta-çırak usulüyle özel eğitime önem veren Bursalı Ali Münşi (ö. 1733), Ömer Şifai (ö.1742), Abbas Vesîm (ö. 1760) ve Gevrekzade Hasan Efendi (ö.1801) gibi ünlü hekimlerin özel dersaneleri olduğu kaydedilmektedir (57).

Mecma'i Tıbb-ı Siyahî isimli kitabında Siyahi Lârendevî, Mısırlı bir üstat tarafından yetenekli Kabul edilip yetiştirildiğini ve ondan icazet aldığını ifade eder (62).

Özel dükkanı olan ve olmayan serbest meslek sahibi tabip ve cerrahlar Darüşşifa ve saray tabiplerinin sayısı ile kıyaslandığında, sayıca çok daha fazlaydı. Bunların çoğu özel olarak bir ustaya hizmet ederek yetişmişti. Saray cerrahlığına tayin edilenlerin birçoğu da cerrah bir aileden veya usta bir cerraha çıraklıktan gelmiş ya da ünlü bir hekimden icazet almıştı (26).

Bazı tıp yazmalarında tabibin ustası ile arasında olması beklenen ahlak ilişkisini tanımlayan bilgiler de yer almaktadır. Sanatına karşı saygı ve sorumluluk duyması sebebiyle hekimin, tıp sanatını kendisine öğreten ustasına karşı kendini yükümlü ve minnettar hissetmesi beklenirdi. Emir Çelebinin dediği gibi, “*hoca talebenin şeref sebebi*” idi. Hekim aslında yaşayan ve ölmüş bütün tıp üstatlarına da bağlanmalı ve onların bilgilerinden yararlanmalıydı. Emir Çelebi kendini yetiştiren hocasına saygı göstermeyen hekimi tenkit eder: hekim, üstadı ve şeyhi kim ise, onun rızasını almalı saygıda kusur etmemelidir. Gurur ve kibirle hocasını inkar ederse ona tabi olanlar da ona ayne şekilde davranır. (27).

Faziletli, ilmîni arttırmağa istekli, mütevazî, bildiği sorya cevap verip bilmediği durumda bilmem demekten çekinmeyen zihin açıklığı olan üstaplara güvenilerek danışılabilceğini bildiren Abbas Vesim, tabibin üstadının maharetiyle tanınmasını yıllarca uğraşıp ulaşılması zor olan bir şöhret vesilesi olarak görür. “*Tabip, üstat kavlince yürüye*” diyerek bu özellikteki usta hekimleri kastetmektedir (22).

Öğrencilere cenin düşürmek, hamileliği önleyip nesli kesecek veya zehir gibi bazı zararlı bilgilerin dışında hekimin sanatının bütün sırlarını talebesine öğretmesini vasiyet eden Abbas Vesim, hocanın talebesini iyi işlere alıştırarak tavsiyede bulunmasını, yerinde ve kararında uyarmasını, talebesinin istidadı ve kabiliyeti kadarı ile ona öğretmesini, talebe öfkeli ise çabuk kızıyora nasihat etmekten geri durmamasını belirttikten sonra öğrencinin de nasıl bir talebe olması gerektiğini ele

alır ve Tebrizli Ahmet bin Hubel'in (ö.1213) 'el-Muhtar Fi't-Tıb' adlı kitabından yararlandığını yazar (22).

3.1.6. Osmanlı Tıp Yazmalarından Hekimliğin Öğrenilmesi

Usta- çırak eğitiminden geçmeyen, bir üstada hizmet etmeyen kişinin tabiplik yapamaması gerekliliği varsa da, bir kısım kimseler de tıp yazmalarından yararlanarak hekimlik bilgisi öğrenerek hasta tedavi etmekteydi. Tıp kitapları Medrese kütüphanelerinde herkese açık olarak bulunurdu. Basit ilaç tertipleri ve bazı tıbbi kaideler kolaylıkla hocasız öğrenilip uygulanabilecek nitelikteydi. Bunun sebebi 18. Yüzyıla kadar yazılan tıp yazmalarında daha çok basit ilaç terkipleri ve hijyen kaidelerine yer verilmesidir. Osmanlı Devleti'nin üç kıtada hüküm süren geniş coğrafyasında her yerde tabip bulundurması zor bir durumdu. Bu nedenle okuması yazması olan, bilgili ve anlayışlı kimseler için tıbbın felsefesinden arınmış, el kitabı niteliğindeki tıp yazmaları yol gösterici olmaktaydı. Ayrıca önemli bir koruyucu halk sağlığı vazifesi görmekteydi.

Arapça ve Farsça yazılı tıp kitaplarını Anadolu ahalisinin çoğunluğu okuyup anlayamadıklarından “*Âtıl ve aciz*” kaldıkları kaydedilmekteydi (74). Hâzık bir tabibi bulunmayan yerlerde halkın da faydalanmasını, kendi kendinin tabibi olmasını sağlamak amacıyla, bir çok tıp kitabı Türkçe kaleme alınmakta ya da Arapça eserler Türkçe'ye tercüme edilmekteydi (33). Osmanlılarda da Anadolu Türk Beyliklerinde olduğu gibi tıp kitaplarının Türkçe'ye tercümesinde ve Türkçe kaleme alınmaları yönünde büyük bir hareketlilik görülmekteydi. Hemen her bir Türkçe tıp yazmasının giriş kısmında yazarlar kitaplarını herkesin yararı, gerek halk (avam), gerek yüksek tabaka (havas) için yazdıklarını belirtirmekteydiler (33). Bu kitaplar barışta kullanıldığı gibi seferde de el kitabı olarak kullanılmaktaydı. İbn-i Şerif, kitabında yazılanlara göre hareket edenlerin asla cahil hekime ihtiyaç duymadan sağlıklı yaşayacağını ifade eder (75). Kitabını “*herkese yararlı olabilmek amacıyla*” yazdığını belirten Salih bin Nasrullah herkese “*kendi kendinin hekimi olmasını*” tavsiye etmektedir: kişi kendi sağlık halini ve mizacını bilmelidir ki mevsim özelliklerine göre dikkat edip hasta olmasın. Her yerde doctor bulunamayacağından dolayı temel muyaene ve tedavi şekillerini bilmek kişiler için gereklidir (76).

Bahname adında bir el yazmasında, “*parasızlık sebebiyle hekime gidilemediğinde, ya da ‘hâzık’ tabibi olmayan köy yerlerinde istifade edilsin diye kitabın kaleme alındığını*” anlatılır (77).

Tıp tahsili görmeden tababet icra etmek 19. Yüzyılın başlarında da söz konusuydu; hatta Şânîzâde Atâullah darüşşifalarda tahsil görme fırsatı bulamayan bazı kimselerin tababet icra ettiklerini belirtir; kitabı vesilesiyle iyi yetişememiş tabiplere pratik müdahalelerde yardımcı olmak istediğini ve bu arada darüşşifada yetişen hekimlerin de bilgilerini bu kitapla tazeleyebileceğini ifade etmektedir (78).

Tıp kitaplarının Türkçe olarak kaleme alınması hekimi bulunmayan yerlerde halkın pratik el kitabı olarak yararlanması için yaygın bir uygulama haline gelmişti., Tedavi sanatıyla ilgilenenlere hekimlik bilgisi vererek onları hatadan, hastayı ise zarardan koruma düşüncesi Türkçe yazılı tıp kitaplarının mukaddimelerindeki açıklamalarda yer almaktaydı. *Müntehab-ı Şifa, Yadigar-ı Fi’t-tıbb, Menafîü’n-nâs, Enmüzecü’t-tıbb, Şifaü’l-fuad, Mahazar-ı Nusret* gibi uygulamaya yönelik türden tıp kitaplarının kolay anlaşılır bir Türkçe ile yazıldığı ve bunlara yüzyıllar boyunca talep olduğunu, çok sayıda insanın ihtiyacını giderdiğini ve bu kitapların tıp bilgisinin yaygınlaşmasına yardımcı olduğunu, kütüphanelerde mevcut nüshalarının sayıca çok olmasından anlamaktayız (5).

Tıp eğitimi sırasında hekim adaylarına tıbbi bilgilerin yanında kendilerini geliştirecekleri, tıp sanatını daha etkin uygulayabilmelerini sağlayacak başka bilim dallarıyla da ilgili eğitimler verilmekteydi.

3.1.7. Tıp Yazmalarına Göre Hekimin Tıp Dışındaki Bilgi Alanları

Hekimin alim bir kişi olmasının gerekliliği ve tıbbın yanı sıra diğer bazı bilgi alanlarında da bilgi sahibi olmasının gerekliliği bazı tıp yazmalarında dile getirilir. Hekim, hastanın tedavisinde sadece tıp bilgisiyle yetinmeyerek *felsefe, riyaziye (matematik) ve ilm-i nücûm (astroloji)* gibi ilimlerin aslına da vâkıf olmalıydı. Mesela, ilacı reçete ederken hekimin hesap yapması, günün saatlerini, mevsimleri, burçları da göz önünde bulundurması gerekebilmekteydi (5).

3.1.7.1. Felsefe (Hikmet): Osmanlı tabibinden beklenen bilginin muhtevasını aslında hikmet kanunları oluşturmaktaydı. Filozof hekim denilen hekimler; tıbbın dışındaki diğer ilimleri bilmesi ve insanı çevresiyle olan ve kainat-

mikro ve makro kosmosla olan ilişkisini ve düzenini dikkate alarak değerlendiriyorlardı. Ancak bu durumda işinin ehli -hâzık bir tabib sıfatına sahip oluyorlardı. Hakîm olmak, hikmete sahip olmak yani *bilgeliğin* kendisi akıl ve mantıkla doğruyu aramaktı. Yüksek ahlak sahibi olmak için bu ideali arayış insanı kemale erdirebilmekteydi. Hikmet, varlıkların en yüksek ve en derin sebeplerini bilmektir. Cehaleti önleyecek bilgiye sahip olmaktır. Bir anlamda da hikmet bilgisine sahip olan hekimden beklenen hastalığa engel olabilmek, esas olan sağlığın devamını sağlayabilmektir (5).

Usta tabibin ancak tüm ilimlere vakıf olması halinde *hakîm* sıfatına haiz olabileceği görüşü o kadar yaygındı ki, bu anlayış edebi eserlerde de işlenmiştir. Mesela, şair Nâbi'nin (ö.1712) *Hayriyye*'sinde, *Mebbas-ı Lâzime-i Hikmet ü Tıb* bölümünde 17. Yüzyıl Osmanlı tabibi için biçtiği ölçüler darüşşiffların vakfiye şartlarından farklı değildi:

*“Dinür ammâ o tabibe hâzık
Ki ola ismi hakîme lâyıık
Çok fûnûn görmeğe muhtâc tabib
Her fûnûndan ola bir nebze nasib
Evvelâ hikmet ü hey'et lâzım”* (79).

Hikmet bilgisi dinin ve felsefenin temelinde yer aldığı gibi bilimin de merkezinde yer almıştı. Fen ilminin nihayetinde de bilgeliğe ulaşmak söz konusuydu. Bu nedendir ki, biyoloji ve fizik uzun bir süre “*hikmet-i tabiiyye (tabiatın hikmeti)*” olarak isimlendirilmişti.

Hikmet kelimesi, hakikat dışı her şey, men eden, cehalete engel olan, kişiyi sapık fikir ve inançlardan alıkoyan bilgi ve irfanın adı olmaktadır. Hekim ise cehalete, yanlışlığa engel olandır. Hekimlik hastalığa engel olma bilgisidir. Yani hıfzıssıhhadır (80).

3.1.7.2. Matematik ve Geometri: Hekimin geometri (hendese) ve aritmetik (hesap) gibi matematik bilgilerini bilmesi daha makbul kabul edilirdi. Bu sayede hekim, tıp yazmalarında yer alan ilaçların veriliş saatlerini ve günlerini belirleyen ebced ve astroloji hesaplarını da yapabilecektir.

Uzun bir süre riyaziyyat okuduğunu söyleyen Emir Çelebi tabibin özellikle matematiği çok iyi bilmesini gerekli görür (27). Abbas Vesim, “*kesin kanıtlar ilmi*”

olarak nitelediği geometri ile aritmetik bilgisinin tabip için gerekli olduğunu tekrar tekrar anlatır; tıp ve “riyazi” fenler arasındaki ilişkiyi belirtir ve bu bilgilerin hekimin tıp bilgisini destekleyeceğini savunur (22).

3.1.7.3. Astronomi: Hıtlar teorisine göre ilaçların etkisi günün saatine, mevsimlere, yıldızların hareketine bağlı olarak değişmekteydi. Bundan ötürü hekim “*nücûm*” ilmini iyi bilmeli ve tedaviyi yaparken yıldızların hareketini göz önünde bulundurmalıdır.

Abbas Vesim tıbbın Nücûm ilmi ile tamam olacağını, bu ilmin kurallarına uyan hekimin tedavisinde başarılı olacağını ve halkın ona sevgi duyacağını belirtir (22).

3.1.7.4. Müzik bilgisi: Yine hıtlar teorisine göre müziğin de nabız ve mizaçla ilgisi olduğu kabul edilirdi. Nabzın hareketinin muntazam olması sağlık işareti olarak kabul edilirdi. Eski tabipler müzik nağmeleriyle hastalıklar arasında ilişki kurmuşlar ve hastalıklarda nabız hareketlerinin çeşitli ritimlerde olmasından bazı anlamlar çıkarmışlardır. Nabız hareketlerinin her birini bir makama uydurarak hastalıkları müzikle tedavi etmeye başlamışlardır.

Normalden farklı olarak yavaş ya da hızlı ritimli, bozuk ve aksak ritimli nabızlar hastalık belirtisi sayılırdı. Hekim müzik bilgisine sahip olduğu takdirde anormal ritmi anlayıp teşhis koyması kolaylaşmaktaydı. Hastalıklara ve mizaçlara göre makamların ve teganni tarzlarının tesirlerinin değiştiği kabul edilir ve ona göre müzik aleti kullanılır, her hastaya ve hastalığa uygun olacak şekilde icraat yapılırdı. Mesela, rast makamı felç hastalığına iyi gelir diye kabul edilirdi. Musiki icrasının günün belli saatlerine göre tesiri değişeceği kabul edildiğinden, hangi saatte hangi musikin veya hangi günde hangi makamın hangi mizaç için uygun olduğuna dair bazı tıp ve musiki kitaplarında çizelgeler bulunmaktadır (81).

17. yüzyılın Osmanlı hekimlerinden Şuûrî'nin (ö.1693) *Ta'dilü'l-Emzice*'sinde, müzikle tedavi bölümü vardır. Şuûrî ömrü artıran ve gamı uzaklaştıran nağmeleri dinlemenin mizaca iti geldiğini ve ağrıları dindirdiğini ifade eder (82).

Abbas Vesim, ilaç ile tedavi edilemeyen bazı hastaların müzikle sıhhate kavuştuğunu rivayet eder (22).

Musiki vakitlerinin tedavide tesirinin büyük olduğunu ifade eden Abbas Vesim, “soğuk zamanlarda sıcak nameler ve sıcak zamanlarda soğuk nağmeler okumak gerektiğini” anlatır (22).

Şuûrî, zamanla darüşşifalarda icra edilen müzik ile bazı kimselerin havaileştirdiğini; müzikle tedavinin bir süre sonra eğlenceye dönüşmesiyle işlerin aksaması kaygısı ve bazı hastaların da rahatsız olması sebebiyle zamanla kaldırıldığını anlatır (82).

3.1.7.5. Feraset ilmi: Feraset Osmanlıda bir ilim şubesi olarak kabul edilmekteydi. İnsanların huyunu ve karakterini, yüz çizgilerine bakarak ve dış görünüşlerini analiz ederek anlamaya çalışma bilgisi denebilir feraset ilmi için. Kişilerin yüz çehresinden, uzuvlarının şeklinden, konuşma tarzı ve giyiniş şekillerinden ahlakını, huy ve tabiatını, yeteneklerini anlama yolları gösteren mesela, “*Bir insanı boynu kısa ise, tabiatı serttir; ince ve uzun ise her şeyi inceleyendir*” gibi örneklerin yer aldığı “Kıyafetname” adı verilen eserler vardı (31).

Feraset bilgisinin insanı hataya düşürmeyen bir bilgi olduğuna inanılır ve bunu ispatlamak üzere hikayeler anlatılırdı (83). Hekim sadece hastalığı değil, hastanın dış görünüşünü ve davranışlarını da dikkate almalıydı. Tedaviye yardımcı olacağı düşünülen feraset ilmi için Gevrekzade Hasan tabibe diğer ilimleri bildiği gibi feraset ilmini de bilmelidir diye tavsiyede bulunur (84).

3.1.8. Osmanlı’da Tıp Yemini

Hekimin, hayatta olmayanlar dahil, bütün tıp üstatlarına sadık ve saygılı olması beklenirdi. Hipokrat, Galen, İbn Sina, Râzi ve diğer kadim ustalar tıp ilminin sanki yaşayan ustalarıymış gibi değerlendirilirdi. Günümüz tıp eğitimine baktığımızda maalesef tıp büyüklerini yakından tanımak pek mümkün olmamaktadır.

Abbas Vesim’in Düstur’ul Vesime’e başlarken verdiği ilk öğüt, Hipokrat Yemini’nin dönemin değerlerine uyarlanmış bir şeklidir. Bu nasihatler, hekimin tıbbın ustalarına ve onların çocuklarına olan ödevini belirtmektedir.

Abbas Vesim Hipokrat’ın yeminini şu şekilde değiştirerek ifade etmiştir:

“*Bahsi geçen tabip (Hipokrat) vasiyetlerinin başında, tabip olan bir kimsenin tıp mesleğinde nasıl hareket etmesi lazım geldiğini ve ne gibi iyi sıfatlara sahip olması gerektiğini anlatır ve şu hususu yemin ile belirtir ki, ölüm ve hayatın sahibi olan ve her tedbir ve tesiri yaratan yüce Allah’ın eşsiz olan zatı, kadın ve erkek*

evliyaların hakkı için bu ilmi bana öğretenleri baba yerinde bilip onlara ait umumi ve hususi meselelerde ve halin icabına göre yardım ve tesellide ve gerek maddi ve gerek başka meselelerde muhtaç oldukları ne ise onu yerine getirip rızalarını almak en önemli işlerimden olmuştur. Hocalarımın çocuklarını, ailelerini, kız ve erkek kardeşlerime eş tutmuş ve eğer tıpla ilgili veya diğer işlerde bana muhtaç oldukları her ne varsa o hususu onlar için parasız olarak yerine getirmiş ve hiçbir menfaat düşünmeden o işi onlar hesabına onlara ulaştırmada kendi evladıma yaptığım şekilde hareket etmişimdir... Hocayı baba ile bir tutmak gerekir ve ne şekilde olursa olsun hocanın rızası alınmadıkça tıp talebesi ilimde istediği seviyeye çıkamaz” (22).

Hipokrat Yemini, eski Yunan mitolojisinin sağlık tanrısı Apollo ile oğlu şifa tanrısı Aesculap ve iki kızı adına yapılırken, Abbas Vesim, hekim yemini Allah adına düzenler ve kadın ve erkek evliyalari da zikreder. İki metinde de ortak olarak, hekim hocasına ve onun ailesine karşı kendini sorumlu tutmaktadır. Hekim kendini yetiştiren hocasının her zaman rızasını almalı, ona ve ailesine karşılıksız hizmette bulunmaya hazır olmalıdır. Aynî, *Türk Ahlakçıları* isimli kitabında, bu ilkelerin “bütün sanatlarda usta-çırak ilişkilerini düzenlemede yön verici, yasa niteliği taşıyan değer yargıları olduğunu” naklediyor (8351).

Osmanlı’da tıp eğitimi Hipokrat tıbbi bilgileri esas alınarak zamanın şartlarındaki bilgiler dahilinde veriliyordu. Günümüze gelene kadar bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle tıp ilmi de çok ilerlemiş, insan organizmasının her sistemi için ayrı bir disiplin kurulmuştur. Modern dönem hekim eğitimine geçiş süreci ve günümüzdeki uygulanması bir sonraki bölümde ele alınmaktadır.

3.2. MODERN DÖNEM HEKİM EĞİTİMİ

Modern tıp eğitimine geçiş sürecine baktığımızda 19. yüzyıl ve takip eden dönem, tıp tarihi açısından modern tıp düşünce ve anlayışının kurumsallaştırılmaya çalışıldığı bir dönem olmuştur. Geleneksel usta-çırak eğitiminin hâkim olduğu darüşşifalardaki tıp medreselerindeki eğitimden modern eğitime geçişi; Tıbhâne ve Cerrâhhane-i Amire’nin eğitime başlaması ile olmuştur. III. Selim döneminde 1805’de Rum Tıp Okulu’nun, 1806’da Kasımpaşa’da Tersane Tıbbiyesi’nin açılması, Tıphane-i Amire’nin kurulmasına ön ayak olmuştur (85,86).

Her iki okul da kısa süre sonra kapatılması sonrası hekimbaşı olan Mustafa Behçet Efendi, Sultan II. Mahmud’a, yeniçeri ocağının lağvından sonra kurulan yeni

orduya yani Asâkir-i Mansure-i Muhammediye'ye hekim yetiştirmek üzere tıp okulu açmak teklifini sunmuştur (86).

14 Mart 1827'de İstanbul'da "Tıbhâne-i Amire" adında eğitime başlayan yeni bir tıp mektebinin ardından 29 Ocak 1832'de Topkapı Sarayına bitişik Gülhane Bahçesi'nde mevcut binalarda Cerrâhhane-i Amire de eğitime başlamıştır. 1836 yılında bu iki okul birleştirilip Mekteb-i Tıbbiye adını almış ve 1838'de Galatasaray'daki yeni binasına taşınmışlardır (86).

Osmanlı'da 19. Yüzyılda meydana gelen yönetim değişiklikleri, savaşlar, yetişmiş hoca sayısındaki eksiklikler ve toplumsal yönelimler sebebiyle tıp eğitiminin medreseden gerçek anlamda bir fakülteye geçişi; ağır adımlarla yaklaşık bir asırda ancak tamamlanabilmiştir. 1827'de Tıbhane-i Amire'de başlayan modern tıp eğitim programının içinde bulunduğu dönem için oldukça ileri olduğu ifade edilebilir. 1910 yılında ABD ve Kanada'daki tıp fakülteleri üzerinde yapılan inceleme sonucu açıklanan Flexner Raporu'nda önerilen şekilde eğitim verilmiştir. Yani eğitimin ilk yıllarında temel bilimlerin, son yıllarında ise klinik bilimlerin okutulduğu bir tıp eğitimi sistemine geçilmiştir. Önerilen bu tıp eğitim sistemi birçok ülke tarafından da benimsenmiştir. Geleneksel usta-çırak tipi tıp eğitiminde pratik yapma imkânı olan hekim adaylarının yeni sistemde teorik eğitime ağırlık verilmiş olması nedeniyle mezun olduklarında bu yönden eksik kalmışlardır. Bu eksikliğin giderilmesi için mezuniyet sonrası eğitim kapsamında görev yerlerine gitmeden önce pratik tecrübelerini arttırmak amacıyla asker hastanelerine gönderilmişlerdir. 20. Yüzyıla gelindiğinde yenilikçi tıp eğitim hareketi, Haydarpaşa'da ihtişamlı bir binada modern anlamda eğitim veren Sultan II. Abdülhamid tarafından yapılan Darülfünun-u Osmanî Tıp Fakültesi'nde eğitime devam etmiştir. 1 Kasım 1933 tarihinde İstanbul Üniversitesi, Cumhuriyet Dönemi'nde gerçekleştirilen üniversite reformu sonrasında mevcut olan ilk ve tek üniversite, tıp fakültesi de ilk ve tek tıp fakültesi olarak hizmet vermeye devam etmiş, 1945 yılında ise yine kuruluşunun Sultan II. Abdulhamid'e dayanan Ankara Numune Hastanesinde bulunan bir grup hocanın ilgili klinik eğitimlerini bu hastanede ilk başta verdiği-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulmuş, 1954 yılında da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulmuştur. 1963 yılında Ankara Üniversitesinin katkıları ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi açılmış ve tıp eğitiminde yeni bir değişim gerçekleşmiş ve bu üniversitelerdeki

hocaların katkıları ile Türkiye'nin doğusunda ilk kapsamlı bir üniversite olan Erzurum'da modern tıp eğitimlerine devam edilmiştir (87). Tüm buralardan yetişen hekimler tarafından da Türkiye'de yurt çapında birçok ilde Tıp Fakülteleri kurulmuş ve modern tıp eğitiminin tüm yurtta verilmesi böylelikle sağlanmıştır. (87).

3.1.1. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

Bugün Türkiye'de 72 devlet 23 ü vakıf üniversitesi olmak üzere toplam 94 üniversitede tıp fakültesi bulunmaktadır. ÖSYM 2018 yerleştirme sonuçlarına göre 14.575 öğrenci tıp eğitimi almaktadır. Tıp eğitimine başlayabilmek için ülkemizde lise mezunlarının girdiği TYT (temel yeterlilik testi) ve AYT (alan yeterlilik testi) sınavları vardır. Öğrencilerin tıp eğitimini alabilmesi için ÖSYM'nin düzenlediği bu sınavlarda başarılı olunması gerekmektedir.

Türkiye'de yüksek öğrenimlerin eğitim süresine baktığımızda en uzun süreli eğitim tıp fakültesi eğitimidir. 6 yıl süren lisans eğitimi 12 dönemden oluşmaktadır. İlk 3 yıl temel bilimler, sonraki 2 yıl klinik bilimler eğitimi verilmekte, son yılda ise intern hekim olarak hastanede çalışılmaktadır. Bu eğitim sürecini tamamlayan herkes tıp doktoru ünvanını almakta ve Sağlık Bakanlığı tarafından diplomasının onaylanması ile serbest hekim olarak çalışmaya hak kazanmaktadır.

Tıp eğitimin ilk 3 yılı çoğunlukla teorik bilgi öğrenilmesi ve laboratuvarlar uygulamaları şeklinde geçmekte, sonraki yıllarda kliniklere dağılınarak bire bir hekim/hasta ilişkisi olarak pratik ve teorik ağırlıklı eğitim alma imkanı ile sürdürülmektedir. Tıp eğitimi tüm dünyada 3 şekilde yapılmaktadır: 1) Klasik Tıp Eğitimi (sömestr sistemi) 2) Entegre Tıp Eğitimi (sistemlere oryente eğitim) 3) Probleme Yönelik tıp Eğitimi. Kısaca açıklamak gerekirse klasik tıp eğitiminde Anatomi, Fizyoloji, Histoloji gibi disiplin veya branşa yönelik bir programlama yapılmaktadır, entegre eğitim sisteminde ise sindirim sistemi, hareket sistemi gibi organ sistemi veya konulara yönelik bir program uygulanmaktadır. Her iki sisteminde avantaj ve dezavantajları bulunmakta ve günümüzde halen tartışılmaktadır. Bu iki sisteme pedagojik ve toplumsal yanlarına vurgu yapılarak eleştiri getirilmektedir. Genel olarak tıp eğitim süresinin uzun olması nedeniyle, uzun ve ezber dolu yıllarda öğrencinin köreldiği, araştırmacı ve çözümleyici yeteneklerinin zayıfladığı ve öğrenmeyi öğrenemedikleri ileri sürülmektedir. Bununla birlikte mezun olan hekimlerin toplumun sağlık sorunlarına yönelme,

bunları çözmeye isteği ve yeteneğinden mahrum bir şekilde mezun oldukları vurgulanmaktadır(88). Bu problemi ortadan kaldırmak için de tıp fakülteleri yavaş yavaş probleme dayalı eğitim sistemine geçmektedir.

Türkiye’de 2010 yılında yapılan bir tıp eğitimi araştırmasında, elli altı tıp fakültesinin eğitim sistemleri incelendiğinde; 47’sinde (%83,9) sistem temelli (entegre), beşinde (%8,9) disiplin temelli (klasik) ve üçünde (%5,3) probleme dayalı müfredat, birinde (%1,7) ise entegre ve klasik müfredat uygulandığı rapor edilmiştir. Son yıllarda kurulan yeni tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, sorgulayıcı ve entegre yapıda olan Amerikan Tıp Eğitimi sistemine benzer şekilde eğitimde tıpta insan bilimleri, sosyal sorumluluk , kanıta dayalı tıp ve ileri simulasyonun laboratuvarları ön plana çıkmaktadır. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014’te yer alan Temel Hekimlik Uygulamaları altı ana kategoride toplanmıştır. (89). Tıp fakültesinden mezun olan hekimin, belirli düzeylerde yapması, yönetmesi gereken temel hekimlik uygulamaları şunlardır: 1. Öykü alma 2. Genel ve soruna yönelik fizik muayene 3. Kayıt tutma, raporlama ve bildirim 4. Laboratuvar testleri ve ilgili diğer işlemler 5. Girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar 6. Koruyucu hekimlik ve toplum hekimliği uygulamalarıdır. Bu eğitim programında mezuniyet öncesi tıp eğitiminin; hekimlik uygulamaları ve mesleki becerileri kazanım, genel tıp alanındaki bilgiler, profesyonel değer ve davranışlara yönelik profesyonellik eğitimi şeklinde üç ana içeriği belirlenmiştir (90).

Bu değerler ve bilgisinde mezun olanlar iyi bir hekim olacak niteliklere sahiptirler ve istedikleri takdirde mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimine devam edebilmektedirler.

3.1.2. Mezuniyet Sonrası Uzmanlık Eğitimi

Uzmanlık eğitiminin temel amacı; kaliteli sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması ve sürdürülmesidir. Uzman hekimler, toplumun gereksinimlerine yanıt verebildiği takdirde sağlık hizmetinin verimliliği artacaktır. Ülkemizde altı yıl tıp fakültesi eğitimini başarılı bir şekilde tamamlayan hekimler, ÖSYM’nin düzenlemiş olduğu 1987 yılından itibaren uygulanan Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)’na girerek uzmanlık eğitimine başlayabilmektedirler. Uzmanlık Eğitimi verecek kurumlar ve eğitim içeriği Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından hazırlanan yönergeler ile belirlenmektedir. Uzmanlık eğitimi alanın farklılığına göre 3 ila 5 yıl arasında sürebilmektedir. Günümüzde uzmanlık eğitimini tamamlamak için hekimlerin, eğitim süresini doldurdukları ve tezlerini hazırladıkları takdirde jüri üyelerinden oluşan bir heyet huzurunda, eğitim aldığı kurumda bitirme sınavına girmek ve başarılı olmaları gerekmektedir. Uzman hekimlerin, zorunlu devlet hizmeti

yükümlülüğü gereği, atandığı yerde belirlenen süre kadar görev yapmaları gerekmektedir (91).

Tıpta uzmanlık eğitimi, teorik eğitimin yanında pratik eğitimi de uygulama imkanı vermektedir. Eğitim almakta olan uzmanlık asistanına rehberlik eden hocalar ve uzmanların varlığı sayesinde becerileri gelişmekte, hem kişisel hem de mesleki olarak kazanımlar sağlanmaktadır. Teorik eğitimin yanında uygulama sahası olması açısından, asistan hekim uzmanlık eğitimi sırasında çalıştığı hastanede uygun gözetim altında hasta muayene ederek çalışmakta ve bu şekilde hastalarına güvenli ve doğru sağlık hizmeti vererek kendini geliştirme imkanı bulmaktadır (92).

Tarihteki uygulamalarına baktığımızda hekimlik bir sanatın icrası olarak görülmektedir. Yapılan bir işi sanata dönüştüren şey hem süre olarak, hem de ortaya konan ürün olarak çok yapılması ve yapan kişinin de o işte, o çok ustalaşması ile olmaktadır. Tecrübenin artması ile kişi işinde eksikliklerini de tespit edip giderebilmektedir. Dolayısıyla uzmanlık eğitimi usta (hâzık hekim olma yolunda katedilen bir süreçtir).

Modern dönemde de Osmanlı döneminde de hekimler tıp eğitimlerini tamamladıkları zaman mezun olurken Hipokrat'a atfedilen tıp yeminin kendi dönemlerine uygun revizyonları ile yemin ederek mesleklerini uygulamaya başlamışlardır.

3.2.3. Hipokrat Yemini'ndeki Tıbbi Yasaklar

Modern dönemde olduğu gibi Osmanlı tıp yazmalarının bazılarında da Hipokrat yemininde yasaklanan tıbbi uygulamalar aynı şekilde ele alınmıştır. Bu ifadeler Hipokrat yemininde şöyle geçmektedir:

“Ne isteyenlere, ne de kendiliğinden kimseye zehir vermeyeceğim gibi kadınlara da çocuk düşürmek için vasıtalar temin etmeyeceğim... Mesaneden taşı çıkarma ameliyatı yapmayacağım, bu işi onunla meşgul olanlara bırakacağım” (50).

Abbas Vesim'in Düsturu'l-Vesim'de Hipokrat Yeminindeki üç yasağı aynen yer almaktadır: tıp ilminden maksadın hastaya faydalı olmak olduğu, hastanın kendini öldürmek için zehir istediğinde verilmemesi gerektiği, kadınlara çocuk düşürmek veya hamileliği önlemek için de yardımcı olunmaması gerektiği belirtilmektedir (22).

3.2. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Osmanlı'da Tıp eğitimi darüşşifalarda usta-çırak usulü ile yapılırdı. Darüşşifa vakfiyelerinde hekim olacak kişide aranan özellikler belirtiliyordu. Tıp bilgilerini öğrenmeye istekli, sağduyusu ve sezgisi açık, ferasetli olması istenen hekim adayının kendini yetiştiren hocasına derin saygı göstermesi beklenirdi. Hoca talebenin şeref sebebi sayılırdı. Hatta hayatta olmayan tıp ustalarına da derin saygı duyulurdu. Hastanın tedavisini düzenlerken ihtiyaç duyabileceğinden felsefe, matematik ve astroloji ilmine de vakıf olmalıydı. Yine müziğin nabız ve mizaçla ilgili olduğu düşünülür ve hekimin müzik bilgisine de sahip olması beklenirdi.

Osmanlı tabibinin hikmet ehli olması beklenirdi. Hazık yani usta tabip olmak için iyi bir tabiplik bilgisinin yanında felsefe, matematik, geometri, astronomi gibi

diğer ilimleri de bilmesi gerekirdi. Bu ilimleri de dikkate aldığında hekim, hastasını çevresiyle bütünlük içinde ele alır ve bir numunesi olarak yaratıldığı kâinat ile olan etkileşimini dikkate alarak değerlendirebilirdi.

Karmaşık tedavilerden, hastanın mizacına uygun düşmeyen tedavilerden kaçınılır, bilinmeyen usullerin uygulanması doğru kabul edilmezdi. Hastaya zarar vermemek, daha çok yarar vermek için mevcut kuralların usulünce uygulanmasına dikkat edilirdi. Mizaçlara göre tedavi verilmesi nedeniyle her hastaya ona özel olarak ilaçları hazırlanırdı.

Dış görünüşten, özellikle yüz çizgilerinden mana çıkararak huy ve karakter keşfetme ilmi olan feraset ilmini de bilinmesi beklenirdi. Bu sayede hekim sadece hastalığı değil hastanın dış görünüşünü ve davranışlarını da dikkate alırdı.

Modern dönemde tıp eğitiminde sosyal yönün ve insani ilişkilerinin önemi son yıllarda anlaşılmış olup tıp fakültesi eğitim programlarına iletişim becerileri dersleri konulmuştur.

Hekimlik sanatının uygulanması, Pratik yaklaşımın öğrenilmesi açısından asistanlık eğitimi bir anlamda usta- çırak eğitimine benzemektedir. Asistan hekim, hocasından tıbbi uygulamayı öğrenirken bir yandan da yaklaşım, süreçleri yönetme becerileri de kazanabilmektedir.

4. HEKİM HASTA İLETİŞİMİ, MESLEK ETİĞİ VE MALPRAKTİS

4.1. OSMANLI DEVLETİ DÖNEMİNDE HEKİM HASTA İLETİŞİMİ, MESLEK ETİĞİ VE MALPRAKTİS

4.1.1. Osmanlı Dönemi Hekim Hasta İletişimi

4.1.1.1. Hekimlerin Vasiyetine Göre Hekim-Hasta İlişkisi

Hekimler hastaları ile ilişkilerinde toplumun değerlerine uygun hareket etmeleri gerekirdi. Hekimin şahsiyet, yaşayış tarzı ve görünüşünün de meslek bilgileri ve ustalıklarından ziyade hastalarına olumlu veya olumsuz yönde tesir edeceği düşünülürdü.

Hekimin “neyi nasıl söyleyeceğine” ve eylemlerini “nasıl” yapacağına dikkat edilirdi. Hekim-hasta iletişiminin iyi olması hem tıp ahlakı hem de tedavinin fayda vermesi açısından önemliydi. Hekimler tedavinin yararını arttırmak için hastanın maneviyatını yükseltecek şekilde davranmalıydı.

Hastanın kendisini tedavi eden hekimine güveninin arttırması bakımından hekimin hal ve hareketleri, konuşması, görünüşü ahlak ve görgü kuralları olarak önem arz ederdi. Hekim böylece hem kendisine hem de tıp mesleğine olan saygıyı arttırmaktaydı. Ayrıca bu sayede teşhis ettiği hastalığa ve verdiği tedaviye olan güvenin de artmasına yardımcı olmaktadır (5).

4.1.1.2. Hekimin Hasta Ayırt Etmemesi

Hekimin zengin, fakir ayırt etmeden çağrıldığı her hastaya gitmesi beklenirdi. Hekim yazarlar, ihtiyaç sahiplerini, yoksul ve düşkünleri ayırt etmeden tedavi etmeyi bir ahlak kuralı ve hayırseverlik olarak değerlendirirdi. Hacı Paşa, hastaların eşit tedavi hakkı olduğunu ve eğer gidilmesi mümkün olunmayan şartlarda ise hekimin sorularına cevap vererek çağırının gönlünü alması gerekliliğini ifade eder (33).

Fakir ve düşkün kimselerin hastalarına bakmanın sevap olduğu kabul edilirdi. Birçok tıp kitabında ısrarla belirtilen bir mevzu da hekimin yoksul hastaya daha çok ilgi göstermesi gerektiğidir. Ahmed bin Bali, 16. Yüzyılda yazdığı eserinde, âcizleri, fakirleri ve zayıfları tedavi edenin kıyamet günü azaptan kurtulacağını ifade eder (93).

Abbas Vesim, hekimin yoksul hastaya baktığı taktirde yüceleceğini söyler ve zayıf, yoksul ve muhtaç kişilere yardım etmesi için Peygamber soyundan gelenlerden örnek vererek nasihat eder ve bu durumun şanını alçaltmayacağını bilakis izzeti ve ikbalinin artacağını ifade eder (22).

Abbas Vesim, her kişinin tedavi hakkı bulunduğunu belirtir. Özellikle kadınlardan yaşlı, dertli çaresiz olanların, kimsesiz olup aciz, zayıf ve fakir olup hor görülenlerin, tedavi edilmemesini bir ‘ihmal’ olarak nitelemektedir (22).

Abbas Vesim, hekimin orta halli ve itibarlı olanların işlerinde de ihmal göstermemesi gerektiğini vurgulamaktadır (22).

Abbas Vesim ve Hayrullah efendi, her ikisi de, hastaya çağrıldığında nereye olursa olsun hekimin çekinmeden ve geç kalmadan gitmesi gerektiğini, hastanın hastalığı çok önemli olmasa da hekimin gecikmesinin alınacak tedbiri geciktireceğinden hastalığın artmasına yol açacağını söylerler.

Fakirlerin ağır hastalarına bakmanın zenginlerin hafif hastalarına bakmaktan daha iyi olduğunu söyler Dr. Mustafa Hami: çünkü fakirler çok önemli sayılmayacak durumlarda heim çağırılmaz, çağırılabilirse bile tabipler hemen tenezzül etmezler. Zenginler

ise en ufak bir rahatsızlıkta hekim çağırır ve ücretini fazlasıyla ödedik diye düşünerek teşekkür etmeye bile tenezzül etmezler. Fakirler ise tabibe maddi olarak iyi bir şey verememiş olduklarından dolayı daima hayırla dua ederek teşekkür ederler (31).

4.1.1.3. Hekimin Sorumluluğunun Sürekliliği

Hekimlik ahlaki uygulamalarında ve hekim-hasta iletişiminde alınan kararlar ve uygulamalar zamana ve mekâna yayılmış bir süreç içerisinde. Bu süreci ifade eden tavsiyeler tıp yazmalarında bulunmaktadır. Hekimin, koyduğu teşhis ve uyguladığı tedavileri, hastasının yanından ayrıldıktan sonra da değerlendirmeye devam etmesi beklenirdi.

Hekimin hastanın yanındayken aldığı kararlar eksik ya da yanlış olabilir. Abbas Vesimi eğer hekim yanlış bir tedavi uyguladığını sonradan anlarsa hatasını çekinmeden ve cesurca düzeltmesini vasiyet eder (22).

Dr. Mustafa Hami, hekimin boş zamanlarında hastalarının durumu hakkında düşünmesini, yaptığı uygulamaları, tedavinin başını sonunu gözden geçirmesini tavsiye eder (31).

4.1.1.4. Hastanın Sır ve Mahremiyetinin Korunması

Hekimlere verilen nasihatler arasında en sık karşılaştığımız konulardan birisi de hasta mahremiyetinin ve sırrının korunmasıdır. İşi icabı hastasının mahrem alanına girmesi gereken hekimin, hastasının ailevi durumunu, maddi vaziyetini, ev halini, fiziki özelliklerini, özel duygularını ve sırlarını öğrenmesi mümkün olmakta ve bu durumda hekimin gördüklerini ve işittiklerini başka kimselere anlatmaması beklenirdi.

Abbas Vesim hekimin daha hasta evine girerken meraklı gözlerle etrafı incelemekten kaçınmasını, emanet ve iffet ile tedavisini uygulamasını vasiyet eder (22).

Hekimin gördüklerini ve işittiklerini sır olarak saklaması ve başkalarına anlatmaması da değerli bir ahlak kuralıdır. Mukbilzade Mü'min de hekimin hasta yanında bazı kimselerin ayıbına şahit olsa, bunu başka ortamlarda konuşması hekimin hafifliği olacağını ifade eder (34).

Emir Çelebi ise, ne gibi hastalıkların mahrem sayıldığına dair örnek verir; Rahim hastalıkları, basur, bağırsak veya tenasül organları hastalıkları gibi. Kişinin o

hastalığa yakalandığının halk arasında bilinmesi halinde hasta incinebilir bu nedenle sır kuralına dikkat çeker (27).

Abbas Vesim sır kuralının değerini, “*Sır emanettir, sırrı ifşa etmek hıyanettir*” şeklinde özetler (22).

Hekimin gördüklerini ve duyduklarını başkalarına anlatmayacağından emin olan hasta dertlerini daha rahat ifade edebilecektir. Hekimin sır tutması sayesinde hastasının güvenini kazanacağını, hastanın da çekinmekten kurtulup kendini daha iyi anlatacağını ifade eden Hayrullah Efendi sır konusunu hastanın tıbbi yararı açısından ele alır:

“*Sır saklamaya çok dikkat etmelidir, o kadar ki sır sakladığı herkes tarafından bilinsin. Zira yakın bir dosta, bir yakına söylenmeyecek bazı gizli şeyler vardır ki iyi bir hekime şifa bulabilmek için açıklanır*” (30).

4.1.1.5. Hekimin Hastası ile İş birliği Hali

Tedavi sürecinde hekim ve hasta iş birliği içinde kabul edilir; hasta, hekime ihtiyacı olduğundan dolayı hekimine karşı saygılı olmalıydı ve hekim de hastasına karşı sabırlı olmalı, ona sadık kalmalı ve sorumlu davranması beklenirdi. Böyle bir tutumun, hekim ile hastanın karşılıklı olarak birbirine muhtaç bulunduğu ve hizmet alan hasta ile hizmet veren hekimin, yani her iki tarafın da yararına olduğuna dikkat çekilmektedir. Ve verilen tedavinin sürekliliğinin önemini göstermektedir.

4.1.1.6. Hekimin Hastayla Sözlü İletişimi Nasıl Kuracağı

Hekimden beklenen güler yüzlülük, tatlı sözlülük, doğruluk gibi erdemlerin hasta ziyaretlerinde büyük önem taşıdığı düşünüldü. Hekim iyi huylu olduğu taktirde, ilacın tesirine ilaveten hastanın iyi muameleden de fayda görmesi umulurdu. Hekimin sözlerinin, yürüyüşünün ve kıyafetinin ahenk içinde olmasının hasta üzerinde olumlu etki yapacağı düşünülmekteydi. Hastanın hekimine karşı güvenini artıran ve hastanın maneviyatını yükselten durumlardan en önemlileri; hastayı ziyaret eden hekimin görünüşü, davranışları ve de sözlü ifadelerinin olduğu düşünüldü. 16.yüzyılda, Ahmed bin Bâli, hekime güler yüzlü, iyi huylu, gönül alıcı olmasını; hastanın maneviyatını yükseltmesini, hastanın kalbinden sıkıntıları gidermesini, samimi ve kardeşçe tedaviyi sürdürmesi gerektiğini nasihat eder (93).

İbn-i Şerif, hekimin her türlü uygunsuz tutum ve davranıştan kaçınmasını ve hastasını çeşitli yollardan sevindirmesini tavsiye eder: hastayı üzüntü ve sıkıntılardan uzak tutmalı gerekirse sevdiği dostlarını hastasının yanına getirterek moralini yüksek tutmalıdır (75).

Abbas Vesim'e göre hekim hastasına zarar vermemek gayesiyle inceden inceye düşünmeli, çevresini etraflıca inceledikten sonra söyleyeceklerini iyice tartıp öyle konuşmalıdır. Hastanın zor anlayacağı konular varsa hekim hastanın yakın akrabalarına veya dostlarına açıklamalıdır.

Hastaya çok ızdıraplı anlarında mecbur kalmadıkça söz söylememeli; mutlaka söylemek gerekirse onu üzmemek için uygun bir şekilde söylemelidir. Mesela yoksul bir hastaya pahalı bir ilaç alması gerekiyorsa, dolaylı yollardan anlatmalı, paradan söz etmemelidir. Eğer hasta tedavisinde cimrilik gösteriyorsa da gerekeni nezaketle belirtmelidir.

Abbas Vesim, hasta hikayesinin doğru ve tam alınabilmesi için, hekimin hastanın sözlerinin doğruluk derecesini araştırması gerektiğini, hastanın söylemeye çekindiği hususlar olabileceği için akrabalarından ve çevresindekilerden bilgi toplamasını tavsiye eder (22). Bu yaklaşım osmanlı dönemi hekimliğinin toplumsal yönünü de göstermektedir. Eksiksiz bir anamnez için hasta yakınlarıyla da görüşülmektedir.

Hekim-hasta iletişimde 19. yüzyıla gelindiğinde hekim otoritesinin güçlendiği görülmektedir. Hayrullah Efendi, hekimin cahil olduğu sonucunun çıkartılabileceğinden dolayı tabibin hastaya çok soru sormasından çekinmektedir (30). Dr. Mustafa hami de benzer yaklaşımla hekimin hastaya sorularını “sakin ve dikkatlice” sormasını ve teşhisini kısa zamanda koyarak ilacını yazmasını, hastanın yanında uzun süre vakit geçirip konuşmamasını tavsiye etmektedir (31). Bu durumdan 19. yüzyıla doğru ilerleyen süreçte azalan bir iletişim olduğunu görmekteyiz.

4.1.1.7. Hekimin Hastalığın Seyri Hakkında Kesin Konuşmaması

Hekimin, hastasına karşı sadakatli ve dürüst olması beklenmesine rağmen, hastanın tedaviden fayda göremeyeceği ya da ölmesine az bir süre kaldığının hastaya söylememesi istenirdi. Hekimin, tedavi sonucu ümitsiz görünen hastanın tedavisine devam etmesi, yine de tedbiri elden bırakmaması bir ahlak kuralıydı. Allah'ın rahmetinden ümit kesilmeyerek, o hastalığa ilaç fayda vermez diye kitaplarda yazılı olsa da bazen mucize eseri gibi illetten kurtulan hastalar da olabilmekteydi. Bu gibi durumlarda hasta tedaviyi kesmeyi isterse, bunun zararlı olacağı ona bildirilmeli ve uyarılmalıydı. Hastanın hayatından ümit kesilmemeli ve kötü beklenti söylenmemeliydi. Hastanın maneviyatı yüksek tutularak bedenin kendini iyi etme gücüne dayanılır böylece yararlı olunacağı ve iyileşmesine de katkıda bulunacağı düşünülürdü. Kötü durumu bildirildiğinde ise hastanın iyi olma ümidi kırılacağından, ümitsizliğin, karamsarlığın sağlığına zarar vereceği düşünülürdü. Burada bir placebo etkisinden söz edebiliriz. Ömür biçilmeyen hastanın mutlu öleceği de düşünülür müydü, bilemiyoruz (94). Hastanın maneviyatının yüksek tutulması gerekliliği Aile hekimliğinin spiritüel yaklaşımı ile günümüzde yeniden tıbbın gündemine girmiştir.

Hemen iyileşecek diye düşünülen hastaların öldüğü, uzun süre yaşamaz zannedilenlerin de sağlığına kavuştuğu görüldüğünden dolayı, hekimin hasta için 'muhakkak iyileşecektir veya sonu iyi değildir' şeklinde kesin bir hüküm vermesi doğru kabul edilmezdi. Hastalığın iyileşme süreci hastadan hastaya fark edebileceğinden bu gibi düşünceleri açığa vurmamak yine de ihtiyatlı davranmak gerekirdi. Hem hasta hem de hekim açısından tedbirli davranışın yararı olduğu düşünülürdü. Bu tedbirli davranış ile hastanın maneviyatına yardım etmesinin yanı sıra, ileride hekimin söylediklerinin tersine gelişmeler olduğunda ise hekimin itibarını da sarsılmaktan korurdu.

Mir Salih bin Havabin'e göre, hekim, ölecek hastaya dahi ümit vermeli ve gönlünü kırmamalıdır, üzüntü getirecek hareketlerden sakınmalıdır (95).

Hekimin, hastalığın seyri, prognozu hakkında da kesin konuşmaması tavsiye edilmiştir. Hekim, Allah'ın takdirini bilemeyeceğinden, ecel gelene kadar hastanın tedavisine gayret etmeliydi. Ecelin ne zaman geleceği bilinmediği için hastanın akrabalarına tahmini ölüm vaktini vermek doğru sayılmazdı.

Henüz tıp teknolojisinin gelişmediği Osmanlı döneminde kesin tanı koyma durumu açısından hekimlik uygulamalarının imkânı düşüktü bununla yüksek teknoloji sayesinde kesin tanı imkânı genişleyen günümüz hekimliğinin kıyaslanması doğru olmayacaktır. Osmanlı tıbbında hastalıklar, şikayetler ve belirtiler olarak ele alınmak üzere bulgular baştan ayağa doğru gözden geçirilirdi. Hastalıkların çoğu ayırt edilemiyor belli belirtide olanlar başlıklar halinde toplanıyordu; mesela, ateşli hastalıkları, “*humma*”; vücudun bir yerinde madde birikimi “*istiska*”; bir şişlik bulgusu olan hastalıklar “*evrâm*”; adı altında toplanmıştı (65). Ölümün tesbiti de, kalp-nabız atımının durması ve nefes alıp vermenin sona ermesi duyularla tespit edilip öyle ölüm gerçekleşti denirdi, daha kesin bulgu verecek bir bilgi mevcut değildi. Hekimin kesin konuşmaması; kendi duyuları gözlem ve muayene bulguları ile tecrübesine dayandığından, o günün tıbbi şartları düşünüldüğünde makul karşılanmalıdır. Günümüzde bile ileri tıp bilgisine, gelişmiş tıp teknolojisine ve yoğun tıp istatistik verilerine rağmen bazı vakaların tanı ve tedavisinde yanılmak söz konusudur ve bilime dayalı beklentilerin dışına çıkan vakalar da olabilmektedir. Bu durumda hastanın kalıtım özellikleri- tabiatı/mizacı etkili olmaktadır (5).

4.1.1.8. Hekimin Hastadan Tedavi Bedelini Alma Usulü

Klasik dönem metinlerinde, hastanın ıstırap çekmesi nedeniyle tedavisinin karşılığı olarak kendisinden para, hediye veya menfaat beklentisine girilmesi hastaya ağır geleceği düşüncesi yer almaktadır. Hekim hastadan ücretini isterken büyük bir titizlik göstermesi gerekirdi. Hacı Paşa hastanın çok üzüntülü veya heyecanlı olduğu zamanlarda ondan birşey istenmemesini gerektiğinde güzel sözlerle ima edilmesini söyler (35).

Abbas Vesim, Hipokrat’ın hekimin esas gayesinin para kazanmak olmadığı, hastayı iyi etmek olduğu düşüncesini ele alır, hastanın verdiği den fazla istememe düşüncesini uygun bulur, ancak bunun yanında tedavi masrafını bile ödemekten kaçınan hastalardan şikayetçidir (22).

Ebu Bekr Nusret de hastaların anlayışsızlığından yakınmakta ve hastaların kendilerini kısa süre içinde tedavi eden hekimin kıymetini bilmediğinden ve hekime hakkı olan ikramı yapmadığından şikayet etmektedir (96).

Tarih boyunca, hekim için elde edeceği en güzel mükafatın hastasının şükran borcunu yansıtan söz ve davranışları olduğunu, hastasıyla bu tarz ilişki kurabilen hekimin mesleğinin en büyük zevkini tatmış olacağını ifade edenler ile hastasını müşteri olarak değerlendirenlerin görüş ayrılığı süregelmiştir.

4.1.2. Hekimin Halkla İlişkisinin Kuralları Ve Toplum Sağlığı

Hekimlik bilgisinin meslek dışındakilerle paylaşılması gerektiğini ve hekimin halkın etkisine girmemesi gerektiği şeklindeki uyarılardan, halkın tıbbi bilgi durumlarını ve hekimlerin tutumlarını öğreniyoruz. Mesela, Emir Çelebi'ye göre *“hekim ilminden halkı istifade ettirmeli, fakat sırlarını “ehil olmayanlara” açmamalıdır”* (27). Gevrekzade Hafız Hasan'a göre ise, *“hekim tıbbi meselelerde halkın inanışlarının etkisi altında kalmamalıdır, çünkü bu gibi konularda onların inanmış olmaları “o şeyin doğru olduğuna delil” değildir”* (84).

Hekimin saygın bir meslek topluluğun üyesi kabul edildiğinden dolayı, halk arasında izzetli, itibarlı, hatta örnek kişi olması beklenirdi. Güven ahlakına dayalı bir toplum yapısı olduğu için aşırılıklara sapmayan ve hastanın güvenini kazanan hekim hastaya daha yararlı olabilirdi. Hekim, halkın güveninin sarsılmaması için toplumun hoş görmeyeceği davranış, yaşantı ve görünüşten kaçınmalıydı.

Örnek kişiliği ve ahlakı ile hasta ve halk tarafından beğenilen hekim mesleğinde tutunabilirdi. Bu durum tıptaki ustalığının yanında aranan niteliklerdi. Abbas Vesim, Düstur'unda hekimin halkla ilişkisinin öneminden söz eder ve hekime itibarının artması için halkla iyi geçinmeyi, kötü davranışlarda bulunursa halkın ondan nefret edeceğini ifade eder (22).

Hekimin halkın nazarında itibar sahibi olması için tıp kitaplarında yardımcı olmak adına nasihatler yer alırdı. Halk sevdiği ve güvendiği, iyi ahlaklı ve dinine bağlı olan hekimleri sevmekte ve bu hekimleri işlerinde başarılı kabul etmekteydi. Dolayısıyla halkın yöneldiği ve tercih ettiği hekimler başarı ve üne kavuşmaktaydı. Hekim geçimini sağlamak, halk arasında itibar sahibi olmak için onların hoşlanacağı özelliklere olmaya çalışmalı, halkın hoş görmediği durumlardan kaçınmalıydı. İyi hekim olabilmek için *“vasiyetleri”* dikkate almak gerekirdi. Abbas Vesim Efendi'ye göre, *“hekim kendi cemaatinden olmayanların da ‘mezhep ve itikat’larını, yani ‘inanç değerlerini’ bilmeli ve saygı göstermeliydi* (22).

Hayrullah efendi, hekimin toplumun eğitimi konusundaki sorumluluğundan söz eder ve hekimin ve halkın karşılıklı beklentilerine değinir (30).

4.1.3. Hekim-Hekim İlişkisi Meslek Etiği

Tıp kitaplarında, Osmanlı Döneminde hekimlerin birbirleriyle olan ilişkileri hakkında farklı fikirlere ve bu ilişkiye rehberlik edecek vasiyetlere de rastlanır. Bu vasiyetler; meslektaşlar arası bilgi alışverişi, hekime öğütler ve danışmanlık üstünde yoğunlaşır. İyi bir hekim olabilmek için bilgi ve ustalığıyla tanınan hekimlerle irtibatta bulunulması ve gerektiğinde güvenilen bir meslektaşla danışılması beklenirdi.

Abbas Vesim, hekim güç durumda kalmadıkça işlerini bir başka hekime bırakmamasını, mecbur kalırsa güvendiği biriyle işbirliği yapmasını nasihat eder. Özellikle, hekimlerin ilaçla tedavi konusunda birbirlerine danışmalarının yararlı olacağından söz eder (22).

Hayrullah Efendi, hekimlerin gerektiğinde birbirine danışması-konsültasyon taraftarıdır. Hayrullah Efendi, konsültasyon için gelen hekimin insaniyet ve hakkaniyeti elden bırakmaması gerektiğini ifade eder. Eğer konsültasyon için çağrılan hekim hastayı üzer ve kırarsa bir daha çağrılmazdı. Hayrullah Efendi, fikir haklarına da önem vermiştir ve bir hekimin henüz tamamlamadığı ilmi çalışmalarını meslektaşlarına açıklamaması uyarısını yapar (30).

Dr. Mustafa Hami hekim dayanışmasına önem verir ve hekimlerin birbirleriyle dostça ilişkiler kurmasını tavsiye eder (31).

Tıbbi konsültasyon 19. yüzyılda teşvik edilerek tıp deontolojisinin önemli bir konusu olmuştur. Hekimlerin teşhis sürecinde tereddüte düştüklerinde ya da yeni bir tedaviyi uygularken sonuç vermediğinde birbirlerine danışma ihtiyacı eski tıptan yeni tıba geçiş döneminde daha da önem kazanmıştı. Bu yardımlaşma sürecinin hastanın yararına olacağı, hiçbir şekilde hekimin itibarını azaltmayacağı ileri sürülse de hekim hatalarının hastadan saklanması ve yayılmaması konusunda verilen nasihatler ile hekim dayanışmasının hasta haklarının önünü kestiğini gösterir. Konsültasyon konusunu uzun uzun inceleyen Dr. Mustafa Hami, konsültan hekimin nelere dikkat etmesi gerektiğini şöyle anlatır: eğer konsülte eden hekimler tedavide yanlışlık tespit ederlerse bu durumu çaktırmayarak ‘tedavinin çok isabetli olduğunu ve iyiye

gittiğini' söyleyerek yeniden bir tedavi düzenlerler. Hastanın iyileşmesi ve endişelenmemesi için en doğru yol budur şeklinde özetler.

Dr. Mustafa Hami, hekim taklitçilerinin hastadan para koparmak için bir konsültasyona karar verip, çeşitli hilelere başvurmalarını eleştirir: gereksiz muayene tedavi için başka hekimlere danışarak para almaktadırlar. Sonrasında da hastayı çaresizlik içinde bırakıp kaybolmaktadırlar (31).

Klasik tıbbın uygulandığı son dönemde hekim ilişkilerini Nil Sarı şöyle ifade etmektedir: 19. yüzyılda modern tıba geçiş sürecinde, eski tıp teori ve uygulamalarının henüz tamamen terk edilmediği için eski tıbbi uygulamayı sürdürenler hala vardı. Ancak, modern tıbbın uygulayıcıları bu duruma karşı çıkmakta ve eski tıbbi uygulayanları sahte tabip durumuna düşürmektedirler. Her iki tarafın da hastanın yararını istemesine karşın tıbbın kuralları değişmiştir (5).

Osmanlı'da hekimlik uygulamalarında hasta hekimini seçebildiği gibi memnun kalmadığı durumları da kadılara şikayet dilekçesi ile bildirebilirdi. Bir sonraki bölümde bu şikayetlerden örneklere yer verilmiştir.

4.1.4. Osmanlı'da Malpraktis Durumları

4.1.4.1. Hekimlerin Kaleminden Hekimlerden Şikayetler

Tıp yazmalarına bakıldığında 15. yüzyıldan itibaren dönemin hekimleriyle ilgili eleştirilerin ve şikayetlerin yapılmış olması dikkat çekmektedir. İlerleyen yüzyıllarda kaynakların artması ile eleştiri konuları çeşitlenmekte ve eleştiri metinleri çoğalmaktadır

II.Murad (1421-1451) devri hekimlerinden olan Mukbilzade Mü'min, sahte tabiplerin hastanın felaketine sebep olmasından yakınmakta ve cahil tabiplerden şikayet etmektedir: cahil olmalarına rağmen, çekememezlikten ve aç gözlülüğten kendilerine tabip süsü vermeye çalışırlar (34).

Âşıkpaşazade (ö.1484'ten sonra), hekimin Fatih sultan Mehmed'e verdiği ilacın fayda etmediğinden, hatta Padişah'ın zehirlenmiş olma ihtimalinden söz eder: tabibin padişahın hastalığını anlamakta kusur ettiğini yanlış tedavi verdiğini ifade eder (97).

Nidai, Menafiü'n-nas'ında 16. yüzyılda, İstanbul dışında, taşrada tabip kıtlığı çekildiğinden ve usta hekimlerin azlığından şikayet eder: ve kitabını halkın anlayıp kolaylıkla uygulaması için türkçe kaleme aldığını söyler (29).

Ahmed bin Bali, eserinin “vasiyet” adlı bölümünde, bazı ailelerde hekimliğin babadan oğula geçtiğini ve bazen yetersiz kimselerin bu yoldan hekimlik yaptığını ve kıskanç hekimlerin meslektaşlarına hakkında dedikodu yaparak zarar verdiklerini, açıklar: zamanında her şeyin Allah’tan geldiğini düşünenlerin azaldığından saldırgan kimseler yüzünden haklıların hakkını savunmaktan çekindiğini ifade eder (93).

Süleymaniye tıp Medresesi’nin 16. yüzyılın ikinci yarısında açılmasından ve darüşşifada hizmet verilmeye başlanmasına rağmen hekimlerin icraatından şikayetler gelmeye devam etmekteydi. Serbest tabiplerin de sayısı giderek artıyor ama mesleki yeterlilikleri olması gereken seviyede gelişmiyordu. Enmuzec-i tıb isimli eserinde, 17. Yüzyıl tabiplerinden Emir Çelebi, İstanbul şehrinde usta (hazık) tabip bulunmadığından yakınır; ilaçları dahi ayırt edemeyip attarın sözüne uyan tabibe durumu sorulsa, *‘Uygun hasta ve sadık attar yoktur derler. Hakikatte bu ikisi vardır; amma hazık tabip yoktur’* demektedir (27).

Hekimlik ahlakına büyük önem veren Abbas Vesim efendi de hekimliğin bozulduğundan şikayet etmektedir. İstanbul gibi büyük şehirlerde hekimlerin ilme rağbet etmediklerini, bu nedenle gerçek bilginlerin yokluğunda cahillerin âlim sayıldığını ifade eder: *Kimsenin tıp bilmediği yerde az bilenler iyi bilir addolunmaktadır* (22).

Şanizade Ataullah, Avrupa’da halkın sağlığını korumaya önem verildiğini yalnız Osmanlı ülkesinde usta tabiplerin büyük şehirlerde toplanması nedeniyle köy ve kasabalarda hekime ve ilaca ihtiyaç olduğundan şikâyet etmektedir. Merkezde yetişen ve orda yaşayan hekimin halka bir faydası olmadığını ifade eder. Yazdığı eseriden hâzık tabibin bulunmadığı yerlerde yararlanabileceğini düşünen Atâullah, *“her hastalığın devasına kusturucularla ya müşhillerle yahut hacamatlarla başlamak pek kötü bir hatadır”* diyerek eski tıbbı da karşı çıkmaktadır (78).

Şanizade Ataullah (d. 1771- ö. 1826), döneminde hekimbaşılık görevine cahil kimselerin getirildiği hatta imtihan edilen tabiplerin yeterliliğini anlayacak kadar liyakatli bile olmadıklarını, gerçekten hazık bir tabip olarak yetişenleri de kendilerine rakip olarak gördüklerini ifade eder ve bu durumun Müslüman hekimleri zor durumda bırakıp hor görülmelerine ve zarar görmelerine sebep olmalarından dolayı bu durumdan şikayet etmektedir (78).

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane’de modern tıp eğitiminin başlamasından sonra mezunların ülkenin hekim ihtiyacını karşılamaya yetmediği için eski hekimlik anlayışı ve eski tıp kuralları birdenbire ortadan kalkmamış, uzun bir süre daha uygulanmaya devam etmişti. Diplomasız kimselerin hekimlik yapması ise bir mesele olmaya devam etmiştir (31).

Osmanlı merkezden uzak vilayetlere tıp ile uğraşan kişileri teftiş ettirmek amacıyla görevliler gönderiyordu. Bu görevli hekimlerden biri olan Abdulhakim Hikmet, Arabistan ve Trablus vilayetindeki mütetabbiplerle ilgili önemli bilgiler vermektedir. Mütetabbipler yani sahte doktorlar “*acaip ve garaip*” maddeleri ilaç olarak kullanmaktaydılar. Zehirli ilaçların bulunması kolaydı ve açıktan satılmaktaydılar. O dönemde diplomasız hekimliğin ve zehirli maddelerin açıkta satışı “*nizamnameyle*” yasaklanmış olmasına rağmen, netice alınamıyordu (98).

4.1.4.2. Vakfiye Şartlarına Uymayan Tabibin Manevi Ceza Verilmesi

Darüşşifa vakfiyelerinde belirtilen tayin edilen hekimden istenen görevleri yerine getirmeyen hekime yine vakfiyenin içinde yer alan ceza manevidir. Mümin bir kişiye verilebilecek ağır cezanın manevi olacağı düşünülmüştür. Bunun en belirgin örneğini Haseki vakfiyesinde görmekteyiz. Kazandıkları paranın helal olması için hakkıyla çalışmaları gerekliliği ve yaptıklarının veya yapmadıklarının her işin hesabını Allah’ a verecek olmaları hatırlatılmıştır.

Süleymaniye Vakfiyesinde Darüşşifa ile ilgili bir açıklama bulamazken, Tıp Medresesi’nde görevini aksatanların yevmiyelerinin kesilmesi şartının getirildiğini bilinmektedir. Başbakanlık Osmanlı Arşivi’nde Darüşşifalara tayin ve görevden alma gibi konulara ait pek çok belge varlığından o dönemde uygulamada manevi ceza ile yetinilmediğini görebilmekteyiz (70).

4.1.4.3. Ölüme Sebep Olan ve Kusurlu Uygulama Yapana Sürgün Cezası

Yapılan teftişler ve imtihanlar sırasında tıbbi ehliyet bakımından yetersiz olduğu anlaşılan sağlık çalışanı hemen görevden alınır ve çalışması yasaklanırdı. Buna rağmen icraata devam ederse bir kez daha uyarılır, yine dikkate almazsa meslekten men edilmekle birlikte sürgün ya da ev hapsi ile cezalandırılabilirdi. Sürgün cezası ölüme sebep olmak gibi çok ciddi suçlamalarda verilirdi. Mesela,

ehliyetsizliği sebebiyle yani yanlış tedavi uygulayıp da hastanın ölümüne sebep olduğu kanıtlanan bir kişi, bulunduğu şehirden başka yere sürgün edilirdi. Sürgün cezası alan kişi bir bakıma halk arasında teşhir edilmiş sayılırdı ve halka zarar vermesinin önüne geçmek amaçlanırdı.

Ebelerin hamile kadınlara düşük yaptırmayı yasaktı. Düşük yaptırdığı ve ölüme sebep olduğu tespit edilenler ehliyetsiz ve liyakatsiz kabul edilirdi. Öldürmek gibi öldürmeye yardımcı olanlara da sürgün cezası verilir, çalışması yasaklanırdı (5).

4.1.4.4. Kayıtsız ve Ehliyetsiz çalışanların meslekten uzaklaştırılması

Bir üstada hizmet etmiş” ve “işinin ehli” olmak gibi ölçüler Darüşşifaya atamada olduğu gibi gerek dükkân açmada gerekse dükkânınız gezgin sağlıkçıların çalışmasına izin vermede aranan başlıca ölçülerdi. Buna rağmen, ehil olmayıp da hekimlik yaptığı tespit edilirse çalışmalarına son verilirdi. Bu gibi durumlarda Hekimbaşı ve/veya saray hekimleri, ya da o yörede bulunan beratlı/ ruuslu darüşşifa ve ordu hekimleri bilirkişilik yaparak soruşturulan hekimi imtihan ederdi (5).

Osmanlı’da hekimlik sanatının uygulanmasında hekim hasta iletişiminin nasıl olması gerektiğinin üzerinde çok durulmaktadır. En ince noktalarına kadar tıp yazmalarında yer vermeleri verdikleri önemi gösterir niteliktedir. Bir sonraki bölümde modern dönem ve aile hekimliği özelindeki hekim hasta iletişimi ele alınacaktır.

4.2. MODERN DÖNEM HEKİM HASTA İLETİŞİMİ, AİLE HEKİMLİĞİNDE İLETİŞİM VE MALPRAKTİS

4.2.1. Hekim-Hasta İletişim Türleri

Hekim-hasta ilişkisi;

- “*Etkenlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki,*

- *Yol gösterme-iş birliği etme temeline dayanan ilişki,*

-*Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki,”* olmak üzere üç şekilde sıralanabilmektedir.

4.2.1.1. Etkenlik-Edilgenlik Temeline Dayanan İlişki: "Ataerkil, babacıl, paternalistik" tutum olarak da adlandırılan bu ilişki ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir. Hekim, “teknokrat” yaklaşım içerisinde. Bu

ilişki türünde, hekim, “teknokrat” yaklaşım içerisinde olarak hasta adına ve hastanın rızasını sormadan karar almaktadır. Söz konusu kararın hastanın iyiliği ve yararı için bunu savunmaktadır. Komada ya da genel anestezi altındaki bilinci olmayan ve edilgen durumdaki hastalar için bu ilişki tarzı daha uygun olabilmektedir.

4.2.1.2. Yol Gösterme-İş birliği Etme Temeline Dayanan İlişki:

Hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim ile sağlığına kavuşmak için iş birliğine hazır olan hasta arasındaki ilişkidir. Hasta etkin vaziyette, kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını dinleyip uygulamaya hazırdır. Hekim bu ilişkide, hastaya “yol gösterici”, “yorumlayıcı” bir tutum sergilemektedir. Akut gerçekleşen problemlerde ve bulaşıcı hastalıkların tedavisinde etkin kullanılabilmektedir.

4.2.1.3. Karşılıklı Katılım Temeline Dayanan İlişki:

Hekimin hastaya yararlı olacağı durumlardaki hekim hasta ilişkisidir. Hekim ve hasta, tanının konmasından itibaren tedavinin seçim süreci ve uygulamasında birlikte karar vermektedirler. Bu ilişki, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlemelerde kullanılabilmektedir (99).

Hekimlik uygulaması sırasında yer ve zamanın uygunluğuna göre hekimin kuracağı iletişim şekli değişebilmektedir. Hastanın o anki durumu ve sağlanacak faydanın önemi doğrultusunda hekim hastasını ikna edebilmenin yollarını aramaktadır. Hastanın tedaviye uyum sağlaması için hasta ve hekim arasında kurulacak ilişki önem arz etmektedir.

4.2.2. Hekim-Hasta İlişkisi ve Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, “*hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması*” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım sadece reçete edilen ilaçların doğru bir şekilde kullanımı değildir. Hastanın, hekiminin tüm önerilerine davranış boyutunda da dikkat ederek uyum göstermesi şeklinde daha kapsamlı bir anlamı vardır. Hastanın tedaviye uyumsuzluğu; reçete edilen ilaçları kullanmaması veya düzensiz kullanması, bunların haricinde reçete edilmemiş ilaçları da kullanması, takiplere devam etmemesi, randevuları kaçırmaması buna benzer diğer davranışlarda bulunması gibi birçok şekilde karşılaşılan bir durumdur.

Hastalıkların ve hastaneye yatışların artmasının sebepleri arasında tedaviye uyumsuzluk yatmaktadır. Hastaneye yapılan her yeniden yatış ile hastalar ailesel ve mesleki sorunlarla karşılaşabilmekte bu durum da yaşam kalitelerini düşürmektedir.

Kişinin hastalığını önemsememesi, daha önce ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkilerin çıkmış olması ile ilaç kullanımı açısından korku ve kuruntu taşıması, verilen ilaç tedavisine uyamaması, ekonomik zorluklar, tedavi süreciyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmaması veya tedaviyi yanlış algılaması, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması tedaviye uyumsuzluğun sebepleri olarak sayılabilmektedir. Sağlık hizmetinin verilmiş şeklinden ve sonuçlarından memnun olmayan hastalar, kendi şifalarını kendileri aramak amacıyla sağlık dışı yollara başvurabilmektedirler. Tamamlayıcı tıpla uğraşan kişilerin hastalara kişi olarak ilgi gösterdikleri düşünülmüştür (100).

4.2.3. Aile Hekimliği Uygulamasında Hekim-Hasta İletişimi

Aile hekimliği uygulamasında hekim hasta ilişkisinin bazı ayırt edici özellikleri vardır. Bunları bağlam başlığı altında toplamak mümkündür. Şöyle ki aile hekimliği uygulamasında hasta bağlı olduğu hekimini kendi seçmektedir. Ayrıca uzun süre aynı hekime muayene olduğundan zaman içerisinde hekim hasta arasındaki yabancılik ortadan kalkmaktadır. Hekim, hastanın içinde bulunduğu sosyokültürel ortamı, aile yapısı, hayata bakış açısı gibi faktörler hakkında da bilgi sahibi olabilmektedir. İlişkiyi yapılandırmak için geçen süre uzun gibi görünse de günlük işleyişte pratiklik sağlayacaktır. Hekimin her yönüyle tanıdığı bir hastanın problemi çözmek için detaylı zaman harcamaya gerek duymayacaktır.

Ayrıca aile hekimlikleri hastaların yaşadıkları mahalle içerisinde kolay ulaşılabilir bir konumda bulunduğu için yakınlık hissi oluşturmaktadır. Bu hastaların tanıdıkları kendilerini evlerinde gibi hissettikleri insan odaklı bir çevre oluşturmaktadır. Dolayısıyla hasta bir derdi sıkıntısı olduğunda çekinmeden, rahatlıkla hekimine başvurabilmekte, merak ettiği hususlarda bilgi alabilmektedir (49).

Hekim ve hasta arasındaki ilişki empati, anlayış ve sabra dayanması halinde; hekim hastayı daha iyi anlayacak ona daha uygun tedavi düzenleyebilecek, hastanın bu tedaviye uyum sağlayıp tedaviye bağlı kalma olasılığı artacaktır. Hasta ise

hekimine güven duyacak, kendisine sunulan tedavi imkânlarından daha iyi yararlanabilecek ve iyileşmesinin önemli bir adım atmış olacaktır.

Aile hekimliği sisteminin tam olarak yerleştiği İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile ortalama 8-13 yıl arasında iletişim halinde kalmaktadır. Bu süre içerisinde aile hekiminin etkili iletişim durumuna göre hasta ile resmiyetten uzak samimi bir zeminde buluşulmaktadır. Bu bağlamda aile hekimleri diğer hekimlere göre avantajlı konumdadır. Sadece hastalarla değil kendisine bağlı olan sağlam bireylerle de yaşamları boyu bir ilişki içerisinde. Kişilerin temel kayıtları sistemde bulunduğundan dolayı her başvuruda kayıt almaya zaman harcamasına gerek kalmadan daha geniş vakitte etkili görüşme yapabilmektedir. Hastalar aynı hekime başvurdıklarından dolayı bu görüşmelerden sonra hekimlerini daha iyi tanımakta ve zaman içerisinde hekime daha çok güvenebilmekte, duygu ve düşüncelerini daha rahat açabilmektedirler (39).

Türkiye genelinde genel poliklinik hizmetleri sırasında iletişimin boyutlarını ve hekim-hasta ilişkisini incelediğimizde; sadece etkili anamnez alınması ile tüm hastaların yaklaşık %70'inde tanı konabildiği görülmektedir. Hasta ile etkili bir iletişim kurulduğunda rahatsızlığını anlamak için çok fazla ve detaylı tetkik yapmaya gerek kalmayacak ve bu da hem kaynakların özenli kullanımını sağlayarak sağlık hizmeti maliyetini azaltacaktır. Ayrıca sonuçları bekleme süresi olmayacağından zaman kaybedilmeden hastanın şifaya kavuşmasına yardımcı olacak daha hızlı etkin yaklaşımlar sergilenebilecek ve bu durumda doktoruna ve sağlık sistemine olan güveni artacaktır.

Hasta görüşmelerinin %69'unda hekim ilk 18 saniyede hastanın sözünü kestiği görülmüş ve bu görüşmelerin sonunda hastaların %77'i hekime gelme nedenini henüz açıklayamamıştır. Hekiminin yanından ayrıldıklarında hastaların %50'sinin hastalığı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı ve kullanacağı ilaçları bilmediği görülmüştür. Hastaların %22-70 hekimlerinin önerilerine uymadığı saptanmıştır. Bu tespitler doğrultusunda etkili bir iletişim sağlanmadığı takdirde yapılan muayene ve verilen tedavi amacına ulaşamamaktadır (99).

İletişim yetenekleri yüksek hekimlerle muhatap olan hastaları kendileriyle ilgilendiğinin farkında olurlar ve hekimin onlar için bir çaba sarf ettiğini düşünerek herhangi bir sorun durumunda hastalar, hekimlerini daha az dava etmektedirler.

Kurulan yakınlık sayesinde hekimine tüm kaygılarını anlatmayı başaran hastaların memnuniyetleri daha yüksek olmaktadır.

Hastanın yaşı, zihinsel, ruhsal ve fiziksel özellikleri gibi pek çok farklı değişkenin varlığı hekim- hasta iletişim sürecinin önemli belirleyicileridir. Bu değişkenler bazı durumlarda iletişim zorluklarına yol açabilmektedir. Bu zorlukların aşılması için olumlu etkisi olan tedavi edici iletişim yaklaşımı sergilenmelidir. Tedavi edici iletişim, *"bireyin benlik değerini ve sorun çözme yeteneğini artıran, otonomi ve yaşamsal amaca duyarlılık durumunu etkileyen, kendisi ve çevresiyle sağlıklı bir etkileşime girmesine yardım eden iletişim biçimine denilmektedir"* (101).

Hekim ile hastanın ilk görüşmesinden itibaren başlayan tedavi edici iletişim ile hastanın tedavi sürecine dahil olarak iyileşmek için sorumluluk alması sağlamakta ve zaman, işgücü ve maliyet kaybı önlemektedir. Hastanın tedavi ve uygulamalar ile ilgili yanlış anlaşılımları önlemekte, hastanın psikolojik açıdan rahatlaması sağlanarak tıbbi tedaviye destek olunmaktadır. Bu yaklaşım hastaların hastanede yatış süresini kısaltmakta ve sorunların etkin çözülmesi için güven ortamı sağlamaktadır (99).

Bireylerin farklı sosyo-kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Bu doğrultuda İngiltere’de yapılan bir araştırma, hastanın hekim karşısındaki davranışlarında birçok faktörün rol oynadığını göstermektedir. Örneğin, hastanın eğitim düzeyinin, cinsiyetinin ve daha önemlisi geldiği etnik kökenin bunda rolünün olduğu saptanmıştır (101).

Yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların hekimlerine utangaçlıkları nedeniyle sorularını sormadıkları ve dile getiremedikleri sorularının olduğu, hekimin zaten gerekeni yapacağını düşünmeleri ve sordukları takdirde hekimlerinden cevap alamayacakları endişelerinin olduğu ortaya çıkmıştır. Genellikle bir rahatsızlık varlığında hekime gitmenin hastanın endişesini azaltacağı düşünülmese de bazen hekim de hastanın endişesini arttırabilmektedir. Hekimin hastaya davranış biçimi, bu noktada önemli olmaktadır. Hastanın endişesinin artmasını engellemek için tıp etiğinin önemli bir konusu olarak açıklayıcı bilgilendirme yapmak ve anlaşılmayı sağlamak en uygun yöntemdir. Hekimin

hastalarıyla etkin bir iletişim kurması için kendi ruhsal sağlığının ve duygusal durumunun iyi olması gerekmektedir. Yaptıkları işten memnun olmayan hekimlerin hastalarıyla olan görüşme süreleri de daha kısa olduğu ve daha çok antibiyotik ve sakinleştirici ilaç reçete ettikleri saptanmıştır. Yatıştırıcı ilaçlar ve antibiyotikler yazdıkları saptanmıştır (39).

Bu hasta hekim iletişimini gerçekleştiren belli başlı yaklaşımlar bulunmaktadır.

4.2.4. Etkin İnsan İlişkileri ve Becerilerinden Sağlanan Yararlar

Thomas Gordon ve Sterling Edwards “Hasta ve Doktor İletişimi” kitabında etkin insan ilişkileri becerileri sayesinde tıp alanında hizmet veren profesyonellere kazandırılan somut yararları şöyle listelemiştir:

Hekimler daha kesin ve doğru veriler toplamakta ve daha doğru teşhisler koymaktadır.

Hemşireler hastaların gerçekten ne hissettiğini anlamaktadır.

Hastalar kendilerine bakanlara daha çok güvenmektedir.

Hastanın tedavi ve yönetime karşı gösterdiği direniş azalmaktadır.

Hasta gerginliğinden daha kolay kurtulmakta ve rahatlamaktadır.

Hastalarla konuşmadan yapılan iletişim yüzünden doğan olumsuzluk azalmaktadır.

Hastayla ilgili problem çözümünde ilerleme görülmektedir.

Doktorlar, hastalara yaşamlarında karşılaştıkları problemlerde danışmanlık yapmak için daha donanımlı olmaktadır.

Doktorlar hastalara hastalıklarını ağırlaştıran durumlarla daha kolay baş etmeleri hususunda yardım etmekte ustalaşmaktadır.

Doktorlar belirli hasta guruplarıyla ilgilenmek konusunda başarılı olmaktadır- zor hastaları ihtiyar ve ölüm döşeğindeki hastalar, engelliler, ergenlik çağında olanlar, kronik hastalığı olanlar gibi.

Hastalar hekimin talimatlarına daha çok riayet etmektedir.

Hastaların hekimin teknik becerilerine duyduğu güven artmaktadır.

Hastaneye yatan hastaların kendilerini aciz, bağımlı ve depresif hissetme olasılığı düşmektedir.

Hastalar hastaneden daha erken taburcu edilmektedir.

Hastaların doktorlarını değiştirme sıklığı azalmakta ve aynı hekime dönme olasılığı yükselmektedir.

Hastaların ekimlerini dava etme olasılığı azalmaktadır.

Hastaların şarlatan doktor ve şıfacı arama olasılığı azalmaktadır.

Hastalar daha iyimser olmaya ve yaşama arzusu duymaya başlamaktadır.”

Yukarıdaki listede gösterilen yararların çoğunun sağlık için yapılan harcamaları önemli ölçüde azaltması da beklenmektedir (102).

Ülkemizin hasta profilinde karşılaştığımız sorunlardan biri de hastaların “doktor doktor dolaşarak” verilen tedavileri beğenmemeleri sorunudur. Bu durum gereksiz giriş, muayene ve tetkik süreciyle hem sağlık sistemine ekonomik anlamda ciddi yük getirmekte hem de doktorları psikolojik olarak yıpratmaktadır. Olabildiğince hasta hekim iletişimi kuvvetlendiğı ve hasta hekimine güvendiğı, uygun görülen tedaviyi uyguladığı zaman bu sorunun da büyük ölçüde önüne geçilmiş olunabilir.

4.2.5. Modern Dönemde Malpraktis Kavramı

Bir meslek mensubunun mesleğini uygulaması sırasında oluşan hatalı, kusurlu hareketleri, latince “*male*” ve “*prakxis*” kelimelerinden türemiş olup, “*kötü, hatalı uygulama*” anlamına gelen “*Malpraktis*” kavramı ile ifade edilir.

“*Tıbbi Malpraktis*” kavramı ise; “*Tıbbi Uygulama Hatası*” anlamında, tıp mesleğı mensuplarının kusurlu hareketleridir (103). Dünya Tabipler Birliğı (The World Medical Association), 1992’de “*Tıpta Yanlış Uygulama*” konulu bir duyuru yayınlayarak malpraktisi; “*Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliğı veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” şeklinde tanımlanmıştır (104).

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nda ise malpraktis; “*Sağlık personelinin kasıt veya kusur veya ihmali ile standart uygulamayı yapmaması; bilgi ve beceri eksikliğı ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum*” olarak tanımlanmıştır (105).

Tıbbi uygulama hataları kavramı, “*Hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal*

seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartlar'ın tümünü kapsar (106).

Diğer bir tanımda ise tıbbi hatanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan, ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem ile verilen zarar anlamına da geldiği üzerinde durulmaktadır. Tıp biliminin belirlenmiş standartlara göre gerekli özen gösterilmeden ve bu yüzden uygun yapılmayan her türlü hekim müdahalesi de tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmektedir. (107).

Hekimin uygulama sırasında; bilgisiyle öngöremediği ya da beceri noksanlığı sonucunda oluşan zararlar “istenmeyen sonuç” olarak değerlendirilir ve bu gibi durumlarda hekim sorumlu tutulamaz (108).

“Aydınlatılmış onam” veya “bilgilendirilmiş rıza” almak günümüz etiği açısından da önemli olan bir tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirmek için gerekli olan bir uygulamadır. Meşru bir amaçla gerçekleştirilen müdahalede için hastanın veya veli/vasisinin onamı/rızasının hukuka uygun bir şekilde alınması gerekmektedir. Pek çok uluslararası belge ve bildirgelerde de herhangi bir tıbbi girişim öncesi hastanın bilgilendirilmiş onamının alınması gerektiği belirtilmiştir (109).

Hukuka uygun tıbbi müdahalenin gerçekleşmiş olması açısından aydınlatılmış onam almak, hekimi özellikle malpraktis iddialarına karşı koruması açısından önemlidir. Hekimler, tanı ve tedavi sürecine hastalarının da katılımını sağlamak ve sorumluluğu paylaşmak için aydınlatılmış onam almalılardır (110).

Hastanelerde üstünkörü hazırlanmış standart belgelerle alınan onam hukuken geçerli görülmemektedir. Ayrıca hekimlerin büyük çoğunluğunun bu şekilde dahi olsa aydınlatılmış onam almadıkları da görülmüştür (111).

Aydınlatılmış onam, etik bir sorumluluk olmasının yanı sıra aynı zamanda yasal bir yükümlülüktür. Ülkemizde “*Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Temel Ceza Kanunlarına Uyum Amacıyla Çeşitli Kanunlarda ve Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi, Türk Medenî Kanunu, Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, Türk Tabipleri Birliği*

Disiplin Yönetmeliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ve Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği Taslağı” konu ile ilgili mevzuatlardır (112).

4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılmış, Avrupa Konseyi çerçevesinde Türkiye “*İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi*”ni onaylamıştır. Bu sözleşmede; “*Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir*” kaydı bulunmaktadır (113).

Hasta Hakları Yönetmeliği 24. Maddede Tıbbi müdahaleler için hastanın rızasının gerekliliği belirtilmiştir. Bu maddeye göre, “*hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın velisinin ya da vasisinin bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şart aranmaz. Kanunen vekalet verilmeyen fakat tıbbi bir müdahalenin gerekli olduğu bir durumda, müdahale mahkeme kararı ile yapılabilir. Durumun acil olduğu ve kişinin hayati tehlikede bulunduğu hallerde ise mahkeme kararı da beklenmeyebilir*” (114).

Hasta Hakları Yönetmeliği 15. Maddeye göre “*Hastaya;*

- 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”* hususlarında bilgi verilmelidir (114).

Hekimler hastalarına mümkün olan bütün tedavi alternatiflerini sunmakla yükümlüdür. Hastalara tedavi alternatifleri anlatılmalı, seçeneklerin avantaj ve dezavantajlarına değinilmeli, hastanın yöntemlerle ilgili soru sorması ve hekimden öneri talebinde bulunmasına fırsat verilmelidir. Hekim bu süreçte dahil olurken kendi duygularını katmamalıdır. Ayrıca hasta hakları yönetmeliğinin 18. Maddesine göre

“hastanın anlayabileceği bir şekilde; mümkün olduğu kadar tıbbi terimler kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer bırakmaksızın ve hastanın ruh durumuna uygun olarak bilgi verilmeden” bir onam alınmış ise yine bu tıbbi girişim yasal görülmemektedir (115).

Bu bağlamda hekimler hastalarına uygulayacakları tedavi planlarını, mümkün olan bütün alternatifleriyle ve detaylı bir şekilde onların anlayabileceği bir dille anlatmalıdır. Hastanın anlayamadığı noktalarda soru sormasına fırsat vermeli, kafalarında soru işareti kalmayacak şekilde açıklamalıdır. Kendisine yeterli bilgi verilmiş hasta tedavi sonrasında yaşanacak bir aksiliği makul karşılayabilecek ve hekiminden davacı olmayacaktır.

4.3. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Osmanlı döneminde hekimlik sanatı uygulamasında hekimlerin hastaları ile nasıl iletişime geçeceğinin detaylarının dahi üzerinde durulmuştur. Hasta ile konuşurken tatlı sözlü olması, güler yüzlü olması gerekliliği vurgulanmıştır. Şifa vericinin Allah olduğu hatırlatılmış ve hastanın tedaviye devamlılığı sağlanmaya çalışılmıştır. Hekim verdiği tedaviyi uygulamayacak hastayı tedavi etmeyebilirdi. Sözünü dinlemeyecekse onun sorumluluğunu almak istemezdi. Tedaviye başlamadan tedavinin uygulanma sözünü hastadan almış olurlardı.

Aile hekimliğinde aynı hekim ile görüşme sürecinde olmak güvene dayalı hekim hasta ilişkisi oluşturmakta ve bu da tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Hekimin güler yüzlü, ilgili ve sevecen yaklaşımı ile tedavi etkinliği bile artırabilmektedir. Bu durum eskinin hekim anlayışına benzer bir durumu ortaya koymaktadır.

Hekim hastasına uygun vakti olduğundan dolayı daha çok vakit ayırabilmekte, başka kurumda yapılacak dahi olsa sağlığı ile ilgili endişelerini giderebilmektedir. Dolayısıyla kendini anlaşılmış hisseden ve süreci detaylı bilen hastaların şikâyet etme olasılığı da azalacaktır.

Aile hekimi hastasını içinde bulunduğu toplumsal yapı ile birlikte ele almakta, kültürel yapısını düşünerek bütüncül bir değerlendirme yapmaktadır. Hastanın hastalık algısı nasıl, hastalığa karşı nasıl bir tutum sergilemekte bu gibi

durumları dikkate alarak yardımcı olabilmek adına daha özel bir yaklaşım geliştirebilmektedir. Bu durum bir anlamda kişiye özel tedavi süreci uygulanmasıdır.

Hasta hekim iletişimi kuvvetli olduğu durumlarda kusurlu hekim uygulaması durumları da daha kolay yönetilebilecektir. Tıbbi işlemler öncesi alınan rıza belgeleri hekimin yasal olarak kendini güvence altına alması için önemlidir.

Aile Hekimliği uygulamalarında hekim hasta ilişkisinin güçlü olması dolayısıyla, uygulama alanlarından biri olan evde sağlık hizmetleri ve modern dönemde tıbbi uygulamaların arasında kendine yer açan tamamlayıcı tıp uygulamalarını ele alacağız.

5. EVDE SAĞLIK VE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

5.1. OSMANLI'DA EVDE SAĞLIK UYGULAMALARI VE GETAT UYGULAMALARI

5.1.1. Osmanlı'da Evde Sağlık Uygulamaları

5.1.1.1. Osmanlı'da Hekimin Hasta Ziyaretinin Kuralları ve Önemi

Tıp yazmalarında çağırıldığı hastayı görmeye giden hekimin dikkat etmesi gereken çeşitli ahlak kuralları da yazılıdır. Hekimin hastasına muamele tarzı, bunlardan en önemlisidir. Daha hastanın evine girerken başlayan hekim görevleri şöyle özetlenebilir; hekim, hasta evine girdiğinde etrafa meraklı gözlerle bakmamalı, hastanın yanında gereğinden çok kalıp hastayı ve ailesini rahatsız etmemelidir. Eğer hastanın yanında oturması gerekiyorsa edebiyle, geleneğe ve kurallara göre oturmalıdır. Hasta evinde bir şey yememeye özen göstermelidir. İlaçları hazırlarken ve hastaya verirken dikkat edeceği çeşitli hususlar da vardır. Hekimin, hasta evindeki davranışları ve değer yargılarına uygunluğu hastanın iyiliği ve hekimin itibarını gözetmesi açısından önemlidir.

Hasta ziyaretinden hadis-i şeriflerde belirtildiği için sevap kazanılacağı ümit edilirdi. Hastayı hem ziyaret edip hem de tedavisini üstlenen hekimin kazanacağı sevap çok daha büyüktür. Mir Salih bin Havabin, hasta hatırı sormanın sevap olduğunu bazı rivayetlere dayandırır:

“Hazret-i Resul aleyhisselam hasta sormada azim sevablar buyurmuşdur. Bir kimse hasta sormağa varsa şeytan, ‘aleyhülle’ne’ (ona lanet olsun), mahzun ve gamnak (kederli) olur. Yardımcıları ve yordakçıları ‘nendür?’ dedikde: ‘Ümmet-i Muhammed’in biri hasta sormağa vardı. Allahü teala’nın verdiği sevap ve iyilikler ona ulaştığı için üzüntülüüyüm’ diye cevap verir” (95).

Abbas Vesim de hasta ziyaret eden hekimin kazandığı büyük sevabı şöyle nakleder:

“En şerefli Peygamber (Hz. Muhammed) Hazretleri Hz. Cebrail’den sual edip, ‘Ey karındaşım Cebrail, eğer nev-i beşerden olaydınız size en sevimli ne olurdu? Buyuruldukda, hasta olanları görmeğe, hal ve hatırını sormağa varmayı en sevimli iş saymıştır. Hasta ziyareti en sevimli iş olunca hem ziyaret, hem tedavi oldukta durumun ne derece yüksek olduğu ona göre kıyas oluna” (22).

5.1.1.2. Osmanlı’da Hasta Ziyaretinde Hekimin Beden Dili ve Kıyafeti

Hekimin hastanın güvenini kazanabilmesi adına hastayı ziyarete giderken kıyafetine özen göstermesi beklenirdi. Abbas Vesim’e göre hastaya çağrılan hekim hastalığın özelliklerini dikkate alarak tedavi ettiği hastalık sıcak ise beyaz, soğuk ise kırmızı elbise giyinmelidir, hatta elinden geldiği kadar hasta yakınlarını da buna uydurmalıdır (22).

Abbas Vesim hıltlar nazariyesine göre renkleri sembolize etmiştir ve kırmızı rengi ateş ile, beyaz rengi de kar ile ilişkilendirmiştir.

5.1.2. Osmanlı’da Hekimlik ve Fitoterapi ve Getat Uygulamaları

5.1.2.1. Osmanlı’da Tıp ve Eczacılık, İlacın Hazırlanması Görevinin Kimde Olacağı

Hekim tıp bilgisinin yanı sıra aynı zamanda eczanın bilgilerini de bilmekteydi. Hekimler yanlarında ilaç hazırlamak için kullanılan gereçleri bulundururlar, dönemin eczacılık kitaplarından da yararlanabilirlerdi. Bazen ilaçları kendileri hazırlasalar da bazen de çıraklarına hazırlatırlardı. Çoğu zaman ise hekim ilaç reçetesini yazıp hasta veya ailesine verir onlar da terkibi eczacıya yaptırırdı. İlaç yapımında kullanılan bitkileri ve malzemeleri attarlardan elde etmem mümkün olduğundan dolayı hekim olmayanlar da akrabadin denilen terkiplerin yazılı olduğu kitaplardan yararlanarak ilaç hazırlayabilirlerdi. İlaç hazırlamada niyet geçişinin

varlığı düşünölmekteydi. Hazırlayan kişinin iyi niyeti, duasının ve halinin ilaca geçeceği ve tedavi sürecini olumlu etkileyeceği düşünölmödü.

İlacın kimin hazırlayacağı konusunda tıp kitaplarında farklı görüşlere rastlanır. İlacı hekimin hazırlamasını tavsiye edenler olduğu gibi, hekimin kendisinin ilaç hazırlamasının sakıncalı olduğunu söyleyenler de bulunur. Bazı tıp yazmalarında hekimin halka terkip yazmaması nasihat edilirken, ilacı hastanın ailesine hazırlatma taraftarı olanlar da vardır. Halkın ilaç yapmasına karşı çıkan Mustafa Ebu'l- Feyz, Galen'den naklen şöyle der: halka terkip yazmak tıp sanatına ihanettir ve tıp ilmini aşağılamaktadır. Sözünden çıkmayacağına emin olunan kişilere yazılacaksa da az pahalı terkipler yazılmalıdır (116).

Düsturü'l-Vesim'de konu hekimin işlerini başkasına yaptırmaması gerektiği, işe eli yatkın olan kişinin yani hekimin yapmasının daha iyi olacağı, yalnız hekimin elinde bir sakatlık veya titreme varsa ehil başka birine yaptırabilir denmektedir (22).

19'uncu yüzyılda Hayrullah Efendi hekimin hazırladığı ilaçlarla kendi reklamını yapması söz konusu olacağından bu duruma karşı olumsuz tavır alır ve hekimin ilaç hazırlama konusunda sorumluluk almasını uygun görmemektedir. ilaç yapımının hastanın kendisine veya eczacıya bırakılmasını uygun görür (30).

19'uncu yüzyılda Dr. Mustafa Hami, Hayrullah Efendinin aksine ilacı hekimin kendisinin tertip etmesinden yanadır:

“Hekim gereken ilacı dikkatle tertip eder ve kullanma şeklini bizzat hastanın kendisine veya yanında bulunup, ona bakacak kimseye iyice tarif ederek öğretir.

Hastayı tedavi eden, hastanın akrabasından veya komşusundan biri, ‘Bunun hastalığına falan ilaç tertip olunsa nasıl olur?’ gibi lafa karışmış olsalar, bu sözlere gerekli cevabı vererek, eğer onların tarif ettikleri ilacın tesiri kendinin tertip edeceği ilaca uygun ise tatlılık ile ‘Uygundur.’ Deyip o ilaçtan tertip eder. Eğer münasip değilse onların uygun bir dille inandırıp, ondan sonra kendi bildiği şekilde gerekli ilacı tertip eder” (31). Günümüzde de hastalar bu duruma benzer şekilde internetten veya çevrelerinden çok fazla bilgi ile doktor karşına gelmektedir, bu durumda önemli olan onları terslemeden tatlılıkla idare etmek gerekmektedir.

5.1.2.2. Osmanlı’da Tanınmayan İlaçların Kullanılmaması

Klasik dönem Osmanlı tıbbı, Hipokrat tıbbının ve İslam değerlerinin izleyicisi olduğundan insanı ve tabiatı birlikte yaratan Allah’ın insandaki hastalığın şifasını tabiata verdiğini benimsemişti. Hastalıkların hıltlar teorisinde denge ilkesine göre tanımlamışlar, dengenin bozulması ile hastalığın oluştuğunu düşünmüşlerdir. Tedavinin de bozulan dengenin düzeltilerek tekrar sağlanması ile olacağını düşünmüşlerdir. Dengeyi düzeltmek için de insanın tabiatına yardımcı olmak kendi kendini tedavi etmesini sağlamak gerekliydi. İnsana yaratılanların en şerefliisi olarak bakılıyor ve sakınılıp özen gösterilerek müdahale ediliyordu.

Osmanlı hekimi hastanın şifa bulmasını başlıca amaç olarak görüyor ve hikmet sahibi olma yolunda bir anlayış sergiliyorlardı. Tecrübe ettikleri ilaç terkipleri ve bilinen ameliyat yöntem ve aletlerine getirdikleri küçük yenilikleri ve uzun yılların tecrübesi sonucu edinilmiş yararlı bilgileri tıp yazmalarına kaydediyorlardı. Bilinen tedavi yöntemlerinde yapılan küçük değişikliklerle, tedavide daha iyi sonuç alınması halinde, tıbbı katkıda bulunmuş olurdu. Tıbbı daha büyük katkılarda bulunmak için bilinen yöntemlerin dışına çıkmamaktaydılar.

Hekimin tanımadığı, terkebini bilmediği ilaçları kullanmaması, etkisi bilinmeyen ilaçlarla hastaya zarar vermekten kaçınması tavsiye edilirdi. Hekim yeni ilaçları veya güvenmediği kimselerden işittiği ilaçları hasta üstünde denememeli, ancak tecrübe edilmiş ilaçları hastasına vermeliydi.

Bir ilacın güvenilir olması için tecrübe edilmiş olmasının yeterli olup olmayacağını bilemiyoruz. Ancak, Ebu bekir Nusret gibi birçok tabip, tıp kitaplarında, o zamana kadar kullanılagelen ve kendilerinin de tecrübe ettikleri ve güvenilir tıp kitaplarında denendiği kaydedilmiş olan ilaç terkiplerini yazmaktadırlar (5). Abbas Vesim’in Hipokrat’tan aktardığı gibi, hekimin görevi, “ilaç yapmada kullanılan köklerin tesirini tecrübe etmek” değildi (22).

17. yüzyılda, günün tutum ve beklentilerine tercüman olan şair Nabi, iyi hekimi; tıbbın mevcut kanununa uygun tedavi eden, hastanın kutsal hayatını koruyan, tedbirli ve hastası üzerinde tecrübeden kaçınan hekim olarak tanımlar. Hekimin hasta üzerinde tecrübe edinmesi ile şarlatanlık arasında ince bir sınır olduğunu belirtir (79).

Tıbbi deontolojiyi çeşitli yönleriyle inceleyen Dr. Mustafa Hami, bilmediği yeni ilaçlarla tedavi yapan hekimi suçlamaktadır. Bilmediği ilacı verip hastalığı artırmak yerine hiç ilaç vermemenin daha hayırlı olduğunu söyler. Müdahale edilmeyince belki kendi kendine iyileşebileceğini vurgular (31).

Osmanlıda kimsesiz ve muhtaç durumda olanların dışında genel olarak hastalar evde tedavi edilmekteydi. Tedavi şekli ise şimdi geleneksel ve tamamlayıcı tıp olarak nitelendirilen tedavi yöntemlerinden oluşmaktaydı. Günümüzde ise Aile hekimliklerine ve hastanelere bağlı evde sağlık birimleri hastaneye gelemeyecek vaziyette olan hastaların tedavi ve takiplerini evlerine giderek yapmaktadırlar. Bundan sonraki bölümde günümüzdeki evde sağlık uygulamaları ve geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları ele alınacaktır

5.2. MODERN DÖNEMDE EVDE SAĞLIK UYGULAMALARI VE GETAT UYGULAMALARI

5.2.1. Modern Dönem Evde Sağlık uygulamaları

5.2.1.1. Evde Sağlık Hizmeti Tanımı, Kapsamı ve Önemi

Kişinin sağlık ihtiyacının kendi yaşam ortamında karşılanmasına evde sağlık hizmeti denilmektedir. Evde sağlık hizmeti kapsamında hangi hastalara hangi sağlık hizmetinin verileceği yasal çerçeve ile hizmeti verecek birimin yeterliliği ile belirlenmektedir. Genellikle tıbbi malzeme ve cihaz temini, ilaçların tedarik edilmesi ve ulaştırılması gibi faaliyetler ile hekimlik, hemşirelik, fizyoterapi gibi hizmetler evde sağlık hizmetinin kapsamında bulunmaktadır (113).

Genel olarak evde sağlık hizmetinden yararlananlar; uzun dönemli yatağa bağımlı tedavi görevler, hastaneye ulaşımında zorluk yaşayan özürlü- engelli bireyler, sonradan sakat kalanlar ve tedavisinin ev ortamında devam edilmesinde mahsur bulunmayan herhangi bir hastalıktan mustarip bireylerdir.

Sağlık Bakanlığına göre “*evde sağlık hizmeti; çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır*” (115). Amerikan evde bakım hekimleri akademisinin yıllık raporunda “*evde sağlık*

hizmetleri hastane bakımının yerini alarak hastanede kalış süresini azaltan en azından erteleyen hizmetlerin bütünü” olarak ifade edilmektedir (114).

Evde bakım (home care) ve evde sağlık hizmeti (home health care) ifadeleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da aralarındaki farkı vurgulamak gerekmektedir. Günlük aktivitelerinde zorluk yaşayan bireye verilen destek ile ev temizliği, yemek hazırlama, banyo, alışveriş gibi hizmetler evde bakımın kapsamındadır. Ayrıca yalnız yaşayan bireyler ile arkadaşlık kurma, sohbet etmek gibi sosyalleşmeyi sağlayacak her türlü faaliyet evde bakım kapsamında değerlendirilir. Tüm bunlarla birlikte evde bakım hizmetini yerine getirecek personelin sağlık personeli olması şart değildir.

Geleceğe yönelik tahminler incelendiğinde, Türkiye’de nüfus artış hızının giderek azalacağı ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranını giderek artacağı görülmektedir. Bu durum da evde sağlık hizmetinin daha da önem kazanacağını göstermektedir. Gelişen teknolojiyle beraber pek çok cihazın taşınabilir ve ucuz hale gelmesi de evde sağlık hizmetinin gelişiminde yaşlı nüfusun etkisiyle beraber önemli bir faktördür. İlerleyen süreçte, evde sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletecek faktörler arasında; bugün sadece hastane ortamında bulunan cihazların hastalara ulaştırılabilecek olması ve hatta hastalar tarafından temin edilebilecek olması da vardır. Gelecekte belki de daha karmaşık hal alacak bu hizmetlerin etkin sunumu için, kısa süre içerisinde ciddi büyüme potansiyeline sahip sektör olarak değerlendirilip stratejik kararlarla tecrübe kazanmak önemlidir (117).

5.2.1.2. Bakımın Sürekliliği Kavramı ve Önemi

Doktorlar gün içerisinde poliklinikleri sırasında çok sayıda hiç tanımadıkları hasta ile muhatap olmakta ve kısıtlı süre içerisinde hastanın rahatsızlığına tanı koymak için muayene etmeleri, tıbbi geçmişini öğrenmeleri, koymaları ve uygun tedavi yöntemi belirlemeleri gerekmektedir. Hasta da ilk defa karşılaştığı birine sağlık gibi önemli bir konuda güven duymak zorunda kalmaktadır. Sağlık bakımının sürekliliği kavramının özünü, hastaların sağlık problemlerinde aynı doktora başvurması durumunda hem hasta hem de doktor için tatmin edici ve kaliteli hizmetin yürütülebileceği düşüncesi oluşturmaktadır. Bakımın sürekliliği, sağlık kalitesinin temel, öncül ve önemli bir bileşeni olarak görülmektedir. Bakımın sürekliliğinin sağlanması halinde; hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin

sağlanabilmesi, hizmetin etkin ve verimli gerçekleştirilebilmesi mümkün olmakta ve bu nedenlerle sağlık alanındaki karar vericilerin ortak amacıdır (118).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (The American Academy of Family Physicians) zaman içindeki bakım kalitesiyle ilgili olan bakımın sürekliliği kavramını, “*hasta ve bakım ekibinin, yüksek kalitede ve maliyet etkin tıbbi bakımın ana hedef olduğu sağlık yönetimine katıldığı süreç olarak*” tanımlamaktadır (119).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri sadece aile hekimlerine bırakılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan ‘*Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmeliğe*’ göre; “*Evde Sağlık Hizmetleri; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan birimler ve Aile Hekimliği Birimleri aracılığı ile sunulmaktadır. Hizmetin yönetimi ve birimle arasındaki iletişim ve koordinasyon Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde, Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü’ne bağlı olarak oluşturulan “Koordinasyon Merkezi” tarafından sağlanmaktadır*” (120).

Eski tababet uygulamaları büyük çoğunlukla hastanın kendi evinde yapılmakta ve aynı doktor tarafından takip edilmekteydi. Kimsesiz, aciz ve düşküm kişiler darüşşifalarda tedavi edilmekte, geriye kalan halk ise hastalandığı ve lüzum görüldüğü zamanlarda evlerine tabip çağırırmaktaydılar. O şartlarda dönemin tıbbi bilgisi doğrultusunda uygulanan hekimlik sanatı bugün tamamlayıcı tıp olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın bir bütün olarak ele alınarak bitkisel ilaçların hazırlanması, gerektiğinde kupa uygulanması gibi tedavi yöntemleri Aile Hekimliği bakış açısıyla bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

5.2.1.3. Aile Hekimliği ve Evde Sağlık Hizmetleri

Aile hekimliği belirli sayıdaki nüfusa sürekli hizmet vermektedir. Hastalarının aile yapısını yakından gözlemleme fırsatı bulabilmekte ve evde bakım hastalarının bakım verenleriyle daha etkin bir iletişim halinde olabilmektedir. Hastanın bakım sürecinin kalitesi açısından aile hekimi ile olan ilişkisinin sürekliliği önemlidir.

5.2.2. MODERN DÖNEMDE GETAT UYGULAMALARI

5.2.2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kavramı ve Tarihçesi

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) geleneksel tıbbı; *“sağlığın iyilik halinin sürdürülmesi ile birlikte fiziksel hastalıkların ve akıl hastalıklarının önlenmesinde, tanı ve tedavisinde kullanılan farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyime dayalı, izahı yapılabilen ya da yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünü”* olarak tanımlamıştır (121).

Tamamlayıcı tıp veya alternatif tıp, konvansiyonel tıbbın destekleyicisi olarak bir ülkenin kendi geleneklerinin parçası olmayan, sağlık sistemine tam olarak dahil olmamış uygulamalardır. Bazı ülkelerde “tamamlayıcı tıp” ve “tıp” terimleri birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir (121).

Geleneksel tıp *“bedensel ve zihinsel olarak hastalıklardan korunarak tanılarını belirlemek ve tedavilerini sağlamak ayrıca genel iyilik halinin sağlanmasında kullanılan çeşitli kültürlerin birikimlerine ve inançlarına dayanan, açıklaması ortaya konabilen veya konulamayan bilgi, beceri ve uygulamaların tamamıdır”* şeklinde tanımlanmıştır (122).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları modern tıp uygulamaları dışında kalan zihin-beden-ruh birliğini ön plana çıkarmaları açısından önemlidir (123).

İntegratif (Bütünleştirici) Tıp; modern tıp ile etkisi ve güvenilirliği bilimsel olarak kanıtlanmış bir veya daha fazla tamamlayıcı uygulamaların bir arada kullanılmasıdır. Sadece tamamlayıcı tıbbı göre daha geniş uygulamayı kapsamaktadır. Hastalarını zihinleri, ruhları ve bedenleri ile bir bütün olarak değerlendirir.

Natural (Doğal) Tıp ise modern (allopatik) tıbbın dışında kalan her tedavi yöntemidir (124).

Holistik Tıp; Hastanın rahatsızlıklarını değerlendirirken yaşam tarzını, beslenme düzenini, çevresel faktörleri, zihinsel, bedensel ve ruhsal sağlığını da göz önünde bulunduran tümüyle bireye odaklı bir yaklaşımdır (124).

Sağlık hizmetleri içinde, Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları giderek daha çok yer tutmakta ve önemsenmesi gerekmektedir. DSÖ konunun toplum sağlığı açısından önemi nedeniyle Geleneksel Tıp 2014-2023 Strateji 'sini geliştirmiştir (125).

DSÖ Geleneksel Tıp 2014-2023 Strateji 'sinin amaçları;

□” *Geleneksel tıbbın halk odaklı olan sağlık sistemlerine, sağlığa ve sağlıklı yaşama katkısından faydalanmak,*

□ *Geleneksel tıp ürünlerini ve uygulayıcıları düzenleyerek, araştırarak ve entegre ederek ve uygun olduğunda, sağlık sistemlerine uygulama yoluyla geleneksel tıbbın güvenli ve etkin kullanımını teşvik etmektir.*

Bu strateji, geleneksel tıbbın nüfusu sağlıklı tutmak için oynadığı rolü güçlendirecek aktif politikaları geliştirmeyi ve eylem planları geliştirmede Üye Devletleri desteklemeyi amaçlamaktadır. Stratejinin hedefleri ise;

□ *Politika; ulusal tıp politikalarını ve programlarını geliştirerek ve uygulayarak, geleneksel tıbbın ulusal sağlık sistemleri içerisine mümkün olduğu kadar entegre edilmesi,*

□ *Güvenlik, etkililik ve kalite; bilgi tabanını genişleterek, düzenleyici ve kalite güvencesi standartları hakkında rehberlik ederek geleneksel tıbbın güvenilirliğinin, etkinliğinin ve kalitesinin artırılması,*

□ *Erişim; yoksul nüfusa erişimi vurgulayarak geleneksel tıbbın uygunluğunun ve kullanılabilirliğinin artırılması,*

□ *Akılcı kullanım; uygulayıcılar ve tüketiciler tarafından uygun geleneksel tıbbın terapötik olarak sağlıklı bir şekilde kullanılmasının teşvik edilmesi.*

Bu strateji dünyada uygulanırken kaydedilen önemli ilerlemelere rağmen, Üye Devletler şu konularda zorluklarla karşılaşmaya devam etmektedirler;

□ *Politika ve düzenlemelerin geliştirilmesi ve uygulanması,*

□ *Özellikle geleneksel tıbbın ulusal ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu için stratejileri ve kriterleri belirleme ve değerlendirme,*

□ *Güvenlik ve kalite, özellikle ürün ve hizmetlerin değerlendirilmesi, uygulayıcıların nitelikleri, etkinliği değerlendirmeye yönelik metodoloji ve ölçütler,*

□ *Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın reklamını ve taleplerini kontrol etme ve düzenleme becerisi,*

□ *Araştırma ve geliştirme,*

□ *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcılarının eğitimi,*

□ *Politikalar, düzenlemeler, hizmet profilleri ve araştırma verileri hakkında bilgi paylaşımı veya tüketiciler için güvenilir objektif bilgi kaynakları elde etme gibi bilgi ve iletişim” (125).*

Bu sorunların aşılabilmesi için Üye Devletlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili olarak kendi ulusal durumlarını belirlemeleri ve daha sonra bu gerçekleri yansıtan politikalar, düzenlemeler ve yönergeler geliştirmeleri ve yürürlüğe koymaları gerekmektedir. Strateji, her bir amaç için Üye Devletlere, ortaklara ve paydaşlara ve DSÖ'ye rehberlik etmek için bir dizi eylemi tanımlamaktadır.

Strateji, Üye Devletlerin kendi ulusal kapasitelerine, önceliklerine, ilgili mevzuata ve koşullara uygun olarak bir stratejik plan tasarlamak ve uygulamak için destek verir GETAT uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Hint tıbbına dayanmaktadır Japonya, Kore, Doğu ve Güney Asya da eski zamanlardan itibaren bu uygulamalara benzer veya kendilerine özgü GETAT uygulamaları geliştirmiştir (126).

Homeopati, osteopati, kayropratik gibi uygulamalar ise 19. yüzyılda gelişen tedavi yöntemleridir (127). GETAT yöntemlerinin en bilinenlerinden olan akupunktura ait ilk belge M.Ö 100 yılına aittir. 1971’de Çin’e görev için giden Amerikalı bir gazetecinin apendektomi geçirdikten sonra ağrılarını azaltmak için akupunktur uygulaması ve ülkesine döndüğünde çalıştığı gazetesinde bu durumu anlatması ile bu uygulama ABD’de popüler hale gelmeye başlamıştır (128)

20. yüzyılda, tıbbın gelişmesi ile ilaç teknolojisindeki birçok yenilik gerçekleşmiştir. Bunu sonucu olarak da bitkisel ürün kullanımı azalmıştır. Modern tedavi yöntemleri ile kronik hastalıkların kontrolünde önemli yol alınmasına rağmen tam başarı sağlanamamıştır. Bu durum insanların yeni arayışlara yönelmesini kolaylaştırmıştır. 1990’lı yıllardan sonra, dünyada ve ülkemizde bitkisel ürünlerin kullanımı, kolay temin edilmesi, yaygınlaşmaya başladığında ucuz olması gibi nedenlerle giderek artmıştır (129).

5.2.2.2. Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yasal Düzenlemeleri

Ülkemizde GETAT için yapılan ilk düzenleme 1991 yılında yayınlanan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği”dir (130).

2002 yılında “Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik” oluşturulmuştur (131).

2 Kasım 2011 tarihinde “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile GETAT uygulamaları hakkındaki yasal düzenleme ve denetleme yapma yetkisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne verilmiştir (132).

27.10.2014 tarihinde 29158 sayılı Resmi Gazete’de “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*” yayınlanmıştır. Yönetmeliğin amacı “*insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir*”. Yönetmelik, uygulamaların yapıldığı sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda yöntemleri uygulayacak kişileri kapsamaktadır. GETAT uygulamaları, bakanlıkça yetkilendirilmiş uygulama merkezlerinde uygulama sertifikası bulunan tabip ve sadece dış hekimliği alanında dış tabibi tarafından yapılabilir. Temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı tabiplere yardımcı olabilirler. Yönetmelik kapsamında belirlenen ve hakkında düzenlemeler yapılan GETAT yöntemleri; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapidir. (133).

Türkiye’de, GETAT kullanım sıklığının çeşitli hastalıklarda %12,6 ile %84,0 oranında olduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de insanlar, GETAT uygulamalarına daha çok kronik ve çaresiz hastalıklarda yönelmektedirler (124).

GETAT yöntemleriyle ilgili eğitim, ülkemizdeki tıp fakültelerinde henüz verilmemektedir. Eğitim almak isteyen tıp fakültesi mezunları, açılan kurs veya sertifika programlarına katılabilmektedir. Eğitim alınabilecek 15 yöndem “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” nde belirtilenlerle sınırlı olmaktadır. Kasım 2014 tarihinde yayınlanan “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile kurulmasına karar verilen “Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü” GETAT uygulamaları alanındaki ilk resmi kuruluştur (134).

Tıp fakültelerinde, hekimlik eğitimleri süresince sadece modern tıp bilgilerini öğrenen hekimler GETAT uygulamalarına önyargılı bir şekilde karşı çıkabilmektedirler. Hekimler ön yargısız ve özgür bir şekilde bu uygulamalarla ilgilendiği takdirde yeniden öğrenilecek, fark edilecek bilgilerle bugünkü tıba da birçok katkısı olabilecektir.

Ayrıca bu uygulamaları, eğitimini almış doktorlar yapmadığı zaman, kim ve ne olduğu belirsiz şahıslar tarafından denetimsiz bir şekilde fahiş fiyatlar karşılığında uygulanacaklar. Belki de gerçekten faydalı olabilecek bir uygulama uygun olmayan şartlarda ve şekilde yapıldığı takdirde ya etkisi olmayacak ya da komplikasyon oluşacaktır. Bu durum henüz etkinliğini tam anlayamadan GETAT uygulamalarını etkisiz ve zararlı bulmak için yeteli görülebilecektir.

Birinci basamak hekimleri olarak hastanın ilk temas noktası olması nedeniyle GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmak, hastaları doğru yönlendirmek açısından önemlidir. Hatta hekim isterse bu uygulamaların eğitimini alma fırsatı bulursa GETAT merkezlerinde de uygulama tecrübe edinme fırsatı yakalayabilir.

Geçmiş bin yıllık yöntemlerin uygulanıyor olması hala etkinliklerinin var olduğunu ve hastaya fayda sağlamak adına yeniden ve gerektiğinde bu yöntemlere başvurulabileceğini göstermektedir. Aile Hekimi sanatını icra ederken eğer bu devasa geçmiş birikimin farkında olursa koruyucu hekimliği yapması açısından uygulaması daha da kolaylaşabilecektir.

5.2.2.3. Aile Hekimliği Ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Son yıllarda teknolojinin hızla ilerlemesiyle teşhis ve tedavide gelişmiş cihazların kullanılmasıyla hastalar ve hekimler arasındaki derin ilişkinin kaybolmaya başlamıştır. Hastalar hekimler karşısında kendilerini yeterince ifade edemediklerini hissettikleri için bunu sağlayacak başka ortam arayışına girmişlerdir. Bir yandan da kimyasal formüllü ilaçlardan yan etkileri vb. sebeplerle çekinmeye başlayan insanlar, tabiata dönmeye başlamış, eski geleneksel yöntemlerle tedavi olma çabasına girmişlerdir. Bu nedenlerle tüm dünyada ve ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) artan bir şekilde ilgi görmektedir.

5.3. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Osmanlı döneminde hastaları tedavi etmek amacıyla uygulanan yöntemlerin bir

kısmını oluşturan fitoterapi, kupa uygulaması, akupunktur gibi uygulamalar modern tıpta yeniden gündeme gelmeye başlamıştır. Modern tıp teknolojilerinin gelişmesi ile acil durumlarda akut müdahalede başarı oranı artmış olmasına rağmen kronik hastalıkların halen çözülememiş olması bu yöntemleri uygulamaya sevk eden sebeplerden sayılabilmektedir.

Osmanlıdaki hekimlik uygulamasında, dolayısıyla geleneksel yöntemlerde hastanın vücudu bir bütün olarak ele alınır ve kendi içindeki dengenin sağlanması için müdahale edilirdi. Günümüzde hastaları organ ve hastalık bazında ele alan aşırı branşlaşma sonucu ortada kalan hastaya bütüncül olarak bakıp asıl sorunun kaynağını bulacak yaklaşımı gerçekleştirecek uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği geleneksel ve tamamlayıcı bakış açısına en yakın branşlardan biridir.

Osmanlıda hastalar kendi evlerinde ziyaret edilerek tedavi edilirdi. Günümüzde büyük ve donanımlı hastaneler olmasının yanında hastalığı ve engeli nedeniyle hastaneye ulaşamayacak durumda olan hastaların bakım ve tedavileri için evde sağlık uygulamaları geliştirilmiştir. Birinci basamaktaki Aile Hekimliğinin görevleri arasında olan evde sağlık hizmeti, hastaya hep aynı hekimin tedavi vermesi ve takibini sürdürmesi açısından önemli bir yer teşkil etmektedir.

Aile hekimliğinin önemli bir hizmeti olan evde sağlık ve getat eski klasik dönemden beri kullanılan yöntemler olup aile hekimliği bu konulara iletişimde olduğu gibi daha çok önem vermektedir dolayısıyla eskiden yapılan ve bir hekimde olması gereken vasıflar aynı şekilde aile hekiminde de olması yaptığı hizmetlerinde daha etkin ve yetkin bir hizmet sunmasına vesile olabilir. Dolayısıyla Aile Hekimliği eski tebabetin bu konudaki uygulamalarını ve nasihatlerini daha ziyade sahiplenmelidir.

6. SONUÇ

Tıbbın, 20.yüzyılda teknolojideki muazzam gelişmelerle tanı ve tedavi imkanlarının genişlemesine rağmen hala iyileştirilemediği hastalıklar olduğu gibi, bazı hastalıkları kontrol altına almak da sadece ömür boyu süren tedavilerle mümkün olmaktadır. Tedavi aramaktan ziyade hastalığa sebep olacak nedenleri ortadan kaldırmak daha etkili bir uygulama olacaktır. Bu süreç bize koruyucu hekimliğin esas olduğunu yeniden hatırlatmaktadır.

Hekimlik uygulamalarının etkinliği ve tedavi başarısını göz önüne aldığımızda ise hekim hasta iletişiminin önemi bir kez daha karşımıza çıkmaktadır. Eski dönemlerdeki hekimlerin tutumu empati kurmak bakımından günümüzün modern uzmanlarına nazaran daha yüksekti. Bugün ise; modern tıp, duygusal desteğin ne kadar değerli bir araç olabildiğini yeniden gündemine almaktadır.

Tıp pozitif bilim olmasının yanı sıra bir yanıyla da sosyal bilimdir. Pozitif bilim, her geçen gün ilerlemekte ve değışebilmektedir. Ancak sosyal yönü yani sanat olarak icra edilen kısmı değışmeden kadim olarak kalmaktadır. Hekimlik bilgi ve becerilerin bütününden oluşan bir sanattır bir anlamda. Hekimlik, hastayı dinleme ve onunla konuşma sanatıdır. Hekimin kişilik özellikleri sahip olduğu erdemler ve yetenekler sanatsal yönünün zenginleşmesine ve gelişmesine katkı sunmaktadır.

Bu noktalardan yola çıkarak eski dönem hekimliğini; yani bize farklı fikirler sunmasına daha çok olanak verebilmesi ümidiyle Osmanlı klasik dönemindeki tıp ahlakı ve hekimlik uygulamalarını inceledik.

Osmanlı Devleti'nde hekim bir meslek erbabından ziyade insana adanmış sanatkâr olarak görülüyordu. Bilgiyi yerli yerinde kullanması, sıradan insanlara göre daha derin ilme sahip olması, hikmet sahibi olması nedeniyle doktor veya tabip kelimelerinden ziyade hekim kelimesini kullanmışlardır. İşinin ehli, usta doktor anlamında “hekim-i hazık” tabiri kullanılmıştır. Tabib-i hazık; eş-Şafî ismi celilesinin yeryüzündeki tecellisine mazhar olmuş kişi anlamında da kullanılırdı. Hekimin (Yaratana ile hiçbir zaman irtibatını kesmeyerek) hastası için yaptığı ilk şey ona dua etmektir. Osmanlıda ölüm ve hayat içiçeydi, ölümle savaşmak için zaman da harcanmazdı. Hastalık sevap kazanma vesilesi olarak görülür ve sabır tavsiye edilirdi. Hekim hastasını maddi olarak değerlendirmez, örneğin yatan bir hastasına şu

numaralı hasta diye bakmaz, ölen bir hastasına da exitus oldu tabirini kullanmazdı. Hastasına dokunur, dinler anlamaya çalışırdı.

Modern tıp branşları arasında “hekim” sıfatını kullanan tek branşın aile hekimi olması oldukça manidar olup bu tez konusunun önemli bir çıkış noktası olmuştur. Geçmişten istifade etmek ve disiplinimize bu kazanımları tekrar hatırlatarak daha güçlü kılmak hedefimizle aile hekimliği kimliğine katkı sunmayı planladık. Nitekim hekimlik vasfının içini doldurmak en başta aile hekimlerinin sorumlulundadır. Günümüzde gerçek hekim olabilmek için tıbbi bilgilerin yanında; iletişim becerileri, diğergamlık, öz-farkındalık, yargı, profesyonellik ve kişiliğin sosyokültürel anlamda geliştirilmesi gerekmektedir.

Doktoru hekime dönüştürecek olan faktörlerden bazıları; hastalığı teşhis öncesi dönemdeki iletişim dili, beden dili, yaklaşımı, sabrı, hastayı anlamaya çalışması, anamnezdeki ipuçlarına özen göstermesi, hasta ile güven bağı kurabilmesi, randevu saatlerine özen göstermesi ve benzeri uygulamalar olacaktır.

Osmanlı’da hekimler darüşşifalarda usta çırak ilişkisi içerisinde yetişiyordu ve bir yandan da teorik bilgileri tıp yazmalarından öğreniyorlardı, hocalarına ise derin bir saygı ile bağlıydılar. Hoca; talebenin şeref sebebi sayılıyordu. Bu durum yanlış uygulama yapmaktan çekince oluşturabilmesi adına da önemli ve anlamlıydı. Ayrıca tıp yazmalarının hemen hepsi giriş bölümlerinde hekimde bulunması gereken ahlak özelliklerini detaylıca anlatan bölümler içermekteydi. Bu da hemen her kitapta hatırlatılması ve ahlaki prensiplerin hayata geçirilmesi açısından önemli olmuştur. Günümüzde de hekimlik profesyonelliğinin gelişmesi, hekim adayının-hekimin kendine rol model ve rehber olacak hocalarla, uygulamalar yapmasıyla ortaya çıkacak bir süreci gerektirmektedir.

Klasik Osmanlı döneminde tıbbi bilgiler dört humor teorisine dayandırılıyordu. Anasırı erbaa denilen kâinatın yaratılışında dört temel unsur olan ateş, hava, su ve toprağın özelliklerini taşıyan insan vücudunda dolaşan Ahlatı erbaa denilen dört temel sıvı vardı; kan, kara safra, sarı safra, balgam. Dört sıvı, dört unsurla ve bunların sıcak (hâr), soğuk (bârid), yaş (râtıb) ve kuru (yâbis) şeklinde dört özelliğiyle ilişkilendirilmektedir: Kan, yaş-sıcak olan hava ile; sarı safra, kuru-sıcak olan ateş ile; sevdâ (kara safra) soğuk-kuru olan toprak ile ve balgam ise soğuk-yaş olan su ile ilişkilendirilirdi. Mevsimlerin, zaman dilimlerinin ve yaş

dönemlerinin de vücuttaki dört sıvı üzerinde tesirleri olduğu düşünülür ve buna göre kişiye, mizaca ve zamana göre özel tedavi yaklaşımları uygulanırdı. Ahlât-ı erbaa'nın insanın biyolojik fonksiyonlarını etkilemesinin yanında ahlâkî ve psikolojik fonksiyonlarını da etkilediği, bu sayede insanlarda huy/karakter olarak “dört mizaç” olduğu ve psikolojik rahatsızlıkların da bu sıvıların vücuttaki dengesizliğinden ve özellikle sevdanın (kara safra) fazlalığından ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Bu dört mizaç demevî (sıcakkanlı), safravî (öfkeli), sevdavî (karamsar, melankolik) ve balgamî (sakin/tembel) şeklindeki psikolojik tiplerdir. Osmanlı tıbbında musikin de mizaçlar üzerindeki etkisi tecrübe edilmiş, özellikle darüşşifalarda müzik ile tedaviye özen gösterilmiştir. Her mizaca uygun olarak ayrı ayrı makamlarda besteler yapılmış ve tedavi metodları uygulanmıştır.

Ahlât-ı erbaa teorisine göre hayatın devamı için yenilen veya içilen gıdalar da sıcak, soğuk, yaş ve kuru tabiatlılar olarak sınıflandırılmıştır. Hastanın mizacına göre uygun gıdalarla beslenmesi düzenleniyor ve yine mizacına göre uygun bitkilerle tedavisi düzenleniyordu. İlaçların verilme zamanı yıldızların, güneşin, ayın durumuna göre değişebiliyordu. Bu yüzden hekimler astroloji ilmine de vâkıftı. O dönemde olan kişiye göre tedavi düzenlenmesi günümüzde modern tıbbın da ilgilendiği bir konudur. Gelişen teknoloji ile kişilerin genetiğine uygun olarak özel ilaçlar geliştirilmeye çalışılması buna güzel bir örnektir.

İnsanı kâinatın bir numunesi olarak kabul edip kâinat olayları ile bir bütün halinde değerlendiriyorlardı. Tedavide asıl olan kişinin normal tabiatını korumak ve fitratı bozulmuşsa normal hale getirmeye çalışmaktı. Asıl olan koruyucu hekimlikti. O dönemde mevcut tıbbi bilgiler dahilinde bilinmeyen ilaçları kullanmak tıp ahlakına aykırıydı. Yanlış veya eksik bilgi ile yapılan tedavinin sonucunda hekim sorumlu tutulurdu ve uygun cezası verilirdi. Günümüzde modern tıp ise yeni olan bilgiyi denemek için kendisiyle yarışmakta diğer taraftan da acı tecrübeler neticesinde bazı sınırlandırmalar da getirmektedir.

Günümüzde Aile Hekimliği pratiğinde; hasta ve hastalıklar, dört humor teorisi gibi detaylandırılmasa da ruh ve beden ilişkisinin varlığı göz önünde bulundurularak, hasta varoluşsal süreci dikkate alınarak ve bütüncül olarak ele alınmaktadır. Hastanın, hastalığı nasıl anlamlandığı, tedaviye nasıl tepkiler vereceği dikkate alınmaktadır. Hastaya bütüncül (holistik) bir yaklaşımla bakım vererek, kişinin

spiritüel yönünü harekete geçirerek hastalığı kabullenmesi ve hastalıkla gerektiği gibi mücadele etmesini sağlamaktadır. Ayrıca, bireylere gerekli hallerde uygun danışmanlık verilerek sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlanmaktadır. Hastalıkları tedavi etmekten ziyade hasta olunmamasını sağlamak önemlidir. Bu bağlamda günümüzde de koruyucu hekimliğin önemi giderek daha da anlaşılmaktadır. Geçmişte de bu şekilde bir bütüncül ana yaklaşım olduğu görülmekte ve ayrıca hastalara hastalığın hikmet boyutu hakkında da olumlu telkinlerde bulunulmaktaydı.

Osmanlıda hekimin kanaatkâr, alçakgönüllü ve merhametli olması istenirdi. Tatlı ve açık bir üslupla, yumuşak bir şekilde yapılan tedavinin daha etkili olacağı düşünülüyor ve gözlemsel olarak biliniyordu.

Günümüzdekine kıyasla tedavi edilebilir hastalıkların çok kısıtlı olmasına karşılık, şifayı verenin Allah olduğu inancıyla, hiçbir zaman tedaviden ümidi kesmemek gerekir düşüncesi hakimdi. Ayrıca, dönemin tıp felsefesi doğrultusunda hastaların tabiatlarına uygun yaklaşımlarda bulunan hekimlerin, geriye dönük çalışmaların ve istatistiklerin olmadığı dönemde, hasta ve hasta sahiplerine kesin bilgi verebilmeleri de oldukça güç olmalıydı. Hastanın ümidini hiçbir zaman kırmayarak insanî faktörü çok güçlü tutarak tedavide ciddi bir etkinlik sağlanabiliyordu.

Modern tıp, hastalıkları moleküler düzeyde incelemektedir. Asıl olanı; yani bütünü ele almayı ihmal edecek sürece girildiğinde Aile Hekimliği bakış açısı gelişmiş ve yeniden bütüncül, biyopsikososyal yaklaşım devreye girmiştir. Kapsamlı ve sürekli bakım vermesi yönünden Aile Hekimliği diğer branşlardan farklı olarak özgün bir yapıdadır. Aile hekimliği merkezlerinin hastaların kendi mahallelerinde, yaşam alanları içinde kolayca ulaşılabilir bir pozisyonda olmasıyla hastalar çekinmeden hekimleriyle görüşebilmektedir. Birinci basamak hekimliği sağlık sorunu olan birey için ilk açılan kapı özelliğindedir.

Hekim sürekli bakım verdiği hastasını daha yakından tanımaktadır. Bu sayede hastayı sadece hastalığı ile değil, içinde bulunduğu ortam, aile yapısı, sosyokültürel-ekonomik düzeyi ve hayata bakış açısı ile değerlendirebilmektedir. Hastanın “hastalık” algısını anlayabilmekte, bununla nasıl başa çıkacağı konusunda daha etkin yönlendirme yapabilmektedir. Aile hekimi sorumluluk ve savunuculuk ilkeleri

doğrultusunda, gerektiğinde alanında uzman hekimlerle irtibata geçip hastayı yönlendirmekte ve tedavi sürecinde yine takipte olabilmekte ve hastasını dört tip koruma yöntemi ile gereksiz ve aşırı tıbbi girişimlerden ve her türlü zararlı maruziyetten koruyabilmekte ve gerekli erken teşhis ve taramalar ve aşılar ile hastalarının izlemlerini yapmaktadır.

Aile hekimliğinin tüm bu özelliklerinin en iyi standartlarda uygulanabilmesi, kaliteli bir hasta- hekim ilişkisinin merkeze alınması ile mümkündür. Aynı hekim ile düzenli görüşme sürecinde olmak güvene dayalı hekim hasta ilişkisi oluşturmakta ve bu da tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Hekimin güler yüzlü, ilgili ve sevecen yaklaşımı ile verilen tedavi etkinliği geçmişte olduğu gibi artırabilmektedir.

Geçmiş dönem hekimlik uygulamalarına baktığımızda hekim olacak kişide bulunmasını istedikleri erdemleri, ahlaki özellikleri hem tıp yazmalarında hem de darüşşifa vakfiyelerinde özellikle belirtmişlerdir. Bu durumda hekim hasta ilişkisini en optimal düzeyde sağlayacak kişileri hekim olarak yetiştirmişlerdir. Günümüzdeki gibi gelişmiş tedavi seçenekleri olmadığından, hekimin hastasına vereceği moral gücünün ve verilen ilacın etkinliğini artıracak güler yüz, tatlı sözün ve hekimin duruşunun ve yaklaşımının üzerinde önemle durmuşlardır.

Osmanlı dönemi hekimlik uygulamalarında profesyonellik açısından baktığımızda; hekimin itibarının ve saygınlığının korunmasına özen gösterilirdi. Eğer hasta hekimin vereceği tedaviye uymayacaksa, hekimin o hastanın tedavisini terk etmesinin uygun olacağı kabul görülmüştü. Hasta tedaviye uymadığı takdirde şifaya ulaşamazsa sanki hekim başarısız olmuş ve yanlış tedavi vermiş intibasının önüne geçilirdi. Hekim giyinişine, hal ve hareketlerine, konuşmasının güzelliğine özen göstermeli idi. Yakın arkadaş çevresinin hal ve hareketleri de itibarını etkileyeceği için iyi bir çevre edinmeliydi. Usta çırak ilişkisi ile yetişen hekimler ustalarının adı ile övünürler, derin saygı duyarlardı. Hekimler gerekli durumlarda birbirleri ile istişare ederler, yanlış bir uygulama yapıldı ise çekinmeden açıklayarak düzeltirlerdi. Eğer konsültasyona çağrılan bir hekim hastaya gerektiği gibi özenmezse bir daha o hekime başvurulmazdı. Hekimler dayanışma içinde hareket ederler ve dostça ilişkiler kurarlardı. Hastanın sırrını saklar ve mahremiyetini korumak için özen gösterirlerdi. Mevcut tıp kanuna uygun tedaviyi uygulayan, tedbirli olan ve hastası üzerinde tecrübeden kaçınan hekim iyi hekim olarak kabul edilirdi. Osmanlı döneminde sanat

ehli sayılan hekimlerin ahi teşkilat mensub olurlardı. Locaya kayıtlı hekimler belli bir töreye tabiydi.

Modern hekim profesyonelliği, hekimlerin saygınlıklarını korumaları için uymaları gerekenlerin bütününe kapsamaktadır. Hastaya öncelik vermek ve saygı duymak, onlarla uygun bir ilişkiyi sürdürmek, bilimsel bilgiyi kullanmak, diğer doktorların saygınlığına zarar vermemek ve mesleki sorumluluk taşımak, profesyonel hekim kimliği gerekleri olarak sayılabilir. Tıp eğitimi sırasında oluşmaya başlayan ve pratik çalışma ortamında uygulama ile gelişecek olan bir olgudur. Bu nedenle doktorun profesyonel kimliğinin oturması bir süreci gerektirmektedir. Bunun için “mesleki eğitimi” yeterli değildir, “mesleki örgütlenme” de büyük önem taşımaktadır. Mesleki sorumlulukların, kuralların belirlenmesi, hak kazanımları ve bunların korunması ve meslek kimliğinin geliştirilmesi için sağlık teşkilatları önem taşımaktadır.

Osmanlı dönemi hekimlik uygulamalarında, darüşşifalarda görev yapan tabipler, vakfiye şartlarında yazan görevleri yerine getirmiyorlarsa yevmiyelerinden kesinti uygulanırdı. Serbest çalışan hekimler için yapılan teftişler ve imtihanlar sırasında yetersiz bulunanlar görevlerinden uzaklaştırılır, çalışmaları yasaklanırdı. Israrla çalışmaya devam edenler ise sürgün veya ev hapsi ile cezalandırılırdı. Ölüme sebep olmuş hekimlerin cezası da ağırdı. Öldürmeye yardımcı olmak da öldürmek olarak değerlendirilir sürgün cezası verilirdi. Mesela düşük yaptıran ebeler ve kadın hekimler tespit edilirse bu şekilde cezalandırılırdı. Darüşşifa vakfiyelerinde tıbbi uygulama öncesi hastanın rızasının alınması gerektiğini görebiliyoruz. Ve yine mesleğin hakkını yerine getiren hekim tedavi süresince bazı aksaklıklar yaşamış olsa da kusurlu kabul edilmiyordu. Hastalar hekimlerini seçebiliyorlar, memnun olmadıkları bir durum olduğunda kadıya başvurabiliyorlardı. Darüşşifa ve tıp medresesi tabiplerince atanan bilirkişiler gerekli davaları inceliyorlardı.

Modern dönem hekimliğinde de hastayı yapılacak tedavi hakkında bilgilendirme ve rızasını almaya önem verilmektedir. Ancak hekimlerin günlük uygulamasında aldıkları rıza belgelerinin onları hukuki anlamda koruyabilmesi için gerekli şartları detaylıca bilmeleri gerekmektedir. Hekimler, hastalarına uygulayacakları tedavi planlarını, mümkün olan bütün alternatifleriyle ve detaylı bir şekilde onların anlayabileceği bir dille anlatılmalıdır. Kendisine yeterli bilgi

verilmiş hasta tedavi sonrasında yaşanacak bir aksiliği makul karşılayabilecek ve Malpraktis açısından hekiminden davacı olmayacaktır.

Osmanlı döneminde hekimler hastayı daha çok kendi evinde ziyaret ederek tedavi etmişler, ayrıca darüşşifalarda ihtiyaç halinde olan yoksullar, miskinler tedavi edilmiştir. Günümüzde de Aile hekimliği uygulamalarından biri olan evde sağlık hizmeti, hastanın bulunduğu sosyal ortamı değiştirmesi gerekmeyen, tedavi sürecinde ailesinin yanında olması, bakım düzeninin bozulmaması ve daha güvenli olması açısından avantajları olan bir uygulamadır. Evde sağlık hizmeti verildiği taktirde sağlık hizmetinin maliyeti de hastaneye göre önemli ölçüde azalmaktadır. Hastanede bir doktor daha fazla hasta ile ilgilenirken, evde ise hasta başında birebir ilgilenmesi kolaylaşmakta, böylece de daha kaliteli ve hasta memnuniyetini artıran bir uygulamaya zemin oluşmaktadır. Aile hekimliği pratiğinde imkanlar dahilinde evde sağlık hizmeti uygulaması Osmanlı dönemi ev ziyaretlerini anımsatmaktadır ve bu konuda tecrübelerin aktarılması daha kaliteli bir evde sağlık hizmetine yol gösterici olacaktır.

Günümüzde; ülkemizde ve tüm dünyada geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına olan ilgi giderek artmaktadır. Bu durumun sebebi olarak modern tıbbın kronik hastalıklara karşı çözümsüz kalması, değişen yaşam standartları ile hastalıklara yakalanmanın kolaylaşması, koruyucu hekimliğin geri planda kalması sayılabilir. Hatta bozulan hasta-hekim iletişimi nedeniyle doktorunun verdiği tedaviye güvenmeyen hastaların şifayı bu gibi uygulamalarda arıyor olabileceği de unutulmamalıdır. Sebep her ne olursa olsun etkin bir Aile hekimliği uygulaması ile hastaların beklentisi daha iyi anlaşılabilecek ve eski kadim Osmanlı medeniyetinde de kullanılagelen GETAT uygulamaları ile hastalarının tedavilerine farklı yaklaşımlarla destek olunabilecektir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıba baktığımızda bu uygulamalarda da koruyucu hekimlik esastır. Hastayı sadece o anki şikâyeti ile değil tüm sistemleri ile değerlendiren ve bozulan vücut dengesinin yerine getirilmesi esasına dayanan uygulamaları; eğitiminin alınması halinde aile hekimliği pratiğinde de uygulamak mümkündür. Gelen hastaya şikayetine ve uygunluğuna göre hemen ilaç reçetelemek yerine uygun bir fitoterapi, egzersiz veya beslenme reçetesi verip nasıl kullanılacağını detaylıca tarif etmek ve süreci takip etmek de seçenek olabilir. Getat

uygulamaları öncesi alınan çok detaylı anamnez ile hasta kendisini daha iyi anlaşılmış hissedebilmekte ve bu iyileşme sürecine olumlu katkı yapabilmektedir. Yine insani yaklaşımlarla ve bu uygulamalar sırasında kişinin inancına göre yaratıcısına yakınlaşmasının sağlanması, tevekküle yönlendirilmesi ile iyileşme süreci hızlandırılabilir ve hastalığın hikmet boyutunu da anlatarak hastalığına karşı hastanın pozitif yaklaşımı sağlanılabilecek ve gereksiz meraktan hasta korunabilecektir.

Sonuç olarak aile hekimliği pratiğinde uygulanan; kişi merkezli bakımın, toplum yönelimli, kapsamlı yaklaşımın, bütüncül bakımın, biyopsikososyal yaklaşımın, hastayı kültürel ve varoluşsal boyutta ele almanın ve koruyucu hekimliğin etkin olabilmesi için hekimin insani özelliklerinin yani hekimlik sanatının ön planda olması gerekmektedir. Empati kurabilen hekim hastasını daha iyi anlar ve dolayısıyla hastanın tedaviye güvenini pekiştirir. Hekimin kişilik özellikleri ve sevecen olması, güvenirliliği bu kadar etkilerken hekimler gerekiyorsa özel eğitim alarak kendilerini hasta hekim iletişimi konusunda geliştirmelidirler. En azından bu konuda geçmişin kazanımlarına kulak vermelidirler.

Doktorlara etkin iletişim, tıp ahlakı ve profesyonellik yaklaşımları ile ilgili dersler belli aralıklarla verilerek hekimlik sanatının pekiştirilmesi sağlanmalıdır. Bu konuda da hekimliğin 3 kıta 7 iklimde onlarca kültür ve milleti bağrında barındıran bir coğrafya üzerinde yüzlerce yıllık tecrübeler edinmiş bir Osmanlı Tababetine de göz atılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışma bu ihtiyacın bir nebze olsun giderilmesi adına yapılmış **“Osmanlı Klasik Dönem Hekimlik Sanatının Modern Dönem Hekim Profesyonelliği, Aile Hekimliği Kimliği ve Uygulamaları Açısından İncelenmesi” konusunda** yapılan ilk çalışmadır...

Tıp ahlakı ve hekimlik uygulamaları ile ilgili dönemsel bazda inceleme yapılan birçok yabancı yayın olmasına rağmen ülkemizde çalışılmamış olan bu konularda çalışmalar yapılarak konunun önemi daha da vurgulanabileceği unutulmamalı ve geçmişini bilmeyen geleceğini de bilemez sözüne uygun hareket edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Freeman, T. R., (2017). Mc Whinney'in Aile Hekimliği, (ed. Güldal, A.D.). Nobel yayınları. Adana. 3, 5-8,175
2. Akdeniz, M., (2011). Türkiye’de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği’nin Gelişimi, <https://www.researchgate.net/publication/269839390> (erişim tarihi: 20.06.2019).
3. Ülman, Y., (2013). Profesyonellik Eğitiminde Etik ve İnsan Bilimleri, Acıbadem Üniversitesi Örneği, Türkiye Biyoetik Derneği VIII. Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitimi Sempozyumu, 1-3 Kasım, Ankara, 2.
4. Erdem, R., Akkaş E., (2017). Hekimlik Meslek Kültürünü Belirleyen Olguların Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 17, ss.47-57.
5. Sarı, N., (2015). Osmanlılarda Tıp Ahlakı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 19-25.
6. Göktaş, H., (2014). XIX. Yüzyılda Osmanlı Devleti’nde Hekim Hasta İlişkileri ve Diplomasız Hekimler, History Studies, Volume 6, Issue 6.
7. Sezgin, F., (2003). İslâm Medeniyetinin Duraklama Sebepleri Konferansı, İslâm Araştırmaları Merkezi.
8. Sezgin, F., (2008). İslam'da Bilim ve Teknik, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kültür A.Ş. Yayınları cilt 4, Ankara, 3-7.
9. Osmanlı’da Tıp, (2014).
<https://mt2014grup1.wordpress.com/2014/05/17/osmanlida-tip/> (erişim tarihi 17/02/2019).
10. Bayat, A. H., (2016). Tıp Tarihi, Merkezefendi Geleneksek Tıp Derneği Yayınları, İstanbul, 260, 261, 295-296.
11. Cevizci, A., (2002). Etiğe Giriş, Paradigma Yayınları, İstanbul, 3.
12. Cevizci, A., (2002). Etiğe Giriş, Paradigma Yayınları, İstanbul, 3.
13. Arıcı, M., (2012). Kutbuddin Şirazi’ye Göre Tababet Sanatı ve Hekimlik Ahlakı, Kutadgu Bilig Felsefe ve Bilim Araştırmaları Dergisi, c. 22, 45-71.
14. Erdem, H., (1996). Son Devir Osmanlı Düşüncesinde Ahlâk, Sebat Ofset Matbaacılık, Konya, s.17.

15. Sarı, N., (2003). Hekim Ve Hasta İlişkilerinde Güven Bunalımı Ve İhmal Edilen Erdemler Ahlakının/ Etiğinin Önemi, Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Kongre Kitabı, cilt 1, Bursa. 3-13.
16. Sinoplu Mü 'mîn bin Mukbîl., (2010). Miftâhu'n-Nûr ve Hazâinü's-Sürûr (Göz Nurunun Anahtarı ve Neşe Hazine) Nobel Tıp Kitabevi, 195,196.
17. Elçin, M., (2010). Tıp eğitiminin tarihçesi, Hacettepe Tıp Dergisi, 41:195-202.
18. Ünver, A. S., (1936). Tıp İlmi ve Meşhur Hekimlerin Mahareti, İstanbul, 15.
19. Abbas Vesim Efendi Kimdir? Erişim tarihi: 15.06. 2019 <https://www.biyografya.com/biyografi/707>
20. Acıduman, A., Arda, B., (2008). Emir Çelebi ve ünlü eseri Enmûzecü't-Tıb'da Tıbbî Deontoloji İle İlgili Bir Bölüm: Vesâyâ-yı Hükemâyı Selef ve Halef. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51(1), 68-72.
21. Emir Çelebi, (1624). Enmuzec-i Tıb, CTFTM. no.3530, vr.262b
22. Abbas Vesim, (1758). Düstur'ul Vesim, Rağıp Paşa Ktp, No. 947, v.493-512 ab.
23. Altıntaş, A., (2012). Anadolu Selçukluları ve Osmanlılar'da Tıp ve Darüşşifalar, Anadolu ve Osmanlı Şefkat Abideleri Şifahaneler (ed. Abdullah Kılıç), Diasan Basım: 61-64.
24. Songur, H., Saygın, T., (2014). Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış, Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences, 19(1).
25. Kur'an-ı Kerim Meali, (2016). Lokman suresi, Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 31/12.
26. Sarı, N., (2000). Osmanlı Hekimliği Ve Tıp Bilimi, T.c. Sağlık Bakanlığı Tarafından Düzenlenen Osmanlı Devleti'nde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Ankara Yayınları, 21-87- 11,68.
27. Emir Çelebi, Enmuzec-i Tıb, Süleymaniye Kütüphanesi, Fatih no.3530, vr. 244, 248b, 262b- 263'a.
28. Mümin İbn Mukbil Sinobi, (1442). Miftahü'n-Nur Ve Hazainü's-Sürur. Süleymaniye Ktp., Hamidiye, No. 1034/4, Vr.93b.
29. Nidai, Menafiü'n-nas, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Müzesi, No.84, 60 bab. vr.108ab, 112, 260-261
30. Hayrullah Efendi, (1843). Malakat-ı Tıbbiyye, Matbaa-i Âmire, İstanbul, 142-146, 413.

31. Miralay Mustafa Hami, (1271). Menafetü'l-insan, c. II. CTFTM, no.320/2.s.2.3. .230/2, 104-126.
32. Süleyman b. Abdulmennan, cem'ü-l mücerrebat(1581),CTFTM,no.166 vr.1b.
33. Hacı Paşa, Kitabü's-Şifa Ve'l-Eskam. A.Y. Süleymaniye Ktp. Ayasofya No3667, Vr276a.
34. Mukbilzade Mümin, Miftahü'n-Nur Ve Hazainü's-Sürur. (1442), Süleymaniye Ktp., Hamidiye, No. 1034/4, Vr.93ab.
35. Vakıflar Genel Müdürlüğü tercümelerinden yararlanılmıştır; Haseki, Manisa, Atik Valide Darüşşifaları. Sultanahmet vakfiyelerinden nakledilmiştir.
36. Şerefeddin Sabuncuoğlu, El- Cerrahiyetül-Haniye. (1465), Millet Ktp. Ali Emiri.T.Y. No.79.Vr.47b-48a.
37. Erdemir, A. D., (2011). Tıpta Etik ve Deontoloji (21. Yüzyılda), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
38. Bayle, M., (1981). Professional Ethics. Wadsworth Publishing C., Belmont.
39. Aydın, E., (2011). Tıp Etiğinde Temel İlkeler, I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı. ODTÜ, Ankara.
40. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, (2006). TTB Yayınları, Ankara.
41. Çobanoğlu, N., (2009). Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Eflatun Yayınevi, Ankara.
42. Herbert, M. S., (2000). Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. Academic Medicine
43. Hall, J. L., (2016). Assessment Of Professionalism İn Family Medicine Residents: Turning The Mirror Around, Canadian Fam Physician, 62: 181.
44. Çelik, F., (2008). Örgütlü Meslek, Örgütlü toplum, <http://www.sdplatform.com/Dergi/137/Orgutlu-meslek-orgutlu-toplum.aspx>, e.d. (25.06.2019)
45. TUKMOS Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı, V.2.1. 15.11.2017 tuk.saglik.gov.tr/TR,31209/aile-hekimligi.html
46. Wonca (World Organization Of National Colleges, Academies), (2005). World Family Doctors Caring or People Europe, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, (Çev. Başak, O., Saatçi, E.) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, 2011, 13.
47. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1391-aile-ekiminintan%C4%B1m%C4%B1.html> erişim tarihi. (27.06.2019)
48. McWhinney, I. R., (1997). The Origins And Principles Of Family Medicine. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 3-28.

49. Freeman, T. R., (2017). Mc Whinney'in Aile Hekimliği, (ed. Güldal, A.D.). Nobel yayınları. Adana. 3, 5-8,175
50. Yılmaz T.E., Yılmaz T., Kahveci R., Özkara A., (2015). The Ottoman's Family Physicians: "Memleket Hekimleri" at 1871, 20. WONCA Europe Conference, İstanbul, P-0867.
51. Yılmaz T.E., (2019). Specialization of General Health" in Turkey in 1947: Is it the first recognized specialization of Family Medicine in the world?, 24. WONCA Europa Conference, Bratislava, ID: 913.
52. Aktaş, E. Ö., Çakır, G., (2012). Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması, Türkiye Ege Tıp Dergisi, Cilt: 51, Sayı: 1, İzmir, 22.
53. Tüzün, S., Kaya, Ç. A., Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliğinin Tarihi. <http://www.tahud.org.tr/guncel/asistan-dagarcigi/uzmanlik-dali-olarak-ailehekimliginin-tarihi/11> (Erişim Tarihi: 15.06.2019).
54. Algın, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2004). Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt:7. Sayı:3. 249-275.
55. Ungan, M. ve Ceyhun, A.G. (2006). Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi. Eylül-Ekim, Yıl:1, Sayı:1, 7-10.
56. Kurdak, H., (2014). Sağlıkın Varoluşsal Boyutu ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 5(3), 23-28.
57. Uludağ, O.Ş., (1341/1925). Beş Buçuk Asırlık Türk Tababet Tarihi, Türkiye Cumhuriyeti Maarif Vekaleti, Matbaa-ı Amire, İstanbul, 81, 102, 138.
58. Rıfat Osman, (1939). Dört Buçuk Asırlık Seririyatımız, Türk Tıp Tarihi Arşivi, 13.
59. Ali emiri-1, (1607). BOA, İbnülemin Asıhiye. No. 630/1.118.
60. Sarı, N., (2006). Osmanlılarda Tıp Ahlakı, Osmanlılarda Sağlık, Osmanlılarda Tıphanenin kuruluşuna kadar Tıp eğitimi., c. 1, Biofarma, İstanbul, s.207-235. 155-156.
61. Sarı, N., (2010). Osmanlı Darüşşifalarında Tayin Bürokrasisi, İstanbul.
62. Derviş Siyahi Lârendevî, Mecma'i Tıbb-ı Siyahî, (1615). CTFTM, No. 478, vr.2a,2b-3a.
63. Canpolat, M., (1973). XIV. Yüzyılda Yazılmış Değerli Bir Tıp Eseri Edviye-İ Müfrede" Türkoloji Dergisi, C. V. Sa.1, 21-22.
64. Aydın, B., XVIII. Yüzyıla Ait Türkçe "Müfredat" Kitapları Ve Türk Tıp Tarihindeki Yeri", (N.Sarı danışmanlığında hazırlanmış doktora tezi.)

65. Sarı, N., The Drug Hindiba, Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları 4, Bkz. S.14-15, 17-26,26-31. 54.
66. Gevrekzade Hasan (mtc.) Dürrü'l-Mansur Tercümesi, (1794), CTFTM, no.161, vr. 6a-7b
67. Evliya Çelebi Seyahatnamesi, (2011). Yapı Kredi yay.,cilt 1, İstanbul, 530, c.3, s.263.
68. Zülfikar, B., (1991). XIX. Yüzyılda Osmanlı İmparatorluğunda Anatomi- Tabib Şânizade Atâullah Mehmed Efendi Hayatı Ve Eserleri, Özel Yay. İstanbul, (N.Sarı danışmanlığında hazırlanan yüksek lisans tezi).
69. Kahya, E., (1996). Şemseddin-İ İtâkî'nin Resimli Anatomi Kitabı, Atatürk Kültür, Dil Ve Tarih Yüksek Kurumu, s.123; Tenkitli metin, s.14.
70. Zorlu, T., Süleymaniye Tıp Medresesi I, Osmanlı Bilim Araştırmaları, III/2 s. 79-123; "Süleymaniye Tıp Medresesi II", Osmanlı Bilim Araştırmaları, IV/1 s. 65-97.
71. Kürçüoğlu, E. K., (1962). Süleymaniye Vakfiyesi, Vakıflar Umum Müdürlüğü Yay., Ankara.
72. Söyleyici, T. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Denizli.
73. Şehsuvaroğlu, B., (1970), Eczacılık Tarihi Dersleri, Eczacılık Fak. Yay. No. 10, İstanbul.
74. Şerefeddin bin Ali (mütercim). Tercüme-i tıbb-ı Hârezm. Süleymaniye Ktp, Kılıç Ali Paşa, NO.716, vr.2a
75. İbn-i Şerif, Yadigar, İ.Ü. Nadir eserler Ktp., no 7067, vr. 2a no. 3647.vr.58a59. vr.59 a-b
76. Salih b. Nasrullah, Gayetül beyan (1655), Süleymaniye ktp. Esad Efendi, No.2476, vr,152b.
77. Bah-name, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Müzesi No. 147/1, vr 1-2.
78. Şânîzâde Atâullah, Mi'yârü'l- Etibbâ Tercümesi. CTFTM, No.538, 7, 8, 12.
79. Kaplan, M., (1995). Hayriyye-i Nabi (inceleme-metin), Ankara.
80. Yakıt. İ., (2010). Tıp Felsefesi Ve Etiği Üzerine, Ötüken Yay. İstanbul, 23.
81. Sarı, N., (2004). Ottoman Music Therapy, 39th International Cogress On The History Of Medicine, (Bari, 5-10 Eylül 2004)İ Proceedings, Vol.3, 2006 İtalya, S.145-151;
82. Şuûrî, Ta'dilü'l-Emzîce, CTFTM, no 279, vr199.
83. Aynî, M.A., (1939). Türk Ahlakçıları, c.1, İstanbul, 184. 200.

84. Gevrekzade Hasan, Risale-i Kıyafetname, İ.Ü., Nadir Eserler Ktp., T.Y. No.2695, vr.3. no.4289, vr.4'a.
85. Ülman, Y. I., (2007). Outlines of the History of Medicine in Turkey in the 19th and 20th centuries, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, İ.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi 40. Yılda 40 Kitap Serisi, Üniv. Yay. No:471 1, Fakülte Yay. İstanbul, No: 00249; 2007:1 75–186
86. Öztürk, H., Elçioğlu, Ö., (2012). Evaluation of Anatomy Studies in Ottoman State: Review, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2012;20(3): 1 70-8.
87. Kökcü, A. T., Demirsoy, N., (2016). Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi ve 19. Yüzyılda Osmanlı Tıp Eğitiminde Yenilikçi Hareket, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics- Law and History, 24(2), 67-75.)
88. Başkan, S., (2019). 2000'li Yılların Eşiğinde Türk Tıp Eğitimi.
89. Dokur, M., & Ulutaşdemir, N. (2018). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014 ve Acil Tıp Eğitimi: Acil Tıp Disiplini İlgili Temel Hekimlik Uygulamalarının Değerlendirilmesi.
90. (https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/tip_fakultesi_cep.pdf)
91. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliği, madde 15, 2009 [internet]. Yükseköğretim kurumu (YÖK), (Erişim tarihi 30.06.2019) http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BIsfYRx/10279/18071
92. Taşçı A. İ., Memişoğlu, K., Bektemur, G., Karakoç. Y., (2016). Tıpta uzmanlık eğitiminde kalite çalıştay, TUEK İstanbul, Türkiye.
93. Ahmed Bin Bali Fakih, Tercüme-İ Havi Fi-İlmi, T-Tıp, İ.Ü. Nadir Eserler ktp.t.y. no.190.103 bab. Vr296a, 269a.
94. Sarı, N., Osmanlılarda Hekim ve Deontolojisi, 26, 28, 109-111.
95. Mir Salih Bin Havabin, Risale-İ Mir Salih Fit-Tıp, Süleymaniye Ktp, Şehit Ali Paşa, No.2038, vr3a.
96. Ebubekir Nusret, Mahazar, İ.Ü. Nadir Eserler Ktp.T.Y.No.7148, Vr.4a
97. Danişmendi, İ. H., (1953). Fatih'in Hayatı Ve Fatih Takvimi, İstanbul, S.17'den Naklen Aşıkpaşazade, Tevarih-İ Al-İ Osman, 219.
98. Abdülhakim Hikmet, (1907). La Médecine en Turquie, c.3 458-462.
99. Turhan, E. S., (2014). Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine

Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, T. C. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Ankara.

100. Yağbasan, M., Çakar, F., (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, sayı:1, Konya, 6-8 .

101. Babadağlı, B., Erim, S. E., Erdoğan, S., (2006). Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:3, 59.

102. Gordon, T., Edward, S., (2014). Hasta ve Doktor İletişimi, Profil Yay. 33-34.

103. Yorulmaz, C., (2005). İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri Anabilim Dalı. İstanbul.

104. Sayek, F. (ed), (1998). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. TTB Yayınları, Ankara.

105. Hancı, G. H., (2006). Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. Seçkin Yayınları. Ankara.

106. Çetin, G., (2006). Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 48, İstanbul. 31-42.

107. Şen, S., Er, S., Sevil, Ü., (2009). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Ankara, 24-34.

108. Dünya Tabipleri Birliği, (1992). Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpractice), 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Kabul Edilmiştir. (Türk Tabipleri Birliği, 1998;43)

109. Yılmaz, B., (2009). Aydınlatılmış Rıza, Sağlık Hukuku Digestası. Ankara Barosu Yayınları. 1(1): 167-181.

110. Özaslan, A., (2006). Aydınlatılmış Onam. Çetin G, Yorulmaz C, (ed). Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 48. İstanbul. 43-55.

111. Teke, H. Y., Alkan, A. H., Başbulut, A. Z., Cantürk, G., (2007). Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilendirme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri J Foren Med. 4: 61 -67.

112. Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Kanun No: 5013. Resmî Gazete: 09.12.2003- 25311. Erişim Tarihi: (22.06.2019)

113. Altuntaş, M., Yılmaz, T. T., Güçlü, Y. A., Öngel, K., (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 20(3), 153- 158.

114. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Yayın Tarihi 01.08.1998. Resmi Gazete No:23420.<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html>. Erişim Tarihi: (28.06.2019)

115. Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete.

116. Mustafa Ebu'l-feyz, (1771). Tuhfetü'l- Müteehhilin. no: 551, 6-7.

117. Şimşek, A. B., (2019). Evde Sağlık Hizmetleri Atama Ve Rotalama Problemi Üzerine Ahmet Bahadır Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sayısal Yöntemler Bilim Dalı. Ankara.

118. Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., et.al. (1999). Economic Evaluation Of Hospital At Home Versus Hospital Care, Cost Minimisation Analysis Of Data From Randomised Controlled Trial. British Medical Journal, 319(7224), 1547-1550.

119. Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S., & Sytema, S., (2009). Reconstructing Continuity Of Care İn Mental Health Services: A Multilevel. *Journal Of Health Services Research & Policy*, 14(1), 52-57. doi:10.1258/jhsrp.2008. 008039

120. American Academy of Family Physicians. (2018). Learn AAFP's definition of continuity of care. AAFP, American Academy of Family Physicians: <https://www.aafp.org/about/policies/all/definition-care.html> adresinden alındı

121. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete.

122. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. WHO Library Cataloguing-in Publication Data.

123. Doğan, B. Ö., (2016). Çocukluk Çağı Astımında Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanımı ve Astım Şiddeti, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.

124. Çetin, O. B., (2007). Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*, 6(6).

125. Aslan, S., (2014). Birinci Basamakta Erişkinlerin Soğuk Algınlığında Kullandıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli.
126. Sağlık Bakanlığı, (2014). Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Uygulamalarına Uluslararası Bakış Konferans Bildirisi, Ankara.
127. Traditional Chinese Medicine: What You Need To Know, <https://nccih.nih.gov/health/whatiscam/chinesemed.htm#background>. Erişim Tarihi: (Haziran 2019).
128. Muslu, G. K., Öztürk, C., (2008). Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler Ve Çocuklarda Kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 51: 62-67.
129. White, A., Ernst, E., (2004). A Brief History Of Acupuncture. Rheumatology. 43(5): 662-3.
130. Saper, R. B., (2018). Overwiev Of Herbal Medicine And Dietary Supplements.
131. Resmi Gazete, (1991). Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. 29 Mayıs 1991; Sayı:20885, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf> Erişim tarihi: (Haziran 2019).
132. Resmi Gazete, (2002). Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik. 16 Eylül 2002. Sayı:24879. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/09/20020917.htm>. Erişim tarihi: (Haziran 2019).
133. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 02.11.2011; Sayı: 28103.
134. Resmi Gazete. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 27.10.2014; Sayı: 29158.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Aksanur GÖKÇE

Doğum yeri ve tarihi: Turhal / 19.08.1990

Medeni durumu: Evli

E-posta: aksanurgokce@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2018- Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Fitoterapi Yüksek Lisans Programı, Ankara (Tezli) (devam ediyor)

2016-2019 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, Ankara

2007-2014 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara (GOP adına)

2004-2007 Özel Çağrı Fen Lisesi, Ankara

2003-2004 Alparslan İlköğretim Okulu, Tokat

III- Ünvanları

2015-2016 Pratisyen Hekim

2016-2019 Aile Hekimi Asistanı

IV- Mesleki Deneyimi

2015-2016 Beytüşşebap Devlet Hastanesi, Şırnak, Pratisyen Hekim (1 ay)

2016-2019 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimi Asistanı

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Fitoterapi, Kupa uygulaması, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

- İş Yeri Hekimliği Eğitimi, Ankara 05/06/2017
- Getat, Uluslararası Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Kongresi, Tc Cumhurbaşkanlığı, Nisan 2018, İstanbul

- Kupa Uygulamaları Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, 05/05/2018
- Fitoterapi Uygulamaları Eğitimi, Sağlık Bakanlığı, 06/10/2018- Devam Ediyor
- Rahim İçi Araç Uygulama Sertifikası, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aralık 2017
- Sigara Bıraktırma Eğitim Kursu, 1 Mart 2019, İstanbul
- SBÜ 2. Aile Hekimliği Sempozyumu, 1 Mart 2019, İstanbul
- Çalışan Annelerde Süt İzni Kullanımının Ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Tutumu Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi (Sözlü Sunum- 12. Aile Hekimliği Güz Okulu, Ekim 2018, Antalya)
- 0-7 Yaş Çocukların Medya Maruziyetlerinin Değerlendirilmesi (Poster Sunum- 12. Aile Hekimliği Güz Okulu, Ekim 2018, Antalya)
- Aeah Endokrin Polikliniğine Gelen Ellerin Ksantomun Eşlik Ettiği Bir Ailesel Hiper Kolesterollemi Olgusu (Poster Sunum- 12. Aile Hekimliği Güz Okulu, Ekim 2018, Antalya)
- Graves Hastalığının Hemogram Parametrelerine Etkisi (Sözlü Sunum, 8. Uluslararası Tarkya Aile Hekimliği Kongresi, 1 Mart 2019, Edirne)
- Tip 2 Dm'li Hastalarda Depresyon Skoru İle Sağlıklı Beslenme Ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki (E-Sözlü Sunum- 19. Uluslararası Doğuakdeniz Aile Hekimliği Kongresi, 18 Nisan 2019, Adana)
- Polikistik Over Sendromunda İnsulin Direnci Tanısında Homa –Ir İle İnsutag Formülünün Karşılaştırılması (poster sunum- 40. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi 09-13 Mayıs 2018, Antalya, P-198)
- Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı Olan Metabolic Sendromlu Hastalarda Noninvaziv Skorlarla Hesaplanan Fibrosis Sıklığı Tayini (Sözlü Sunum, SBÜ 2. İç Hastalıkları Kongresi, 22 Haziran 2019, İstanbul, S-168)

EKLER

Ek 1: Tez Konusu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/06/2019-E.17361



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01
Konu : Dr. Aksanur GÖKÇE'nin Tez Konusu
Onayı

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Aksanur GÖKÇE'nin tez konusu onay formunun açıklamalarda belirtilen kurallara göre doldurularak gönderilmesini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI
Dekan V.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	AKSANUR GÖKÇE
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr Seçil ARICA
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	17.05.2019
Karar No:	150
Tez Konusu:	(X) Uygundur. () Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

	DEĞERLENDİRME
1-Tez Başlığı/Konusu:	Osmanlı Klasik Dönem Tıp Ahlakının Modern Hekim Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından İncelenmesi
2-Araştırma sorusu:	Uygun
3-Araştırmanın amacı:	Uygun
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:	Uygun
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	Uygun.
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	Uygun
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:	Uygun
8- Araştırma hipotezi:	Uygun.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	Uygun.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	Uygun
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:	Uygun.
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:	
Hakemin kararı	(X) Tez konusu uygundur. (..) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (..) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (..) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Doç.Dr. Kenan Topal Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu 07.05.2019

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Aksanur GÖKÇE
Kurumu	SBÜ Ankara SUAM
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (StudyTitle)	Osmanlı Klasik Dönem Tıp Ahlakının Modern Hekim Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından İncelenmesi
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	Uygundur
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	Uygundur
3-Araştırma amacı (Objectives)	Uygundur
4-Hipotez (Hypothesis)	Uygundur
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	Uygundur
6- Araştırma yeri (StudySetting/ Location)	Uygundur
7- Araştırmaya katılanlar/denkler (StudyPopulation)	Literatür ve arşiv taramasıdır, teorik bir çalışmadır, denek kullanılmayacağı belirtilmiştir, uygundur.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (PrimaryandSecondaryOutcome)	Belirtilmiştir, uygundur
9- Araştırma Süreçleri (Studyprocedures)	Uygundur
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size andstatisticalpower)	Literatür ve arşiv taramasıdır, teorik bir çalışmadır, istatistiki yöntem kullanılmayacağı belirtilmiştir, uygundur.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	Literatür ve arşiv taramasıdır, teorik bir çalışmadır, istatistiki yöntem kullanılmayacağı belirtilmiştir, uygundur.
12-Etik Öngörü (EthicalConsiderations)	Uygundur
13- Anahtar kelimeler (Keywords)	Uygundur
Hakemin kararı	(X) Tez konusu uygundur. (.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin ÇETİN SBÜ Kartal Dr.Lütfi Kırdar SUAM Aile Hekimliği Kliniği / İSTANBUL 08/05/2019

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

TEZ KONUSU ONAY FORMU (V.3)

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	Aksanur GÖKÇE
Telefon:	544 544 2605
E-Posta:	aksanurgokce@gmail.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Ankara SUAM
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	15/07/2016
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	15/07/2019
Program Yöneticisinin Adı Soyadı:	Prof. Dr. Mustafa ÇELİK
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Tarık Eren YILMAZ
Telefon:	5054663557
E-Posta:	trkeren@hotmail.com

TSB Ankara E.A. Hastanesi
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK
Aile Hekimliği Uzmanı
Dip. No: 151981

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Nöroloji-SUAM
Yrd. Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ
Dip. No: 151981
Aile Hekimliği Uzmanı

*Araştırma/Tez Konusu (Study Title)	Osmanlı Klasik Dönem Tıp Ahlakının Modern Hekim Profesyonelliği ve Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından İncelenmesi
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	Osmanlı klasik dönem tıp ahlakının modern hekim profesyonelliği ve aile hekimliği uygulamaları açısından incelendiğinde benzerlikler ve farklılıklar taşımakta mıdır? Benzerlikler ve farklılıklar hangi noktalardadır?
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	Tıp mesleği için ahlak kavramı yeni ortaya atılmış bir tartışma konusu değildir. Eski Yunan'da tıp tanrısı olarak bilinen Askülapa atfedilen "ahlaksızlara tıp öğretmeyiniz" sözü ahlakiliğin hekimlik mesleği için kadim bir ölçüt olduğunu gösterir niteliktedir. Osmanlı tıp ahlakı, hastaya zarar vermeme ve yarar sağlama ilkesi doğrultusunda sağlık mensubunun uyması beklenen ahlak ölçülerine dayanmaktadır. Ahlaki kararlarda tedavinin sonucuna odaklanılmakla beraber tıbbi uygulamalarla ilgili resmi kararlarda hastanın, ailenin ve toplumun iradesi de göz önünde bulundurulmaktadır. Osmanlılarda hekimlik anlayışının ve hekimin yetiştirilme tarzının kendine has özellikleri vardır. Dahiliyeci diyebileceğimiz tabiplerin yanı sıra, cerrahlar, kehhâller, kırık-çıkıkçılar, şerbetçiler, attarlar, gibi halkın sağlığı ile ilgilenen değişik ihtisas sahipleri bulunmuş ve bunlar değişik yollardan yetiştirilmiştir. Bunlardan tabipler en üst seviyedeki sağlık mensubu olmuşlar ve genellikle medrese ve

darüşşifalarda eğitilmişlerdir. Darüşşifalarda hekim adaylarına gerek teorik, gerekse pratik bilgiler usta-çırak usulü ile öğretilmiştir. Hekim, Sivas ve Erzurum Selçuk hastanelerinde olduğu gibi Osmanlı hastanelerinde de usta-çırak usulüyle yetişmiştir. "Çırak (çırağ)" veya "şakird" tıp sanatını öğrenmek maksadıyla bir ustanın maiyet ve hizmetinde bulunan gence verilen addır. Hekim olmak isteyen kişiye "tâlib", hekimin çırağına da "şâgirdi tâbib" denmiştir. Darüşşifada eğitim gören şakird medresenin kütüphanesinde tıp kitaplarını okumuş, nazâri hekimlik bilgilerini öğrenmiştir. Ancak, Süleymaniye külliyesindeki tıp medresesinin kuruluşundan önce darüşşifalarda ayrı bir tıp medresesinin varlığı tartışma konusu olagelmıştır.

Klasik dönem Osmanlı tıbbı, Anadolu Selçuklu tıbbi gelenekleri ile dönemin kültür merkezleri olan Mısır, Suriye, İran ve Türkistan'dan gelen bilim adamları sayesinde gelişmiştir. Osmanlı tıbbı, tıbbi problemlerin çözümünü İslam tıbbında aramış, Rönesans sonrası Avrupa'da gerçekleşen büyük tıbbi gelişmeleri başlangıçta uzaktan da olsa takip etmeye çalışmış, daha sonra tıbbi eserlerin tercümeleriyle tanışmış, zamanla bunları benimseyip İslam tıp geleneğinden Batı tıbbına yönelmiştir. Bu sebeple, 5000 yıllık tıp tarihi sahnesinde yaklaşık 600 yıl görünen Osmanlı tıbbı 3 başlık altında incelenebilir: I. Beylikler dönemi II. Klasik dönem I. İslam tıbbının devamı olan klasik dönem [1450-1730] 2. Batı tıbbını tanıma ve tercüme dönemi [1730-1827] III. Batıya açılma ve modernleşme dönemi [1827 sonrası].

Biz bu çalışmada günümüz modern tıp uygulamasıyla farklılığı açısından modernleşme öncesi olan klasik dönem uygulamalarını inceleyeceğiz.

Modern tıp eğitimi bir yandan kanıta dayalı tıp disiplinleri aracılığıyla hekim adayının bilimsel ve klinik yetkinlik kazanmasını amaçlarken; diğer yandan, onun hastasının sağlığının korunması ve geliştirilmesine odaklı entelektüel ve ahlaki değerlerle donanmasını da hedeflemektedir. Günümüzde sağlık bilimleri kapsamında etik eğitimi; sağlık profesyonelinin rolünü, görev ve sorumluluklarını anlamının ve öğrenmenin yanı sıra bir insan olarak hastayı tanıma ve ona saygı duyma olarak özetlenebilen profesyonellik kavramı ile iç içe geçmiştir. Bu bağlamda etik eğitimi tıp öğrencisinin bir meslek insanı olarak düşünme, duyma ve anlama biçiminde yetkinliğe ulaşmasını desteklerken aynı zamanda kararlarında ve eylemlerinde erdemli olmayı amaçlayan karakter ve mesleki değerler gelişiminin bir parçası olarak yer alır. Tıp eğitimi, bir yandan hekim-hasta ilişkisinde güveni koruma, hastaya iyilikle davranma, bilimsel dürüstlük, cesaret ve fedakarlık, empati ve şefkat, doğruluk gibi erdem etiğinden; bir yandan da tüm bu değerlerin hekim adaylarına klinik karar vericilikte somut olarak yol göstermesi için, insan onuruna ve bütünlüğüne saygı duymak, zarar vermemek, yarar sağlamak, birey olarak hasta özerkliğine saygılı olmak, adil ve eşit davranmak gibi ilkeci etik yaklaşımdan yararlanır. Çağdaş profesyonellik anlayışı bu bağlamda doğru olanı yapma ve yanlıştan uzak durma olarak özetlenebilecek, mesleki ve etik değerlerin ve karar vericiliğin birlikte olgunlaşmasını savunurken; aynı zamanda sağlık profesyonelinin, toplumun sorunlarına duyarlı, toplumun ihtiyaçlarına yanıt verebilen, toplum sözleşmesine uygun davranma sorumluluğuna da dikkat çeker.

Dr. Francis Weld Peabody 1923 yılında, dönemin diğer bu konuda farkındalığı olan bilim insanlarının da ifade ettiği gibi insanı sistemlere göre değil bir bütün olarak tekrar ele almak gerektiğini ifade etmiştir. Aile Hekimliği Uzmanlığı gibi hastayı bir bütün olarak değerlendiren branşa olan ihtiyaç ilk defa böylece dile getirilmiştir.

Aile hekimliği uzmanlığının sağlık bakımına birey odaklı, sağlığı geliştiren, sağlık sorunlarını önleyen ve kendine özgü klinik yöntemlere sahip olan ve kanıta dayalı tıptan yararlanan, kaliteyi en büyük olarak kabul eden bir hizmet anlayışı sergilemeleri beklenilmektedir. Günümüz Aile hekimliği pratiğinde; bütüncül yaklaşım, biyopsikososyal yaklaşım söz konusudur. Hastanın içinde bulunduğu toplumsal yapı göz önünde bulundurularaktan değerlendirme yapılmaktadır.

Teknolojinin ilerlemesiyle zaman içerisinde klinikte insan faktörünün eksikliği görülmüş ve uzmanlık alanı olarak tarihte kendine yer bulmuş, tekrar insanı merkeze alan ve bütüncül şekilde hastaya yaklaşan Aile hekimliği disiplininin, geçmiş dönemde modernleşmenin başlamadığı Osmanlı klasik dönem tıbbı ile

karşılaştırılması daha uygun olacağından ve aynı zamanda bu alanda uzmanlık eğitimi aldığım için dolayı bu konuyu tez çalışması olarak seçmiş bulunmaktayım.

Bu tez kapsamında literatürde bulunan Osmanlı dönemi tıp uygulamaları ile ilgili kaynaklar, modern tıp uygulamaları bakış açısıyla incelenecektir. Prof. Dr. Nil Sarı'nın "Osmanlılarda Tıp Ahlakı" kitabından; Osmanlı dönemi tıp ahlakının genel çerçevesini çizdiğinden ve arşiv belgeleri ve tıp yazmalarında yer alan bilgilerden oluştuğundan dolayı esas kaynak olarak yararlanılacaktır. Benzerlikler ve farklılıklar yönünden tespit edilen hususlar ortaya konacaktır. Ayrıca Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda bu konuda yapılan ilk tez konusunu teşkil edecektir.

Kaynakça

- Akdeniz Sarı N: Osmanlılar'da tıbbanenin kuruluşuna kadar tıp eğitimi. Türk Dünyası Araştırmaları 1983; 22:152.
- Erdem R, Aktaş E. "Hekimlik Meslek Kültürünü Belirleyen Olguların Değerlendirilmesi" Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Yıl: 2017, Cilt: 8, Sayı: 17, ss.47-57.
- Akdeniz Sarı N. "Osmanlılarda Tıp Ahlakı" Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2015
- Göktaş H. "XIX. Yüzyılda Osmanlı Devleti'nde Hekim Hasta İlişkileri ve Diplomasya Hekimleri" History Studies Volume 6 Issue 6 December 2014
- Bayat A.H. "Tıp Tarihi" merkezefendi geleneksek tıp derneği yayınları, İstanbul, 2016i ss. 295-296
- Ülman Y. "Profesyonellik Eğitiminde Etik ve İnsan Bilimleri, Acıbadem Üniversitesi Örneği" Türkiye Biyoetik Derneği VIII. Sağlık Bilimlerinde Etik Eğitimi Sempozyumu Ankara, 1-3 Kasım 2013 / Bildiri Özeti
- Akdeniz M. "Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi" <https://www.researchgate.net/publication/269839390>

3-Araştırma amacı (Objectives)

Osmanlı dönemi hekimlik uygulama pratiğinin modern dönem ile kesişen ve ayrılan noktaları nelerdir, hangi kazanımları taşıdığını ya da unuttuğumuz, hangi tababet uygulama ve eğitimindeki eksikliğe modern tıp cevap vermiş veya verememiş, hekim kimliği özelinde bunu değerlendirmeyi, tartışmayı ve karşılaştırmayı amaçladık.

Bu amaçla; Osmanlı dönemi hekim eğitimi ve modern zaman hekim eğitimini, Osmanlı dönemi hekimlerde aranan ahlak özelliklerini ve modern zaman aile hekimliğinde aranan özellikler-yeterlilikleri, Osmanlı dönemi hekim sorumlulukları ve modern zaman hekim sorumlulukları, Osmanlı dönemi hekimliğin ve modern zaman hekimliğinin yanlış hekimlik uygulanması durumları ve hasta hakları açısından inceleyerek karşılaştırmayı hedefliyoruz. Aile hekimliği ve evde sağlık hizmetlerinin Osmanlı dönemi tababet uygulamalarına benzerlikleri – farklılıkları nelerdir ortaya koymayı amaçlıyoruz.

Laboratuvar tetkiklerinin ve tıbbi görüntüleme cihazlarının klinikte neredeyse hekimin yerini doldurduğu Modern dönemde, Aile hekimliği disiplini, klinik uygulamalarında insan faktörünün önemini yeniden dile getirmiştir. Bu disiplinin bir mensubu olarak Aile hekimliğinin sahip olduğu nitelikleri Osmanlı dönemi hekimlik uygulamalarında ve tıp ahlakı çerçevesinde karşılaştırmalı olarak gözden geçirmeyi hedefliyoruz.

4-Hipotez (Hypothesis)

H1 hipotezi: Osmanlı klasik dönem tıp ahlakı uygulamalarının modern hekim profesyonelliği ve aile hekimliği uygulamaları açısından benzer yönler bulunmaktadır.

H0 hipotezi: Osmanlı klasik dönem tıp ahlakı uygulamalarının modern hekim profesyonelliği ve aile

hekimliği uygulamaları açısından benzer yönler bulunmamaktadır.
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design) Araştırmamız arşiv taraması olarak tasarlanmıştır. Osmanlı tıp tarihi kitaplarından, tıp ahlakı ve etiğin, profesyonellik ve hekimliğin pratik uygulamalarına yansıması aile hekimliği disiplini çerçevesinde tartışılacaktır.
6- Araştırma yeri (Study Setting/ Location) Osmanlı Tıp arşivleri, mevcut güncel tıbbi literatür.
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (Study Population) Araştırmamız bir arşiv taraması niteliğinde olup günümüz hekimlik anlayışı ile karşılaştırma şeklinde yapılacak olup herhangi bir çalışma popülasyonu bulunmamaktadır. Literatürde Osmanlı dönemi bir hekimde bulunması gereken nitelikler ve tıp ahlakı nelerdir, modern hekim profesyonelliği nasıldır, hekimin eğitimi hangi süreçleri kapsamaktadır ve modern tıp etiği karşılaştırmalı olarak incelenecektir.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome) Birincil değişkenler; Osmanlı dönemi hekim eğitiminin süreçleri nelerdir ve modern zaman hekim eğitimine katkıları nelerdir? Osmanlı dönemi hekimlerde aranan ahlak özelliklerini ve modern zaman aile hekimliğinde aranan özellikler-yeterlilikleri nelerdir? Osmanlı dönemi hekim sorumlulukları ve modern zaman hekim sorumlulukları nelerdir? Osmanlı dönemi hekimliğin ve modern zaman hekimliğinin yanlış hekimlik uygulanması durumları ve hasta hakları uygulamaları nelerdir? 500 yıllık bir hekimlik uygulamasının tarihsel sürecini, tarihteki örnek uygulamaları ve tıp ahlakını öğrenen, bilen, farkında olan bir hekimin, mesleğinin gücüne daha çok inanması ve güvenmesi dolayısıyla hastalarına daha iyi klinik uygulamasına katkı sunabilir mi?
9- Araştırma Süreçleri (Study procedures) Mayıs 2019: Çalışmanın arşiv taraması aşaması Milli Kütüphanede yapılacaktır. Milli kütüphanede kayıtlı bulunan Osmanlı dönemine ait tıbbi eserler incelenecektir. Prof. Dr. Nil Sarı'nın "Osmanlılarda Tıp Ahlakı" kitabından; Osmanlı dönemi tıp ahlakının genel çerçevesini çizdiğinden ve arşiv belgeleri ve tıp yazmalarında yer alan bilgilerden oluştuğuundan dolayı esas kaynak olarak yararlanılacaktır. 1 aylık bir zamanı kapsamaktadır. Haziran 2019: Bulunan eserlerde ilgili bölümler toplanıp dört ana grupta sınıflandırılarak (hekim eğitimi, hekim olacak kişide aranan özellikler, hekimin sorumlulukları, sağlıkta uygulama hataları durumunda verilen cezalar ve hasta hakları) güncel tıbbi literatür ışığında karşılaştırılması yapılacaktır. Temmuz 2019: Değerlendirme ve sonuç rapor yazımı yapılacaktır.
10-rnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power) Araştırmamız bir arşiv taraması incelemesi şeklinde olup herhangi bir istatistiki yöntem uygulanmayacaktır.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods) Araştırmamız bir arşiv taraması incelemesi şeklinde olup herhangi bir istatistiki yöntem uygulanmayacaktır.

12-Etik Öngörü (Ethical Considerations)

Tez çalışmamız retrospektif bir arşiv taraması niteliğinde olduğundan ve herhangi bir insan ve hayvan denek bulundurmadığı, tıbbi cihaz ve bitki kullanılmadığı için etik kurul izni gerektirmemektedir. Araştırmamız Helsinki deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur. ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmeyecektir.

13- Anahtar kelimeler (Key words)

Aile hekimliği, profesyonellik, Osmanlı tıbbı, tıp tarihi, tıp ahlakı

