

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**TIP PRAKSİSİNİN
FELSEFİ TEMELLENDİRİLMESİ:
TIP PRAKSİSİNİN ONTOLOJİK,
EPİSTEMOLOJİK, MANTIKSAL ANALİZ VE
TEMELLENDİRİLMESİ**

Mustafa BOZBUĞA

2502140069

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cengiz ÇAKMAK

İSTANBUL – 2021

ÖZ

TIP PRAKSİSİNİN FELSEFİ TEMELLENDİRİLMESİ: TIP PRAKSİSİNİN ONTOLOJİK, EPİSTEMOLOJİK, MANTIKSAL ANALİZ VE TEMELLENDİRİLMESİ

Mustafa BOZBUĞA

Bu tez çalışmasında yapılmak istenen, ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramları odağında tıp praksisinin temel kavramlarının ontolojik, epistemolojik ve mantıksal açıdan çözümlenmesidir. Ontolojik bir yaklaşımla, insan tikelinin ilkeselleştirilerek tanımlanması; ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramlarıyla birlikte ‘hasta’, ‘hekim’, ‘tıbbî bileşenler’, ‘tıbbî etkinlikler’, ‘hekimlik uygulamaları’, ‘tedavi’ ve ‘iyileşme’ gibi kavram ve süreçler ışığında gerçekleştirilecek, tüm bu süreç ve uygulamalardaki teşhis ve tedavi yönteminde başvurulmuş felsefî ve mantıksal bakış açısıyla yakınlık kurulacaktır. Bahsi geçen kavramlar ışığında bu kavramların kendileriyle ilintili olduğu süreçler, hekimlik praksisinin farklı anlayış ve tarzları ortaya konularak irdelenecek ve felsefe ile tıp praksi arasında kurulabilecek bağıntılar, epistemolojik, mantıksal, ontolojik, fenomenolojik ve semiyolojik perspektiften değerlendirilecektir. ‘Hekim’ ile ‘hasta’ arasındaki iletişim ve etkileşim gibi farklı dinamikleri de bu temellendirmeye dahil eden soruşturmamız, ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramları ile bu kavramlarla ilgili diğer tıbbî kavram ve süreçler de göz önünde bulundurularak irdelenecek ve tıp praksisinde rol alan unsurların epistemolojik değerlendirmesi, felsefî bir bakış açısıyla sürdürülecektir. Bu bağlamda, tıbbî bilginin çeşitleri, kaynakları, güvenilirliği, tıbbî bilgi üretme metodolojisi, tıbbin farklı uygulama tarzları arasındaki epistemolojik ayırım ve etkileşimler, bilimsel olmayan bilme biçimleri ile doksastik uygulamaların tıp uygulamalarındaki işlevi, önemi ve tesiri, temel tıp bilimleri ile uygulamalarında geçerliliğini koruyan mantık yaklaşımları ve bunların argümantasyonu gibi konular bir bütün olarak ele alınacak, tıptaki temel soru ve sorunlar ışığında modern tıptaki ontolojik, epistemolojik ve mantıksal anlayış gözler önüne serilecektir. Ayrıca özellikle çağdaş bilgi ve teknolojiye ilerleme ile ortaya çıkan değişim ve dönüşümlerin getirisi olan güncel soru ve sorunların tıp

praksisine etkileri de tartişılacak ve felsefi bir bakış açısıyla temellendirilecektir. Özetle bu çalışmayla, tıp praksiyi mimarisi kapsayıcı bir biçimde serimlenmeye ve tüm bu analitik irdelemelerin birbirleriyle ilişkileri açısından bütüncül bir felsefi çözümlemesini sunmaya çalışacaktır. Böylece kadim dönemlerden günümüze dek tıp praksisinde vuku bulan değişim ve dönüşümler ortaya konulduktan sonra günümüz modern tıp uygulamalarındaki felsefi arka plânının temelleri sorgulanacaktır. Görüldüğü üzere bu çalışmada tıp felsefesinin ontolojik, epistemolojik ve mantıksal yönleri ele alınmakla birlikte ‘biyoetik’ alanına girilmemiştir. Çünkü etik kavramların ontolojik ve epistemolojik kavramlar üzerinde temellendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz ve bu nedenle de konunun biyoetik perspektifiyle ele alınması, bu çalışmanın ilerleyen aşamalarında planlanmaktadır.

Anahtar Sözcükleri: Tıp Felsefesi, Tıbbi Ontoloji, Tıbbi Epistemoloji, Tıbbi Mantık, Fenomenoloji, Sağlık, Hastalık, Semiyoloji.

ABSTRACT

PHILOSOPHICAL ARGUMENTATION OF MEDICAL PRAXIS: ONTOLOGICAL, EPISTEMOLOGICAL, LOGICAL ANALYSIS AND ARGUMENTATION

Mustafa BOZBUĞA

Our aim in this thesis study is that ontological, epistemological and logical analysis of the basic concepts of medical praxis with focusing “*health and disease*.” From the ontological perspective, description of a particular of the human being, and conceptualization and argumentation of health and disease (health, disease, patient, doctor, medicine and components of medicine, categories of medicine, medical praxis, treatment, cure, healing, etc.) are constructed; on this ontological ground, different comprehension and styles of medical practice are brought into the open, and argued; and the correlations between philosophy and medical praxis will be evaluated epistemologically, logically, ontologically, phenomenologically, and semiologically. The dynamics of relationships and interactions of doctor and patient are analyzed and argued; the definitions of health and disease -and the related concepts- and the components of the process were made; and from the epistemological perspective, the kinds, sources, and reliability of the medical knowledge, and the methodology of the production of the medical knowledge are tried to delineate. Epistemological differences and interactions among the various styles of medical praxis, and also the functions, roles, and effects of non-scientific ways of knowing and doxastic practices in medicine are tried to be defined. The logic systems/ applications in the basic medical sciences and medical praxis, and the argumentation of these logic systems are discussed. The ontological, epistemological and logical mentality in modern medicine, and also the problems due to the paradigm shift arising especially with the contemporary advancement in science and technology, and their effects in medical praxis were analyzed philosophically. Extensive demonstration of the architecture of the medical praxis is done, with all of the parameters are related to each

other; hence, a holistic analysis and understanding are tried to provide. The question which is answered here is the paradigm shifts thorough the long history of medicine, and the background of the praxis in modern medicine. In this study, ontological, epistemological and logical aspects of philosophy of medicine are discussed; ethics part of the study will be discussed later, with the consideration of that ethics part of the philosophy of medicine should be constructed on the ontological and epistemological argumentations.

Keywords: Philosophy of Medicine, Medical Ontology, Medical Epistemology, Medical Logic, Phenomenology, Health, Disease, Semiology.

ÖNSÖZ

Doktora tezimin oluşması, çok şanslıyım ki, hayatımda pek çok kişi, durum ve sürecin biraraya gelmesi ile mümkün oldu; bu kısacık köşede, bunların pek azını yazabileceğim. Öncelikle, doktora sürecimde ve tezimin hazırlanmasında geniş bilgi ve deneyiminden çok yararlandığım, değerli öneri ve katkılarıyla destek veren tez danışmanı hocam Prof. Dr. Cengiz Çakmak'a ne kadar teşekkür etsem azdır; hocam Prof. Dr. Şafak Ural felsefe yolculuğumda beni her daim destekledi, yolumu aydınlattı ve benim için hep bir güven kaynağı oldu, son derece müteşekkirim; hocam Prof. Dr. Haydar Sur ile çeşitli akademik kurumlarda birlikte çalıştık, kendisinden çok şey öğrendim ve aynı zamanda Tez İzleme Komitesinde ve Tez Savunma Jürimde yer alarak beni onurlandırdı, çok teşekkür borçluyum; hocam Prof. Dr. Ayhan Bıçak'tan doktora sürecimde almış olduğum dersler hem felsefi ileri bilgileri ve metodolojiyi hem de felsefi duruş ve filozof tavrını içselleştirmemde benim için fevkalâde değerliydi, çok teşekkür borçluyum; çok değerli dostluğu ile birlikte geniş bilgi birikiminden her daim etkilendiğim ve öğrendiğim, birlikte felsefi, sanatsal ve insana - hayata dair çok uzun sohbetlerimiz ve fikir alış verişlerimiz ile bana pek çok şey katan ve aynı zamanda Tez İzleme Komitesinde yer alarak tez yazma sürecime katkı sağlayan ve Tez Savunma Jürimde bulunarak beni onurlandıran hocam Prof. Dr. Uğur Ekren'e çok teşekkür ediyorum; samimi dostluğumuzun yanında felsefeyi hayatına içselleştirmesiyle de beni etkileyen, uzun felsefe sohbetlerimiz ile bana katkı sağlayan hocam Prof. Dr. Enver Orman'a minnettarım; her zaman felsefi sohbetlerimiz ve dostluğu ile bana destek olan hocam Prof. Dr. Yücel Yüksel'e; Tez Savunma Jürimde yer alarak beni onurlandıran ve aynı akademik çatıda çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Hüsni Erkmen'e minnettarım; pek çok defa akademik toplantı ve çalıştayda birlikte felsefe konuşmaları yapma olanağı bulduğumuz ve bilgisinden yararlandığım, ayrıca Tez Savunma Jürimde yer alarak beni onurlandıran değerli hocam Prof. Dr. Zekiye Kutlusoy'a her zaman teşekkür borçluyum; felsefe yapma tarzından, bilgisinden ve ortak felsefe sohbetlerimizden çokça yararlandığım ve ayrıca Tez Savunma Jürimde bulunarak beni onurlandıran hocam Doç. Dr. Özgüç Güven'e teşekkür borçluyum; Tez Savunma Jürimde bulunarak beni onurlandıran, Bölümümüzde bana değerli önerileriyle katkı sağlayan hocam Doç. Dr. Ertan Kardeş'e

teşekkür ediyorum; birlikte felsefe doktorası yaptığımız, içten ve yapıcı arkadaşlığı, dostluğu ile bana her zaman güven ve destek sağlayan, felsefe bilgisini ve çalışkanlığını hep takdir ettiğim çok sevgili arkadaşım Dr. Öğretim Üyesi Diler Ezgi Tarhan'a minnettarım; Bölümümüzde Araştırma Görevlisi Arda Telli, tezimin bürokratik tüm aşamalarında bana son derece yardımcı oldu, süreci kolaylaştırdı, kendisine çok teşekkür ediyorum.

Bu tez, disiplinlerarası bir çalışmadır ve burada tıbbın ve tıp pratiğinin felsefi bir analiz ve temellendirilmesi yapılmıştır; ulaşılan felsefi çıkarımlar ise, kültürün kurucu diğer unsurlarının da kullanılmasıyla ifade edilmiştir. Bu bakımdan, felsefi perspektifin yönelttiği *tıp alanı ve uygulamasındaki* çalışmalarım ve birikimim için çok gerekli bir ayağını oluşturmuştur. Tez içinde de belirtildiği üzere, tıp alanında özellikle son kırk elli yılda olağanüstü bir bilimsel ve teknolojik gelişime ve bunun yansıması olarak hastaların tanı ve tedavisindeki iyileşmeye tanıklık edilmektedir; burada adı bilinen ya da bilinmeyen - adsız kahraman pek çok bilim insanı ve hekimin emeğini anmak ve önlerinde saygı ile eğilmek isterim. Tıptaki bu hızlı değişim, -başka birçok faktörle de birleşerek- kaçınılmaz bir biçimde beraberinde pek çok soru ve sorun yumağını da getirmiştir ki, bu çalışmanın yapılmasının gerekçelerinden biri de budur. Tıp fakültesine girdiğim günden bu yana ve hâlen tıbbî alanda (ve dolayısıyla bu bağlamı var kılan hayatta) sayısız kaynaktan beslendim, onlarla etkileştim. Hekimlik yolculuğumda, çok sayıda değerli tıp hocalarımdan ve meslektaşlarımdan tıbbın kuramsal ve pratik bilgilerini edinme şansım oldu; akademik süreç içinde hekimlik uygulamalarımda ve mesleğimizin eğitimini-öğretimini verdiğim asistanlarım ve öğrencilerim ile çalışmalarımızda bunları sürekli hayata aktararak hayatıma anlam katmaya çabaladım. Ve kuşkusuz hekimlik yolculuğumun olmazsa olmazı hastalarımıdır; hastalarım her daim benim için kutsal oldu, onlarla birlikte anlatılması olanaksız ama âdeta meşakkatli uzun yolculuklara çıktık, söz konusu olan hayat memat meselesiydi, onların sağlıklarına yeniden kavuşmalarıydı, olağanüstü mutluluklar vardı, hüznler vardı... Bu yolculuklardan tıbbî-mesleki-bilimsel, felsefi, hayata ait başka türlü asla öğrenilemeyecek bilgi ve donanım edindim. Dolayısıyla, hastalarım olmasaydı, inanın, bu çalışma da olmayacaktı; bu bakımdan, hastalarım ne kadar teşekkür etsem de hissiyatımı anlatabilir miyim, bilemiyorum.

Ve aileme... Aklî ve ahlâkî nitelikleri ve duygu dünyası ile beni hep derinden etkilemiş olan, kişiliğimin oluşmasında en büyük pay sahibi bilge insan merhum babam Hakkı Bozbuğa'nın *-nur içinde olsun-* şu ana kadar yaptığım ve bundan sonra yapacağım her işte katkısı büyüktür, özlemle yâd ediyorum; bana armağan ettiği sevgi ve iyi niyet bahçesinde hep mutlulukla koşup oynadığım merhume annem Zehra Bozbuğa'yı, *-nur içinde olsun-* sevgi ile yâd ediyorum; hayatta hep aynı yöne bakarak, hep aynı güzergâhları seçerek, hep aynı ilke ve değerleri koruyarak ve aynı meseleler üzerine giderek birbirimizi geliştirdiğimiz sevgili ve saygın eşim Nilgün Bozbuğa'ya; var oluşu ile hayatımı gönendiren, onurlandıran, kendisine olan eşsiz sevgimin yanında zaman içinde çok özel bir saygı alanını da hep geliştirip artıran, hayatta en büyük kıvancım biricik oğlum Mustafa Can Bozbuğa'ya; bize çok şeyler öğreten, bizdeki sevgisi hiç eksilmeyecek olan, ne yazık ki yakın zamanda kaybettiğimiz eşsiz Kaiser'e...

Biliyorum, uzun bir teşekkür oldu ama hayatıma ve bu mütevazı esere katkısı olan o kadar çok kişi var ki, pek çoğunu yazamadım bile... Dileğim, çok anlamlı bulduğum ve büyük bir mutluluk duyduğum felsefe çalışmalarımı, -odağında tıp felsefesi ve insan olmak üzere- hep sürdürebilmektir.

Mustafa BOZBUĞA

İstanbul, Mayıs 2021

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xi
RESİMLER LİSTESİ.....	xii
TİBBİ TERİMLER SÖZLÜĞÜ	xiii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM: Hekimlik ve Felsefe Arasındaki İlişki ve Bağlantılar.....	4
İKİNCİ BÖLÜM: İnsan Anatomofizyolojisinin Temel Özellikleri.....	46
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: Tıp Praksisinin Ontolojik, Epistemolojik ve Mantıksal Temellendirilmesi.....	79
3.1.Beden Fenomenolojisinden Ten Ontolojisine Doğru.....	128
3.2.Sağlık ve hastalığın belirleyicileri.....	158
3.2.1.Hastalıkların <i>Tedavisi</i> ve <i>Prognoz</i> yönünden: Tam şifa (= <i>Cure</i>) ve İyileşme (= <i>Healing</i>) nedir?.....	162
3.2.2.Hastalıkların kavramsal yapısı ve klinik temellendirmenin mantık ve yöntemi.....	162
3.2.3.Hastalıkların (ve sendromların, bozuklukların,...) sınıflandırılmaları.....	165
3.3.Tıpta Fenomenolojizm.....	176
3.4.Hastalıkların tanımını yapabilmek.....	187
3.5.Tıp Pratiğinin Yöntemsel ve Felsefi Sorgulamalarında Başlıca Yaklaşımlar.....	198
3.5.1.Naif normalizm, Normalizm.....	198
3.5.2.Natüralizm: [Tanımlayıcı (= <i>descriptive</i>) yaklaşım, C. Boorse'nin Biyoistatistik Teori (= BST)'si, ...].....	200
3.5.3.Normatif (= <i>normative</i> , <i>kural koyucu</i>) yaklaşım – konstrüktivizm (= <i>yapılandırma</i>).....	206
3.5.4.Rekonstrüktif yaklaşım (Yeniden yapılandırıcı yaklaşım).....	213

3.5.5.Holistik teori (<i>Nordenfelt'in kuramı, Sağlığın Bütüncül Kuramı/ HTH (=Holistic Theory of Health)</i>).....	216
3.6.Tıbbî Epistemoloji.....	226
3.6.1.Tıpta Bağlantısallık/ Bağıntı (= <i>correlation</i>).....	228
3.6.2.Tıpta Hastalıkların Nedensellik İlişkisi (, Etiyolojik Faktör, = <i>causation</i>).....	232
3.6.2.1.Henle-Koch postülatı.....	249
3.6.2.2.Hill kriterleri.....	250
3.6.2.3.Evans kriterleri, '1976'.....	250
3.6.2.4.Evrimsel nedensellik.....	251
3.6.2.5. Russo–Williamson'un tezi/ RWT (Epistemolojik tez).....	252
3.6.3. Hastalığın Orijini.....	255
3.6.4. Tıpta Hastalıkların Oluşu (= <i>Patogenez</i>).....	256
3.6.5. Tıpta Hastalıkların Klinik Tablosunun Açıklanması, Klinik Tanı.....	258
3.6.6. Tıpta/ Hekimlik Uygulamasında Karar Verme.....	259
3.6.7. Tıbbî Epistemolojide (ve Ontolojide) Diyalektik Özellikler.....	262
3.6.7.1. Nicelik değişimlerinin nitelik değişimine yol açması yasası.....	262
3.6.7.2. Karşıtların birliği ve savaşımı yasası.....	263
3.6.7.3. Olumsuzlamanın olumsuzlanması yasası.....	263
3.7. Ontolojik ve Epistemolojik Zeminde Redüksiyonizm, Holizm, Sistemizm.....	264
3.8. Tıbbî Dil.....	275
3.9. Tıpta Mantık Uygulamaları.....	278
3.9.1. Tıpta Düşünme Tarzı ve Hekimlik Praksisinde Puslu Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi.....	278
3.9.2. Tıpta Geri Çıkarım Mantığının Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi.....	305
3.9.3. Tıpta Epistemik Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi.....	314
3.9.4. Tıp Alanında Temporal Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi.....	323
3.9.5. Tıp Alanında Probabilistik Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi.....	337
3.10. Hekimlik praksişi ve insan faktörü.....	338
SONUÇ.....	342
KAYNAKÇA.....	358
ÖZGEÇMİŞ.....	373

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo.....	Sayfa
Tablo 1: Veri ve hastalık ilişkileri	274
Tablo 2: Glasgow Koma Ölçeği	303

RESİMLER LİSTESİ

Resim.....	Sayfa
Resim 1: Şarlatanlığın hicvedildiği bir karikatür, “The Sailor and the Quack Doctor.”	11
Resim 2: Yine şarlatanlığın hicvedildiği bir başka karikatür.....	11
Resim 3: Ve örnek bir hekim davranışı: Pers Kralı Artaxerces’in hediyelerini geri gönderen Hippokrates, Anne-Louis Girodet de Roussy-Trioson (1767-1824), Musee d'Histoire de la Medecine, Paris	12
Resim 4: Tarihte kayıtlı ilk beyin tümörü ameliyatının gerçekleştirildiği (1884 yılı) hastane “The Hospital for Epilepsy and Paralysis”, Regents Park, Londra, İngiltere	14
Resim 5: Rembrandt Harmenszoon van Rijn, “ <i>Dr. Nicolaes Tulp'un Anatomi Dersi,</i> ” 1632, adlı yağlı boya resmi	21
Resim 6: Eugène Henri Paul Gauguin’in D’OU VENONS NOUS/ QUE SOMMES NOUS/ OU ALLONS NOUS adlı tablosu	85
Resim 7: Sir Luke Fildes (1843-1927), “The Doctor/ Hekim” (1887, The Tate Britain, Londra)	115
Resim 8: Pablo Picasso, “Bilim ve Yardım - Science and Charity” Museu Picasso, Barselona	117
Resim 9: Soldaki resimde Takotsubo sendromunda ventrikülografide kalbin görünümü ve sağdaki resimde “ahtapot kapanı” görülmektedir	134
Resim 10: Dr. Fritz Kahn’ın “Makine İnsan”ı	221
Resim 11: Delilik Taşı/ The Cure of Folly (Delilik Taşının Çıkartılması/ The Extraction of the Stone of Madness), Hieronymous Bosch (1450-1516), Museo del Prado, Madrid	271
Resim 12: Malign beyin tümörü (bir PNET vak’ası) olan hastanın preop/ ameliyat öncesi (solda) ve erken postop/ ameliyat sonrası (sağda) MR-Görüntülemeleri	297
Resim 13: Monro-Kellie doktrininin grafik görünümü	301
Resim 14: Ağrı Ölçeği	302
Resim 15: Puslu mantık kullanılarak kontrol cihazlarının/ otomatların çalışma sistemi.....	304
Resim 16: Puslu mantık ile çözümlemede aşamalar	305

TİBBÎ TERİMLER SÖZLÜĞÜ

Arter	: Atardamar
Arteriyovenöz malformasyon (AVM)	: (Beyinde) Atardamar, toplardamar ve kılcal damarların yumak yaparak oluşturdıkları bir hastalık
Ekstraselüler	: Hücre dışı, hücre dışında
Endogene	: İçsel, içeriye ait
Endokrin	: İç salgı
Epilepsi	: Sara hastalığı, beyinde anormal elektriksel boşalım ile ortaya çıkan hastalık
Etiyoloji	: (Hastalıkların arkasındaki) Neden, neden bilimi
Exogene	: Dışsal, dışarıya ait
Fatalite	: Belli bir hastalık nedeniyle tanı konulmuş hastalardaki ölüm oranı
İmmün	: Bağışıklık (örneğin immün sistem, immünoloji, ...)
İntestinal	: Bağırsağa ait olan
İntraselüler	: Hücre içi, hücre içinde
Kardiyak	: Kalbe ait, kalp ile ilgili
Morbidite	: Belirli bir grup içinde ve belirlenmiş bir zaman diliminde belli bir hastalığa yakalanan ve tanı konulan hastaların sayısı (ya da oranı)
Mortalite	: Genel popülasyon içinde belli bir hastalığa bağlı ölüm sayısı (ya da oranı)
Patogeneze	: Hastalığın oluşu, hastalığın oluşum süreci
Patoloji	: Hastalık
Serebral	: Beyine ait olan, beyin ile ilişkili
Subaraknoid kanama	: Beyin zarları arasına olan kanama, (ağır bir beyin kanaması çeşidi)
Vaskülit	: Damar iltihabı
Vazospazm	: Damar kasılması durumu

GİRİŞ

İnsanlığın en kadim etkinliklerinden biri olan tıp praksişi, zaman içinde hep değişim ve dönüşümler içinde seyrederek farklı uygulama biçimleri almıştır. Bu değişim ve dönüşümlerin arka planında yatan değişkenlerin hepsi birbiriyle ilintili ve etkileşim hâlinde olmakla toplumların felsefî ve kültürel birikimlerinden, kozmolojik anlayışlarından, ontolojik tutumlarından, hayat tasavvurlarından, bilimsel yetkinlik ve teknolojik ilerlemeler karşısındaki durumlarından, sosyo-ekonomik, sosyo-politik ve ideolojik koşullarından ya da imkânlarından etkilenmiştir. Dolayısıyla tıp praksişinden söz ederken aslında hayatın neredeyse tüm yönlerinin etkisi altında değişip gelişen canlı bir konudan söz ettiğimiz için salt bireysel hastalık ve tedavi süreçlerine indirgenemeyecek kadar çok yönlü bir sorunlar alanına işaret etmekteyiz. Bu nedenle insanın var olması, hayatta kalması ve sağlıklı olması üzerine kurulu olan tıp praksişi, bireysel sağlık problemlerinin yanı sıra toplumsal, çevresel, kültürel ve tarihsel koşulların da etkisi altında gelişen bir alan olarak hayatın her alanını ve hatta her ânını kuşatan, etkileyen ve ondan etkilenen kapsayıcı bir alandır. Yani hekimlik, hayatın her alanıyla açık ya da örtük bir biçimde etkileşim hâlinindedir. Bireysel sağlığın toplumun sağlığından ayrı düşünülememesi gibi tıp praksişinin de eğitimden, sanattan, politikadan, ekonomik refah seviyesinden, bilim ve teknolojiye vs. ayrı düşünülmesi mümkün değildir. Ayrıca günümüzdeki tıp praksişinden konuşurken, tıbbın binlerce yıllık tarihsel geçmişini göz ardı etmek, elbette ki imkânsızdır.

Bu amaçla çalışmamızda öncelikle tıbbın tanımı, kapsamı, işlevi ve önemi, akabinde tıp praksişinin nasıl temellendirilebileceği ele alınmıştır. Bunun için insanın mahiyeti kavramsallaştırılmaya çalışılmıştır. Böylece, ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramları, birbirleriyle aralarındaki ilişki ve etkileşimler de dikkate alınarak diyalektik bir bakışla analiz edilmiştir. Burada hedeflenen şey, birbirinden ayrıştırılan ‘hekimlik’ ile ‘felsefe’ disiplinleri arasında köprüler kurmak olmakla birlikte bu alanların birbirlerinden koparılamayacak kadar birbirine içkin oldukları zaten bilinmektedir. Bu amaçla yapılan derinlikli temellendirmeler ve geniş literatür değerlendirmesinde, konuyla ilişkili düşünceleri de serimleyip tartışmak

amaçlanmaktadır. ‘Sağlık’ ve ‘hastalık’ tanımı için şimdiye dek ortaya atılan teoriler gözden geçirilmekte, gerekli analiz, eleştiri ve öneriler ortaya koyulmaktadır.

Öte yandan tıptaki teorik ve pratik alanların da birbirinden ayrılmaz bir yapıda olduğu bilinmektedir. Birbirlerini var eden ve besleyen bu teorik ve pratik etkinlikler, tıbbın tüm pozitif doğa bilimlerini, insan ve toplum bilimlerini, matematik ve mantık bilimlerini, çok farklı türden uygulamaları ve insan ilişkilerini içeren yapısı açıklamamızda yol gösterici bir birliğe işaret etmektedir. Tıbbın bileşenleri alt başlığında ele aldığımız özellikler, bizim tıp praksisini nasıl anladığımızı ve bu alandaki meselelerimizi, açıkça ortaya koymaktadır. Tıbbî epistemolojinin nasıl kurulduğu, bilginin nasıl temellendirildiği ama her hâlükârda tıpta karar verme ve tıp praksisinin kendine özgü bir matematik ve mantığı olduğu, tüm bu sürecin nasıl yürütülüp nelerden destek aldığı konusu, çalışmamızın hem epistemoloji hem de mantık bölümlerinde işlenmektedir. Farklı tıp praksi modellerinin hangi dayanaklar üzerine kurulduğu konusu da eleştirel bir yaklaşımla ele alınmış olup bizim önerdiğimiz model, çalışmamızın ilerleyen bölümlerinde tanımlanmış ve gerekçelendirilmiştir. Burada özellikle tıp bilimi ile tıp praksisinin aynı olmadığı, birbirlerine sıkı sıkıya bağlı olmakla birlikte tıp bilimlerinin, örneğin anatomi, fizyoloji, mikrobiyoloji vb. alanlarının teorik olduğu, ancak tıp praksisinin teorik yapı ile birlikte esas olarak bir uygulama olduğu üzerinde durularak ve örnekler verilerek açıklanmıştır. Nitekim tıp praksi esasında bir hekim – hasta ilişkisi ve hastayı iyileştirme etkinliğidir. Tıbbî mantık ise primer olarak hekimlik praksisindeki karar verme sürecinin analizinde ortaya çıkmaktadır. Burada, ‘sağlık’ ve hastalığın görünürlüğü yahut görünmezliği ön plâna çıkmakta ve görünür olandan görünmezi bulup çıkarmada kendisinden faydalanılmaktadır. Böylece tıbbî mantık sayesinde insan sağlığı için en doğru olan kararı vermek ve uygun eylemi gerçekleştirmek; süreç hâlinde ilerleyen olguları ilişkilendirmek ve doğru yargılara varabilmek mümkün olabilmektedir.

Özetleyecek olursak çalışmamızda öncelikle ‘hekimlik’ ile ‘felsefe’ arasındaki bağlantılar ele alınarak tarihsel bir perspektiften her iki disiplinin ilişki ve etkileşimleri ele alınmış, daha sonra insan anatomofizyolojisinin temel özellikleri kapsamında çok

temel ve kısa bir anatomofizyolojik işleyiş anlatılmıştır. Daha sonraki bölümde “tıp praksişinin ontolojik, epistemolojik ve mantıksal temellendirilmesine yer verilerek konunun felsefi değerdendirmesi yapılmıştır. Sonuç bölümünde ise bu çalışmayla ulaşılan sonuçlar irdelenerek özetlenmiştir. Çalışmanın genelinde biyolojik açıklamalara eşlik eden felsefi temellendirmeler, metnin bir felsefe metni olmasına karşın, felsefenin beslediğı ve beslendiğı her kanaldan, örneğın müzikten, resimden, edebiyattan, sinemadan vb. disiplinlerden de örnekler barındırmaktadır. Her ne kadar itinaıyla çalışılırsa çalışılsın her hâlıkârda tıp praksişisi, biyo-psiko-sosyo-kültürel ve tarihi bir varlık olan ‘insan’ üzerinde gerçekleştirilen bir pratik olmasından ötürü her zaman eksik kalmaya ve kendinde birtakım hatalara ya da değıştirilip geliştirilmeyi gerektiren yetersizliklerle karşılaşılmasına mahkûmdur. Fakat şüphesiz ki tıp praksişisi olağınüstü güzellik ve iyilikleri de beraberinde taşımaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HEKİMLİK VE FELSEFE ARASINDAKİ İLİŞKİ VE BAĞLANTILAR

Soruşturmamıza ‘hekimlik’ ve ‘felsefe’ sözcüklerinin etimolojik kökenine bakarak başlayacak olursak: ‘felsefe’ (*philosophia*) terimi, ‘sevmek’ anlamına gelen Yunanca ‘philō’ / ‘φιλέω’ sözcüğü ile ‘bilge, bilgin, üstad’ anlamına gelen ‘sophós’ / ‘σοφός’ sözcüklerinden türetilmiş bir sözcük olarak ‘bilgelik sevgisi’ anlamına gelmektedir. Bir hikmet arayışı olarak görülen felsefe, bilgeliğin peşinden koşmak olarak görülmüştür. ‘Hekim’ sözcüğü ise Arapça’daki ‘hâkim’ sözcüğünün hafifletilmiş bir telaffuzu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kök harfleri ‘H-K-M’ olan ‘hikmet’ sözcüğü, her şeyi bilen, üstün bilgilerle donatılmış “filozof-hekim”¹ anlamına gelmektedir. Yani görüldüğü üzere ‘hekim’ ve ‘filozof’ terimleri âdeta bir eş anlamlılık göstermektedir. İnsanı ‘*homo sapiens sapiens*’ olarak yani “düşündüğünün üzerine düşünebilen insan” olarak tanımlamaktayız ki bu ifade gerçekten de felsefenin ‘filozof’ tanımına denk düşmektedir. Gerçekten de

“felsefe ile uğraşmak, düşünmek insanın temel belirleyici/ ayırt ettirici niteliğidir, bu özellik insana içkindir ve insana tamamlanabilmesinin, tekâmülünün ve özgürlüğünün kapısını açan niteliktir. Diğer yanda insanın en temel, en önde gelen, en önemli güdüsü ise hayatta kalabilmektir, yaşamını sürdürebilmektir, dirimselliğidir, var olmaktır. Hekimlik doğrudan buna yöneliktir; insanın hastalıklarının tedavisini, hayatını sürdürebilmesini, hastalıklardan korunabilmesini ve daha sağlıklı olmasını amaç edinir. Dolayısıyla, felsefe ve hekimlik, her ikisi de, insanın var oluşu ile doğal olarak başlayan, hem insanın doğada kalabilmesi ve gelişebilmesini sağlayan etkinlikler olarak işlev görmüş ve gören hem de zaman içinde konu edindiği insanın çabaları ile ilerlemiş birbiri ile iç içe ya da birbirini tamamlayan hayat etkinlikleridir.”^{1,2}

¹ Bozbuğa, M., “**Felsefe ve Hekimlik**”, “Urla Felsefe Günleri” kitabında bölüm, Yay.Haz.Şafak Ural, Mahmut Tolon, Etki Yayınları, İzmir, Haziran 2017, ss. 155-164 içinde s.155.

² Çelik, F., “İnsancıl Bir Tıp ve İyi Hekimlik için **Hekimliğin Seyir Defteri**,” Birinci Baskı, Deomed, İstanbul, 2013.

Hekimlik ve felsefenin, her ikisinin de insanın var oluşuyla, başkalarıyla, etrafındaki doğayla ve bizzat kendisiyle kurduğu ilişkinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıktığını söylemek yanlış olmaz. İnsan doğada var oluşuyla, önce doğa ile olan ilişkisini anlamaya çalışmış, varlığını sürdürebilmek üzere doğayla bir mücadele içine girmiştir. İnsanın çeşitli ağrı durumlarına eşlik eden ‘acı çekme’ durumuyla birlikte bu ağrı ve acının giderilmesine yönelik bir çözüm arayışı olarak tıp ortaya çıkmıştır. Bilindiği üzere ilk hekimler doğaüstü güçleri olduğunu öne süren büyücüler, sihirbazlar, kâhinler, din adamları ya da halk şifacıları arasından çıkmıştır. Yine insan kendi var oluşuyla kurduğu ilişkinin bir getirisi olarak kendini ve etrafındaki doğal fenomenleri anlama ve açıklama ihtiyacı duymuştur. Bu ihtiyaca cevap verebilmek için gelişen düşünüş etkinliği felsefeyi ortaya çıkarmış, bilim ve sanat gibi diğer disiplinler de bu ilk felsefe içinde filizlenmiştir. Böylece tıp ve felsefe, aslında zaten aynı pınardan doğan iki ayrı nehirdir. Her ikisi de insanın kendisini ve etrafında olup bitenleri anlama ve açıklama çabası sonucunda ortaya çıkmıştır. Esasında tıp ile felsefe arasındaki bu etkileşim, insana ait tüm etkinlikler arasında kurulabilecek korelatif bir etkileşim ağı oluşturmaktadır. Tıp ile felsefeden başka tüm diğer bilim dalları, sanat dalları vb. insanî etkinlikler, benzer şekilde dinamik bir etkileşim ağı içinde birbirlerinden beslenmektedir.

Dünyada insanın olmadığı zamanlarda da hastalıkların olduğu bilinmektedir. Ancak primitif hayvanlarda görülen bu hastalıkların, daha sonra evrimleşen paleolitik dönem insanın hastalıklarıyla aynı olup olmadığını tam olarak bilememekteyiz. Tarih öncesi dönemlere ait buluntu ve iskeletler, prehistorik dönemdeki çeşitli hastalıklar hakkında fikir sahibi olmamızı sağlamakta ve bazı kemik kırıklarının görüldüğünün ve iyileştiğinin bulgularını göstermektedir. 19. yüzyılda Marc Armand Ruffer tarafından araştırıldığı üzere paleopatoloji alanı öyle göstermektedir ki tarihi buluntular ve insan kalıntılarının incelenmesi sayesinde yalnızca kemik kırıkları değil, aynı zamanda dekalsifikasyon, kalınlaşma ve kalsifikasyonlar gibi parazitik enfestasyonlar ve tüberküloz gibi bazı rahatsızlıklar ortaya konulabilmektedir.²

² Ayrıca bkz. Lyons, A. S., Petrucci, R. J. II, “**Medicine, An Illustrated History**,” Abradale Press, New York, 1987, p.19 & Rutkow, I. M., “**Surgery, An Illustrated History**,” Mosby, St. Louis, 1993, p.1-3.

Benzer şekilde Eski Mısır'dan kalan papirüsler o dönemde tıbbın uygulanışı hakkında fikir sahibi olmamızı sağlamaktadır. Her ne kadar elimizde Mısır tıbbı üzerine sistemli bir tıp kitabı bulunmasa da o dönemden günümüze intikal eden bazı papirüslerden öğrendiğimize göre Eski Mısır'da cerrahi girişimlerde bulunulmuş ve çeşitli ilaçlar yaygın biçimde kullanılmıştır.³ Mezopotamya'ya gelince oradaki tıbbî uygulamalar hakkındaki bilgiyi daha çok eski yazıtlardan elde etmekteyiz. Özellikle M.Ö. 3000'lerin sonlarından kaldığı düşünülen Sümerlilerden kalma bir yazıt vardır ki tarihin en eski tıbbî belgesi kabul edilen bu yazıt bize Mezopotamya tıbbı hakkında kapsamlı bilgiler sunmaktadır. Bu yazıtta göre Mezopotamya'da tıp alanı daha çok din adamlarının elindedir. Başka bir deyişle Mezopotamya hekimleri, aynı zamanda rahip benzeri bir din adamı statüsüne mensuptur. Tedavi yapan üç ayrı hekim sınıfı bulunmaktadır:

“ ... Bunlardan biri kâhinler sınıfıydı (bârû) ve bunların görevi diyagnoz/ tanı ve prognoz/ öngörme idi ve alanları tıp ile sınırlıydı; ikinci grup üfürükçü ve efsuncu idi ve aşipu adını taşıyorlardı; üçüncü grup ise 'Â-zu' ya da 'Â-su' adı verilen rahip ve hekimlerdi, bunların ihtisası, tedaviydi ve faaliyetleri tamamen tıp sahası içindeydi, böylece, gerçek mânasıyla hekim olan grup, bunlardı...”⁴

Antik Yunan döneminde genel olarak doğaüstü güçlerle ilişkilendirilen hastalık hâlleri, felsefenin ortaya çıkışıyla birlikte rasyonel – kavramsal bir açıklamaya tabi tutulmuş ve artık büyücüler, sihirbazlar değil filozoflar hekim olarak tarih sahnesine çıkmıştır. Fakat bu dönemde eski inanışta hâkim olan mistik görüş, alışkanlık ve inanışlar bir anda ortadan kalkmış değildir. Hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik bu metafizik inanç ve uygulamalar uzunca bir süre rasyonel - bilimsel düşünüş ve uygulamaların yanında varlığını sürdürmüştür. Bunun, insanın

³ Sayılı, A., “Mısırlılarda ve Mezopotamyalılarda Matematik, Astronomi ve Tıp,” s.115, II. Baskı, 1982, Türk Tarih Kurumu Yayınları VII. Seri – Sa.52^a.

⁴ Ayrıca bkz. Tresker, S., “Theoretical and clinical disease and the biostatistical theory,” Studies in History and Philosophy of Biol & Biomed Sci 82 (2020) & Sayılı, A., “Mısırlılarda ve Mezopotamyalılarda Matematik, Astronomi ve Tıp,” s.115, II. Baskı, 1982, Türk Tarih Kurumu Yayınları VII. Seri – Sa.52^a.

çok yönlü varlık yapısından ve belirsizliği aşabilmek adına hayatı anlamlandırma çabasını farklı biçimlerde gerçekleştirmeye çalışmasından ileri geldiği düşünülmektedir. Pythagoras, Empedokles ve Hippokrates bu dönemin önde gelen filozof-hekimleridir. Antik Yunan tıbbı, antik Mısır ve Mezopotamya'daki uygulamaların etkisi altında kalmış olmakla birlikte onlardaki kadar büyü ve sihir etkisi altında değildi. Antik Yunan tıbbı, Mısır ve Mezopotamya tıp uygulamalarına nispeten daha rasyonel bir yapıya sahipti. Bununla birlikte Homeros'un destanlarında da aktarıldığı üzere Yunan tıbbında askeri cerrahinin önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Yunan tarihinin ilk yıllarında hastalığın tedavisinin hekimlerle tanrıların işbirliği ile yapıldığına inanılmaktadır. Apollon ve Koronis'in oğlu Asklepios (Yunanca: Ἀσκληπιός), Yunan mitolojisindeki en önemli tıp ve sağlık tanrısı kabul edilmekte, tapınak tedavileri yapılmakta ve bu tedavilerde en önemli faktörün kader (*moira*) olduğuna inanılmaktadır.⁵

Antik Yunan döneminde presokratik doğa filozoflarının ortaya çıkışıyla birlikte evrenin nasıl oluşmuş olabileceğiyle ilgili rasyonel görüşler ortaya atılmaya başlanmış ve mitolojiler önem kaybederek yerini büyük ölçüde rasyonel açıklamalara bırakmıştır. Böylece Antik Yunan'da değişen bu tutum ve metodoloji, aklın ve bilimselliğin ön plâna çıkmasına vesile olmuş ve dönemin tıp anlayışı üzerinde de etkisini göstermiştir. Yalnızca pratik kaygılarla değil, ayrıca teorik bir kaygıyla, yalnızca bilmek için bilmek isteyen filozofların ortaya çıktığı bu dönemde evrene hâkim logos, tıbbın bilimsel kökenine bir dayanak sunmuştur. Böylece tıp bilimi, felsefe sayesinde gelişimini hızlandırmış ve felsefi düşünüşten beslenerek kendi bağımsız karakterini kazanma fırsatını elde etmiştir. Ancak şu da bir gerçektir ki, bugün insanlığın tıpta elde etmiş olduğu gelişmeler hiç de kolay ve hızlı bir biçimde elde edilmemiştir. Tüm bu kazanımlar uzun süren zorlayıcı çalışmaların bir ürünüdür. Tıbbın kadim geçmişinden bahsederken tıbbın bugünü üzerinde bile oldukça belirleyici bir etkisi olan Hippokrates'i de anmak yerinde olacaktır.⁶

⁵ Ayrıca bkz. Öztürk Güntöre, Sibel, “**Tıp ve Felsefe**,” Nobel Tıp Kitabevleri, Adana, 2005.

⁶ Ayrıca bkz. Hippokrates, “**Hippokrates Külliyyatı**,” Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.

Antik Yunan'da M.Ö.5. yy'da tıbbın gerçek bir bilim statüsünü kazanmasında en büyük rolü üstlenen isim, şüphesiz ki Hippokrates (M.Ö. 460-377) olmuştur. Bu dönem gezgin filozoflarından Hippokrates, kent kent gezerek hem öğrenci yetiştirmiş hem hasta iyileştirmiş hem de tıp biliminde bugün hâlâ geçerliliğini koruyan birçok önemli görüş ve tekniğin kâşifi olmuştur. Kendi yazdıkları dışında muhtemelen öğrencilerine veya başka yazarlara ait olan altmışa yakın kitap kaleme alan filozof, hekimlik müessesinin temellerini ortaya koymuş ve tıp biliminin bilimsel, mantıksal, akademik, davranışsal, etik ve felsefî yönlerini detaylı bir biçimde serimlemiştir.

Hippokrates, külliyyatında (*Corpus Hippocraticum*) pek çok konuyu ele alarak açıklık getirmiştir: yaraların, kırık ve çıkıkların tedavisini anlatan “*Cerrahi*” kitapları; “*İnsan Doğası Üzerine*” yazısında vücut sıvıları kuramının kavramsal temelleri açıklanmıştır ve burada âdeta endokrinoloji ve homeostasis ile ilgili bir ön keşif vardır; Hippokrates’e göre, bireyin çeşitli özelliklerine, örneğin yaşa, cinsiyete, ... göre vücut sıvıları -kan, balgam, sarı safra ve kara safra- arasında bir denge vardır, sağlık bu dengenin doğru kurulması hastalık ise dengenin bozulmasıdır (denge anlayışı halen en geçerli olan ve bizim de benimsediğimiz bir düşüncedir); doğal dünyada insan bedeniyle aynı ilkelere dayanarak oluşan bir unsur açık bir sistem olan insan bedeni ile etkileşerek sağlık ve hastalık durumunu oluşturur (burada çok öncü olan düşünce “insanın açık bir sistem olduğu” düşüncesidir ki bu anlayış Hippokrates’in çok belirleyici bir kavram/ düşünce olan insan ve çevre etkileşimine önem vermesiyle de ortaya konmuştur); “*Yaygın Hastalıklar*” kitapları epidemik ve yerel hastalıkların anlatıldığı kitaplardır (ki bu eserlerde epidemiler, çevresel faktörlere ya da sosyoekonomik nedenlere bağlı hastalıklara değinilmektedir); Hippokrates, insan sağlık ve hastalıklarının çevresel faktörler ile ilişkisini düşünüp bunları “*Havalar, Sular ve Yerler Üzerine*” yazısında ortaya koymuştur ve burada daha da ilginç olan özellik, Hippokrates’in çevre ile yalnızca fiziksel çevreyi değil aynı zamanda kültürel - kurumsal ve siyasi boyutları ile çevreyi kastediyor olmasıdır (bugün hastalıkların çok yönlü nedenleri arasında fiziksel - sosyal - kültürel çevre çok önemli bir yer tutmaktadır); hastalığın gelişimini (*etyopatogenezi*) anlamak için gerekli yöntemin belirlendiği ve ayrıca yaşam tarzına dair önerilerin yer aldığı “*Öngörü*” yazısı ve hekimlerin uyması gereken kuralların belirtildiği “*Yemin*” ile hekimliği Antik Dönemde çağının çok ilerisinde bir düzeyde tanımlamıştır.”⁷

Hippokrates, Antik Yunan'da yerleşik tanrısal tıp anlayışını yerle bir etmiş ve tıbbî müdahale ve hastalık teşhisinin tanrısal bir kökeni olmadığını iddia etmiştir.

⁷ Ayrıca bkz. Hippokrates, “**Hippokrates Külliyyatı**”, Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.

Tamamen rasyonel ve doğa temelli bir yaklaşımla tıp yapılması anlayışını savunan Hippokrates, hastalıkların teşhisindeki ontolojik, epistemolojik, etyolojik, etyopatogenezik ve semiyolojik temellerin ilk açıklama denemelerini yapan kişidir. Hastalıkların nedenlerini, nasıl ortaya çıktıklarını, gelişim seyrini ve hızını, nasıl belirtiler gösterdiklerini, tedavi olanaklarını vs. nedensellik ilişkisi içerisinde açıklamayı deneyen Hippokrates, hastalıkların teşhisi ve tedavisinde hekimlere düşen görevin mantıksal ve felsefi temellerini aydınlatmaya çalışmıştır. Öyle ki Hippokrates'e göre hekimler, hastalığın belirtilerini algı ve gözlem yoluyla iyi analiz etmeli, bu belirtilerden hareketle hastalığı doğru teşhis edebilmek ve en doğru tedavi yöntemini belirleyebilmek için mantıksal bir akıl yürütme tekniğini geliştirmelidir. Dolayısıyla hastalık belirtilerinin hastayla olan iletişim ve muayene esnasındaki gözlem ve düşünüş sayesinde logos'a uygun bir çıkarımla taçlandırılmasının doğru teşhis ve doğru tedaviye götüreceğine inanan Hippokrates, tıp ile felsefe arasındaki bağıntıyı açık bir biçimde ortaya koymuştur. Hippokrates'e göre spesifik olarak yalnızca hastalık bulguları değil, genel olarak hastanın denge durumu, cilt ve göz rengi, bakışları, kokusu, genel görünümü ve duruşu, bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Hastayla konuşulmalı, elle muayene edilmeli, organlarının işlevlerine bakılmalı ve hasta, iyi gözlenmelidir. Nitekim yalnızca kan ve idrardaki değişiklikler bile birçok hastalığın teşhisinde belirleyici olabilmektedir. Sağlık ve hastalığa natüralist bir yaklaşım içinde olan Hippokrates'in tıp anlayışında determinist bir bakış açısı hâkimdir. Her şeyin belli bir nedeni olduğuna inanılır ve hastalıklar belli neden-sonuç dizgeleri içinde ele alınır. Bu nedensel arkaplân açığa çıkarıldığında 'logos' anlaşılmış olur ve artık tesadüfe yer kalmaz. Hastalığın nedeni zamanla ilerler ve kritik bir hâle gelmesi durumunda hastanın iyileşmesi güçleşebilir ve hatta hastalık hastanın hayatını tehdit eden bir aşamaya gelebilir ki bu süreç tıbben etyoloji, etyopatogenez ve prognoz aşamalarından geçerek hastalık tedavi edilir veya artık iyileştirilemez derecede ilerlemişse hasta kaybedilir.

Hastalığın görünen ve görünmez yanları bir bütün olarak ele alınmakta, hastalıkla mücadelede bedenin belli bir güç ve dengeyi koruması gerekmektedir. Tüm tıbbi belirti ve bulguların, hastalığın nedensellik zinciri içerisinde bir bütün olarak ele alınması, bir 'logos' içinde anlaşılması gerekmektedir. Günümüz ideal hekimlik

uygulamalarında hâlâ geçerliliğini koruyan bu ilkeler, Hippokrates döneminden miras kalan temel ilkelerdir. Nitekim “Öngörü” adlı kitapta hastalık seyrinin öngörüsü, ‘önceden bilmek’ anlamına gelen ‘*prognostikon*’ (‘*pro-gignosko*’, İng. ‘*prognosis*’) terimi üzerinden açıklanmıştır. Bu önemlidir, çünkü ‘tanı koymanın daha kapsamlı ve sürece yönelik formu’ olarak görülebilecek olan ‘öngörü’ ne kadar iyi yapılırsa, tedavi de o ölçüde başarılı olacaktır. Hippokrates’in yaklaşımında öngörü ve tedavi konusunda:

*“(...) hekimin her hastayı iyileştiremeyeceği, doğanın iyileşmede çok önemli bir belirleyici olduğu ama yine de her halükârda hekimin hastayı ağrısından kurtarması ve teselli etmesi gerektiği düşünülür. (...) Hekim, bir şarlatan gibi, yapamayacağı ve tamamen mesnetsiz taahhütlerde bulunmaz; hasta (ve ya da hasta yakınlarına) gerçeği ama uygun bir biçimde söylemelidir. Hastalık için yapılan tedavilerin her hastada aynı şekilde sonuç vermeyeceği yani hekimliğin – tedavinin göreceli olduğu/ olumsuzluğu, kişisel farklılıklar gösterdiği ve böylece bazı hastaların tedaviye iyi bazılarının ise olumsuz yanıt verebileceği; esasen tedavinin, **physis** ile hekimlik uygulamalarının/ **tip praxisi** – **technesi** ve hasta arasında bir mücadele olduğu düşünülür...”⁸*

Hippokrates’in tıbbın ahlâki yönüne yaptığı vurgu da son derece önemli ve anlamlıdır. Hippokrates’e göre hekimin giyim tarzından konuşmasına, fakir hastalara yardımcı olmasından (/hakkaniyetten) mesleğini dürüstlükle yapmasına, hastanın mahremiyetini ifşa etmeme hassasiyetinden, hekimlik mesleğini kendisine öğretene hocalarına beslediği saygıya, din, dil, ırk vb. ayrım gözetmeksizin herkese yardım etmeye çalışmasından, hastanın vücut bütünlüğünü koruma konusunda gösterdiği özene gereksiz cerrahi müdahale yapmaktan imtina etmesine varıncaya dek birçok konuda belirleyici olan ahlâki nitelik ve ilkeler vardır ki bunlar Hippokrates tarafından “*Yemin*”de ifade edilmiştir.

⁸ Hippokrates, “**Hippokrates Külliyyatı**”, Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.



Resim 3: Ve örnek bir hekim davranışı: Pers Kralı Artaxerces'in hediyelerini geri gönderen Hippokrates, Anne-Louis Girodet de Roussy-Trioson (1767-1824), Musee d'Histoire de la Medecine, Paris.

Felsefe, sorgulayıcı, akla ve bilime dayanan düşünme yolunu açmakla birlikte, bilimlerin ortaya çıkmasında ve bilimsel bilginin ortaya konularak bu bilginin pratik yaşamda yerini bulmasına katkı sunduğu gibi ayrıca da bu bilimsel düşünüşün hekimlik praksisine girerek tıpta yol alınmasına ve teknolojinin de bu gelişmelere hizmet edecek şekilde gelişmesini sağlamıştır. George Eliot, “*Middlemarch*” adlı eserinde, Viktoryen (*Victorian*) dönemde İngiltere’de uygulanan tıbbi uygulamaları ele alarak bu konudaki eksiklikleri, hatalı uygulamaları ve yanlış bilgileri ayrıntılı bir biçimde anlatmıştır.⁹ Gerçekten de modern tıbbın doğuşu 19. yüzyılın ikinci yarısına, hatta neredeyse 20. yy başlarına denk düşmektedir. Tıptaki gelişmelerin, matematik, fizik, kimya ve biyoloji gibi temel bilimlerdeki parlak gelişmelerin sonrasına kalması ise kanaatimizce, tıbbın, tüm bu temel bilimlerden destek alan, tüm bu farklı sahalarda uygulanan teknik bilgi ve arkaplândan beslenen ve onlar üzerine kurulan bilimlararası yapısından kaynaklanmaktadır. Örneğin beyin cerrahisi, esasen son yüz - yüz elli yıl içinde gelişen bir hekimlik alanıdır. Beyin tümörleri makroskobik olarak ilk kez

⁹ Eliot, George, “*Middlemarch*”, Çeviri: Cihat Taşcıoğlu, Nora Kitap, İstanbul, 2018.

1829'da Cruveilhier tarafından tanımlanmıştır. "Nöroglia"nın tanımlanması ise 1860 yılında Virchow tarafından gerçekleştirilmiş olup beyin tümörlerinin patolojisi ancak bu gelişme sonrasında anlaşılmaya başlanmıştır. Beyin tümörlerinin makroskopik ve mikroskopik özellikleri arasındaki bağlantılara dikkat çekmesi bakımından önemli bir atılım gerçekleştiren Virchow, "*glioma*" terimini de ilk kez kullanan kişi olmakla birlikte; ayrıca 1890 yılında "*meningioma*"ları tanımlamıştır. Golgi (1884), Cajal (1913) ve Rio-Hortega (1919) gibi önemli bilim insanlarının çok önemli histo(pato)lojik çalışmalarıyla beyin dokusunun içeriği ve hücresel yapısı anlaşılmaya başlanmıştır. Beyin tümörlerinin ilk bilimsel sınıflaması ise 1926'da, Bailey ve Cushing tarafından yapılmıştır. Bu sınıflamada 14 farklı beyin tümöründen bahsedilmiş olmasına karşın bugünkü sınıflamada yaklaşık 130 farklı tümör, histolojik, biyolojik, hücre proliferasyonu, genetik vb. pek çok özelliği ile ayrıntılı biçimde tanımlanmaktadır.¹⁰ İlk beyin tümörü ameliyatı, 25 Kasım 1884'te Rickman J. Godlee tarafından, Londra'daki "*The Hospital for Epilepsy and Paralysis*"da gerçekleştirilmiştir. Dr. Godlee, gerçekleştirdiği bu ilk, başarılı, primer beyin tümörü ameliyatını ayrıntılı bir biçimde tanımlamış; bu başarılı girişim, nöroşirürjikal girişimler için bir cesaret ve heves uyandırmıştır. Ancak ameliyattan iyi bir nörolojik tablo ile çıkan / postoperatif iyi olan hasta, ne yazık ki postoperatif 28. Günde, menenjit ve buna bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmiştir. Postmortem çalışmada tümöre ait bir rezidiv / kalıntı olmadığı gösterilmiştir.¹¹

¹⁰ Ayrıca bkz. Yaşargil, Mahmut Gazi, "*Microneurosurgery IVA*," Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York, 1994 & Goodrich, J.T., "Landmarks in the History of Neurosurgery," in "Principles of Neurosurgery", Editors: Rengachary, S.S., Ellenbogen, R.G., Second Edition, 2005, pp. 57-64, Elsevier Mosby, New York.

¹¹ Kirkpatrick, Douglas B., "*The first primary brain-tumor operation*," J Neurosurg 1984 Nov;61(5):809-13.



Resim 4: Tarihte kayıtlı ilk beyin tümörü ameliyatının (1884'te) gerçekleştirildiği hastane "*The Hospital for Epilepsy and Paralysis*", Regents Park, Londra, İngiltere.

Yine başka alanlardan, örneğin kalp cerrahisinden örnek verirsek: Kalbin yapısal özellikleri, kapsamlı olarak ilk kez 15. yüzyılda Leonardo da Vinci tarafından tanımlanmıştır. Leonardo da Vinci'nin diseksiyon / teşrih çalışmaları, başlangıçta, daha iyi resim yapmaya yönelik olsa da kısa bir süre sonra kendi başına bir araştırma konusu olmuştur. Leonardo Da Vinci, ikonografik ve fizyolojik anatomiye yönelik çizimlerinde, hareketi ortaya çıkaran kuvvetin temel mekanik etkenlerini ve işleyişini matematiksel yaklaşımla çözümlemeye, mekanik araçlarla insan vücudunun çalışması arasındaki ilişkiye dayalı bir kuram geliştirmeye çalışmış, ancak kan dolaşımını çözmemiştir. Geometrik tanım yöntemlerini kullanarak ve dana kalpleri üzerinde çalışarak kalp kapaklarının açılıp kapanma mekanizmalarını ve kan kütlesinin kapaktan geçiş dinamiğini açıklamış, aort kapağı ve Valsalva sinüslerinin cam modellerini hazırlamıştır. 16. ve 17. yüzyılda kalp yaralarının dokunulamaz olduğu ilkesi, ancak 20. yy ile birlikte, yavaş yavaş gerçekliğini ve geçerliliğini yitirmiştir. İlk defa otopsi bulgularına dayanarak kalp tamponadının tanımlanması işi 1761'de Morgagni tarafından gerçekleştirilmiş ve kalp yaralanmalarının klinik belirti ve patolojileri hakkındaki bilgi birikimi belli bir seviyede olgunlaşmış olmasına karşın, kalbe yönelik tedavi girişimlerinin uygulamaya geçmesi için oldukça uzun bir süre geçmiştir. Nihayet 1882'de, Block tarafından ilk defa, tavşan deneylerinde kalp kasının (myokard) başarıyla dikilebildiği bildirilmiştir. On altı yıl sonra, 1896 yılında,

Frankfurt'ta Dr. Ludwig Rehn, 22 yaşında bir hastada kesici aletle sağ ventrikül yaralanmasında 'myokard'ı dikerek onaran ilk cerrah olmuş ve Ludwig Rehn tarafından gerçekleştirilen bu ameliyat, kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir. Yayınlanan bu girişim, değişik yorumlara neden olmuş, James Paget 'kalbe dikiş uygulaması' (kardiyorafi) girişimi ile cerrahinin, doğanın koyduğu sınırlara ulaştığını, artık bunun ötesinde hiçbir yöntemin kalp hastalıklarının üstesinden gelemeyeceğini iddia etmiştir. Batın cerrahisinde öncü ameliyatlara uluslararası ün kazanan büyük cerrah Dr. Theodor Billroth'un ise, insan kalbine dikiş koymaya kalkışan cerrahın, meslektaşları arasındaki itibarını kaybetmeye mahkûm olduğu yorumunda bulunduğu rivayet edilmektedir.¹²

Gerçekten de tıp ancak 19. yüzyılın sonlarında bilimsel - modern uygulamalarına kavuşmaya başlamıştır, çünkü doğabilimleri ile tıbbın, temel ve klinik bilimlere uygulanması, uzun bir zamanı gerektirmiştir. Öyle ki hekimlerin ameliyat öncesi ya da doğum yaptırmadan önce ellerini yıkamaları bile ilk kez 1847 yılında, oldukça zorlu aşamalar sonucunda zorunlu bir uygulama hâline getirilmiştir. Hippokrates (M.Ö. 460-M.Ö. 377), hastalıkların topraktan çıkan fena hava ile su, yıldız, rüzgârlar ve mevsimlerin etkisiyle oluştuğuna inanmıştır. "*Miasma teorisi*" adıyla anılan bu teori, bir ölçüde bilimsel olarak doğru olsa da tüm doğal gerçekliği bu teoriye indirgeme hatasına düşülüp bunun dışında hiçbir şey kabul edilmediğinde, ortaya son derece yanlış ve dogmatik sonuçlar çıkmaktadır.

1850 ve 60'larda, hastanelerde gerçekleşen ölümlerin büyük kısmından enfeksiyonlar sorumluydu. Ignaz Semmelweis (1818-65), Viyana'nın en büyük kadın doğum hastanesinde, Vienna Lying-In'de kadın doğum servisinde görev yaptığı dönemde, gebelik sonrası sepsisi (= *puerperal sepsis*) vak'alarının çok yaygın olduğunu gözlemliyor. Semmelweis, hastanedeki uygulamaları gözlemlediğinde, nekropsi yapan doktorların daha sonra doğuma girdiklerinde, onların yardımıyla doğum yapan annelerde bu hastalığın çok daha fazla rastlandığını saptıyor. Bunu fark ettikten hemen sonra, sadece ebeler eşliğinde ya da evde gerçekleşen doğumlarda *puerperal sepsis* oranının çok daha düşük olduğunu fark eder. Bu gözlemleri onu, "*miasma teorisi*"nin (o dönemde geçerli

¹² Bozbuğa, N. & Yakut, C., "**Felsefenin Işığında Kalp Nakli**," *Kalp Nakli*, kitabında bölüm, Editörler: Balkanay M, Mansuroğlu D, Tıbbi Yayınlar Merkezi, İstanbul, ss.7-19, 2020. ISBN: 978-605-70080-0-8.

olan hastalık etyolojisi, kökleri Hippokrates ve Galen'e kadar uzanan, Yunan ve Roma tıbbına dayanılarak belirlenmiş olan, "hastalıkların topraktan çıkan pis kokulu hava ve sudan, yıldızların, rüzgârların ve mevsimlerin etkisiyle oluştuğu" hastalığa yol açtığı varsayımıydı ki bu "*miasma teorisi*"dir) geçerli olamayacağını ya da başka etkilerin de olabileceğini düşünmeye iter ve hastalığın çok küçük canlı organizmalar/ mikroorganizmalar ile -enfeksiyonun bulaşması nedeniyle- ortaya çıkabileceği olasılığı üzerinde durur. Önlem olarak, zamanının çok ötesinde bir görüşle, nekropsi/ otopsi yapan doktorların, doğuma girmeden önce ellerini klorlu suyla temizlemelerini, daha sonra iyice yıkamalarını ve bu işlemi tamamladıktan sonra doğum işlemine başlamalarını önerir (esasen cerrahi uygulayacak hekimin, girişim öncesinde ellerini yıkaması gerektiğini Hippokrates de söylemiştir). Bu uygulama ile doğum sonrası sepsis oranı %36'lardan %2'lere düşer. Ancak, Semmelweis'in bu iddiası ve uygulaması dönemin tıp çevrelerinde çok büyük tepkiyle karşılaşır ve Semmelweis dışlanır, daha da ötesi deli olmakla itham edilir. Hekimler, Semmelweis'in bu iddiasının (çok küçük canlı varlıklar olması ve bunların hastalık yapması, bulaşması, ...) kendilerini aşağıladığını düşünürler (çünkü, Semmelweis'in iddiası sanki kendilerinin pis olduğunu ifade etmektedir ki, hekimler asla pis olamazlar!). Bu deneyim, aslında bilimsel düşünme ve felsefenin iç içeliğini ve ayrılmazlığını; felsefe ve bilimin (bu örnekte bilimsel tıbbın) düşünceyi, yaşamı algılayıp yorumlamayı ve bireysel - toplumsal davranışları ne kadar kökten etkilediğini göstermektedir. Ve sonrasında, büyük buluşuna karşın ve âdeta onun cezası olarak, Semmelweis zor bir hayat sürerek genç yaşta hayatını kaybeder.^{13, 14, 15}

Bu olay, genel olarak bilim felsefesinde ve spesifik olarak da tıp felsefesinde pek çok bakımdan incelenmeye ve irdelenmeye değer görülmektedir. Özellikle hekimlik ile felsefe ilişkisi açısından önemli bir tartışma alanı yaratan bu örnekte, sorunu görme, gözlem, sorgulama, bağıntı kurma, doğru nedensellik ilişkisini kurabilme, hipotez, bilimsel açıklama ve çözüm üretme, uygulamanın sonuçlarını değerlendirme ve ilkelere / yasalara ulaşma gibi aşamalar bulunmaktadır. Bu aşamaların her birinin bilimsel tıp açısından zaruri olup bilim felsefesi tarafından da hekimlik praksisinde kendilerine önem atfedilen değer ve koşullar olmakla birlikte örnekte verili sonucun ne kadar dramatik olduğu da ortadadır. Bu örnek sayesinde, yaşam içinde ve spesifik olarak çalışma alanımız itibarıyla söyleyecek olursak 'hekimlik uygulamalarında' rastladığımız, hekimin ameliyat veya doğum öncesi ellerini yıkaması gerekliliği gibi sıradan görülebilecek pek çok uygulamanın, aslında

¹³ Bencko, V., Schejbalová, M., "From Ignaz Semmelweis to the Present: Crucial Problems of Hospital Hygiene," Indoor Built Environ 2006;15:1:3-7.

¹⁴ Best, M., Neuhauser, D., "Ignaz Semmelweis and the birth of infection control," Qual Saf Health Care 2004;13:233-234.

¹⁵ Kadar, N., Romero, R., Papp, Z., "Ignaz Semmelweis: the "Savior of Mothers," American Journal of Obstetrics & Gynecology, December 2018, pp.519-522.

ne kadar zorlu bir geçmiş olabileceği anlaşılmaktadır. Bu zorlu sorgulama ve gerekçelendirme sürecini, uygun bir düşünme ve bakış geliştirerek felsefenin başlattığını söyleyebiliriz. Nitekim Martin Heidegger'in "Bilim düşünmez"¹⁶ lâfını hatırlayacak olursak buradaki iddianın da felsefi düşüncesin tıp praksişi üzerindeki rolü ve katkısı, daha anlaşılır olacaktır. Heidegger'in "Bilim düşünmez" lâfı, esasen bilimdeki düşünmenin felsefi düşünmeden farklı olduğunu belirtmek içindir. Nitekim bilimdeki olguların 'Nasıl?' olduğu ve işlediği anlaşılmaya çalışılırken felsefede ise sorgulama, 'Nedir?' sorusu ile başlamaktadır. Tıpta felsefi sorgulama, kabul edilmiş yerleşik kanaatleri aynen alıp uygulamak yerine 'tümel – tikel' ilişkisi kurarak ve belli bir ilişkiselliği göz önünde bulundurarak değerlendirmektedir. Ayrıca, hekimliğin uygulama ile birlikte olması, tıbbın bilim ve uygulama unsurlarının iç içe geçerek birlikte ele alınmaları ve tıbbın ideolojik ve ekonomopolitik yanı da durumu karmaşılaştırıp zorlaştırabilmektedir. Üstteki örnekte bahsi geçen süreç, bilimsel bir süreç olmakla birlikte, bir 'üst dil' / 'üst bakış' olarak burada yine bir felsefi tutumun belirleyici olduğu görülmektedir. Aristoteles'te özel bilimlere gözümüzü açsa da önümüzü aydınlatmak açısından yetersiz görülmesine karşın evrensel bir bilim olan metafizik (ilk felsefe) ise tek başına önümüzü aydınlatmak açısından yeterli görülmektedir.¹⁷ Sonrasında birçok disiplinin katkıları ve bilimsel çalışma ve buluşlardaki gelişmeler ile düşünce, uygulamaya geçmiş; felsefe ise bu çok eklemli ve çok basamaklı süreçte, yönlendirici ve denetleyici olma rolünü daima sürdürmüştür.

Tarihsel seyri içinde bakıldığında, filozofluk ile hekimliğin yaygın bir şekilde birliktelik ya da koşutluk içinde oldukları görülmektedir. Felsefe ve hekimlik birlikteliği, Ortaçağ'da da sürmüştür: Örneğin dünya ve İslâm tıp tarihinin önde gelen hekimlerinden ve liderlerinden birisi olan Ebu Bekr Zekeriyâ er-Râzî (865-925), hem hekim hem filozoftur. Yarısından fazlası tıp kitabı olmak üzere iki yüzden fazla eser kaleme alan Râzî'nin en ünlü tıp eserlerinden bazılarını anacak olursak: "*El-Hâvî fî't-Tıbb*", "*el-Kitâbü't-Tıbbî'l-Mansûrî*" ve "*Kitâbu'l-Cederî ve'l-Hasbe*" adındaki eserler, Râzî'nin en çok bilinen ve defalarca çeşitli dillere çevirisi yapılarak basılan

¹⁶ Ayrıca bkz. Heidegger, M., "**Düşünmek Ne Demektir**," Çeviren: Turan, İ., 3. Baskı, 2020, İstanbul, Dergâh Yayınları.

¹⁷ Aristoteles, "**Metafizik**," Çeviren: Arslan, A., Üçüncü Baskı, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 2010.

kitapları arasında sayılmalıdır.¹⁸ ‘İbn-i Sina’¹⁹ (980-1037) ve İbn-i Meymun (1135-1204) ise hem filozof hem hekim hem de mantıkçılardır. Ancak modern dönemde farklı bir paradigmaya geçişin getirisi olarak felsefede yaşanan değişimler, her iki disiplini birbirinden uzaklaştırmıştır. Böylece zaman içinde -özellikle modern dönemde ve daha sonra Aydınlanma Çağı ile birlikte ve sonrasında- kozmolojideki farklılaşmalar, felsefî ve bilimsel düşüncedeki paradigmanın değişimler göstermesi, bilginin kapsamının ve derinliğinin hızla artması, bunun pratik uygulamalara yansımaları olarak teknolojinin gelişmesi ve sosyopolitik - ekonomik nedenler gibi faktörlerin etkisiyle hekimlik ile felsefe arasındaki bağlar zayıflamıştır. 20. yüzyılın ikinci yarısında / özellikle de son çeyreğinde belirgin bir biçimde hekimlik, felsefeden uzaklaşmış, hatta neredeyse kopma / koparılmaya raddesine gelmiştir. Yine de şu açıktır ki: Tıp bilimindeki yerleşik bilimsel anlayış ve hekimlik uygulamaları ile felsefî düşünüş arasında âdeta görünmez bir bağlantı bulunmaktadır. Zira tıp pratiğinde ve tıbbî kavramlardaki her dönüşüm, çağın geçirdiği değişim ve dönüşümler tarafından koşullandığı ve tıp bilimi de kültürün bütününe en sıkıca bağlı bilim ve pratiklerden biri olduğu için bir toplumdaki tıp anlayışı ve hekimlik uygulamaları, o toplumun felsefî ve kültürel birikimi ile sıkı sıkıya bağlıdır. Lynn Payer, “*Medicine & Culture*”²⁰ adlı eserinde, her toplumun kendi tıp pratiğini, o toplumda benimsenen entelektüel düşünce ve kültüre sıkıca bağlı olarak oluşturulduğunu ifade etmektedir. Örneğin neoliberal ve postmodern yaklaşımın etkisiyle “endüstriyel tıp”, ABD’de ortaya çıkmıştır. Agresif ve yüksek teknolojiye tıp türü olarak doğumdan ölüme değin görülen aşırı tıbbın karşısında suboptimal tedaviler ile aşırı muhafazakâr yaklaşım bulunmaktadır ki ABD’de zamanla güçlenen tıbbî yaklaşım bu olmuştur. İngiltere’de yer alan “kanıta dayalı rasyonel tıp” ise daha ziyade felsefî bir arka plâna dayanmakta ve bu felsefî dayanak, ekonomi temelli bir yaklaşıma ilaveten empirik ve pragmatik

¹⁸ Ayrıca bkz. Acıduman, A., Şems, Ş., “Ebu Bekr Zekerîyyâ Er-Râzî (865-925) ve Yaklaşık 1 Yıl Önce Yazılmış Bir “Acil El Kitabı”: Bur'u's-Sâa (Bir Saat İçinde Tedavi),” Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2009;17(1):6-16. & Acıduman, A., Arda, B., “Çocuk hastalıkları perspektifinden Râzî ve “vaka temelli eseri” Kitâbü't-Tecârib,” Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 216-234.

¹⁹ Ayrıca bkz. Ünver, A.Süheyl, “İbni Sina, Hayatı ve Eserleri Hakkında Çalışmalar,” İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü, N. 49, İstanbul, 1955.

²⁰ Payer, L., “*Medicine & Culture – Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*,” Owl Book, New York, 1996.

nitelikte bir “*keeping the upper lip stiff*” bakışına dayanmaktadır. Almanya’da baskın gelen tıbbî anlayış, “*Geist tıbbı*” olarak adlandırılıp temelindeki felsefî düşünüş daha çok idealist, romantik, pesimist ve holistik yaklaşımlardan beslenmektedir. Fransa’daki “*felsefi tıp*” ise estetik ve Kartezyen bir temele dayanmakta, rasyonel bir düşünüşün ürünü olarak görülmektedir. Lynn Payer’ın örneklerinin izinden giderek, bizim ülkemizdeki tıp uygulamalarında hangi felsefî temellerin etkili olduğunu aydınlatarak olursak: Bize göre, ülkemizdeki tıbbî uygulamalar, bölgelere ya da sağlık kurumlarının yapısına göre farklılık göstermekte, ülkenin tamamında homojen karakter gösteren tek bir tıbbî yaklaşımdan söz edilememektedir. Daha doğru bir deyişle, Türkiye’deki yerleşik tıbbî uygulamaların nasıl bir felsefî temeli olduğundan söz edebilmek için bölgesel, kültürel, sosyal, siyasal ve ekonomik koşullardaki ayrımlar göz önünde bulundurulmalı; sistem ve süreklilik algısı, hızla gelişen uygulama değişikliklerine adaptasyon, yerel ve kültürel değerlerle birlikte küresel ölçekli değişimlerin vs. göz önünde bulundurulması gerekir. Fakat büyük ölçekli bakıldığında gidişatın yerel değerlerden çok küresel (neoliberal) anlayışa ve bu anlayışın değerlerine dönüştüğü gözlenmektedir.

Tıpta son birkaç yüzyılda muazzam bir bilgi artışı ortaya çıkmış; tanı ve tedavi imkânları, öncekilerle mukayese edilemeyecek derecede büyük bir gelişme seyretmiş; tıbbî ilaçlarla birlikte cerrahi, radyoterapi ve pek çok yüksek teknolojiyi tedavi yöntemlerinde büyük bir gelişme kaydedilmiştir. Binlerce yıl süren sessizliğin ardından yaşanan bu hızlı bilgi artışı ve gelişmenin ardında aslında yine felsefe bulunmaktadır. Nitekim konuya yakından baktığımızda, Rönesans Dönemi itibarıyla, yüzyıllardır süregelen felsefî mirasın kozmolojide yol açtığı gelişmelerle de paralel olarak değişime uğradığı görülmektedir. Örneğin Anglosakson dünyada Francis Bacon’ın mantık anlayışıyla birlikte gelişen “Bilgi, güçtür” anlayışı, akıl ve bilgiye verilen önemi arttırmış ve evrene, ‘akıl ve bilgiyle egemen olunabileceği’²¹ yaklaşımını güçlendirmiştir. Aynı şekilde kıta Avrupası’nda Rene Descartes tarafından yapılan akıl ve bilim vurgusu, benzer bir gelişmenin kıta Avrupası’nda da yaşanmasına yol açmıştır. Descartes’in Kartezyen felsefesi, öne sürdüğü “*res extensa*”

²¹ Ayrıca bkz. Bacon, F., “*Novum Organum*,” Çeviren: Kabadayı, T., Bilgesu Yayınları, Ankara, 2015.

(uzamsal şey / beden) – “*res cogitans*” (düşünen şey) düalizmi ile sırasıyla “uzamsal şey / beden” ile “düşünen şey” arasında bir ayrım yapmış olup insanı, iki ayrı varlık yapısında düşünen ‘düalist’²² bir varlık görüşü geliştirmiştir. Descartes’ın bu atılımıyla ontolojik anlayış, Aristotelesçi teleolojik (erekbilimsel) ve organistik anlayıştan Newton’un mekanistik anlayışına evrilmeye başlamış ve insanın bir nesne; insan vücudunun da bir makine gibi ele alınması yönündeki yaklaşıma elverişli ortam hazırlanmıştır. İnsan vücudunu makine gibi ele alan materyalist görüşe, örneğin Julian Offray de La Mettrie’nin 1748’de yayımlanan “İnsan, Bir Makina” adlı eserinde açık bir biçimde rastlanılmaktadır. Burada artık ‘Nedir?’ sorusu, ‘Nasıl?’ sorusuna dönüşmüş, hayatı algılama ve bakış tarzı, ontolojik bir zeminden epistemolojik bir zemine kaymıştır. René Descartes, “Yöntem Üzerine Konuşma” adlı metnin “Altıncı Bölüm”ünde şöyle demektedir:

“(…) öyle ki bu felsefe sayesinde ateşin, suyun, havanın, yıldızların, göklerin ve bizi çevreleyen diğer tüm cisimlerin gücünü ve davranışlarını / etkilerini zanaatkarlarımızın çeşitli mesleklerini tanıdığımız denli seçiklikle bilerek onları kendilerine özgü tüm uygulamalarda (*usages*) aynı biçimde kullanabilir ve böylece kendimizi doğanın efendileri ve sahipleri kılabiliriz. Bu ise sadece yeryüzünün nimetlerinden ve orada bulunan tüm kolaylıklardan zahmetsizce yararlanmayı sağlayacak sonsuz sayıda aygıt (*artifices*) icat etmek için değil, ama esas itibarıyla, kuşkusuz yaşamdaki en birinci nimet ve tüm diğer nimetlerin tümeli olan sağlığın korunması için de arzulanan bir şeydir; zira zihin bile bünyeye (*temperament*) ve vücuttaki organların yapı ve düzenlenişine o kadar güçlü biçimde bağımlıdır ki, insanları topluca şimdiye kadar olduklarından daha bilge ve daha hünerli kılacak bir yol bulmak mümkün olsa, sanırım bunun hekimlikte aranması gerekir. Doğrusu bugün uygulanan hekimlik, yararı pek öyle dikkate değer olan çok az şey içerir. Ama onu hor görmek gibi bir niyetim olmasa da, bunu meslek edinenler de dahil, hekimlikte bilinenlerin bilinmesi gerekenlere kıyasla hiç denecek kadar az olduğunu ve eğer hastalıkların nedenleri ve doğanın bize sağladığı ilaçlar hakkında yeterli bilgi sahibi olunsaydı, hem bedenin hem de zihnin sayısız hastalığından, hatta belki de ihtiyarlıkla gelen güçten düşmeden bağımsız olunabileceğini kabul etmeyecek hiç kimse bulunmadığına eminim. Şimdi, tüm yaşamımı böylesine elzem bir bilimi araştırmaya adanmayı amaç edindiğim ve yaşamın kısalığı ya da deney(im) eksikliği engel olmadığı takdirde, sonunda mutlaka bu bilimi bulmaya götürecekmiş gibi görünen bir yolla karşılaştığım için, bu iki engeli karşı en iyi çarenin, bulmuş olduğum pek az şeyi sadakatle kamuya bildirmek ve gelişmiş zihinsel yeteneklere sahip kimseleri, her biri kendi eğilimine ve gücüne göre olmak üzere, yapılması gereken deneylere katkıda bulunmak ve öğrendikleri her şeyi yine kamuya aktarmak suretiyle bu

²² Ayrıca bkz. Descartes, R., “Akıl Yönetimi İçin Kurallar,” Çeviren: Sunar, E., İstanbul, Say Yayınları, 2013.

bilimi daha ileriye götürmek için çalışmaya davet etmek olduğuna hükmettim, zira böylece arkadan gelenler...”²³

Yukarıdaki pasajla Descartes, doğaya ve doğal bir varlık olan insana, bilimsel bir yaklaşım ile yaklaşılması gerektiğini vurgulamış ve insanın bedeninin tanınabileceği, anlaşılabilmesi ve etkili olunabileceği felsefi arka plânı ortaya koymuştur. Descartes (1596-1650) ile aynı dönemde yaşayan ve Descartes felsefesinden etkilenen Hollandalı ressam ve baskı ustası Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606-1669), 1632 yılında yaptığı “*Dr. Nicolaes Tulp’un Anatomi Dersi*” adlı yağlı boya tablosunda bu felsefi anlayışı yansıtmıştır.



Resim 5: Rembrandt Harmenszoon van Rijn, “*Dr. Nicolaes Tulp’un Anatomi Dersi*,” 1632, adlı yağlı boya resmi.

²³ Descartes, R., “Aklını İyi Yönetmek ve Bilimlerde Hakikati Aramak İçin **Yöntem** Üzerine **Konuşma**,” 6.Bölüm, Çeviren: Erşen, M., Birinci Baskı, s.67, Say Yayınları, İstanbul, 2013.

İnsan bedeni her daim insanın merakını uyandırmıştır. Örneğin insanda anatomi teşrihleri / diseksiyonları, Rönesans’a kadarki süreçte katı bir biçimde yasak olmasına karşın Rönesans itibarıyla gösteri şeklini almış ve geniş halk kitlelerinin ilgisini çekmiştir. Bu arada özellikle bilim insanları ile sanatçılar bu konuya büyük bir merakla yaklaşarak bilime katkıda bulunmuşlardır. Modern felsefe sonrası süreçte bu etkinlik kendini, her tür sanat türünden örneklerde, bilimlerdeki parlak yükselişte ve tıpta göstermiştir.

Felsefi anlayışın mekanik tasavvurunda kilit yaklaşım, “Nedir?” sorusunun “Nasıl?” sorusu ile yer değiştirmiş olması ve aklın kullanılmasıyla doğanın sırlarının, doğa yasaları ışığında, “Nedir” sorusuna başvurulmaksızın “Nasıl?” sorusu üzerinden ortaya konması yönündeki yaygın yönelimdir. Ben, benden öncekilerin omuzları üstünde yükseldim” diyen Newton’un yasaları ile mekanik alandaki bu kavrayışın pekişmesi, felsefede ise Immanuel Kant sayesinde felsefeye aktarılmıştır.²⁴ Buradan da felsefe, bilim, sanat, tıp, günlük yaşam pratikleri vb. alanlardaki çeşitli anlayışların birbirlerini etkileyip değiştirmekte yol gösterici oldukları anlaşılmaktadır. Günümüzde felsefe ve hekimlik/tıp ilişkisini ele aldığımızda, konuya, birbirleriyle bir ölçüde örtüşse de temel olarak birbirlerinden farklılık gösteren üç ayrı perspektiften bakılabileceği görülecektir:

1. “Felsefe ve tıp” (philosophy and medicine)
2. “Tıptaki felsefe” (philosophy in medicine)
3. “Tıp felsefesi” (philosophy of medicine)

Konuya “felsefe ve tıp” perspektifinden bakıldığında, felsefe ile tıbbın günümüzdeki tanımı, etkinlik alanları, metodolojileri, bu disiplinlerdeki anlayış ve yaklaşımlar ve böylece her iki alanın benzerliklerinin ve farklılıklarının irdelenmesi ve birbirleriyle ilişkilerinin değerlendirilmesi söz konusudur.

²⁴ Ural, Ş., “Solipsism, Physical Things and Personal Perceptual Space – Solipsist Ontology, Epistemology and Communication,” Vernon Press, 2019.

“Tıptaki felsefe”, tıbbın uzun tarihî geçmişi içinde teorik, pratik, geleneksel ve kültürel bakımdan elde ettiği birikimin, felsefî bir bakışla analiz edilmesidir. Gerçekten de tıp praksişi, âdeta uygulamalı felsefe gibidir. Zira ontolojik, epistemolojik, mantıksal ve etik yönden tıbbın doğasına içkin ve ayrıca zaman içinde tıbbî pratiğe sinen felsefî düşünme ve eyleme biçimi, “tıptaki felsefe” içinde ele alınır. Örneğin tıp etiğinde köklü bir geçmişe sahip olan ilkelerden ‘dürüstlük’, ‘yaşama saygı’, ‘adalet’, ‘yararlılık’, ‘yasallık’ (meşruiyet), ‘aydınlatılmış onam’, ‘zarar vermeme’, ‘kötü davranmama’, ‘özerkliğe saygı’, ‘gizliliğe (mahremiyete) saygı’, ‘kendine ve bilime saygı’, ‘mesleğine ve meslektaşlarına saygı’ vb. ilkeler, “tıptaki felsefe”nin konusunu oluşturmaktadır. Bunun yanında, bir hekim, tıp praksişi içinde, aslında sürekli bir felsefî düşünme ve uygulama süreci içerisinde.

Tıp praksişi içinde düşünce ve eylemlerin kavramsallaştırılıp felsefî çözümlemelerinin yapılp kuramsallaştırılması ise “tıp felsefesi” alanında ele alınmaktadır. Tıp felsefesinde tıbbın tüm teorik konuları ve pratiği, analitik ve diyalektik bir biçimde ele alınıp çözümlenerek sistematik bir set oluşturulmalıdır. Böylece “tıp felsefesi”, felsefe içinde ayrı ve özel bir alan olarak ortaya çıkmaktadır. Tıp felsefesi, daha önce belirtilen “felsefe ve hekimlik” ve ya da “tıpta felsefe” kavramlarından ve içeriğinden çok daha geniş, tıbbın teorik ve pratik alanları içinde kendi konularını, kavramlarını oluşturmuş kendi başına (*per se*) bir felsefî alandır. Bir başka perspektif ise tıp felsefesinin esas konularından biri olarak, filozofların yalnızca felsefe için değil, aynı zamanda da tıbbın doğasını anlamak için tıp felsefesi yaptıkları yönündedir. Bu yönüyle tıp felsefesi, hem filozofu hem de hekimi aydınlatan verimli bir alandır.

Konuyu daha canlı hâle getirmek için harekete geçirici uç bir soru ile başlayalım ve “Felsefe ile tıp arasında bir ilişki var mıdır?” diye bir soru ortaya atalım. Bu soruya, aslında günümüzde karşıt yanıtlar veren felsefî ekoller mevcuttur: Bunlardan ilki, felsefe ile tıp arasında herhangi bir ilişki olmadığını savunan, ikincisi ise bu iki alanının birbirinden ayrılmaz bağlarla birbirlerine bağlı olduklarını savunan yaklaşımdır. Şimdi bu iki yaklaşımı sırayla ele alacak olursak:

Felsefe ile tıp arasında hiçbir ilişki bulunmadığını savunan yaklaşıma göre bu iki disiplinin gerek metodoloji, gerek hedef bakımından bir ortaklıkları ya da benzerlikleri bulunmamaktadır. Felsefe, hakikatin ve tümellerin bilgisini araştırırken tıp ise insan sağlığını ve hastalıkların tedavisini merkeze almaktadır. Tıp ile felsefe arasındaki tüm bağları koparan bu görüş, aslında günümüzde geçerliliğini koruyan ve hatta gittikçe radikalleşen biyomedikal, mekanik, endüstriyel ve yüksek teknolojiye dayalı, daha ziyade agresif ve neoliberal yönleriyle öne çıktığına şahit olduğumuz tıp uygulamalarının dayandığı temeldir. Bu tümüyle nesnelci yaklaşımda hastalık ve tedavi vardır ama hasta yeterince ve hatta hiç dikkate alınmamaktadır.

Tıp ile felsefe arasındaki bağın koparılamaz olmadığını öne süren yaklaşım ise oldukça kapsayıcı ve derinlikli biçimde bu iki alan arasındaki korelatif ilişkileri analiz etmektedir. Her şeyden önemlisi, bu yaklaşıma göre, felsefe tıba içkindir. Felsefe, tıptaki en temel soruların gedğinde yer almaktadır. Nitekim tıbbın konusu olan insanın neliği, doğrudan felsefi bir sorudur. Keza sağlığın, hastalığın, tedavinin, bedenin, hekimliğin ve tıbbi uygulamalardaki etiğin soruşturulması sırasında da hep felsefi düşünüşten yardım alırız. Keza “Tıbbi bilginin yapısı nedir?”, “Tıpta bilgiyi nasıl edinmekteyiz?”, “Bilginin kaynakları nelerdir?”, “Bu bilgiye niçin ve ne kadar güvenebiliriz?”, “Tıp araştırma ve uygulamalarında nasıl bir mantık kullanıyoruz?”, “Tanıya nasıl bir mantık üzerinden ulaşıyoruz?”, “Nasıl bir mantıkla tedaviyi uyguluyoruz?”, “Tıbbi düşünüşte kullanılan akıl yürütme tarzları nelerdir?”, “Tıpta araştırmanın plânlanmasındaki mantığı ve epistemolojik yapıyı nasıl aydınlayabiliriz?” “Doğru ve iyi davranış nedir ve hangi temellere oturmalıdır?”, “Hekim-hasta ilişkileri nasıl olmalıdır ve niye öyle olmalıdır?” vb. soruların mantıksal, epistemolojik, ontolojik ve etik alanlarda yanıtlanarak bu sorulara kuramsal, metodolojik ve analitik bir argümantasyon kazandırılabilmesi için felsefi bir tutuma sahip olunması gerekmektedir. Hekimlik praksişi ise kritik düşünce ve alanlarda yeni sorular oluşturmakta ve bunların analitik bir biçimde çözümlerini gerektirmektedir. Dolayısıyla hekimlik praksişi, felsefeye alan oluşturmakta ve bu alanlarda kuramsal açıdan felsefi çözümler geliştirilebilmesine aracı olmaktadır. Yani felsefe, tıp praksişini yönlendirici bir role sahiptir. Böylece pek çok değişkenin hesaba katılmasını gerektirmesi bakımından birçok tartışmalı görüşe yol açan ve bilhassa da tıp alanının

nasıl ve hangi amaçlara yönelik şekilde oluşturulması gerektiği noktasında düğümlenen sorun, felsefeden destek alınarak c    lmeye c    lmaktadır.

Üstteki tartışmaya benzer   kilde ama bunun dışında bir soru ve sorun alanı olarak, “Kendi başına (*per se*) bir “t  p felsefesi” var mıdır?” sorusu da tartışmalı bir alanı oluşturmaktadır. Bu tartışmaya kısaca bakarsak: 1-3 Kasım 1974’te Notre Dame   niversitesi’nde gerçekleştirilen “*The Fourth Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*” sempozyumu oturumlarından birinde gerçekleşen bir tartışmada, Jerome Shaffer, “Tıbbi sorunlar vardır, felsefi sorunlar vardır, bunlar hiçbir şekilde birbirleriyle örtüşmezler ve yan yana gelmezler” demektedir. Bu sempozyumun tüm oturumlarındaki bildiri ve tartışmaları içeren ve 1976’da basılan “*Proceedings of the 1974 Biennial Meeting Philosophy of Science Association*”²⁵ adlı kitap sayesinde fikir sahibi olduğumuz bu tartışmada, Shaffer, ‘t  p felsefesi’ olarak adlandırılan bir alanın olmasına karşın, tıbbi bilgiyle ilişkili sorunlar ile zihin felsefecilerinin yanı sıra bilim felsefecileri ile etik felsefecilerinin de ilgilenmesi gerektiğini söylemekte ve böylece t  p felsefecisinin yapacağı bir şey olmadığını belirtmektedir.²⁶ Pellegrino ise Shaffer’a kar   ı c  ıkararak t  p felsefesinin olmasına dair gerekliliğin ardında yatan sebebin, tıbbın doğasından kaynaklandığını   ne sürmektedir. Pellegrino’ya göre t  p, i  erdi  ı bilimler toplamına indirgenebilecek kadar basit bir alan değildir. Ona göre ‘t  p felsefesi’,   z   gereğı, ‘kendi başına’ (*per se*) tıbbın doğasını tanımlamayı içermektedir. Pellegrino ve Thomasma’nın 1981’deki yayınlarında, felsefe ile tıbbın ortak sorunları ele alınmış ve bu disiplinlerin her ikisinde de zihin-beden, bilinç, algı ve dil konuları üzerinde yoğunlaşıldığı ileri sürülmektedir. Öte yandan her iki disiplin de bu konuları diyalojik yöntemle ele almakta ve i  birli  ı yapmaları hâlinde daha verimli tartışmalar yürüterek yeni fikirler oluşturabilecekleri belirtilmektedir.²⁷ Tristram Engelhardt da Shaffer’e karşıt olarak ‘t  p felsefesi’nin kabul edilmesi gerektiğini, t  p felsefesinin zayıf ve g  c  l   alanlarının olduğunu, zayıf alanını biyoetik ve zihin-beden düalizminin, g  c  l   alanını

²⁵ PSA 1974, “*Proceedings of the 1974 Biennial Meeting Philosophy of Science Association*,” Editors: Cohen, R.S., Hooker, C., Michalos, A.C., Van Evra, J., Springer, 1976.

²⁶ Marcum, J.A., “*Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine*,” Springer, 2008.

²⁷ Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., “*A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*,” Oxford University Press, New York, 1981.

ise sağlık ve hastalık konularının oluşturduğunu savunmaktadır. Engelhardt'a göre sağlık ve hastalık kavramları, pek çok faktöre ilişkin oldukça karmaşık bir değerlendirmeye ihtiyaç duymaktadır.²⁸ Arthur Caplan, tıp felsefesinin kendi başına bir alan olarak kabul edilmemesi gerektiğini ileri sürmekte ve tıbbın, etik açıdan ziyade epistemolojik açıdan felsefeye daha çok konu edilebileceğini ve bunun da bilim felsefesinin bir alt dalı olması gerektiğini ileri sürmektedir. Caplan, felsefi bir alanın kabul edilmesi için üç kriter ileri sürmektedir:

1. Felsefe, iyi tanımlanmış diğer disiplinlerle bağlantılı olmalıdır; oysa tıp, kendine has entelektüel bir adadır.

2. Alanın kendine ait bir literatürü, kanunları olmalıdır, ancak tıp felsefesi, buna sahip değildir.

3. Alanın, sorgulanması gereken belirli sorunları olmalıdır ama tıbbın sağlık ve hastalık dışında böyle tanımlanmış, sınırlanmış konuları ve sorunları bulunmamaktadır.²⁹

Caplan'ın ne sürdüğü kriterler, aslında tıp felsefesinin kendi başına bir alan olarak kabul edilmemesini değil, bilakis kendine mahsus bir alan olarak görülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bakımdan Caplan'ın iddiaları gerçekçi olmadığı gibi kendi içinde de tutarlı da değil gibi görünmektedir. Henrik Wulff, ağdaş tıbbi düşünmenin kritik parçası olarak tıp felsefesinin olması gerektiğini, ancak bu alanı tıbbın bir alt disiplini olarak belirlemek gerektiğini düşünmektedir.³⁰ William Stempsey ise tıp felsefesi alanının yalnızca tıbbi etik ve 'hekim-hasta' ilişkisi ile sınırlı olmadığını, ayrıca tıp modellerinin, sağlık ve hastalık kavramlarının, beden anlayışlarının, genel olarak insan doğasının ortaya konması ve farklı tıp anlayışlarının (kanıta dayalı tıp vs.) epistemolojik çözümlemesinin yapılması gibi işlevleri olduğunu savunmaktadır. Görüldüğü zere Stempsey açısından tıp felsefesi, sağlık ve hastalık kavramları dışında birçok farklı konuyu da kapsamakta ve felsefenin bir alt disiplini

²⁸ Marcum, J.A., "Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine," Springer, 2008.

²⁹ Caplan, A.L., "Does the philosophy of medicine exist?," Theoretical Medicine 13, pp. 67-77, 1992.

³⁰ Marcum, J.A., "Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine," Springer, 2008.

olarak görülmektedir. Stempsey, tıp felsefesinin felsefenin bir alt dalı olarak görülmesini üç temel nedene dayandırmaktadır:

1. Metafizik Dünya Görüşü:

Bütünselcilik (holizm) ya da indirgemecilik (redüksiyonizm) üzerinden bu temel, yapılan tıbbî praksi ve tıbbî bilgiyi derin bir biçimde etkilemektedir.

2. Aynı Kökeni Paylaşan Disiplinlerin Bilgisi:

Felsefe ile tıp, hâlihazırda birbirlerinden uzaklaşmış olmakla birlikte ‘tıbbî düşünme’ ve ‘pratik felsefe’ daima varolagelmıştır ve iki disiplin, birbirlerini zenginleştirmektedir.

3. Disiplinlere Bakış Perspektifi:

Her iki disipline de dar bir açıdan ve miyopik değil geniş bir açıyla bakılması gerekmektedir. Tıbbî bilgi ve pratik tarihi, felsefî ve sosyal boyutları içermektedir.³¹

Bizim düşüncemize göre felsefe ile tıp iç içedir ve ayrı düşünölmeleri olanaksızdır. Felsefe, tıbbî düşünme sürecinde bir üst dil oluşturarak her şeyin neliğini sorgularken kavramları mantıksal yönden analiz eder ve akılcı bir perspektifle alanlar arası ilişkileri değerlendirir. Bu süreç doğru akıl yürütme ve doğru çıkarımlarda bulunma imkânı tanıdığı için tıbbî praksis açısından önem arz etmektedir. Bu sayede tıbbî praksiste, hasta birey, hastalık, hekim ve çevresel faktörler arasındaki ontolojik bağıntılar, her bir bileşen ayrı ayrı göz önünde bulundurularak bir bütönlük içinde tanımlanıp çözümlenecektir. Epistemolojik olarak bu, bir anlamda, hekimlik uygulamasında nelerin bilinebileceğini (bilim alanına girenler) ve nelerin bilinemeyeceğini göstermektedir. Nitekim hasta bireyin öznelliğı içinde kalan şeyler vs. hekimler açısından birer bilinmez olarak kalmakta; bu alanda ancak empati,

³¹ Ayrıca bkz. Marcum, J.A., “**Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine**,” Springer, 2008.

merhamet, şefkat ve hümanistik bir yaklaşımla; felsefî tutum ve bilgelik ile yol alınabilmektedir. Dolayısıyla felsefece bir kavrayış, bilgi sanılan bazı şeylerin gerçekte bilgi olmadığını fark etmemize yardımcı olmakta; bilinmeyen ve bilinemez olan şeyleri, bilinebilecek şeylerden ayırmamızı kolaylaştırmaktadır. Felsefî tutum, örneğin ‘insanî değerleri’ anlamayı ve sorunun üstesinden nasıl gelinebileceğini gösterebilir. Felsefe, tıbbın yalnızca bilimin sınırları içinde olmadığını, tıp praksisinde bilimsel bakışla birlikte hümanist bilimler rehberliğinde bakabilmenin de gerekliliğini, hasta ile hastalığın birbirinden farklı olduğunu ve her ikisini de doğru kavramak ve tanımlamak gerektiğini, hastanın hastalığı kapsayan ama ondan daha fazlası olduğunu, insana ancak sevgi, anlayış ve içtenlikle yaklaşılabilceğini gösterebilir. Görüldüğü üzere felsefe, hekimlik praksisinde son derece önemli ve gerekli olan düşüncelere esneklik sağlamakta, eleştiri ve sorgulamayı, zaman ve mekân faktörlerinin önemini bilmeyi şart koşturmaktadır. Böylece felsefe, tıbbın teorik ve pratik her alanında iyileştirici ve güvenli bir rehber olarak görülmektedir, denilebilir. Öte yandan kuşkusuz ki felsefe, tıba içkindir. Felsefesiz tıbbın, biyomedikal, agresif, kibirli, dar ve kaba ekonomik ölçütler ile sınırlandırılmış, insanî ilişkiden mahrum, insanı (hem hastayı hem de hekimi) hiçeştiren ya da onu, ortamından çekilip alınmış, ruhsuz, değersiz, salt mekanik olarak iş gören fiziksel varlıklar statüsüne indirgeyen, hasta bireyi belki tedavi eden ama iyileştirmeyen, hekimi de gösterdiği çabanın değerli yolculuğundan ve yüksek insanî mutluluğundan uzaklaştıran bir çerçeve çizeceği aşîkârdır. Şu, çok önemli ve olmazsa olmazdır ki: Hekimlik, ne yalnızca bilim ve teknoloji, ne yalnızca insanîyet, ne yalnızca felsefî ve rasyonel açıdan kusursuz bir düşünüş, ne de yalnızca beceridir; hekimlik, bunların toplamıdır. Hatta bunların toplamı olmanın da ötesinde bir düşünme, bilme, anlayış, kavrayış, uygulama, incelik, maharet, iletişim ve empati alanıdır. Hekimliğin/ tıbbın bileşenlerini ele almadan önce Aristoteles’in “bilimler sınıflaması”nı tekrar düşünmek, son derece yardımcı ve gereklidir.

Aristoteles, “Metafizik” adlı eserinin VI. Kitabında, varlık türüne ilişkin özel problemleri inceleyen “bağımsız bilimler” kavramını ilk kez ortaya atan filozof olarak bilimleri, konu, yöntem ve amaç bakımından sınıflandırmıştır. Aynı zamanda bu bilimler sınıflandırması, bu bilimlerde içerilmiş olan bilginin, bu bilgiye yönelen veya

onu üreten aklın ya da düşüncenin de sınıflandırılması anlamına gelmektedir. Buna göre Aristoteles, insanın akli rehberliğinde ürettiği bilimleri üçe ayırarak sınıflandırmıştır: Teorik bilimler, pratik bilimler ve poetik bilimler. Teorik (*theoretik*) bilimler, görmeye (temaşa etmeye) yönelik nazari bilimlerdir. Pratik (*praxis*'e ait) bilimler, bir eylem ya da davranışı gerçekleştirmeye yönelik ameli bilimlerdir. Son olarak poetik bilimler ise üretmeye, meydana getirmeye dayalı sınaî bilimlerdir. Böylece, bir şey üzerine düşünmek, teorik bilimleri; bir şey üzerine eylemek pratik bilimleri; bir şeyi meydana getirmek ise poetik bilimleri oluşturmaktadır.³² Aristoteles'in bu sınıflandırması bize şunu göstermektedir: Esasen tıp, bilgi ya da akıl türlerinin bütünüyle birlikte tüm bilim türlerini de gerektirmektedir.

Hekimliği bileşenlerini ele aldığımızda ise hekimlikte de aynı şekilde bu doğabilimsel, teorik-teknolojik, pratik ve poetik yanların farklı bir biçimde zuhur ettiği gözlenmektedir. Öyle ki tüm pozitif doğa bilimleri ve teknoloji-teorik, pratik ve poetik bilgiler ışığında baktığımızda, tıbbın birçok farklı alanı içeren bir şemsiye terim olduğu görülmektedir. Bu bakımdan tıbbın salt bir bilim olarak değerlendirilebilecek alanları, moleküler biyoloji ve genetik, fizyoloji, anatomi, histoloji ve embriyoloji, mikrobiyoloji, patoloji, farmakoloji vb. disiplinleri içermesinin yanı sıra, ayrıca hekimlik praksi (uygulaması) ile poiesisi (ürün meydana getirme) de onlarla birlikte bulunmaktadır. Hekimlik praksi ve poiesisinde yapılan her şey, insan üzerinde yapıldığı için bilim değildir ama bilimlerin kavşağında yer alır; bilim ve teknolojiyi kullanır, onlardan etkilenir ve onları etkiler ama tam olarak bilim statüsünde görülemez. Çünkü bunlar tamamen nicel değerler üzerinden ifade edilemeyen, hatta bireyin öznel alanına girilememesinden ötürü tamamen bilinmeyen ve temsil edilemeyen / tekabülüyeti olmayan (*incommensurability*) bir kıyaslanamazlık özelliği gösterirler. Dolayısıyla hekimlik praksi, '*per se*' bilim değildir ama muhakkak ki yoğun olarak bilimseldir.

³² Ayrıca bkz. Aristoteles, "**Metafizik**," Çeviren: Arslan, A., Üçüncü Baskı, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 2010. & Arslan, A., "İlkçağ Felsefe Tarihi, 3, Aristoteles," 4. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Bir diğerk önemli nokta ise şudur: İnsan ve toplum bilimleri (*humanitas*) açısından değerkendirildiğinde hekimin kişisel insanî ve ahlâkî değerkleri olarak sevgi, ilgi, empati, vicdan, hoşgörü, merhamet, dayanıklılık, sabır, anlayış vb. niteliklerin hekimlik bakımından önemli olduğu görölmekte ve bu değerklerin, hekimliğin özünde yer alması gerektiği düşünölmelidir.

Hekimlik, ‘hekim – hasta’ ilişkisi içinde yalnızca hastanın şifa bulması değerk, daha ziyade hastanın iyileştirilmesinin pratiğidir. Aristoteles’in pratik bilimler sınıfında konumlandığı ‘*techne*’ ve ‘*phronesis*’e dayalı bilimler alanında yer alan hekimlik uygulamaları, sanat olarak görölemese de belki ‘sanatsal’ kabul edilebilir. Zanaat, geometrik tasarım, üç boyutlu düşünme, bakış/teori, el mahareti, beyin-göz-el birlikteliği, strateji geliştirebilme ve özellikle de cerrahideki uygulamalar göz önünde bulundurulduğunda, burada teorik arkaplânın yanı sıra pratiğe dökölebilen eylem ve kararların önemi ortaya çıkmaktadır. Şüphesiz ki hekimlik uygulamaları, bu bilim türleri ve bilimsel metodolojiler açısından tek bir şeye indirgenemeyecek kadar çok bilinmeyenli birer denklemdir. Birçok uyararı olan ve birçok farklı şekilde uygulanabilecek olan hekimlik praksişi, felsefî düşünüşten ayrı düşünölemez. Felsefe ve bilgelik konusuna gelindiğinde, bu alanın bir ‘üst dil’ ve ‘üst bakış’ olarak bizlere kavramsal analiz yapma imkânı sunduğunu görmekteyiz. Durumun, olguların, sürecin vs. bir bütönlük içinde kavranmasını ve parçalara ayrılarak analiz edilmesini, parçalar arasında ilişkiler kurulabilmesini ve bu ilişkiler üzerinden yeniden bir senteze varılabilmesini sağlayan diyalektik bir düşünüş kazandıran felsefe, tıbbın dilsel analizi açısından da besleyici sentaktik, semantik ve pragmatik tahliller geliştirilebilmesini sağlamaktadır. Mantık yardımıyla tıp alanında, doğru akıl yürütme teknikleri uygulanabilmekte ve doğru düşünme yollarını bilerek alınan kararlar, daha tutarlı ve geçerli uygulamalar yapılabilmesini sağlamaktadır. Merak etme, hayrete düşme, bilme ve öğrenme arzusunu zinde tutma, araştırma, soru sorma, sorgulama, eleştirme ve irdeme gibi entelektöel ihtiyaçlarımızı besleyen ve kendimizi meslekî açıdan sürekli geliştirmek zorunda hissetmemizi sağlayan felsefe, epistemolojik açıklamalar ortaya koyabilmemizi sağlamaktadır. Böylece bilgiyi açık seçik serimleyebilme ve yeniden düşünöbilme imkânı bularak düşünmede belli bir esneklik kazanabilmekteyiz. Keza tıbbî hipotezler ve teoriler geliştirerek tıbbî bilimsel çalışmalar ile uygulamalar

arasında bağıntılar kurabilmekte ve sorunlarla karşılaşıldığında çözüm önerileri geliştirebilmekteyiz. Bilhassa klinik karar verme süreçlerinde çok önemli rol oynayan çözüm odaklı bakış açısı, şüphesiz ki bahsi geçen felsefî tutumdan güç almaktadır. Ayrıca olguların genel çerçevesini çizebilme, tümel-tikel düşünebilme, kişiye özel çerçeveler kurabilme, somut-soyut ilişkilendirebilme, ahlâkî sorumluluk alabilme ve meta-tıp kavramsallaştırması gibi konulara da felsefî düşünüş rehberlik etmektedir.

Tıp ve hekimlik uygulamaları, pek çok unsuru kendinde barındırmaktadır. Hayatın fiziksel ve kültürel (felsefî, bilimsel, sanatsal, sosyolojik, politik, ekonomik, dinsel vb.) tüm unsurları ile etkileşim içinde olan tıp praksişi konusunda Friedrich Nietzsche'nin söylediklerine kulak verecek olursak: “*İnsanca, Pek İnsanca*” adlı metninde Nietzsche, bir hekimde bulunması gereken nitelikleri şöyle ortaya koymaktadır:

“Hekimin geleceği – Şimdi, hekimlik mesleği kadar büyük bir yoğunlaşmaya uygun olan başka bir meslek yok; hele ki ruhani hekimlerin, din adamları denilenlerin ruh çağırma sanatlarını artık kamuoyunun alkışları önünde icra edemedikleri ve bir bilginin onları görünce yolunu değiştirdiği şu sıralarda. Bir hekim en iyi, en yeni yöntemleri bilmiyorsa ve onlarda deneyimli değilse ve etkilerden nedenlere doğru, teşhis koyanlara ün kazandıran o hızlı çıkarımları yapamıyorsa en yüksek tinsel eğitime ulaşmış sayılmaz; ayrıca her bireye uyan ve yüreği bedenden çekip almasını sağlayan bir hitabete, görüntüsü bile korkaklığı (tüm hastaların içini kemiren kurt) ürküten bir erkekliğe, iyileşmeleri için sevince gereksinimlerle, sağlık nedenleriyle sevindirmesi gerekenler (ve bunu yapabilenler) arasındaki aracılıkta bir diplomat kıvraklığına, bir polis hafiyesinin ve bir avukatın bir ruhun sırlarını anlayıp da onları açığa vurmama inceliğine sahip olmalıdır, - kısacası iyi bir hekime şimdi öteki tüm meslek sınıflarının becerileri ve mesleki ayrıcalıkları gereklidir: böyle bir donanımına sahip olduğunda, iyi yapıdan, tinsel neşeyi ve verimliliği çoğaltarak, kötü düşüncelerden, niyetlerden (iğrenç kaynakları genellikle belden aşağı olan) alçaklıklardan koruyarak, tinsel-bedensel bir aristokrasiyi (evlilik kuran ve evliliği engelleyen birisi olarak) kurarak, ruhsal eziyet ve vicdan rahatsızlığı denilen şeylerin tümünü iyi niyetle bıçak gibi keserek tüm topluma iyiliği dokunabilir: ancak böylelikle bir “tıp adamı”ndan bir mesihe dönüşür ve üstelik mucizeler göstermesi gerekmez, kendisini çarmıha gerdirmek zorunda da değildir.”³³

³³ Nietzsche, F., “*İnsanca, Pek İnsanca-1*”, Çeviren: Tüzel, M., Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, IV. Basım, s.176, İstanbul, 2016.

Yukarıdaki alıntıdan da anlaşılacağı üzere hayat değişip dönüşse de temel kavram ve ilkeler değişmemektedir. Nietzsche, 19. yy'ın ikinci yarısında “bir hekim en iyi, en yeni yöntemleri bilmelidir” derken belki de ‘stetoskop’³⁴ kullanmayı işaret ediyordu, kim bilir! Burada “en yeni alet, en iyi yöntem” değişmiş olabilir ve bunun günümüzdeki karşılığı özel tekniklerle yapılan ‘Manyetik Rezonans Görüntüleme’ler (MRG); moleküler biyolojideki ileri genetik incelemeler ya da beyin cerrahisindeki uç ameliyatlar olabilir. Ancak bir hekimin en yeni aleti veya en iyi yöntemi kullanması gerektiği yönündeki ilke değişmemekte; yalnızca çağa uygun olarak günün bilim ve teknolojisinin gerektirdiği araçlara veya uygulamalara dönüşmektedir. Hekim, kuşkusuz deneyimli olmalıdır, etkilerden nedenlere doğru (abdüktif) çıkarım yapabilmeli ve doğru bir akıl yürütmeyi gerçekleştirebilmelidir. Ayrıca iletişim becerisi kuvvetli; hitabeti iyi olmalıdır. Kuşkusuz ki hekimlikte güven son derece önemli ve belirleyicidir, bu nedenle de hekimin güçlü ve kararlı bir duruşu olması beklenir. Hekim, güven telkin etmeli; bu güven veren duruş, liyakat sahibi olmanın getirdiği haklı bir duruş olmalıdır. Bu özelliğe ilâveten – Nietzsche’nin de üstünde durduğu gibi - tiyatral yönden etkileyicilik, empati, şefkat ve nezakete sahip olmak gibi nitelikler de hekimlikte gerekli görülen unsurlardır.

Hekimlik tarihine bakıldığında hekimliğin içerik, teori, anlayış, felsefe ve pratik bakımından kadim geçmişi içinde büyük değişim ve dönüşümler geçirdiği görülmektedir. Bu kadim tarihselliği içinde, belki sadece ana başlıklar olarak belli dönemlerini ve duraklarını anabileceğimiz hekimlik geleneği, Antik çağlardan başlayarak 1800’ler sonuna (Hekimliğin Bulgusal Dönemi’ne)³⁵ dek birçok aşamadan

³⁴ Stetoskop, ilk kez 1816 senesinde Rene Laënnec tarafından Paris'teki Necker-Enfants Malades Hastanesi'nde geliştirilmiştir - icat edilmiştir. Ayrıca bkz. Donoso, A.F., Arriagada S.D., “**René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826). Two hundred years of the stethoscope. A brief overview,**” Arch Argent Pediatr 2020;118 (5): e444-e448.

³⁵ Bu dönemde her bir semptom, ayrı bir hastalık olarak düşünülmüş ve neden-sonuç ilişkileri üzerinden rasyonel tanı ve teşhis henüz tam olarak geliştirilememiştir.

geçmiştir.³⁶ Zaman, mekân ve nitelik bakımından farklılık arz eden bu tıp türlerinden bazılarını sıralayacak olursak:³⁷

- Mezopotamya Tıbbı,
- Eski Mısır Tıbbı,
- İbrani Tıbbı,
- Hitit Tıbbı,
- Eski Hint Tıbbı,
- Eski Çin Tıbbı,
- Eski Yunan Tıbbı,
- Eski Roma Tıbbı,
- Japon Tıbbı,
- Ortaçağ Tıbbı,
- Salerno Okulu,
- İslam Tıbbı,
- Rönesans ve Sonrası Tıbbı,
- 17. Yüzyıl Tıbbı,
- 18. Yüzyıl Tıbbı vs.

Hippokrates, “...tabiat hekimdir, tabiat kendi yönünü belirler, tabiat hekimsiz hareket eder (...) Her şeyden önce hastaya zarar vermeyeceksin, (...) ağrıyı dindireceksin, (...) hekimin görevi hastayı nadiren iyileştirmek, çok kere ağrısını dindirmek, fakat her zaman teselli etmektir...” demektedir. Hippokrates’e göre, doğanın iyileştirme ve organizmada bozulan dengeleri yeniden sağlama yeteneği

³⁶ Ayrıca bkz. Çelik, F., “İnsancıl Bir Tıp ve İyi Hekimlik için Hekimliğin Seyir Defteri”, Birinci Baskı, Deomed, İstanbul, 2013. & Lyons, A. S., Petrucelli, R. J. II, “Medicine, An Illustrated History,” Abradale Press, New York, 1987. & Rutkow, I. M., “Surgery, An Illustrated History,” Mosby, St. Louis, 1993. & Öztürk Güntöre, S., “Tıp ve Felsefe,” Nobel Kitabevi, Adana, 2005. & Ertekin, C., “Tıbbın Öyküsü,” 1. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

³⁷ Ayrıca bkz. Çelik, F., “İnsancıl Bir Tıp ve İyi Hekimlik için Hekimliğin Seyir Defteri”, Birinci Baskı, Deomed, İstanbul, 2013. & Ertekin, C., “Tıbbın Öyküsü”, 1. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

vardır (natura medicatrix).³⁸ Bu sözüyle Hippokrates, ilkesel olarak hekimlerin sorumluluklarını bilgece ifade etmiştir. Her ne kadar günümüzde inşa edilen tıp, bu hekimlik uygulamalarının oldukça ötesinde olsa da yine de Hippokrates'in çizdiği yoldan gidilerek inşa edildiği bilinmektedir.

Binlerce yıllık âdeta suskunluk döneminden sonra tıpta olağanüstü bir gelişme yaşanmış ve Rönesans Dönemi ile Aydınlanma Dönemlerini izleyen, özellikle 19. yüzyılda belirginleşen bu gelişme ile hastalıkları tanımlama ve tıbbın rasyonel kurgusunu inşa etmede, yani tanı ve tedavi imkânlarında büyük bir ilerleme ortaya çıkmıştır. Bu gelişim, ivmesini daha da artırarak günümüzde de sürmektedir.³⁹ Tıbbın 19. yy'da başlayan bilimsel ve teknolojik gelişiminin, üzerinde yükseldiği alanlar ya da tıbbın büyük adımları olarak (günümüze dek süregelen ve hâlen devam eden) alt başlıklar şöyle sıralanabilir:⁴⁰

- Fizyoloji, Hücre Çalışmaları
- Hücresel Patoloji (/ Histopatoloji)
- DeneySEL Fizyoloji
- Anesteziyoloji; Genel ve Lokal Anestetiklerin Geliştirilmesi
- Bakteriyoloji; Mikroorganizmaların Ortaya Konması
- Antibiyotiklerin Geliştirilmesi
- İmmünizasyon/ Aşılama ve Fatal Epidemilerin Kontrol Altına Alınması
- Hijyen; Cerrahi Antisepsi ve Asepsi
- X-Işınlarının Kullanılması
- Kan Transfüzyonu
- Farmakoloji; Ağrının Kontrolü
- Cerrahi Öğretim ve Eğitim

³⁸ Ayrıca bkz. Ertekin, C., “**Tıbbın Öyküsü**”, 1. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. & Çelik, F., “**İnsancıl Bir Tıp ve İyi Hekimlik için Hekimliğin Seyir Defteri**”, Birinci Baskı, Deomed, İstanbul, 2013.

³⁹ Bozbuğa, M., “**Felsefe ve Hekimlik**”, *Ural Felsefe Günleri* kitabında bölüm, Yayına Hazırlayanlar: Şafak Ural, Mahmut Tolon, Etki Yayınları, İzmir, Haziran 2017, ss. 155-164.

⁴⁰ A.g.e.

- Cerrahi Hemşirelik
- Cerrahi Dernekleri ve Dergileri
- Cerrahi Anatomi
- Viroloji
- Cerrahi Mikroskop (Mikroşirürji)
- Yoğun Bakım Ünitelerinin geliştirilmesi
- Teknoloji – Alet geliştirilmesi
- Dijital teknoloji
- Endoskop (Endoskopik cerrahiler vs.)
- Minimal İnvazif Teknolojiler
- Cerrahi/ Radyolojik Navigasyon
- Radyolojideki Yenilikler, Girişimsel Radyoloji
- Nükleer Tıp
- Rehabilitasyon
- Bilişim Teknolojisi
- İmmünoloji
- Onkoloji; Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi
- Genetik; Moleküler Biyoloji ve Tıp
- Kişiselleştirilmiş Tıp
- Önleyici Tıp
- Farmakokinetik Gelişmeler
- Destek ve Yardımcı Disiplinler vs.

Hekimliğin dönemsel gelişimine bakıldığında hekimliğin laboratuvar dönemi, klinik dönemi ve 1950'lerden başlamak üzere son 40-50 yıldır devam eden çağdaş hekimlik dönemi olmak üzere üç dönem üzerinden incelenebileceği görülmektedir.

1. Hekimliğin Laboratuvar Dönemi

2. Hekimliğin Klinik Dönemi

3. Çağdaş Hekimlik

Bilimsel ve teknolojik bakımdan tıp, hem bilim tarafında hem de tıp praksişi tarafında, özellikle son 40-50 yıldır giderek artan bir ivmeyle ilerleme göstermektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişim arttıkça, hekimliğin teknik olarak daha da karmaşıklaşıp zorlaşması sanki bir paradoks gibi görünmektedir. Ancak sonuç, hem hastanın daha iyi tedavi edilmesini hem de hekimin yaptığı işte daha etkin ve verimli olmasını, yani daha iyi bir hekimlik sunmasını sağlamaktadır. Bu durum, hekimlik disiplinlerinin daha da dallanıp budaklanarak pek çok yeni ileri uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Böylece hekimlikteki uzmanlık alanları daralmakta ama derinlikleri artmakta, bu vesileyle de tıp, âdeta bir zenginlik, çokseslilik, etkinlik ve derinlik kazanmaktadır.

Tıptaki ve hekimlik uygulamalarındaki bilgi ve teknolojinin gelişimi, insan sağlığında ve yaşamında, özellikle yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeler sağlamıştır. İnsanın bilim ve teknolojiye ortaya koyduğu; insan sağlığında iyileşme sağlayan bu değerler, en üst derecede övgü ve takdire lâyıktır. İnsan sağlığındaki bu bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile onlar sayesinde sağlanan imkânlar, aynı zamanda bu değerlerin ekonomik - ticari - endüstriyel kullanım yollarını da açarak bu alanların son derece cazip hâle gelmesini sağlamıştır. Bu ise 'amaç – araç' değer sistemini tersine çevirebilir ve esasında amaç olan insanın faydasına sunulmak üzere var edilen bu bilgi ve teknolojinin, birer araç hâline gelmesine yol açabilir. Başka bir deyişle ekonomik – ticari ve endüstriyel çıkarlar, tıp için amaç olan insanın (hekimin, hastanın vs.) araçsallaşmasına ve akıl ile aklın ürünü olan bilginin de "araçsal akıl ve bilgi" olmasına yol açabilir.

Hekimlik, bilimsel ve teknik yönü ile birlikte pragmatik, insanî, sosyo-politik, ekonomik, ideolojik, felsefî ve etik boyutları da olan bir etkinliktir. Hayatın tüm alanları ile yakın, karşılıklı ve çok yönlü ilişkiler kurar. Hekimlik, bir bütün olarak felsefî yönden ele alındığında pek çok soru ve sorun alanı belirlenebilir. Bu alanda felsefenin en temel işlevleri olarak aşağıdaki soru ve sorunlar çerçevesinde hekimlikle ilgili konular, birbiriyle iç içe tartışılıp temellendirilebilir:

Hekimliğin güncel soru(n)ları nelerdir?

Burada felsefenin katkısı ne olabilir?

- **Ontolojik:** Genel hayat tasavvurunun, kültürün ve kozmolojinin ontolojik perspektifle temellendirilmesi, insanın bizatihi kendisinin biyo-psiko-sosyo-tinsel-kültürel ve tarihi varlık bütünlüğü içinde bir değer ve amaç olarak görülmesi, değerlerin de buna uygun bir zeminde oluşturulmasıdır.
- **Ekonomik:** Sağlıkta ekonomik kaygıların öncelik kazandığı ekonomi temelli bir sistem ve yönetim anlayışının etkin hâle geçmesi durumu, hekimliğin ontolojik, epistemolojik, etik vb. kavramlarını ve önceliklerini etkileyecektir.
- **Epistemolojik:** Hekimlikteki bilgi daha çok empirik kaynaklı olmakla birlikte sürekli ‘rasyonel – bilimsel’ bir kurgu ile de iç içedir. Ayrıca zanaattan gelişen (techne kökenli) pratik bilgi, bir yanıyla da sezgisel ve poetik bilgiyle tamamlanmakta ve bilhassa cerrahide kullanılan uygulamaya yönelik bilgi, bir bakıma empirik bilgi olarak iş görmektedir. Bu bilgi, aynı zamanda kişisel olup her cerrahın kendine özgü – ve hatta bazen farkında bile olmadığı- pratik uygulama bilgisine ya da klinisyenlerin ‘*sens clinique*’ bilgi ve yaklaşımlarına dayanmaktadır. Psikiyatri alanındaki bilgiler ise daha çok rasyonel bir kurguya dayanmakta, bazen kültürel değerlerle de ilişkili olabilmektedir. Örneğin Freud’un ruhsal aygıtı (*apparatus*) tanımlaması vs. Bilim felsefesi yönünden baktığımızda ise hekimlikte kullanılan bilginin daha çok kümülatif yapıda olduğu görülmektedir; zaman zaman -temel bilimlerden gelen- sıçrayıcı bilgi artışına ve paradigma değişimine de şahit olunmaktadır.
- **Mantıksal:** Hekimlikte, teşhis aşamasında geri çıkarım (*abduction*) yöntemi kullanılmaktadır. Araştırma ve deneysel çalışmalarda ise dikkatli bir gözlem ve bundan tümdengelim (*deduction*) yöntemiyle çıkarılan bir hipotez, sonrasında tümevarım (*induction*) yönteminin uygulandığı bir deney ve bulgular sonrasında da sonuç ve yasalaştırma vardır. Ama tüm bu düşünme

tarzları ile birlikte pek çok formel ve informel mantık biçimi de hekimliğin farklı alanlarında ve genellikle bir arada kullanılmaktadır.

Yeni ortaya çıkan, standartlaşmamış durumlarda nasıl bir yol izlenip nasıl bir tutum benimseneceği konusuna gelince, bilindiği gibi günümüzde son derece hızlı gelişen ve kapsamı genişleyen bilimsel bilgi ve teknolojik imkânlar, tıbbi ve hekimlik uygulamalarını derin bir biçimde etkileyip değiştirip dönüştürmektedir. Âdeta suya atılan bir taşın etrafında pek çok halkanın oluşması gibi tıpta ve hekimlik uygulamalarında da bilimsel bilgi ve yeni bir teknoloji, değişiklikleri halka halka tetiklemektedir. Örneğin genetik – moleküler gelişmeler, fonksiyonel ve morfolojik görüntüleme yöntemleri, yeni teknolojilerin cerrahiye uygulanması, onkolojideki yeni imkânlar, hastalıkların patofizyolojisindeki yeni bilgiler, yeni tedavi imkânları vs. hekimlik uygulamalarını belirgin şekilde etkilemektedir. Esasen, tıp anlayışı ve uygulamalarıyla birlikte ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramları, hem biyolojik hem de tıbbî ve kültürel kavrayış açısından statik durumlar olmayıp sürekli bir değişim ve dönüşüm içindedir. Ayrıca sağlık alanı, politik ve ekonomik alan ile etkileşim içindedir ki zaten bu etkileşim sayesinde sağlık alanında hem düşünce hem uygulama hem de yapısal değişiklikler zemininde olmak üzere birçok değişim meydana gelir. Şüphesiz ki bu etkileşim örüntüsünün getirisi olan değişimler, süreci daha karmaşık bir hâle getirmektedir. Dolayısıyla, bilim ve teknolojideki gelişmeler ile tüm bu gibi dinamikler, insan için / insan üzerinde yapılabilecek şeyleri gittikçe çoğaltarak bu alanda atılacak her adımın ve verilecek her kararın felsefi olarak tartışmayı ve temellendirmeyi gerektirmesine yol açmıştır. Çünkü insan iyilik hâli için yapılabilecek her şey, kolaylıkla ‘insana rağmen’ yapılacak şeylere ve ‘insanı araçsallaştıran’ eylemlere dönüşebilir. Örneğin transplantasyon ve genetik – moleküler teknoloji çok önemlidir ancak büyük etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Mesleki, etik, yasal ilke ve düzenlemelerin ne olması ve nasıl olması gerektiğine yönelik soru ve sorunlar, felsefi bir temellendirme ile çözüme kavuşturulabilmektedir. Kadim dönemlerden günümüze dek (kısmen güncellenerek) süregelen, klasik etik ilkeler, zaruri olmakla birlikte ortaya çıkan yeni durumları karşılamakta yetersiz olabilmektedir. Bu nedenle yararlılık ilkesi, zarar vermeme ilkesi, kötü davranmama ilkesi, adaletli olma ilkesi, yaşama saygı ilkesi, mahremiyete saygı ilkesi, özerlik ilkesi, bilime saygı ilkesi,

mesleğe ve meslektaşlara saygı ilkesi vb. ilkelerin, yeni durumları karşılamak üzere yeniden gözden geçirilerek revize edilmesi ve günümüz koşullarında da geçerliliklerini koruyabilecek aktüelliğe kavuşturulması gerekmektedir. En önemlisi de bu normatif ilkelerin kavramsal açıdan temellendirilmeleri gerekmektedir. Böylece, mevcut normatif etik (ahlâk) düzleminde oluşturulmuş tıp etiğinin, yeni soru(n)ları da kapsayacak şekilde felsefi temellendirmesinin yapılması gerekmektedir.

Sağlık alanındaki durumu, ülkenin ve dünyanın geçmişteki, güncel ve gelecekteki felsefi, bilimsel, sosyopolitik, ekonomik vb. alanlarından ayrı düşünebilmek mümkün değildir. Tıbbın ve hekimliğin mahiyeti ve seyri de kuşkusuz bu ve diğer pek çok faktörle etkileşim içinde ve birlikte ilerlemektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin olmazsa olmaz unsurlarını sıralayacak olursak:

1. Etkililik,
2. Verimlilik,
3. Hakkaniyet (*Equity*),
4. İnsaniyet (*Humanity*) vb. ilkelerin de gösterdiği üzere sağlık hizmetlerinin salt ekonomi parametrelerine indirgenemez olduğu aşîkârdır.

Hekimliğin ve tıp eğitiminin/ akademik etkinliklerinin felsefe ve insan bilimleriyle; temel doğa bilimleriyle; tıbbın kendi içindeki farklı disiplinlerle ve estetik/sanat alanlarıyla etkileşim içinde olması gerekmektedir. Böylece hekimlikte, biyo-psiko-sosyo-tinsel-kültürel ve tarihi bir varlık olan insana ‘holistik’ ve ‘insanî’ bir yaklaşım gerçekleştirebilme olanağı doğacaktır. Felsefe ve mantık, tıpta / hekimlikte, yalnızca hekim için değil, aynı zamanda hasta için de elzemdir. ‘Hekim – hasta’ ilişkisi, kuşkusuz ki iki yönlüdür: İyi bir tanı, tedavi ve işbirliği için hekimin de hastanın da doğru düşünebilmesi ve eyleyebilmesi gereklidir.

Felsefeyi, bir yönüyle de âdeta “hekimliğin hekimi ve hekimliği” gibi görmekteyiz ve bunu şöyle kurgulayabiliriz: Felsefenin hekimlik için koruyucu hekimlik kısmı, hekimlik için en uygun (*optimal*) zemini önermek ve en uygun fikri öne sürüp en uygun paradigmayı oluşturarak hekimlik için elverişli koşulları

sağlamaktır. Felsefenin hekimlik için tedavi edici hekimlik kısmı ise mevcut durumdaki sorunları ortaya koyarak çözümlemesini yapmak ve seçenek üretmek olmalıdır.

Tıptaki Felsefe (Felsefeye Eylemek):

Tıbbî praksis, kadim geçmişi içinde sürekli yenilenerek, eklenerek ve irili ufaklı bilimsel değişiklikler ya da uygulamada açığa çıkan paradigma değişiklikleri ile bünyesinde biriktirdiği kapsamlı bilimsel-kuramsal bilgi, teknoloji, uygulama mantığı ve pratiği, hümanist yapısı ve kültürü, bireysel ve sosyal tüm disiplinlerle çok yönlü etkileşimi ile geliştirdiği yapı ve pratik, öyle denilebilir ki, âdeta ‘uygulamalı felsefe’ olarak da okunabilir. Tıbbın bahsi geçen bu yapısı içinde teorik ve pratik başlıca yönlerini sıralayacak olursak:

1. Tümel – Tikel Nitelikler İlişkisi:

Hekimlik uygulamasında tümelde tikeli arayıp bulmak ve doğru ilişkilendirmek önemlidir. Tikelden tümele ulaşabilmek, tikel örnekler içinde tümel özdeşliği ve her tikelin farklılıklarını görebilmek, her bireye (tikele) özel çerçeveler oluşturabilmek ve böylece hasta birey temelinde çözümler üretebilmek vs. hekimliğin ana tutumu ve gereğidir. Hekimlik praksisinin burada hem nominalizmden hem de realizmden yararlandığı açıktır. Bu yönüyle de hekimliğin, katı ideolojik sınırları aşan bir uygulama geleneği vardır, olmalıdır.

2. İnsanı, ‘Genel Sistemler Teorisi’ (Sistemizm) içinde okuyabilmek:

İnsan organizması, hem bir bütün olarak hem de (hücreler, hücre-içi organeller/yapılar, moleküller vb.) alt sistemlerden oluşan bir sistem olarak hiyerarşik bir sistem içinde ama bütünsel yapısı korunarak araştırılması esastır. İnsan sisteminin didaktik ve pratik yararları için insan organizması, hem onu oluşturan alt sistemlerin ayrı ayrı incelenip değerlendirildiği, hem de bir arada

ele alındığı bir ‘Genel Sistemler Teorisi’ ya da ‘sistemizm’ ışığında araştırılmaktadır. Bu süreçte insanı/ hasta bireyi, hastalık ve çevresi ile birlikte düşünmek, ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ durumlarını, hem bir bütün olarak organizmanın uyum ve dengesi bakımından hem de her bir sistem ve sistemler arası ilişkiselliğin diyalektiği içinde ele alabilmeyi gerektirmektedir. Yani insanı, tüm ekolojik yapı içinde ve onunla etkileşen bütünsel (biyo-psiko-sosyo-tinsel) bir varlık olarak görebilmek ve bunun gerektirdiği bilimsel, insanî, ahlaki eylemleri oluşturmak ve uygulamak hekimliğin uygulama biçimidir ve bu tutum felsefi bir düşünme ve eylemeyi gerektirir.

3. İnsanı Kendi Bütünlüğü ve Dinamik Yapısı İçinde Kavramak:

İnsanın biyo-psiko-sosyo-tinsel, dinamik varlık yapısının tamamlanmaya yönelik olarak hep bir değişim ve oluş içinde olduğunun bilincinde, onun biyolojik yapısının bilimsel ve felsefi ilkelerini kavramak gerekir.

4. Hastaya / Bireye Özgü Çerçeveler Üretebilmek:

Hastalığın ortaya çıktığı somut yaşam düzlemini, teorik (kuramsal) ve soyut bilimsel yapı ile ilişkilendirerek değerlendirmek ve tanıyı, tedaviyi, takibi vb. tıbbî pratikleri, her bir birey çerçevesinde ayrı ayrı düşünüp eyleyebilmek gerekmektedir. Örneğin cerrahide yapılacak şey, bilimsel bilginin gerektirdiği/ gösterdiği fiziksel bir işlemin/değişikliğin hasta bireyin koşullarında somut olarak gerçekleştirilmesidir.

5. Tıp Praksisinde Felsefeye Düşünmek ve Eylemek:

Tıp epistemolojisindeki bilginin (tıp pratiğindeki bilginin) insanda ortaya çıkmasından ve insanın da tümüyle nicellenebilir bir yapıda olmamasından dolayı, bu bilginin eksik (*imperfect*), belirsiz (*uncertainty*) ve kaotik bir yapıda olmasına rağmen yine de belli bir yasalılık göstermesini, ancak felsefi bir düşünüşle anlamak ve açıklamak olanaklıdır. Konuyu biraz daha açacak

olursak: Tıp pratiğindeki bilgi, katı determinist yapıda olmaması bakımından tam olarak öngörülemeyen, puslu / dereceli (*fuzzy*) bir yapıya sahiptir. Temporalite gösteren bu kaotik yapı, çok bileşenli, çok eklemlı, çok katmanlı ve matriks bir sürece işaret eden hiyerarşik bir kuruluşa sahiptir. Çok yönlü etkileşimler ağı içinde tıp praksisindeki süreçler zorunlu değil olumsal olarak gerçekleşse de yine de belli bir yasalılık göstermektedir. Nitekim bu olumsal süreçlerde oluşun esnekliği ortaya çıkmakta ve rastlantısallık da belki bir ölçüde biyolojik bir yasa olarak görülebilmektedir. Dolayısıyla biyolojik oluşun, tümtüyle deterministik olmadığını, empirik ve teorik açıdan görüp buna uygun pratiği geliştirebilmek, aslında pek çok bulmacayı aynı anda ve birbiriyle uyum içinde çözmek demektir ki bu da ancak felsefî tutumla düşünmek ve eylemek sayesinde gerçekleşebilir.

6. Hastalığın Teşhisinde Mantıksal Çıkarım ve Nedensel Düşünme:

İnsan organizmasındaki görülmeyen bir durumun / sürecin belirmesi olarak ‘hastalığın tözü’, sağlıklı olma hâlinin dışında seyreden bir olağandışılığın dışı vuruşu olarak kendini göstermektedir. Başka bir deyişle hastalığın, dışı yansıyan görünüşleri / belirti ve bulgularından (göstergelerinden) hareketle teşhis edilmesi, ‘tanı koymak’ anlamına gelmekte ve bu süreçte, abdüktif mantık başta olmak üzere, pek çok akıl yürütme yöntemleri kullanılmaktadır ki bu, sadece tanıyla da sınırlı değildir: Esasen tıp praksisinin neredeyse her aşamasında ‘nedensellik ilkesi’ üzerinden düşünüş hâkimdir ve burada, görünür olan(lar)dan hareketle görünmeyen neden(ler) ya da süreçler tespit edilmeye çalışır, bilimsel – rasyonel bilgiler üzerinden gerekçeler ortaya koyulur.

7. Tanı Koymada Nesnel ve Öznel Değerlendirme Bütünlüğü:

Her ne kadar etkiler latent nitelikte olabilse de genelde dışarıdan etkileri deneyimleyebilir ve ya da gözlemleyebilirken, bu etkilere yol açan nedenleri (hastalık durumunu vs.) deneyimleyememek, gözlemleyememek ve

dolayısıyla da bilememek durumunda nedensellik ilişkisini doğru kurmak, güçleşmektedir. Ancak burada, bize kapalı ve gözlemlenemez olduğunda bile tanı konulabilmesi ve hastalığın, hasta ile hekim arasındaki değerlendirme üzerinden teşhis edilebilmesi mümkündür. Hekim, sahip olduğu bilimsel bilgi, teknoloji, deneyim ve becerisi ile duruma nesnel olarak yaklaşmalıdır. Fakat bu nesnellik, hekimin insanî iletişimine ve empati duygusu taşımasına engel değildir. Ayrıca tanı koyma aşamasında hekimlerin tüm bu nesnel yaklaşıma karşın, kendi öznel ve sezgisel tutumlarını da korumaları beklenmektedir. Hasta ise durumu, tamamen öznel deneyimi çerçevesinde değerlendirmektedir. Oysa hekim, durumu hem nesnel deneyim, bulgu ve tetkiklerle, hem de hastanın öznel değerlendirmesi ile birlikte ve her ikisini ilişkilendirerek ele almak durumundadır ki bu tutum da hekimin, felsefî bir yaklaşımı benimsemesini zorunlu kılar.

8. ‘Sağlık’ ve ‘Hastalık’ Arasındaki Diyalektik Yapıyı Anlamak:

‘Sağlık’ ve ‘hastalık’ ilişkisini diyalektik bir yapı içinde düşünmek gerekmektedir. Bireyde ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ birbirine karşıt değil, birbirlerini var eden kavramlardır ve bir geçişliliğe işaret etmektedir. Bu esnek geçişlilik hâlinde dengeyi doğru kurabilmek, felsefî bir tutumu gerektirmektedir.

9. İnsanın Bütün Olarak Kavranmasında Felsefî Yaklaşımın Rolü:

Tanı konması ve tedavi uygulanması süreçleri, normalin kurulması ve yeniden inşa edilmesi tekniğidir. Burada ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ kavramlarının felsefî ve ontolojik olarak tanımı, insan organizmasının tüm bilimsel anlaşılabilirliği içinde biyo-psiko-sosyo-tinsel, kültürel ve tarihi bir bütün olarak kavranmasını gerektirmektedir ki bu da ancak, bilimsel bir gayret, hümanist bir felsefî tutum ve eylem sayesinde mümkün olabilmektedir.

10. Puslu Durum ve Süreçlerin ‘Çok Değerli Mantık’ ile Analiz Edilebilmesi:

İnsan organizmasında ve genel olarak doğada, ‘iki değerli mantık’ ile birlikte ‘çok değerli mantık’ da bulunmaktadır. Doğruluk değeri çok sayıda olan ifadelerin mantıksal yapısını ifade eden ‘çok değerli mantık’ ile puslu durum ve süreçler analiz edilebilmektedir ve bu özellik neredeyse tüm tıbbî durumlarda ve süreçlerde geçerlidir.

11. Hekimlik Uygulamalarında ‘Bilinmez’ Durumların Göz Önünde Bulundurulması:

Hekimlik uygulamalarında, bildiklerimiz ve bilimsel olarak anlayabildiklerimizin yanında bilemediğimiz ve açıklayamadığımız durumlarla da karşılaşmaktadır. Bunların farkında olmak, karar ve eylemlerimizi epistemik kinematikler üzerinden sürekli sınamaya tâbî tutmak ve bulunduğumuz bilme düzeyini gözden kaybetmemek gayreti ve farkındalığı içinde olmamız gerekmektedir.

12. Tıbbî Uygulamaların Bilimsel Olarak Belgelenmesi:

Epistemik mantık gereği, bildiklerimizle bir olguya dair çözümleme yaparken, hep yaptığımız ve yapacağımız şeyleri temellendirmemiz ve bunları, bilimsel anlamda belgelemeye çalışmamız gerekmektedir.

13. Tıbbî Uygulama ve Kararlarda Zamansallığın Rolü:

İnsana dair söylediğimiz şeyler, genellikle bir zamansallık içinde anlam kazanmaktadır. Doğruluk değeri, zaman içinde değişen ve değişmeyen durumlar vardır. Hekimlikte göstergeler hep belli bir zamansallık içinde ifade edilmekte, genellikle temporal mantık kullanılmaktadır. Ancak zamana bağlı olmayan yasalar ile birlikte zamansallık gösteren durumlar da söz konusudur.

Bunların değerlendirilerek bunlar üzerinden bir karar verilmesi, felsefî olduğu kadar mantıksal bakımdan da bir süreçtir.

14. Tıbbî Uygulamalarda *Probabilistik* Mantığın Rolü:

Tıpta durumlar ve süreçler vardır. Klinik tanı, tedavi değerlendirmeleri, tedavinin etkinliği vb. durum ve süreçler olarak belirtilen her şey, bir olasılık ile ifade edilmektedir (*'probabilistik'* tir). Tıp pratiğinde durum ve süreçler 'gereklilik' – 'yeterlilik' koşulları içinde, belli bir olasılıkta, doğruluk değeri taşımaktadır ki bu da tıpta *probabilistik* mantığı göstermektedir. Bu mantık uyarınca kararlar almak ve süreçleri belli olasılıklar dâhilinde değerlendirmek, yine felsefî ve mantıksal bir kavrayış süreci içinde mümkündür.

15. Tıp Uygulamalarında *Paraconsistent* Mantığın Rolü:

Tıpta durumlar ve süreçler, farklı bağlamları doğurmakta, bunun sonucu olarak bu süreçlerin işleyiş esaslarındaki mantık da farklılık arz etmektedir ki bu durumda her biri birbiriyle farklılık arz eden durumların mantığının kavranabilmesi, ancak *paraconsistent* bir mantık ile mümkün olabilmektedir.

Sonuç itibarıyla hayatın ve varlığın kavranması, felsefî, bilimsel, sanatsal vb. pek çok düşünsel ve yaratıcı etkinlik sayesinde mümkün olabilmekte; 'gerçeklik' hayata, insana, topluma ve doğaya farklı perspektiflerden bakılarak tanımlanabilmektedir. Bu tanımlamalar arasında ilişkiler kurulması yoluyla daha bütüncül ve kapsamlı tanımlara varılabilmekte; ontolojik – epistemolojik nitelikteki bu tanım ve kavrayışlara ulaşılması ancak ilişkiler sayesinde mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla insana dair bir alan olan tıbbın, felsefe başta olmak üzere birçok düşünsel ve yaratıcı etkinlik ile birlikte alanını genişletmesi ve etkinleştirilmesi oldukça anlamlı görünmekte ve gerekmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM:

İNSAN ANATOMOFİZYOLOJİSİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Kapsayıcı bir yaklaşımla bakıldığında insan, en temel unsurlarıyla biyolojik bir zeminde "biyo-psiko-sosyo-tinsel-kültürel ve tarihi" nitelikte, bütünleşik bir varlıktır ve bu yapısal özelliğiyle de bireysel ve toplumsal zeminde, doğal, kültürel ve tarihsel pek çok nitelik inşa etmektedir. İnsanın üretkenliğini, dil, bilgi, bilim, hayat kavrayışı, değerler, inanç, din, özgürlük, eğitim, devlet, anlam, sevgi, sanat vb. unsurlar üzerinden anlayabilmekteyiz. Görüldüğü üzere insan, çok sayıda doğal ve kültürel yapı inşa etmekte, pek çok varlık alanına nüfuz etmekte ve sayısız değer üretmektedir. Biyolojik olarak varlığını (*existence*) sürdürebilmek güdüsünün yanında sürekli bir şekilde olmaya (*being*) çabalayan insan, sahip olduğu varlık alanları, imkânlar ve nitelikler içinde durmadan fiziksel ve kültürel çevresi ile etkileşime girer. Hem hayatta kalmaya hem de gelişmeye yönelik mücadelesinde bir kültür varlığı olarak hayatını sürdürür. Doğal canlı bir varlık olmasının yanı sıra bir kültür varlığı olma niteliği de taşıması, insanın zorunlu yazgısıyla belli bir çatışma yaşamasını ancak değiştirici ve dönüştürücü yapıdaki bu birlikteliği, varlığını sürdürebilmek için bir imkâna dönüştürmeye çalışmaktadır. Yaşama güdüsü yönünden belki de tüm canlılar ile ortak özelliğe sahip olan fakat nitelik ve nicelik bakımından diğer canlılardan ayrılan insanın, hayatta kalabilme güdüsünden sonraki en temel gayesi, kendini gerçekleştirebilmektir. Genel bir kavrayışla, temel dürtü ve ihtiyaçların karşılanmasından sonra hedeflenebilecek olan bu aşama, insanın kendi potansiyel niteliklerini açığa çıkarma ihtiyacına dayanmaktadır. Yani kendisinde imkân olarak bulunan yeti ve özellikleri aktüelleştirmek isteyen insan, aslında bir yönüyle de bu gayesiyle, insanlaşma sürecinin bir başka evresine geçmiş olmaktadır. Düşünceler üreten, duygulanımlar yaşayan, değerler ve anlamlar oluşturan, üreten, tüketen, mücadele eden, değiştiren, etkileyen ve etkilenen, sürekli birikerek ya da eksilerek yaşamda kalan, varlığını belli bir biçimde ortaya koymak, bilmek, anlamak, açıklamak isteyen insan, tüm bu eylemler üzerinden kalıcı ve değiştirici nitelikteki bir hayatı üretmektedir. İşte bilim, sanat, felsefe gibi disiplinler de insanın hayatla birlikte

ürettiği alanlardır. Tamamı hayata içkin olan bu disiplinler, ân, olay, süreç ve etkileşimlerle dolu, sürekli bir akış hâlinde hayatı üretmeyi sürdüren ve ardında birçok üretilmiş eser ve fikir bırakan bir sürece tâbidir. Böylece bireyselliği yanında toplumsal ve kültürel bir yapıyla birlikte tarihselliği de inşa eden bu süreç, çelişkiler ve çatışmalar içinde hep sınırlarını zorlayan bir doğal-canlı organizma olarak düşünülmekte ve biyo-ruhsal-sosyal-tinsel-kültürel-tarihi bir bütünlük olarak kendini ifade eden insanın üretimi olarak tezahür etmektedir. Canlılığın doğası içinde neredeyse sayısız çeşitlenme ve her bir özelliğin (biyolojik perspektiften genotipik ve fenotipik olarak) farklı farklı tezahürleri ve bu özelliklerin (farklı işlem ve deneyimlerle) farklı farklı kombinasyonları bulunmaktadır. İnsan bireyleri, farklı zaman ve mekânlarda, değişik coğrafyalarda, farklı kültürlerde ve farklı sosyo-ekonomo-politik koşullarda oldukça farklı 'biyo-psiko-sosyal ve kültürel-tarihi' bir çeşitliliğe sahiptir. Bu çeşitlilik içinde insanların formasyonları ve kendilerini ifade etme tarzları da elbette ki çok çeşitli olabilmektedir.

Bireyi ele aldığımızda, kendi organizması içinde çok ince ve kuşatıcı bir ön-belirlenmişlik ve sınırlamalar (= öncelikle genetik yapısı ki bu, filogenetik ve ontogenetik bir oluş hâli olarak düşünülebilir) içinde ve bu yapının da sürekli bir (biyolojik, fiziksel ve kültürel) etkileşimi - değişimi/ dönüşümü ile (ki burada da bir ön-belirlenmişlik olarak ayrıca fiziksel ve kültürel çevresi de söz konusudur), "... ben, ben ve ortamım" diyen Ortega y Gasset'nin de düşüncesine⁴¹ uyan bir oluş - akış içinde, [ve kuşkusuz Herakleitos felsefesinin de ("Panta Rhei" yani her şey akar değişiminde Heraklitos'un ifade ettiği, hiçbir şeyin durağan olmadığı, sürekli bir değişim içinde olduğunu vurguladığı dinamik bir tasavvurdur. Bu değişimin olmasının belli bir düzeni/ logos'u, belli bir zamanı olduğunu) söylediği^{42, 43, 44}] ve günümüzün bilimselliği/ nörobilimsel gerçekliği çerçevesinde bir varlıktır.

⁴¹ Gasset, J.O., -İnsan ve "Herkes"-, Çeviren: Işık, G., İkinci Basım, 2019, s.10, İstanbul, Metis Yayınları.

⁴² Herakleitos, "Fragmanlar", Çeviri ve Yorumlar: Cengiz Çakmak, Birinci Basım, Ekim 2005, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

⁴³ Guthrie, W.K.C., "Yunan Felsefe Tarihi, Sokrates Öncesi İlk Filozoflar ve Pythagorasçılar", Çeviren: Akça, E., Birinci Baskı, 2011, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

⁴⁴ Dürüşken, Ç., "Antikçağ Felsefesi, Homeros'tan Augustinus'a Bir Düşünce Serüveni", 1. Basım, 2014, Alfa, İstanbul.

Biz, insanın bu kuşatıcı genel yapısı ve etkileşimi içinde, -bu bölümde- yalnızca tıbbî bakış açısıyla temel özelliklerini ve ilişkilerini ortaya koymaya çalışacağız. Bu amaçla önce insan bireyinde temel anatomofizyolojik ve bir ölçüde anatomofizyopatolojik özellikleri ve işleyişi ele alacağız.

Anatomi, insan bedeninin/ organizmasının yapısını ve bu yapıyı oluşturan dokular – organlar – sistemler arasındaki ilişkileri morfolojik olarak (görünüşü itibarıyla) araştıran, inceleyen, tanımlayan bir bilimdir. Anatomi içinde de farklı yaklaşım/ yöntemler vardır. Örneğin sistematik anatomi, topografik/ rejyonel anatomi, fonksiyonel anatomi, klinik – cerrahi anatomi, makroanatomi/ gross anatomi – mikroanatomi/ mikroskopik anatomi, radyolojik anatomi, patolojik anatomi vd. olmak üzere farklı amaçlara yönelik olarak insan anatomisinin ele alınış biçimlerini söyleyebiliriz. Esasen anatomideki tüm bu farklı yaklaşımlar birbirlerini tamamlayıcı nitelik taşırlar ve belirli kullanım/ gereklilik alanları vardır. Örneğin beyin cerrahisinde hem makronöroanatomi hem de mikronöroanatomi, hem sinir sisteminin sistematik anatomisi hem de baş bölgesinin topografik anatomisi, ... ayrıca fonksiyonel anatomi, radyolojik anatomi vd. elzemdir. Fizyoloji ise, yaşayan insan bedeninin/ organizmasının yapısının ve bu yapıyı oluşturan hücre-içi yapıların - hücrelerin - dokuların - organların - sistemlerin ve tüm bir organizmanın işlevlerini, çalışma ilkelerini, etkileşimlerini, belirli özellik ve mekanizmalarını, sınırlarını araştıran, tanımlayan - açıklayan bir bilimdir. Fizyoloji de yine ele aldığı sisteme göre alt gruplara ayrılabilir, örneğin sinir sistemini inceleyen alana nörofizyoloji denmesi gibi ya da yapıyı hangi düzeyde ele aldığına göre, örneğin hücresel düzeyde ya da sistem düzeyinde ele alınıp incelenmesi gibi. İnsan fizyolojisinin anlaşılması çok değişik yaklaşımlardan (gözlemler, deneysel çalışmalar, klinik empirik veriler -*hastalıklar, anomaliler, yüklenmeler, stresler* vd.) elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve ancak çok farklı seviyelerde (*hücre-içi yapıdan sistemlere değişen ölçeklerde*) ve farklı yöntemlerle (*kimyasal, fiziksel, moleküler genetik – biyolojik* vd.) çalışılması ile sağlanabilir.

Anatomi, statiktir (durağandır) ve yapıyı incelemektedir. Fizyoloji ise dinamik bir özellik sergilemekte ve işlevi araştırmaktadır. Bu bilimlerin tarihsel ilgi ve gelişim

dönemlerine bakıldığında, anatominin daha erken dönemde ilgi toplayıp gelişmesine karşın bu dönemde hareket, daha ziyade felsefede önem kazanmış, zamanla fizik, kimya vb. temel bilimlerin gelişmesiyle insan vücudunun çalışma ilkelerini ele almaya yetkin bir altyapı kurulduktan sonra fizyoloji ele alınarak bilimsel araştırma konusu edilmiştir. İnsan fizyolojisi esas olarak, biyoloji, fizik, kimya vb. temel bilimlerin kullanılmasıyla, insan vücudunun çalışma ilkelerinin ve mekanizmalarının ortaya konmasıdır. Burada, çok önemli ve kilit bir kavram olarak ‘homeostasis’⁴⁵ (homeostaz) kavramı karşımıza çıkmaktadır. “Homeostasis” (homeostaz) kavramı hücre içi yapılardan tüm organizmaya yoğun bir şekilde uzanan, organizmadaki her işlevin belirli bir düzen, sağlamlık, tutarlılık, bütünlük ve uygunluk içinde sürdürülebilmesi durumudur. “Homeostaz” bir organizmanın sağlıklı olabilmesi için sürekli işleyen, sayısız çeşitlilikteki yaygın fizyolojik mekanizmalar bütünüdür.

İnsan anatomisini yalnızca yapıyı tanımlama ile insan fizyolojisini de yalnızca fonksiyonu gösterme ile sınırlamak eksik bir anlayış olur. Çünkü yapıyı tanımlamak, en azından belli bir ölçüde fonksiyonu da bilmeyi, fonksiyonu gösterebilmek de belli bir derecede yapıyı bilmeyi gerektirir. İnsan anatomofizyolojisi ise insanda yapıların anatomik, morfolojik, iç ve dış görünüş olarak kendi işlevselliğiyle birlikte ve onunla ilişkilendirilerek ele alınmasıdır. Dolayısıyla hekimlik pratiğinde anatomiye ve fizyolojiye tek başına değil, daha kapsamlı olarak birarada (anatomofizyoloji olarak) ele almak, olgu ve süreçlerin anlaşılabilmesi açısından daha verimli olacaktır. Örneğin kafa içindeki hacim-basınç ilişkisini anlamada kullanılan “Monro-Kellie doktrini”, anatomofizyolojik bakış ve analiz açısından bize yardımcı olacaktır. Ayrıca bu yaklaşımla patolojiyi ve klinik hastalık süreçlerinin işleyişini anlamamız ve “Kafa-İç Basınç Artışı Sendromu = KİBAS” durumunun oluşumunu ve genel tablosunu anlamamız da kolaylaşacaktır.

İnsan anatomofizyopatolojisi, normal anatomofizyolojinin ‘hastalık’ durumunda gösterdiği değişikliklerinin ve işleyiş esaslarının ortaya konması demektir. Hekimlik uygulamalarının daha iyi ve etkin anlaşılıp plânlanabilmesi için sadece

⁴⁵ Antik Yunanca’da “ὁμοιος” (hómoios, ‘benzer’) + “στάσις” (stásis/’stasis’, ‘aynı’ kalan, değişmeyen”)

anatomofizyoloji yeterli olamamaktadır. Bu nedenle, daha doğru bir yaklaşımla anatomofizyolojinin, anatomofizyopatoloji ile birlikte ele alınıp incelenmesi gerekmektedir. Çünkü tarihselliği içinde, -ilk başta fizyolojiden patolojiye ulaşılabilceği düşünülmüş olmakla birlikte- organizmanın sınırlarını ve imkânlarını göstermesi bakımından, patolojiden fizyolojiye ulaşmak çok daha doğru bir anlayış olacaktır.⁴⁶ Bu yaklaşım ise farklı disiplinlerin birlikte düşünülüp değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Kuşkusuz ki insan organizmasını tanıyabilmek ve anlayabilmek, yalnızca anatomi, fizyoloji, (anatomofizyo)patoloji vb. tıbbî bilimlerle mümkün değildir. Çünkü insan fizyolojisi, histoloji, embriyoloji, insan fizyopatolojisi, mikrobiyoloji, parazitoloji, farmakoloji, biyokimya, biyofizik, insan anatomisi vb. bilimler, zaten fizik, kimya, biyoloji vb. temel bilimler üzerine kurulan ve insan organizmasını konu alan temel bilimlerdir. Bir diğer önemli nokta da tıpta temel bilimlerle klinik bilimlerin; cerrahi ile hekimlik uygulamalarının hep iç içe olması ve birbirlerini geliştirmesidir. Tıbbın bilgi alanını bu noktada da tamamlamak mümkün değildir, çünkü çok yönlü bir varlık alanı olan insanı tam olarak kapsayan bilgiler yalnızca doğa bilimlerinde değil, aynı zamanda insan ve toplum bilimlerinde de içerilmektedir. Bu bakımdan tıbbın ve hekimlik uygulamalarının bileşenlerini daha geniş bir yelpazede düşünmek yanlış olmayacaktır. Esasen temel tıbbî bilimler, klinik – cerrahi bilimler, sosyal bilimler vb. arasındaki ayrım, zaman içinde her bir disiplinin kendine özgü yöntemlerinin farklılaşması ve bu alanlardaki yetkinliğin de artışıyla, hayatı anlamada yapay olarak oluşturulmuş disiplinler olarak görülmeye başlanmaktadır.

‘Hastalık’ (*patoloji*), bireyin (organizmanın) –bir yere kadar- biyopsikososyal sınırlarını göstermektedir. Her bir işlevin çok sayıda; yer yer birbirini tamamlayan; yer yer birbirini denetleyen veya birbirini antagonist bir biçimde (karşıt yönde) etkileyen mekanizmalar aracılığıyla, normal aralıkta çalışması güvence altına alınmıştır. Fakat bunların yanında, normal fizyolojik durumlarda ortaya çıkmayan ama zorlayıcı ve/ ya da patolojik hâllerde işlevsellik kazanan mekanizmalar da bulunmaktadır. Dolayısıyla

⁴⁶ Ayrıca bkz. Canguilhem, G., “**The Normal and the Pathological**,” Translated by Carolyn R. Fawcett in collaboration with Robert S. Cohen, ZONE BOOKS • NEW YORK, 1991.

‘bozukluklar’, ‘anormallikler’, ‘zorlanmalar’ ve ‘hastalıklar’ türünden klinik durumlar, fizyolojinin imkânlarının anlaşılmasına katkı sunmakta ve -âdeta klinik bir deney gibi- kişiye özgü ya da genel anlamda normal aralığın anlaşılması için yön gösterici olmaktadır.

İnsan Bedeninin Yapısal Düzenlenişi ve İşleyişi:

İnsan bireyi/ tikeli, doğal yönden düşünüldüğünde, iç içe geçen “en küçük yapıdan biyosfere uzanan ilişkisel bütünselliği”⁴⁷ içinde kendi başına bir bütünlüğü olan, fakat hem kendi içinde (*endogene*) hiyerarşik bir yapıya sahip olan, hem de dış yapı ile (*exogene*) yoğun bir etkileşim içinde olan bir varlıktır. Kendi bütünlüğündeki stabil, sağlam ve tutarlı yapıyı koruyan ve bu amaçla da kendi içinde en küçük yapıdan bütün organizmaya (subatomik parçacıklar, atomlar, moleküller, organeller, hücreler, dokular, organlar, organların oluşturduğu sistemler, organizmanın bütünü, doğa içinde bir doğal varlık vs.) olmak üzere sürekli bir hareketlilik ve çok yönlü-çok katmanlı bir etkileşim - değişim gösteren insan organizması, bu tutarlı ve sağlam durumu sağlayabilmek için kendi içindeki çeşitli doku ve sistemlerin muazzam bir düzenine sahiptir. Daha açık bir deyişle kendi içindeki sinir sistemi, dolaşım sistemi, solunum sistemi vb. unsurların sayısız homeostatik mekanizma ile uyum içinde çalıştığı ve çeşitli işlevler gerçekleştirmek üzere birbirleriyle oldukça ince ve mükemmel bir organizasyon içinde işlediği bu düzen, oldukça kompleks bir yapıdadır. Nitekim insan organizması, hücrelerin işlevselliğini gerçekleştirebilmesi için onları uygun bir ortamda tutan ‘sıvı bir matriks’⁴⁸ içinde yer alan yaklaşık yüz trilyon hücrenin, işlevsel ve yapısal olarak farklı bölümlenmeler şeklinde gruplaşması ve belli sistemler oluşturmasıyla bir bütün oluşturmaktadır. Her bir sistem, belli bir işlev ve yapı gereği, kendi yapısıyla en uygun biçimde bir iç ya da dış örtüyle (deri, yumuşak dokular, kas, yağ, kemik vs.) kaplanarak korunaklı kılınmıştır. Sürekli optimum hâlde tutulması için işlevselliği ve sürekliliği, destek dokular (kılıflar, yağ dokusu vs.) ve sıvılarla güvence altına alınmıştır. İnsan organizmasının ilginç bir özelliği de vücudun iç ve dış

⁴⁷ Ayrıca bkz. Bertalanffy, L., “**General System Theory - Foundations, Development, Applications,**” Second Printing, GEORGE BRAZILLER, New York, November 1969.

⁴⁸ “Hücre dışı sıvı” olarak bilinen ekstraselüler sıvı: “*Extracellular Fluid*” (ECF)

yüzeyinde (deride, ağızda, iç yüzeylerde, örneğin bağırsaklarda/ intestinal sistemde vs.) yüksek sayıda mikroorganizmanın bulunmasıdır. Tüm vücuttaki hücre sayısının pek çok katı oranında çok sayıdaki bu mikroorganizmalar, aslında bireyin organizmasıyla karşılıklı bir etkileşim içinde olmalarına karşın yine de dokulara penetre olmadan ve kan dolaşımına girmeden, vücut yüzeylerinde yaşamlarını sürdürmektedir. Deride ya da içeride, örneğin gastrointestinal yüzeyde (mide-bağırsak gibi çeşitli sistemlerin iç yüzeylerinde) yaşayan bu mikroorganizmalar, buralarda simbiyotik (tarafların karşılıklı yarar sağladığı) bir yaşam sürmektedir. Ancak bazı durumlarda, örneğin vücut direnci düştüğünde, bu ilişki patojen (hastalık yapıcı) bir etki kazanabilir veya normal flora, çeşitli nedenlerle bozulabilir, kaybolabilir ya da yerini patojen ajanlar alabilir ve böylece çeşitli hastalıklara açık bir durum oluşur.⁴⁹

Önceden ifade ettiğimiz üzere insan organizması, belli işlevleri olan çok sayıda sistemin belli bir düzen içinde bir araya gelmesi ve birlikte çalışmasıyla meydana gelmektedir. Bir organizmada en temel ve primer amaç, organizmanın bir bütün olarak yaşamını sürdürmesi ve bunun optimal koşullarda gerçekleşmesidir. Organizmadaki en küçük birimden tüm organizmaya varıncaya dek tüm yapılar, birbirinden haberdar ve eşgüdümlü biçimde karşılıklı etkileşim hâlinde olup çok yönlü bir şekilde denetlenen bir hiyerarşik işleyiş içinde yaşamlarını sürdürürler. Organizmada her şey, bir süreklilik içindedir ve genel olarak yaşama yöneliktir. Yaşanmışlıklar (fiziksel ve/ ya da kültürel) iz bırakabilmekte, çeşitli değişim ve dönüşümlere neden olabilmektedir. Böylece (tikel ve tümel boyutta) insan, geçmişten geleceğe yol alan, daima oluşum içinde bir varlık yapısı gösterir. İnsan, bedeninin yapısal ve işlevsel karmaşıklığı içinde çeşitli yapısal ve işlevsel hiyerarşik düzenle organize olmuştur. Küçükten büyüğe tüm bu yapıları düşündüğümüzde, yapının karmaşıklığı gitgide artmakta ve her bir yapı, bir önceki yapıyı kendinde barındırmaktadır. Örneğin organ

⁴⁹ Ayrıca bkz. Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019. & “**Berne & Levy Physiology**,” Koeppen, B.M., Stanton, B.A. (Editors), Sixth Edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2010. & Kumar, V., Abbas, A., Aster, Jon C., “**Robbins BASIC PATHOLOGY**,” TENTH EDITION, Elsevier, 2018. & Silbernagl, S., Lang, F., “**Color Atlas of Pathophysiology**,” Thieme, New York, 2000.

düzeyindeki yapı, bir önceki dokuyu içermektedir vs. Aşağıda bu düzen sistematize edilmektedir:⁵⁰

1) Subatomik Parçacıklar, Atomlar, Moleküller ve Organeller Düzeyinde Organizasyon:

Bu aşamada insan bedenindeki en basit yapı taşları olan *subatomik* parçacıklar (nötron, proton, elektron), atomlar (hidrojen, oksijen, karbon, nitrojen, kalsiyum, demir) ve moleküllerdir (su, protein, şeker vb.) düzeyinde gerçekleşen bileşimler ifade edilmektedir. Örneğin hidrojen ve oksijen atomları birleşerek su molekülünü meydana getirmektedir. İnsan vücudunda işlevsel ve karmaşık yapıdaki bir kimyasal organizasyon, sürekli işler durumdadır. Kimyasallar, (sıklıkla karbon dışında) inorganik yapıda, genellikle bir ya da iki elementten oluşan basit moleküllerdir. Örneğin ‘su’, ‘H₂O’; oksijen, ‘O₂’; karbondioksit, ‘CO₂’; demir, ‘Fe’; kalsiyum, ‘Ca’; sodyum, ‘Na’ vs. Organik kimyasallar (ki bunlar çoğunlukla karmaşık yapıdadır ve daima ‘karbon’ ve ‘hidrojen’ elementlerini içerirler. Örneğin karbonhidratlar, yağlar, proteinler, nükleik asitler vs. olmak üzere iki kategoriye ayrılırlar: Su molekülü düzeyinde organizasyon ve hücre düzeyinde organizasyon.

2) Hücre Düzeyinde Organizasyon:

Bu aşamada insan organizmasındaki tüm hücreler, aynı tip / tek hücre (*stem cell*) olmaktan çıkıp birbirlerinden farklılaşırlar. Yani kök hücre olmayı bırakarak belli işlevler bakımından özelleşirler. Bir hücre, insan organizmasının işlevsel açıdan en küçük yapı taşı veya en küçük canlı birimi olarak tanımlanmakta ve kişiye ait tüm genetik kodu içermektedir. Vücudumuzun tamamında, her biri kendine özgü özel işlevleri gerçekleştirmek üzere organizmaya uyum sağlamış olan yaklaşık 75-100 trilyon hücre bulunmaktadır. Her bir hücrenin işlevi, hücreler, dokular, organlar ve

⁵⁰ Ayrıca bkz. Turnpenny, P.D., Ellard, S., “**Emery’s Elements of Medical Genetics**,” Edition 15, Elsevier, 2017. & “**Gray’s Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice**,” Fourty-First Edition, Susan Standing Editor-in-Chief, Elsevier, 2016. & Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

organ sistemleri düzeyinde çalışan pek çok düzenleyici sistem tarafından koordine edilmektedir. Hücre membranı, hücre içi yapılar, intraselüler (hücre içi) sıvı dışında ayrıca bir ekstraselüler (hücre dışı) sıvı bulunmaktadır. Her hücre tipi, belli bir genetik kodu ve kimyasalları taşımakta; buna uygun belli kimyasal reaksiyonları gerçekleştirmektedir. İnsan fizyolojisindeki neredeyse bütün işlevler, hücreler tarafından gerçekleştirilmekte ya da hücreler tarafından başlatılmaktadır.

3) Dokular Düzeyinde Organizasyon:

Dokular, benzer yapıda ve benzer fonksiyona sahip hücrelerin bir araya gelmesiyle oluşan yapılardır. Örneğin karaciğer dokusu, beyin dokusu (hatta belirli bir bölgeye ait beyin dokusu vb.), kas dokusu, kemik dokusu, tiroid bezi dokusu, vb. çeşitli organ ve yapılara ait dokulardır. Bu dokuları da kendi içlerinde gruplandırarak olursak: Bu dokuları, epitelyal dokular, bağ dokusu, kas dokusu ve sinir dokusu olmak üzere dört ayrı grup altında gruplandırabiliriz. Epitelyal dokular, vücut yüzeyini kaplayan ya da iç organlardaki iç yüzeyleri döşeyen dokulardır. Bağ dokusu, vücudun parçalarını birleştiren ya da bağlantı kuran dokulardır. Kas dokusu, iskelet kasında hareketi sağlayan çizgili kaslardan ya da iç organlarda bulunan düz kaslardan oluşur. Sinir dokusu, vücut işlevlerini düzenlemek için elektrokimyasal uyarıları oluşturmak ve iletmek üzere özelleşen dokulardır. Sinir dokuları da kendi içinde birçok alt gruba ayrılmaktadır.

4) Organlar Düzeyinde Organizasyon:

Organlar, çeşitli dokuların oluşturduğu ve belli işlev(ler) için özelleşmiş yapılardır. Örneğin safra kesesi, karaciğerde yapılan safrayı depolayarak konsantre hâle getirir ve gerekli durumlarda, yağları sindirebilmek için bu safra, ‘on iki parmak bağırsağına’ (*duodenum*) iletilmektedir.

5) Organların Oluşturduğu Sistemler Düzeyinde Organizasyon:

Belli işlev(ler)in gerçekleşmesi için bir araya gelen organlar, kendilerine özgü işlevleri gerçekleştirirler. Örneğin sinir sistemi, sindirim sistemi, solunum sistemi vs. Diyelim ki sinir sistemi, beyin, omurilik ve periferik sinirlerden oluşur ve bireyin çevresel (ve içsel) uyarıları duyumsamasını, yanıtlar oluşturmamasını, vücudun *homeostaz* ve düzenlenmesini, hareket, düşünme, karar verme, duygulanma, bellek ve hayal edebilme gib sayısız sosyal, düşünsel, yaşamsal ve psikokognitif etkinliklerini gerçekleştirir. Sistemler, daima vücuttaki diğer sistemler ile bağlantı hâlinde olup hatta tüm bedenle birlikte çalışırlar.

6) Organizma Düzeyinde Organizasyon:

Organizma, kendi başına bağımsız, en üst düzeyde bir canlı varlık bütünlüğüdür. Yukarıda belirtilen düzeydeki oluşumları belli bir düzen içinde (halka halka) kendinde barındırmaktadır. Tüm yapılar, hücreler, dokular, organlar ve pek çok organ sistemi bir arada uyumlu bir şekilde çalışarak bireye bağımsız bir organizmanın işlevselliğini kazandırmaktadır.

Bu mükemmel ve son derece karmaşık organizasyona sahip yapıda fizyolojiyi anlamak için ya sistemlere göre gerçekleştirilen işlevleri incelemek, ya da her bir (önemli) işlevin gerçekleştirilme tarzını ele almak gerekir. Ancak yine de her zaman vücudun bir bütün olarak, en küçük birimden tüm organizmaya varıncaya dek her yapının bir eşgüdüm içinde çalıştığı ve daima birbirleriyle etkileşim hâlinde oldukları vurgulanmalıdır. Buna göre başlıca sistemler ve en temel işlevler uyarınca insan organizmasının düzenlenişi aşağıdaki gibidir:⁵¹

⁵¹ Ayrıca bkz. "Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice," Forty-First Edition, Susan Standring Editor-in-Chief, Elsevier, 2016. & "Berne & Levy Physiology," Koeppen, B.M., Stanton, B.A. (Editors), Sixth Edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2010.

- **Sinir Sistemi İşlevleri:** Sinir sistemi, beden içindeki (*endogene*) ve çevresel (*exogene*) uyarıları alarak işlemekte ve uygun yanıtları vererek ‘homeostaz’ı sağlamaktadır.
- **Endokrin Sisteminin İşlevleri:** Endokrin sistemi, hormonları salgılamakta ve bedendeki işleyişi düzenlemektedir.
- **Deri ve Eklerine Ait Sistemin İşlevleri:** Deri sistemi, vücut yapısını örtmekte ve kendisinde birçok duyusal reseptör (alıcı) barındırmaktadır.
- **İskelet ve Kas Sisteminin İşlevleri:** İskelet ve kas sistemi, bedeni desteklemekte, hareketi sağlamakta ve vücut ısını korumaktadır.
- **Kalp ve Dolaşım Sisteminin İşlevleri:** Kalp ve dolaşım sistemi, dokulara ve hücrelere oksijen ile besin taşımakta, beden ısını dengelemektedir.
- **Lenfatik Sistemin İşlevleri:** Lenfatik sistem, organizmayı, patojenlere karşı savunmakta ve kana karışarak dolaşımını sürdürmektedir.
- **Solunum Sisteminin İşlevleri:** Solunum sistemi, dokulardan karbondioksidi almakta ve kana oksijen taşımaktadır.
- **Sindirim Sisteminin İşlevleri:** Sindirim sistemi, yiyeceklerin sindirimini sağlayarak kana ulaştırmakta ve atıkların boşaltılmasını sağlamaktadır.
- **Üriner Sistemin İşlevleri:** Üriner sistem, vücuttaki sıvı ve elektrolit dengesini sağlamakta, kandaki atık maddelerin atılımını gerçekleştirmektedir.
- **Erkek ve Kadın Genital (Üreme) Sistemlerinin İşlevleri:** Erkek ve kadın genital sistemleri, üreme hormonlarının salgılanmasını sağlamakta, döllenme, embriyo ve fetusun uterusu gelişmesi, bebek için süt yapımı gibi aşamaların gerçekleşmesine vesile olmaktadır.

İnsan organizmasının başlıca işlevlere göre düzenlenişi şöyledir:⁵²

■ Hücrelerin yapım (regeneration), yıkım (apoptosis), işlevsel organizasyon, metabolizma vs. düzenlemesi, homeostaz vs.

⁵² Ayrıca bkz. Adair, T.H., Dzielak, D.J., Hall, J.E., et al., “**Tıbbi Fizyoloji Cep Kitabı**,” Çeviren: Zeynep Solakoğlu, Onikinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014. & Kumar, V., Abbas, A., Aster, Jon C., “**Robbins BASIC PATHOLOGY**,” TENTH EDITION, Elsevier, 2018.

- Hemen tüm sistemlerin, ama öncelikli olarak genetik kodlamanın, sinir sisteminin, endokrin sistemin vs. çalışmasıyla,

■ Tüm hücreler ve yapı arasında haberleşme ağı, düzenleyici mekanizmalar ve kontrol, denetleme, homeostaz vs.

- Hemen tüm sistemlerin, ama öncelikli olarak genetik kodlamanın, sinir sisteminin, endokrin sistemin vs. çalışmasıyla,

■ Hücre dışı (*ekstraselüler*) sıvı taşıma ve düzenleme sistemi,

- Sinir sistemi, kan dolaşımı, kalp ve damar sistemi,

■ Hücre dışı (*ekstraselüler*) sıvıdaki moleküllerin, besinlerin, bileşenlerin vs. düzenlenmesi,

- Sinir sistemi,

- Solunum sistemi,

- Sindirim sistemi,

- Karaciğer fonksiyonları,

- İskelet ve kas sistemi,

- Deri ve ekleri,

■ Metabolik ve son ürünlerin uzaklaştırılması,

- Sinir sistemi,

- Solunum sistemi,

- Üriner sistem/ Böbrek fonksiyonları,

- Karaciğer fonksiyonları,

- Sindirim sistemi,

- Deri ve ekleri,

■ (Bazal) Vücut işlevlerinin düzenlenmesi,

- Sinir sistemi ve endokrin sistem (beyin belki de en önemli endokrin organdır aynı zamanda – korteks, hipotalamohipofizer sistem vs.),

- Endokrin bezler [Beyin/sinir sistemi dışındakiler, (glandlar, örn. tiroid bezi/glandı vs.)],

- Mikrobiyota,

■ (Endogene ve exogene değişikliklere karşı) Vücut işlevlerinin düzenlenmesi,

- Sinir sistemi ve endokrin sistem (beyin belki de en önemli endokrin organdır aynı zamanda – korteks, hipotalamohipofizer sistem vs.),
 - Endokrin bezler [beyin/sinir sistemi dışındakiler, (glandlar, örn. tiroid bezi/glandı vs.)]
 - Mikrobiyata,
- Bedenin korunması, hareketin sağlanması,
 - Sinir sistemi,
 - İmmün sistem (bağışıklık sistemi), vücutta hiyerarşik olarak tüm işlev katlarında etkilidir ve tüm sistemler ile karşılıklı etkileşim içinde çalışır,
 - Vücut örtüsü/derisi ve ekleri... (Aynı zamanda denebilir ki deri, sağlığın belki de en doğrudan göstergesidir),
 - Kas ve iskelet sistemi,
- Gelişme, büyüme, ...
 - Sinir sistemi ve endokrin sistem (korteks, hipotalamohipofizer aks, beyin sapı vs. Esasen gerçekte tüm beyin, omurilik ve periferik sinirlerin işlevleri),
 - Endokrin bezler (endokrin glandlar, örn. tiroid bezi/glandı vs.)
- Üreme fonksiyonları, ...
 - Sinir sistemi ve endokrin sistem (korteks, hipotalamohipofizer aks, beyin sapı vs.)
 - Endokrin bezler (endokrin glandlar, örn. gonadal bezler, eril ve dişil hormonlar vs.)
 - Üreme organları
 - Genel beden sağlığı ile insan vücudunda biyolojik olarak işlevler gerçekleştirilir.

İnsan organizmasının anatomofizyolojisine bakıldığında şöyle bir yapıyla karşılaşılmaktadır: (1) Temel yapı ve birimler, (2) organizasyon, (3) dolayısıyla organizmada sürekli bir oluş hâli ve bu süreçte yapıların/ hücrelerin işlevini tamamlayarak ölümü (*apoptosis*) ve yerine yenilerinin yapımı (rejenerasyon), (4) *endogene* ve *exogene* etkileşim ve yanıt oluşturma (bu durum, en küçük bir etkileşim

ve yanıtta, oldukça karmaşık bir süreç karşılık gelen 'etkileşim' ve yanıtı doğru, geniş bir aralıkta gerçekleşir), (5) sürekli hareketlilik, (6) belirli bir düzende değişim ve üreme fonksiyonlarının sağlanmasıyla, insan bireyinin yaşamının, 'yaşamda kalma' ve 'yaşamda ileriye yönelme' gibi bir çizgide güdülenmiş olması ve bu yaşamın da biyolojik bir son bulması (ölüm) ile belirtilebilir.

Felsefi çıkarımlar yapabilmek için, üstteki anlatımı sistematize edip evrimsel sürecin insanda bıraktığı işleyişi ana hatlarıyla sıralarsak: Organizma, belirli işlevleri olan çok sayıda parça ve sistemin belli bir düzen içinde bir araya gelip birlikte çalışmasından oluşmaktadır. Bir organizmadaki en temel ve primer amaç, organizmanın bir bütün olarak yaşamını sürdürmesi ve bunun en uygun / optimal koşullarda gerçekleşmesidir. Organizmadaki en küçük birimden, tüm organizmaya varıncaya dek bütün yapılar hiyerarşik biçimde eşgüdümlü, birbirinden haberdar olarak/ edilerek, karşılıklı etkileşen ve çok yönlü bir şekilde denetlenen bir işleyiş/ çalışma düzeni içinde yaşamı sürdürmektedir. Organizmadaki her şey, süreklilik içindedir ve yaşama yöneliktir. Yaşanmışlıklar, fiziksel ve ya da kültürel iz bırakabilir, çeşitli değişim ve dönüşümlere neden olabilir. Böylece tikel ve tümel boyutta insan, geçmişten geleceğe yol alan, sürekli oluşum içinde bir varlık yapısı gösterir. İnsan, bedeninin yapısal ve işlevsel karmaşıklığı içinde hiyerarşik olarak çeşitli yapısal ve işlevsel bir düzenle organize olmuştur. Küçükten büyüğe bu yapıları düşündüğümüzde, yapının giderek karmaşıklığının arttığı ve her bir yapının, bir önceki yapıyı kendinde barındırdığı görülmektedir. Örneğin organ düzeyindeki yapı, bir önceki dokuyu içerir vs. Bunları açacak olursak:

- Subatomik parçacıklar, atomlar, moleküller, organeller düzeyinde organizasyon, su molekülü düzeyinde organizasyon,
- Hücre düzeyinde organizasyon, dokular düzeyinde organizasyon,
- Organlar düzeyinde organizasyon, organların oluşturduğu sistemler düzeyinde organizasyon, organizma düzeyinde organizasyon,
- Kendi başına (bağımsız) en üst düzeyde, bir canlı varlık bütünlüğü olarak organizma ve bu organizmanın hem *exogene* hem de *endogene* sürekli etkileşimi vs. ile biyo-psiko-sosyo-tinsel bir varlık, tikel bir organizmada tezahür etmektedir.

Tek hücreli canlılarda yaşam için gereken aktivitelerin tümü, her bir iş için farklılaşmış yapılar tarafından tek bir hücre içinde gerçekleşmektedir. Çok hücreli canlıların evrimi ilerlerken hücreler, tek tipte bir hücreden (*stem-cell*) yani bir 'kök hücreden' ortaya çıkmakla birlikte, çeşitli hücre grupları (örneğin beyindeki nöronlar, çeşitli glia hücreleri vb.; karaciğerde, karaciğer hücreleri (*hepatoseller*); böbrekte, renal hücreler vb.; kanda, *eritrositler* / alyuvarlar, lökositler vb. kan hücreleri; beyin dokusu, karaciğer dokusu, deri dokusu gibi 'dokular'; beyin, kalp, damarlar, karaciğer, akciğerler, böbrekler, endokrin organlar, kan dolaşımı vb. 'organlar'; sinir sistemi, sindirim sistemi, solunum sistemi, boşaltım sistemi, hematopoietik sistem vb. 'sistemler' şeklinde organize olarak özel işlevler kazanmışlardır. Çok genel ve kabaca söyleyecek olursak: Sinir sistemi, bedende ve etrafta içsel (*endogene*) veya dışsal (*exogene*) şekilde olup bitenleri duyumsamak, vücut içinde, tüm organizmayı kapsayan yanıtlar geliştirmek, hareket, duyu, duygu, düşünce, bellek, hayal, karar verme vb. pek çok işlevi yüklenmiştir. Solunum sistemi, kandaki oksijen-karbondioksit değişimini ve böylece tüm hücrelerin sıvılarla oksijenlenerek karbondioksiti atmasını sağlamaktadır. Bu sıvılar ile '*ekstraselüler*'/ hücre dışı sıvı, kan vs. kast edilmektedir. İnsanda ve diğer çok hücreli gelişmiş canlılarda hücreler, hücre-dışı sıvı (*ekstraselüler sıvı*, *extracellular fluid* = *ECF*, *milieu intérieur*) adı verilen bir ortamda yer almakta ve bu ortamdaki metabolik etkinlikler sayesinde işlevlerini yerine getirerek gereksinimlerini karşılamaktadır.

Doğadaki diğer canlı türlerinde de olduğu gibi insandaki temel anatomofizyolojik işleyiş ve özellikler de insan türünün devamlılığına hizmet etmektedir. İnsanın anatomofizyolojik işleyiş ve özellikleri, insan yaşamının bireyde sürdürülebilmesi ve türün devam ettirilmesi için gereken tüm spesifik / özgül özellik ve kontrol mekanizmalarını kapsamaktadır. Bunlar, basitten karmaşığa pek çok farklı yapıya sahip olup sofistike bir şekilde insanın, biyo-psiko-sosyo-tinsel gereksinimlerinin karşılanması amacıyla duyuları, dürtüleri vs. harekete geçirmektedir. Örneğin, basitçe somatik bir gereksinme durumunda 'acıma', yemek yemeye; 'susama', su içmeye; 'üşüme' ise ısınma girişimlerine vs. yol açacaktır. Keza varsayalım ki duyuşsal olarak bir korku duyusu söz konusu, o zaman da hâliyle korunma önlemleri alınmaya çalışılacaktır vs. Görüldüğü gibi insan, gereksinimlerini

karşlamak üzere basitçe, otomatik denebilecek türden mekanizmaları kullanmaktadır. Ancak şunu ihmal etmemekte fayda vardır ki tüm bu mekanizmalar, nitelik itibarıyla insanın biyo-psiko-sosyo-tinsel yapısının, hayatın oluşu içinde ve o bireye özgü dinamik koşullarda ortaya çıkan kişisel gereksinimlerinin / bastırmalarının farklı tezahürleri biçiminde kendisini göstermekte ve zamana yayılmış bir süreç içinde gerçekleşmektedir. Karmaşık bir şekilde anlamlandırma ve sembolleştirmeyi içeren bu süreç, arzuların bilinçaltında bastırılıp bilinç düzeyine farklı bir biçimde çıkmasını beraberinde getirmekte ve kimi zaman bir davranış – kararlılık, kimi zaman bir sanat eserinin ortaya konması, kimi zaman çeşitli yaşam biçimlerinin açığa çıkması gibi süreçlerle karşılanmaktadır. Böyle bakıldığında insanın oluşu, basit bir otomat davranışından, insanın duyan, hisseden, bilgiye ulaşan, öğrenen, düşünen, inanan, icat eden, keşfeden, üreten, tüketen vs. çok yönlü ve karmaşık yapıdaki somatonörokognitif kapasitesinin ortaya koyduğu çeşitli işlemler ve ürünler vasıtasıyla edimselleşmekte ve insanın yapıp ettikleri, oldukça geniş bir yelpaze içinde açığa çıkmaktadır. Dolayısıyla (bildiğimiz kadarıyla) insan türü, içgüdüsel temelli yaşayan (fakat bununla da sınırlandıramayacağımız) diğer canlı türlerinden farklı olarak yüksek bir yapabilme kapasitesiyle (*potens*) dünyaya gelmiştir. Sinir sisteminin gelişmişliğinden/ farklılığından ve buna yanıt verebilen bir bedenden / ‘soma’dan kaynaklı farklılığını avantaja dönüştüren insan tikeli, yaşam içinde maruz kaldığı fiziksel, kültürel, davranışsal, dilsel vs. gelişim ve etkileşimi, hayatın içinde kendini ortaya koyabilmek üzere kullanmaktadır. Bu bakımdan insanın oluşunun her anında ve her edimselliğinde, filogenetik yapı - ontogenetik yapı üzerinde karşılaşılan / deneyimlenen birçok kültürel ve psikodinamik faktör bulunmaktadır. Bunların arasında, insanın zaafı, ortalama ve güçlü yanları, kendine has özellikleri, değişime ve bir önbelirlenime açık yanları vs. sayılabilir.

İnsan bedeninin yaşayan, bağımsız, en küçük temel birimi ‘hücre’dir. Her bir hücre tipi, bir ya da birkaç belirli fonksiyon için özelleşmiştir. Hücre, kendi başına son derece karmaşık ve amaca uygun iyi organize olmuş bir yapı göstermektedir. Bir hücre etrafında kapsül gibi yer alan esnek, bükülebilir bir ‘membran’ ve hücre içinde de hücre sıvısı ile (belirli işlevler yüklenmiş olan) çeşitli yapı ve organeller/ organcıklar bulunur. Görüldüğü üzere bir hücre, kendi başına oldukça karmaşık bir yapıdır.

İnsanda yaşama ait fizyolojik/patolojik tüm işlevler, hücrede gerçekleşir veya başlar. Her bir hücrenin görevi, hücre içi (*intraselüler*) yapılardan daha üst gruplara uzanan bir organizasyonla, kendi içinde, diğer hücrelerde, hücrelerin bir araya gelerek oluşturduğu dokularda, çeşitli hücre gruplarından oluşan dokuların oluşturduğu organlarda ve çeşitli organ ve yapıların meydana getirdiği sistemlerde, tüm organizma düzeyinde çok katmanlı ve ağısı yapıda çalışan pek çok düzenleyici sistem tarafından ayarlanmaktadır. Vücuttaki birçok hücre, özel işlevleri açısından farklılık gösterse de tüm hücrelerde belli temel ortak özellikler mevcuttur:

1. Hücrenin normal fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gereksindiği enerji, sürekli olarak makrobesinler olan yağ, karbonhidrat ve proteinlerden elde edilen ürünlerin oksijenle birleşmesi sonucunda açığa çıkan enerjiden sağlanmalıdır. Genel kimyasal mekanizmalar ve besinlerin enerjiye dönüşümü, temel olarak tüm hücrelerde aynıdır. Hücreler, onları saran hücre dışı sıvılar (*ekstraselüler sıvı*) içinde bulunur ve belirli kurallar gereğince kimyasal reaksiyonlara girerler.

2. Hücrelerin çoğu, çoğalma yetisine sahiptir. Bir taraftan hücreler kaybedilirken, diğer taraftan yenilenmektedir (*regenerasyon*). Hücre kaybı, programlı hücre ölümü (apoptosis), herhangi bir nedenle hücre ölümü (nekroz), dokunun yeterince kan alamaması (iskemi), travma vb. şekillerde gerçekleşebilmektedir. Hücrelerin bir yandan kaybedilip bir yandan yenilediği bu işleyiş de kendi içinde belli yasalarca düzenlenip programlanarak güvence altına alınmıştır. Her hücrenin, bulunduğu sistem ve organ içinde, fonksiyonuna uygun bir yaşam döngüsü, süresi ve çoğalma kapasitesi vardır. Bir doku kaybı, belirli bir hücre tipinde kayıp olduğunda, kalan aynı tipteki hücreler, dokunun/organın/sistemin görevini yapabilmesi için yeni hücreler oluşturmakta ve farklı mekanizmalarla yeniden işlev kazanmaya yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır.

3. Hücreler, bileşimi yaşamsal önem taşıyan ve çok hassas bir biçimde düzenlenip kontrol edilen hücre dışı sıvı (*ekstraselüler sıvı*) içinde bulunmaktadır. *Ekstraselüler* sıvının miktarı, oranı, bileşimi, içsel (*endogene*) ve dışsal (*exogene*) pek çok faktör ile etkileşir ve yaşam için en uygun durumu (dengeyi) sağlamaya çalışır.

Bu optimal aralık, oldukça dar bir alandır ve bu işleyiş, insan bireyinin aslında çevresel ve içsel etkiler ile değişime ne denli açık ve kırılgan olduğunu da gösterir.

4. Hücreler belirli işlevler için özelleşmiş olmakla birlikte bir kök hücreden (*stem cell*) gelişirler. Bu farklılaşmadaki aksaklıklar, çeşitli sorunlara, bozukluklara ve hastalıklara yol açabilir.

5. Bir organizma olarak ‘bireyin bütünlüğü’⁵³, sistematik ve hiyerarşik olarak pek çok yapıdan düzenlenmiştir. Ancak bu yapılar arasında, her düzeydeki ağ/ matriks yapısında farklı şekilde bir organizasyon, haberleşme, karşılıklı etkileşim, düzenleme, denetleme bulunur. Her hücre, bu sistem içinde yer alır, her bir hücre bu sisteme hizmet eder ve yine bu sistem içinde var olur. Bu hücreler, sistemden yararlanır ve bütünü oluşturan en ufak birime varıncaya dek tüm parçalar, eşsiz bir uyum içinde çalışmak durumundadır. Hücre içi (*intraselüler*) yapıdan tüm organizmaya, her bir kademede ortaya çıkan uyum – denge ya da uyumsuzluk hâli, herhangi bir aksama, sağlık ve hastalık durumunu belirlemede, bu durumun anlaşılmasında ve tanımında son derece önem taşımaktadır.

Biyolojik bakımdan insan vücudu ele alındığında anatomofizyolojik olarak her biri kendi içinde (*intraselüler*) çok karmaşık ama organize bir yapıya sahip 75-100 trilyon hücrenin bulunduğu bilinmektedir. Bu hücrelerin son derece karmaşık olmakla birlikte son derece sistematik nitelikteki organizasyonu ile ortaya çıkan (hiyerarşik-organize, yoğun işlevsel) düzenleyici mekanizma ve bağlantının aralıksız işlediği dinamik bir yapı, bir bütünlük söz konusudur. Tümüyle bireyin yaşamının sürdürülmesine yönelik olan bu bütünlük içinde yer alan hücrelerdeki genetik bilgiler (genetik kodlar), yaşamın bilinen tüm formları için hücre çekirdeği (*nucleusu*) içinde, DNA (Deoksiribo Nükleik Asit)’da taşınmakta ve bu bilgiler (genetik kodlar), mRNA [*messenger/* haberci RiboNükleik Asit)’da kopyalanıp hücre sitoplazmasında yer alan ribozomlara aktararak protein yapısındaki enzimler üretilmektedir. Böylece o kişiye özel hücrelerin yapımı ve fizyolojik süreçlerin – mekanizmaların işleyişi sağlanarak

⁵³ ‘Beden-birey’ olarak da ifade edilebilecek olan bu kavramla, soma ve zihnin birlikteliği kast edilmektedir.

gereken işlevler yerine getirilir. Bu işleyişle, organizma sürekli olarak yenilenir ve bir taraftan dejenerasyon diğer taraftan rejenerasyon yapılarak denge sağlanır. Ancak bu işleyişte şayet genetik bir sorunun edinsel bir patojen faktör ile birleşmesi ya da tamamen edinsel patojen bir etki ile mekanizmaların işleyişinde aksamalara yol açması gibi bir sorunla karşılaşılırsa ve bu süreç kendi içinde engellenip onarılamaz ise bunun hücre içi organel, hücre, doku, organ, sistem ve organizmaya yansması sonucunda hastalıklar gelişebilir.

İnsan vücudundaki hücreler bir kök hücreden (*stem cell*) orijin alarak farklılaşmakta (*differentiation*) ve her biri, ayrı ve belli bir işlev görmektedir; ancak, aralarında çok hassas ve katı bir koordinasyon (eşgüdüm) vardır. Hiyerarşik, çok-aşamalı, çok-yönlü, çok-katmanlı düzenlenme içinde hücre dışından [örneğin hormonlar, nöroaktarıcılar (*neurotransmitter*), nöromodülatörler, büyüme faktörleri, hücre metabolitleri vb.] kimyasal uyaranlar, kimyasal aktarıcı olarak çalışır ve hücreden hücreye bağlantı sağlarlar. Organizmada, hücreler arasında sürekli ve dinamik bir biçimde çok sıkı bir iletişim – etkileşim vardır. Bunun yanında, ileti aktaran tüm moleküller, spesifik/ özgül alıcılara bağlanmak suretiyle iletiyi hücre içine göndererek hücre fonksiyonunu etkilerler. Fakat bunun dışında da pek çok yapılanma ve mekanizma işlemektedir. Genel bir bakışla, vücutta yer alan her bir hücre (kendi içinde taşıdığı karmaşık organizasyon yapısıyla birlikte) diğer hücreler ile belli bir düzenlenme ve denetlenme içinde bağlantı kurmakta ve tüm hücreler organizma içinde işlevsel bir bütün olarak çalışmaktadır.

Her canlı organizma/ birey, biyolojik olarak içkin bir şekilde yaşamda kalmaya, sağlıklı olmaya yöneliktir. Bunun için normalde son derece donanımlıdır ve var olduğu andan itibaren organizmanın bütünlüğünün / fizyolojik işleyişinin (*homeostasis*) ortadan kalkmasına (hastalıklara, ölüme) karşı direnç gösterir, bununla mücadele eder ve mevcut potansiyelini aktüelleştirme çabasını taşır. Ancak insan yapısında programlı bir biçimde ölüm de kodlanmıştır ve bu, biyolojik bir hakikattir. Esasen bu direnç ve ortaya çıkan diyalektik yapı, bireyi daha sağlıklı kılan, geliştiren ve bir yönüyle de yaşamı ortaya çıkaran bir çabadır. Her insan bireyinde organizma,

kendisi için en iyi, en uygun / optimal olan dengeyi sağlama (*homeostasis*)⁵⁴ donanımına ve imkânlarına sahiptir. Birbirleriyle sürekli bağlantı içinde olan biyolojik, zihinsel - psikolojik ve sosyolojik düzlemlerde '*homeostasis*' sürekli bir şekilde işler. Bu dengeyi sürdürebilmek için hem doğuştan var olan güçlü bir donanım vardır hem de sonradan kazanılan, çok-aşamalı, çok-yönlü, hiyerarşik ve sürekli izlenen-denetlenen, gereksinimlere göre yenilenen, dinamik bir düzenekler / mekanizmalar bütünü / dizgesi mevcuttur ve bu dizgeler / mekanizmalar, kimyasal – termal – nöral vb. faktörlerden oluşmaktadır. Böylece, canlı organizmanın / insan bireyinin sağlıklı olması, vücuttaki sistemlerin yapısal ve işlevsel olarak yeterli, sağlam olması ve '*homeostasis*'in dinamik bir şekilde ve sürekli olarak işlemesiyle, vücutta bir iç dengenin sağlanması ve her türlü içsel ve dışarıdan gelen – çevresel uyarılara, değişikliklere uygun ayarlama ve uyum gösterebilmesiyle olanaklıdır.

Biyolojik bakımdan vücuttaki tüm organ, doku ve hücrelerin temel işlevlerinden biri, '*homeostasis*'in sürdürülebilmesi için hücre dışı (*ekstraselüler*) sıvı bileşimini sabit bir durumda tutmaktır. Vücutta daima hücrelerden organlara, her düzeyde yapının '*homeostasis*'te katkısı vardır. İnsan bedeninde '*homeostasis*' için gerekli sayısız kontrol mekanizması ve bağlantı bulunmaktadır. Örneğin tüm hücrelerde bulunan genetik kontrol sistemi, hücre içi sistemler kadar, hücre dışı işlevleri de kontrol etmektedir. Bunun yanında binlerce kontrol sistemi de organlar arasındaki etkileşimi düzenlemek üzere organlar içinde ya da tüm vücutta çalışmaktadır. Sinir sistemi, duyu sistemleri, endokrin sistem, immün sistem (bağışıklık sistemi), kalp ve damar/ dolaşım sistemi, solunum sistemi, kaslar-lokomotor/ hareketi sağlayan sistem, sindirim sistemi, metabolizma ve ısı düzenlemesi, boşaltım sistemi, üreme sistemi vb. bu mekanizma, bağlantı ve etkileşimlerin çalışmasıyla aşağıdaki düzenlemeler yapılabilmektedir:

- Hücrelerin yapım (*regeneration*) – yıkım (*apoptosis*) – işlevsel organizasyon düzenlemesi,

⁵⁴ Vücutta iç yapının sürekli olarak belirli optimal bir durumda olmasının sağlanması.

- Tüm hücreler ve yapı arasında haberleşme ağı ve düzenleyici mekanizmalar ve kontrol,
- Hücre dışı (*ekstraselüler*) sıvı taşıma ve düzenleme sistemi – Kan dolaşımı/ Kalp ve damar sistemi,
- Hücre dışı (*ekstraselüler*) sıvıdaki besinlerin – bileşenlerin kaynakları,
- Metabolik ve son ürünlerin uzaklaştırılması,
- Vücut işlevlerinin düzenlenmesi,
- Bedenin korunması, hareketin sağlanması,
- Üreme fonksiyonları vs. ile insan vücudunda biyolojik olarak işlevler gerçekleştirilir.

Bu sistemdeki yapıların anatomik – yapısal/ strüktürel sağlamlığı, yeterliliği ve yetkinliği ile birlikte fizyolojik olarak '*homeostasis*' in iyi çalışması sayesinde, bireyin biyo-psiko-sosyo-tinsel fizyolojisi ve fizyopatolojisi belirlenmektedir.

'*Homeostasis*' in sağlanması için çalışan kontrol mekanizmalarının pek çoğu 'negatif geribildirim' (= *negative feed-back*) ya da 'karşıt mekanizmaların diyalojik ilişkisi' (= antagonizma) ile çalışmaktadır. Bu mekanizma, yanıtı başlatan değişikliğe zıt yönde bir etkiye yol açan (normal aralığın dışına taşan değeri düzeltmeye yönelik) bir düzenleme sistemidir. Bu mekanizma, aslında son derece işlevseldir ve sadece somatik yapı ile sınırlı olmayıp günlük yaşamda da çok yaygındır. Fakat kaba bir mekanizma olup rafine bir durumu sağlamak için belki tek başına yeterli değildir ve beraberinde daha incelikli mekanizmaları da gerektirir. Bu işleyiş, organizmada son derece yoğun ve yaygın kullanılmaktadır. En basit bir işlevde bile farklı/karşıt/ antagonist yönlerde etki yapan mekanizmalar bulunmaktadır. Örneğin hücre dışı (*ekstraselüler*) sıvıda karbondioksit basıncının artışı, akciğerlerden solunumun artışına yol açmakta, bu da karbondioksit düzeyinin normale inmesini sağlamaktadır. Başka bir örnek verecek olursak: Kan glikozunun/ şekerinin regülasyonu, son derece yaşamsal/ *vital* bir işlev olup organizmada hem kan glikozunu düşüren hem de kan glikozunu yükselten çeşitli kademede mekanizmalarla, optimal kan glikoz düzeyi sağlanmakta ve glikoz metabolizması fonksiyonları normal olan bir bireyde kan glikoz

düzeyi (*glisemi*), sürekli olarak normal/ belirli bir aralıkta seyreder. Örneğin besin alındığında ve kan glikozu yükseldiğinde insülin uyarılır ve salgılanan insülin kan glikozunu düşürür. Ancak bununla birlikte glukagon vb. kimyasallar da kan glikozunu yükseltmek üzere harekete geçerler. Böylece aşırı miktarda glikoz alsanız da glisemi 180 mg/dl'nin üstüne çıkmaz ya da ciddi bir glikoz yoksunluğu olduğunda da organizmada glikoz oluşturularak ve/ ya da kana verilerek gliseminin, normal aralığın altına düşmesi engellenir. Bir başka örnek üzerinden söyleyecek olursak: Vücudun herhangi bir hareketi gerçekleştirmesi sırasında, o harekete özgül agonist (istenen yönde hareketi sağlayan) ve antagonist (karşıt hareketi sağlayan) kaslar vardır ve incelikli bir hareket, bu iki grup kasın uyumlu çalışmasıyla mümkün olmaktadır. Yani, vücutta karşıtların en uygun dengesi işleyişi daima sürdürülmektedir. Negatif geri bildirim (= *negative feed-back*) ya da '*antagonizma*'nın işlediği çok temel fonksiyonlara farklı örnekler olarak kandaki elektrolit ve sıvı bileşiminin ayarlanması, vücut sıvılarının PH'sının düzenlenmesi, vücut ısısının normal aralıkta tutulması vs. verilebilir. Aynı işleyişe daha komplike bir örnek olarak şunu gösterebiliriz: Aynı mekanizma, vücutta tümör (hapis/ *malign* ya da selim/ *benign* olabilir) oluşumunda da geçerlidir. Vücutta bir tarafta tümör yapan genler (*onkogeneler*) diğer yanda da tümörü baskılayan/ durduran genler (*tumor-supressor geneler*) vardır. Normalde insan organizmasında her gün binlerce tümör hücresi oluşmaktadır. Ancak bunlar, sağlıklı-dengeli ve kontrollü bir organizmada hastalık hâline geçemezler ve tümör oluşmaz. Hatta (bilhassa yaşlı insanların otopsilerinde görüldüğü üzere) küçük tümörler oluşsa bile bunların büyümesi baskılanabilmekte ve hastalık sınırlı kalarak ortaya çıkamamaktadır. Antagonist mekanizmalar ve sistem, organizmada yaygın bir biçimde çalışmaktadır. Organizmanın işleyişinde yaygın olarak gördüğümüz derecelenme ve katmanlaşma (çok-katmanlı olma durumu) da bu mekanizma dâhilindedir ve en basit bir işlevden çok karmaşık – birleşik işlevlere dek uzanır. Örneğin psişik – zihinsel yapı içindeki duygulanım, karar verme ve eyleme geçme süreçlerinde, bireyin varlık özellikleri, geçmiş deneyimleri, o anki bağlamı ve gelecek plânları gibi birçok farklı faktörün, farklı yönde ve derecedeki etkileri rol oynamaktadır. Diyelim ki kişi, bir şeyi hem sevebilir hem de nefret edebilir; bir şeyi hem isteyebilir hem de istemeyebilir. Hem eylemi gerçekleştirmeye iten hem de eylemden uzaklaştıran çeşitli faktörler beraberce etkin olabilir ve/ ya da bu duygu ve düşünceler farklı derecelerde,

katmanlarda, düzeylerde ve bağlamlarda bulunabilir. Bu işleyiş, -yaşamın doğası gereği kaotik olmasına koşut olarak- ilk bakışta belki bir karmaşa gibi görünse de aslında incelikli/ rafine bir durumu ve optimizasyonu yakalamaya yönelik şekilde düşünülmelidir ve bunun yanında esasen yaşamda bireyi ileriye taşıyan ve geliştirip güçlendiren durumlardan biri de sürekli bir mücadeleyi canlı tutan karmaşa, kaos, tam olarak bilinemezlik - öngörülemezlik, değişkenlik ve hareketlilik durumudur.

İnsan organizmasında antagonist mekanizmalar (ya da negatif geri bildirim) dışında ayrıca pek çok ayarlayıcı – düzenleyici mekanizma da işlev görmektedir. Örneğin, ileri doğru (= *adaptif*) kontrol sistemi (ya da bir anlamda gecikmiş bir negatif geribildirim), hareketin/ eylemin çok hızlı olduğu durumlarda ortaya çıkabilir. Vücutta nadiren pozitif geri bildirim (= *positive feed-back*) de görülebilir. Bu, vücut için yararlı olabileceği gibi (örneğin normal doğum sürecinde etkilidir) bazen vücut için zararlı da olabilir. Bu durumda sorun giderek daha da derinleşebilir ve düzeltilmesi için güçlü bir negatif geribildirim devreye girmesi gerekebilir. Pozitif geri bildirim (= *positive feed-back*), daha çok fizyopatolojik (hastalıklı) durumlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin kafa içinde basıncın arttığı durumlarda (KİBAS/ Kafa İçi Basıncı Artması Sendromu), beyne daha az kan gelmesine yol açan damarsal değişiklikler ve çeşitli mekanizmalar bir taraftan arteriyel hipertansiyon (atardamar kan basıncının artması) ve bradikardi (kalp atım sayısının azalması) gibi mekanizmalar ile durum düzeltilmeye çalışılır. Ancak bu durumda da beynin zaten azalmış olan kanlanması (ve buna bağlı olarak oksijenlenmesi vs.) daha da azalacaktır. Bir başka kontrol mekanizması ise kompensasyon mekanizmasıdır (koruyucu mekanizma) ve burada da her işlevin - özellikle vital/ yaşamsal olanlarının- sağlanabildiği geniş bir aralık bulunmaktadır. Örneğin hayati/ vital önemi olduğu için organizma, beyin kanlanmasını son derece sıkı bir şekilde kontrol altında tutmakta ve bunun için geniş bir yedek/ rezerv ayırmaktadır. Fizyolojik bir sorun olmadığında “beyin/ serebral kan akımı (SKA = cerebral blood flow/ CBF)” çok geniş bir “atardamar (arteriyel) kan basıncı” aralığında (60 – 180 mm Hg) değişiklik göstermez. Bir başka örnek üzerinden söyleyecek olursak: Beyne kan getiren atardamarlar (*arterler*) kafa içine dört atardamar (/iki tane *karotid* arter, iki tane *vertebral* arter) şeklinde girer ve aralarında kanallar kurup köprüleşerek birbirleriyle bağlantılı bir ortak sistem - çember (Willis poligonu’nu) oluştururlar. Eğer çok kısa

süre içinde gelişmediyse ve organizmanın buna uyum sağlayacak zamanı olduysa, atardamarlardan birinin/ birkaçının işlev yetersizliği ve tıkanması durumunda bile bu yapı, koruyucu / kompanse edici bir destek sağlamakta ve beynin kan akımı normal aralıkta sürdürülebilmektedir. Ayrıca beyne kan taşınması, pek çok başka mekanizmalarla da güvence altına alınmıştır: Beyin atardamarları, *Willis poligonu* dışında da aralarında bağlantılar yapar ve kafanın dışındaki atardamarlar (*arteria carotis externa*'nın dalları) ile de bağlantılıdır. Veya örneğin kafa içinde büyüyen bir tümör ya da kitle oluşturan başka bir yapı, apse, kanama vs. olduğunda, kafa içindeki kan ve beyin-omurilik sıvısı (BOS) gibi sıvılar, kafa içinden kafa dışına doğru yer değiştirerek (kafa içi içeriğinin hacmini azaltmak suretiyle) kafaiçi hacmini ve dolayısıyla basıncını normal aralıkta tutmaya çalışırlar. Sabit olan kafa içi hacminde, kafa içi yapıların toplam hacminin art(a)maması ve böylece kafa içi basıncının artmaması ve beyin dokusunu koruyabilmek için girişilen bu çaba, *Monro-Kellie* doktrini olarak anılmaktadır. Ancak bu koruyucu mekanizmanın iş görmesi de bir dereceye kadar mümkündür. Çünkü bu mekanizmaların da belirli bir kapasitesi vardır. Bir başka 'koruyucu mekanizma' örneğini de kanama üzerinden verebiliriz: Vücutta bir yerde kanama olduğunda hem kanda hem damar içinde hem de damar dışında gelişen, kanamayı durdurmaya yönelik bir dizi mekanizma ortaya çıkmaktadır. Örneğin büyük bir atardamarda bile, örneğin *abdominal aort anevrizmasının* yırtılması (*rüptür*) gibi majör bir durumda bile bu açılma/ yırtılma, organizmanın (pek çok kademesindeki farklı) koruyucu mekanizmaları ile durdurulabilir. Keza onarıcı mekanizmalar da benzer şekilde organizmada hasar gören yapıları onararak organizma için tehdit oluşturmalarını engellemektedir. Kendi kendine onarım mekanizması, hücre içinde toksinlere, yaşlılığa, sürekli bölünmeye, UV ışınlarına veya rastgele mutasyonlara bağlı olarak DNA'da ortaya çıkan bozulmalar için sürekli işler durumdadır. Bir başka ilginç mekanizma da vücutta çok geniş bir aralıkta (*endogene* ya da *exogene*) değişen koşullara uyum sağlama becerisi olarak adaptasyon özelliğidir. *Nöroplastisite, rejenerasyon, diferansiasyon, hiperplazi, hipertrofi* vb. durumlarda karşılaştığımız bu uyum sağlama becerisi, hem yaşamın sürdürülebilmesi hem de bireyin (ve belki sonraki kuşakların da) yetilerinin gelişmesi (türün gelişimi, evrilmesi) yönünden anlamlıdır. Kontrol-, düzenleme-, koruma-, düzeltme-, savaş- ve değişim mekanizmaları gibi mekanizmalar, belirtildiği üzere farklı şekillerde, her düzeyde

(hücre içi, hücre, doku, organ, sistem vb.) işlemektedir. Örneğin *histopatolojik* olarak (doku düzeyinde) yapıya zararlı bir etken ortaya çıktığında, meselâ bakteriyel *kontaminasyon*/ bulaşı olduğunda, hemen bu bakterilerin eliminasyonu ve/ ya da izolasyonu için çeşitli mekanizmalar devreye girmekte ve dokuda enfeksiyonun ortaya çıkması engellenmeye çalışılmaktadır. Kanlanması iyi olan bir dokuya, örneğin beyin dokusuna, mikroorganizmaların girmesi durumunda, bu koruyucu mekanizmalar nedeniyle genellikle enfeksiyon ortaya çıkamamaktadır. Beyin, vücut ağırlığının %2'si olmasına karşın kalbin pompaladığı kanın %20'sini alır, yani kanlanması son derece yüksektir (ayrıca beynin işlevlerine ve bölgelerine göre de kanlanmasında farklılıklar vardır). Dolayısıyla, beyin, koruyucu mekanizmalar bakımından son derece donanımlıdır.

Canlı organizmada / insan bireyinde, bütünü yaşamasının optimal koşullarda ve stabil olmasını sağlamak üzere, her birim, (molekül, hücre içi yapılar, hücre, doku, organ, sistem vb.) altındaki ve üstündeki yapılarla uyum, işlevsellik ve değişim (*genesis*) içindedir. Bu alt ve üst yapılarla iç içe ve sürekli etkileşim hâlinde olan her bir birim, doğuştan var olan belirlenmiş yapı içinde hep bu uyum ve işlevselliği sürdürür. Bu, aynı zamanda hem '*homeostasis*'in hem de oluşun bir parçasıdır. Bireyde/ insanda her bir yapının, organın, sistemin vs. oluş ve yok oluş (*regenerasyon & apoptosis*) döngüsü, yapının işlevi ile ilişkili olarak farklıdır. Yani her bir organdaki - sistemdeki hücrelerin yaşam süresi değişkenlik göstermektedir. Burada belki sinir sisteminin değişiminden, kapasitesinden (*nöroplastisite, beynin plastikliği, değişebilirliği*) söz etmek faydalı olabilir: Nöroplastisite, beynin, yeni durumlara daha iyi uyum sağlayabilmek ve yetilerini artırabilmek için değişebilme, yeniden yapılanabilme ve organize olabilme kapasitesini - potansiyelini tanımlar. Esasen nöroplastisite fizyolojik öğrenme sırasında ve/ ya da *travma, iskemi, baskı, infiltrasyon* gibi pek çok nedenle oluşabilen beyin yaralanması olayları sonrasında, nöral ağların en uygun biçimde işlevini gerçekleştirebilmesi amacıyla nörosinaptik organizasyonun yeniden şekillenebilme (*remodeling*) sürecidir. Kısa süreli-dönemde, orta süreli-dönemde ve uzun süreli-dönemde gerçekleşebilen bu süreç ya da mekanizma, fizyolojik ve patolojik her durumda, aralıksız bir biçimde devam etmektedir. Çünkü nöral ağ - yapı, sabit olmayıp yaşam boyunca gereksinimlere ve deneyimlere bağlı

olarak değişim – gelişim göstermektedir. Sinir sisteminde (*santral sinir sistemi* = *beyin ve omurilik* ile *periferik sinir sistemi* = *periferik sinirlerin tümü*) nöronlar (yaşamın erken dönemlerinde çok daha belirgin olmakla birlikte) yaşam boyunca yeni dallar (= *axonal sprouting*) vererek yeni sinapslar (nöronlar arası bağlantılar) ve yenilenmiş nöronal devreler (= *circuits*) oluşturabilme potansiyeline sahiptir. Herhangi bir pratiğin yapılması ile beyinde yeni devreler oluşurken, pratiğin bırakılması, oluşan devrenin kaybına neden olmaktadır: “*Use it or lose it*” prensibi. Nöroplastisite, gelişen beyinde (yani çocuklukta ve bilhassa ilk iki yılda en belirgin olmak üzere) en üst derecededir. Ancak erişkinde de öğrenme, soyut düşünme, yeni beceriler kazanma, hormonal etkiler, deneyimler vb. etkinliklerle uyarılarak devam etmektedir. Ayrıca yukarıda da belirtildiği gibi beyinde herhangi bir yaralanma/ hasar durumunda da yine beynin ilgili alanında/ fonksiyonunda yeniden düzenlenme ile iyileşme ortaya çıkabilmektedir. Nöroplastisitenin biyolojik zeminini anlamak için baktığımızda, memelilerin beyinde nöronlar arası bağlantılar başlıca iki temel kaynaktan oluştuğu görülür:

- (1) Moleküler yönelim: Bireyin moleküler varlık özellikleri.
- (2) Nöral aktivite: Sinir sisteminin stimülasyonu.

İnsan bireyinin tüm yaşamında ve işlevlerinde olduğu gibi, insanın en önemli ve belirleyici sistemi olan sinir sisteminin işlevinde ve organizasyonunda da (nöroplastisite/ beynin değişebilirliği), yaşamın yine sürekli bir oluş ile geliştiği görülmektedir. Yaşamın – canlılığın hep bir hareketi, atılımı, çabayı gerektirdiğini, hatta zorunlu kıldığını ve sağlıklı bireyin, farklı derecelerde de olsa, buna uygun bir donanımını görmekteyiz. Organizmanın yaşamda kalabilmesi ve olumlu anlamda değişim gösterebilmesi, ancak hareketlilik, farklı durumlar ile karşılaşma ve bunlarla mücadele ile gerçekleşebilmektedir. Bu değişimin hem düşünsel, hem eylemsel, hem de buna karşılık gelen biyolojik – fiziksel korelatları vardır.

Organizmada işleyen tüm bu kontrol mekanizmalarının kusursuz çalışabilmesi, hem (*fillo-onto*)genetik faktörler ile hem de kişinin yaşam biçimi ve yaşam deneyimleri (psikodinamik deneyimleri, kültürel ve fiziksel çevre vb.) ile ilişkilidir. Yani insanın,

yaşamının her ânında, biyopsişik yapısı içinde içsel (*endogene*), fiziksel ve kültürel çevre içindeki etkileşim ve ilişkilerinin belirleyici olduğu görülmektedir. Ve ilginç olarak insanın biyopsişik yapısı, (bir anlamda *filo-onto-genetik yapı*), oldukça yavaş bir şekilde de olsa, bireyde, bir değişim ve dönüşüm içindedir.

Vücutta milyonlarca basit elementer ya da karmaşık fonksiyon, birbirleriyle ilişkili bir biçimde ve aralıksız olarak kontrol mekanizmaları ile izlenmekte ve düzenlenmektedir. Böylece pek çok fonksiyonun sürekli esnekliği, ayarlanması ile organizmanın/ tüm bedeninin stabil ve optimal durumda kalması sağlanabilmektedir. ‘*Homeostasis*’ korunduğu sürece organizmadaki tüm hücreler, yaşamaya ve uygun biçimde fonksiyon görmeye devam ederler. Her hücre ‘*homeostasis*’ten yararlanır ve ‘*homeostasis*’i korumak için katkıda bulunur. Bu karşılıklı rol, bir ya da daha fazla sayıda sistem, ortak fonksiyona katkı sunma yeteneğini kaybedinceye dek sürekli bir otomatiklik sağlar. Son derece kapsamlı, pek çok mekanizmayı içeren bir sistem – işleyiş olan ‘*homeostasis*’in işlevselliği, organizmada sağlığın sürdürülebilmesi ve dengenin korunabilmesi için şarttır. ‘*Homeostasis*’ çalıştığı sürece organizma içindeki sorunların üstesinden gelir ve denge, istenen yönde kurulur. Ancak organizmada ‘*homeostasis*’i de kontrol eden bir yapı bulunmaktadır. Bu anlamda, ‘*homeostasis*’te herhangi bir fonksiyon kaybı ortaya çıktığında bedendeki tüm hücreler sorun yaşar. Örneğin solunumun ya da dolaşımın herhangi bir şekilde etkilendiği ve kandaki oksijen değerinin düştüğü durumda, vücuttaki tüm hücre ve dokular zarar görecektir; özellikle de beyin fonksiyonları bozulacaktır. Sorunun/ patolojinin ne olduğuna, hiyerarşik olarak sistemin hangi basamağında olduğuna, süresine ve derecesine göre değişmek kaydıyla, büyük bir fonksiyon kaybı ölümle sonuçlanabilirken daha hafif fonksiyon bozuklukları, çeşitli işlev bozukluklarına ve hastalıklara yol açabilmektedir. Ayrıca sorunun hangi fonksiyonu içerdiği, sonucun ne sürede ortaya çıkacağını da belirlemektedir. Örneğin beyin kanlanmadığında 3-5 dakika içinde *iskemik enfarktüs* (doku ölümü) ortaya çıkarken böbrek hücreleri bu durumu bir saate kadar tolere edebilmektedir. Veya kalbin pompa fonksiyonunu bozan bir durumda (*kardiyak arrest* vs.), başta beyin olmak üzere dokuların kansız kalması sonucu, kısa sürede ölüm ortaya çıkarken karaciğerin büyük bir bölümünün çalışmaması ya da kaybı, tolere edilebilmekte ve karaciğer hücreleri kısa sürede yenilenebilmektedir *Transplantasyon*

cerrahisinde, organın/ dokunun kanlanma olmadan ne kadar süre canlılığını koruyabildiği konusu, çok önemlidir ve bu süreyi uzatmak için içeriği ve ısısı tanımlanmış özel solüsyonlar kullanılıp uygun şartlar oluşturularak nakli yapılacak organın daha uzun süre hayatini/ canlılığını koruması sağlanabilir. Örneğin uygun şartlarda böbrekler 24 saate, kalp ise 4 saate kadar canlılığını koruyabilir. Ya da bazı organların tümünden yokluğu bile organizmada büyük bir işlevsel etki olmaksızın tolere edilebilmektedir: Örneğin dalak ya da safra kesesinin alınması, vücutta ciddi bir sorun oluşturmamaktadır.

Vücudun temel yapıtaşları olan hücrelerin %75-80'ini sıvılar oluşturmaktadır. Bir hücre *ekstraselüler* ve *intraselüler* sıvıları ayıran '*plazma membranı*' denen bir yapı ile çevrili olup içinde, çeşitli organelleri ve yapıları barındırmaktadır. Bu organel ve yapıların her biri özgül olarak tanımlanmış fonksiyonlara sahip olan *plazma membranı*, *hücre çekirdeği/ nucleus*, *mitokondriler*, *endoplazmik retikulumlar*, *golgi aygıtı*, *lizozomlar* gibi yapılardır. Hücrenin içinde yer alan çekirdek (*nucleus*), 22 çift otozomal ve bir çift cinsiyete bağlı / seks kromozomlarını taşıyan hücre genomunu içermektedir. Kromozomlar, genleri (DNA) ve beraberindeki proteinleri (*histonlar* vs.) taşıyan, organizasyon düzeyi son derece yüksek yapılardır. Burada kilit yapılardan biri olan *enzimatik aparat/ aygıt/ makine* de yine çekirdeğin içinde yer almakta ve hasar gören DNA'yı onarmaktadır. Genler ve düzenleyici mekanizmalar (*epigenetik faktörler* vs.), yalnızca hücrenin büyüme niteliklerini değil, aynı zamanda hücrenin yeni hücreler oluşturmak üzere bölünüp bölünmeyeceğini ve ne zaman bölüneceğini de belirlemektedir. Bu yolla genetik sistem, tek hücreli döllenmiş yumurtadan tüm bir bedene kadar gelişmenin her aşamasını kontrol etmektedir. Hücrelerin belirli bir döngüsü (*hücre siklusu*) vardır. Her hücre, belli bir düzen içinde '*mitosis*' (*mitotik çoğalma/ bölünme*) ile çoğalır ve normalde programlı hücre ölümü (*apoptosis*) ile ölür. Böylece bir taraftan 'yenilenme' diğer taraftan da hücre ölümü ile dokularda sürekli bir devrim vardır. Yani aslında Herakleitos'un dediği gibi "Her şey akar (*Panta rhei*)"⁵⁵ ve doğanın içinde, bizzat doğanın bir parçası olan ve varlık sistemleri/ ya da

⁵⁵ Ayrıca bkz. Sassi, Maria M., "Herakleitos ve Empedokles," *Felsefe Tarihi I Antik Yunan*, Editör: Umberto Eco, Çeviren: Leyla Tonguç Basmacı, 1. Basım, 2020, Alfa, İstanbul.

halkaları içinde belli bir segmenti barındırarak kendi bütünlüğünü oluşturan insan tikeline göre gördüğümüz akış, bir olaylar zinciri, etkileşimler, oluş-yok oluş, bozuluş-yenilenme vs. ortaya çıkarmaktadır. Benzer şekilde hücrelerin işlevsel dağılımı da programlanmıştır: Hücreler, aşamalı olarak kök-hücreden farklılaşırlar ve bu farklılaşma süreci de yine belli bir düzen içinde ve genetik olarak, belli genlerin etkinleşmesi ve diğer bazılarının baskılanmasıyla gerçekleşir. Bu farklılaşma süreci ile vücutta farklı tip hücrelerin farklı işlevleri üstlenebilmesi gerçekleşir.

Mükemmellik, organizmada, yalnızca parçaların ayrı ayrı her birinin mükemmel olmasında değil ayrıca belli ilkeler ve işlevler doğrultusunda bu parçaların bir arada uyumlu ve dengeli bir bütünlük oluşturmaktadır. Zaten organizmanın biyolojik olarak devamlılığı da sayısız parçanın birlikte olması ve bir bütünlüğü olmasıyla, yani eşgüdümlemlikle sağlanabilmektedir. Yukarıda belirtilenler ve benzeri pek çok kontrol mekanizmasının işlerliği ile organizma içinde hücre içi yapılardan sistemlere değin her kademede sürekli işleyen yoğun bir faaliyet ile aslında canlı birey ve yapıların, zaman içinde değişim göstermesi, esnekliği, plastisitesi, uyumu, yenilenmesi, sağlamlığı, *nöroplastisite*, *rejenerasyon*, *diferansiasyon* vb. dinamizmi ve en uygun/ optimal koşullarda ‘yaşamı sürdürmesi’ sağlanmış olur. Bu işleyiş, organizmada pek çok yapının (moleküler düzeyden hücrelere değin çoğul yapının ve faktörün) belirli bir organizasyon içinde hiyerarşik ve çok-katmanlı, çok-kompartımanlı, çoğul-kontrollü, son derece karmaşık bir organizasyon yapısı içinde, birbirleriyle çok-katlı ağ oluşturarak etkili olması ve ‘*vitalite*’nin – yaşamın, çok sağlam ve katı bir biçimde güvence altına alınmış olması demektir. Sürekli bir değişim (*genesis*), programlı hücre ölümü (*apoptosis*) - rejenerasyon/ yenilenme, akış, etkileşim – iç içelik, süreklilik, geçiş, olanak / potansiyel (*dunamis*) - etkinlik (*energeia/entelecheia*), oluş – bozuluş vb. ölüm ile süregiden biyolojik yapının (/insan bireyinin) her an değişen – dötüşen bir özellik ile denge ya da dengesizlik durumunda bir bütünlüğü ve bu bütünlüğün de doğal bir sonu vardır. İnsan vücudunda trilyonlarca hücrenin (ve her bir hücre içindeki karmaşık yapının) birbirleriyle son derece karmaşık etkileşimi ile oluşan bütünlük içinde, –bütünsel ilişkiler ağının bağlamına göre– bazen çok ağır sorunların üstesinden gelebilirken (vücudun mücadele kapasitesi, direngenliği, ‘*homeostasis*’ vs.) bazen de çok basit bir sorun/ bozukluk, zincirleme bir

reaksiyon ile çok ağır ve ciddi hastalıklara ve hatta ölüme yol açabilmektedir. İnsan bazen çok katı ve ağır koşullar ile mücadele edebilirken bazen de yaşam, âdeta bir pamuk ipliğine bağlanmış gibidir. Bu, hekimlik pratiğinde çok gözlemlediğimiz bir olgudur. Özellikle çocuk yaşta bedenin çok iyi çalışan bir uyum, yenilenme, onarım, ve *homeostasis* kapasitesi vardır. Fakat yaşlı bireylerde ya da (örneğin bağışıklık sisteminin yetersizliği, dolaşım yetersizliği vb.) temel – kronik – sistemik bir sağlık sorununun olduğu bireylerde, çok basit bir patoloji, bozukluk zaten hassas bir dengede giden yapıyı bozarak ağır sonuçlara, hatta belki ölüme yol açabilmektedir.⁵⁶

Yukarıda genel hatlarıyla anlatılan ilkeler ve işleyiş / sistem, insanın en temelde yer alan biyolojik yönünü ve vitalite (yaşamda kalabilme / yaşamı sürdürebilme) durumunu sergilemektedir. Oysa insan, sadece biyolojik yönüyle değil, biyo-psiko-sosyo-tinsel-kültürel ve tarihi bir varlık olması nedeniyle “kendini açığa çıkarmaya yönelmişlik” içinde ‘ilerleyici’ hareket etmektedir. Bu yönelmişlik, sürekli bir açılım içinde sürüp gitmekte; insanın yaşam boyunca hiç bitmeyen tamamlanmamışlığı (daima biyo-psiko-sosyo-tinsel bir oluş içinde olması), sürekli yeni açılımlarla devam etmektedir. İnsanın, hem biyolojik olarak yaşamı sürdürmeye yönelmesi hem de “kendini açığa çıkarmaya yönelmişlik” (ilerleyicilik) ile hareket etmesi ve ancak bu koşullarda insanlaşabilmesi, onun yaşama daha da bağlanmasını - *vitalitenin* güçlenmesini ve insanın bireysel ve türsel olanaklarının açılarak devam etmesini, bitmemesini sağlamaktadır.

Canlı organizmada her ân sürekli bir değişim – dönüşüm ve denge/ dengesizlik olup bitmekte ve yenilenmekte, ancak bu değişim belirli (bilimsel) yasalara göre işlemektedir. İnsan bireyinin bu akışı/ yaşamı içinde, esasen filo-onto-genetik yapıda da değişim söz konusu olmakta ve insan türü için evrim, çok yavaş bir şekilde sürmektedir. Böylece insan tekili, türüne bu yönde de bir etki/ katkı yapmış olmaktadır. Tikeldeki/ bireydeki her bir özellik ve değişiklik tümele/ insan türüne ve yaşama – oluşa etki yapmaktadır.

⁵⁶ Ayrıca bkz. Splittgerber, R., Snell, Richard S, “**Snell's Clinical Neuroanatomy**,” Philadelphia : Wolters Kluwer, 2019. & Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong's Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019. & Kumar, V., Abbas, A., Aster, Jon C., “**Robbins BASIC PATHOLOGY**,” TENTH EDITION, Elsevier, 2018.

Yukarıda ana çizgileriyle verilmiş olan insan yapısı (her biri son derece karmaşık bir yapı olan trilyonlarca hücrenin hiyerarşik bir düzende, kendi aralarında her basamakta birçok kontrol mekanizması ise donandığı ve hem kendi iç yapısıyla, hem de çevresiyle sürekli etkileşim hâlinde olduğu bir organizma içinde) sürekli değişmektedir. Bu değişen mekanizmalardaki aksamalar pek çok farklı sağlık – hastalık etkileşimlerine, farklı denge durumlarına yol açabilmektedir. Bu temel bilimsel ve kavramsal yapının bilinmesiyle, hekimlikte sağlıklılık durumunun değerlendirilmesi ve hastalık tanısının konması ya da yine bu mekanizmalar üzerinden gidilerek çeşitli girişim ve tedaviler yapılması mümkün olmaktadır. Esasen, canlı organizmalarda; -konumuz itibarıyla insan bireyinde- bu sayısız faktörlü, çok bileşenli yapı içinde sürekli bir değişim, akış, geçiş, derecelenme olması durumu, insanda sağlık ve hastalığın ontolojik tanımını da belirlemektedir. Nitekim hastalıklar tarafından bakarsak çoğu hastalık için geçerli olan veya sağlıklılık durumundan bakarsak da sağlık ve hastalık ayrımı açısından söz konusu olan, nitelik ve nicelik olarak bir derece farklılığıdır. Yaygın bir biçimde anlaşıldığı gibi, ‘sağlık’ ve ‘hastalık’ durumları, birbirinin karşısı değildir. Aksine birbirlerini tamamlayan ve var olabilmek için birbirini gerektiren kavramlardır. Belki de Susan Sontag’ın da belirttiği gibi, *“Hastalık, yaşamın gece tarafıdır.”* Sağlık ve sağ olmanın karşısı ise ölümdür / ölü olma. Bu ayrımların ötesinde, esasen günümüz tıbbının bilimsel ve teknolojik olarak geldiği noktada, âdeta yaşam ve ölümün planlanabilmesi imkânı oluşmaktadır. Kök hücre hücre tedavileri, doku bankaları – doku mühendisliği – doku ya da organ dondurulması, sperm bankası, kordon kanı bankası vb. uygulamalarla gelinen bilimsel noktada, felsefi – etik değerlendirme ve temellendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

İnsan organizması ile ilgili üstteki bu çok temel ve kısa bilgi, hekimlik praksisinin felsefi temellerini düşünürken, tıp ve felsefe arasında köprüler kurmamıza yardımcı olacaktır. İnsan organizmasını ele aldığımızda, insan türünün milyarlarca yıllık gen havuzunda oluşan filogenetik yapı (insan türünün ortak gen havuzu) içinde bireye özgü bir filo-onto-genetik yapı ile doğan insan tikeli, biyo-psiko-sosyo-tinsel yapısı gereği, yaşam içindeki her tür fiziksel ve kültürel uyaranla (çevresiyle) etkileşim hâlinindedir. Bu etkileşim örgüsü, insanın zaman içinde kendisini sürekli olarak yeniden oluşturmasıdır. Burada doğrusal zamanın ötesinde ve bireyin kendine özgül olan bir

zaman da düşünölmelidir. Çünkü tıpkı doğadaki döngüsellik ve zamansallık gibi her bireyde de biyolojik olarak işleyen bir zaman, ritim ve döngü vardır. Bu demektir ki, insanın herhangi bir ândaki duygu ve düşünce durumlarına bakarak bunları mutlaklaştırmak, sanki hep böyle olacaktı gibi öngörmek de insanın değışim özelliğı ve biyolojik zamansallığı ile uyuşmaz ve yanıltıcı olabilir. Bu da, insan ve toplum bilimlerinde biyolojiyi dikkate almak gerektiğini göstermektedir. Belki bu yaklaşımın, insanın ve yaşamın dinamizmini, değışimini ve aynı zamanda kırılganlığını gösteriyor olması gerekir.

Yukarıda, insanın temel anatomofizyolojisindeki belirleyici özelliklerine genel bir kavrayışla değinmeye çalıştık. Bunların belli başlı olanlarını ana başlıklar altında sıralayacak olursak, organizmanın yaşamını en iyi koşullarda sürdürebilmek için gösterdiği çabanın bir göstergesi olarak şunlar karşımıza çıkmaktadır:

- Kendi içinde bütönlük,
- Organizasyon,
- *Homeostasis*, gereksinimlere göre hareket edebilme/ adaptasyon,
- Metabolizma, *endogene* ve *exogene* etkileşim, sürekli hareketlilik,
- Değışkenlik, esneklik, uyum sağlama gücü,
- Yenilenebilme/ Onarma,
- Birikme ve eksilme; sürekli değışim ve dönüşüm; gelişme/ oluş ve bozulma/ *dejenerasyon*,
- Yaşamda kalabilme (*existence*) ve sürekli ileriye atılım/ yönelmişlik ile ilerleyici gücün (*being*) birlikte aktif olması,
- Üreme ve türün devamlılığı vs.

Esasen, potansiyel yetilerle donatılmış bir olanaklar varlığı olarak insan, yaşamdaki “oluş” içinde bu olanakları belli derecelerde ortaya çıkarabilmekte, bunların farkına bile varamayarak onları gerçekleştirememekte ya da buna fırsat bulamayabilmektedir. Keza kimi zaman bu olanaklar baskılanabilirken, kimi zaman uygun koşullar yakalanabilir, kimi zaman yapıcı - üstün yetiler dönüştürölerek yıkıcı

tarafa yönelebilir vs. Ama herhalde insan bireyinin insanlaşabilmesi, varlık yapısı ile birlikte yaşam koşulları ve yaşam deneyimleri ile de ilintili olmalıdır. Akla gelebilecek her şey insan yaşamında ortaya çıkabilir: İnsan harika sanat eserleri üretebilir, bilim ve teknolojiye tüm yaşamı kuşatıcı ve insanlığın mutluluğunu sağlayacak gelişmelere imza atabilir, felsefe ve sosyal bilimlerde paradigmaları değiştirebilir, son derece akılcı, mantıklı, yardımsever, sevgi dolu vs. olabilir. Ancak karşıt biçimde bir başka insan tikelini öldürebilir, çalabilir, dinmeyen bir öfke ve yıkım içinde de olabilir... İnsanın kendini ifade edebilmesinin ve gerçekleştirebilmesinin en iyi ve kapsamlı yolu olarak felsefe, bilim, sanat ve yüksek nöropsikokognitif çabalarıdır. Bunların her biri, yaşamı – doğayı – insanı anlamının farklı yollarını sunarak birbirlerini tamamlayan alanlardır. Yani bu ifade ve etkinlik alanları, birbirleriyle yakın ilişki içindeymiş gibi görünmekte, kendi aralarındaki kuvvetli etkileşim ağını sürdürmektedir. Elbette insanın kendini bu çabalar üzerinden gerçekleştirmeye çalışmasının izdüşümü, hayata da yansımaktadır. Oluş içinde yegâne olan ve bunu da düşünüp bilen, sezen ve arzulayan bireyin (*homo sapiens sapiens*) yaşamasının, ne zaman ve nasıl karşılaşacağını bilmediği ancak bir gün mutlaka karşılaşacağına emin olduğu ölüm olayı karşısındaki durumu ise bireyin öznelliği çerçevesinde trajiktir. Bu yazgının, bilinçli ya da bilinçsiz şekilde insan yaşaması, duygu ve düşünce dünyası, eylemleri üzerindeki etkisi derin olmalıdır. Trajik insan, yaşamın içindedir ve yaşam ile sürekli bir mücadele içindedir. İnsan, yapısı itibarıyla hep eksik kalmaya mahkûmdur ve aslında onu harekete geçiren de muhtemelen bu tuhaf paradoksal konumudur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

TIP PRAKSİSİNİN ONTOLOJİK, EPİSTEMOLOJİK VE MANTIKSAL TEMELLENDİRİLMESİ

Hekimlik uygulamalarının güncel ve gelecekte olası soru ve sorunları, felsefede mantık, etik, ontoloji, epistemoloji ve fenomenoloji gibi alanlarda son derece geniş ve çeşitli tartışma alanlarını açsa da, bu tartışma yumağında temel ve odak noktayı oluşturan, “hekimlik uygulamalarının temel kavramları olan sağlığın ve hastalığın ontolojisi”ni “tüm insanî yapısı ve özellikleri kapsamında hasta birey’in ne’liği – mahiyeti” içinde kavramak uygun olacaktır. Çünkü hekimlik uygulamalarının – insan sağlığının ve hastalığının ontolojisi konusu büyük/ ana kümeyi oluşturmakta ve içinde pek çok küme ve küme gruplarını barındırmaktadır. Hekimlik uygulamalarında sağlık ve hastalık ile birlikte hastalığın ontolojisinin tasviri, diğer tüm soru ve sorunların çözümünde belirleyici/ temellendirici – kurucu işlev görecektir; böylece, pek çok felsefî tartışma alanı bu temel üzerinde yükselecek ve inşa olacaktır.

İnsanın temel özelliklerinden biri, bilgi edinmek ve bilgi ile hareket etmektir. Tıbbın, binlerce yıldır süregelen serüveninde, farklı dönemlerde farklı bir tıp modeli/ paradigması hâkim olmuştur: Kimi dönem doğaüstü güçler (ya da doğa ile örtük mücadele) üzerinden sağlık ve hastalığı yorumlama ve döneme uygun bir tavır – tutum geliştirme; kimi dönem, hümanistik bir iletişim ve etkileşim; kimi dönem pratik yaranı gözlemlenip deneyimlenmiş bazı girişimlerin – tedavilerin uygulanması ve nihayetinde -özellikle 19. yüzyılın sonundan bu yana- son yüz - yüz elli yıldır bilimsel ve teknolojik tıbbın domine etmesiyle şekillenen bir süreç izlenmektedir. Yine de, dönemine göre her bir uygulama tarzı tümüyle ortadan kalkmamış ve değişim ve dönüşüm ile birlikte, belki biçim değiştirerek sonraki uygulama tarzına eklemlenip süregelmiştir. Dolayısıyla, günümüzde hekimlik praksişi her ne kadar çok ileri bilimsel ve teknolojik temelde gerçekleştiriliyor olsa da, tarihsel geçmişi içinde deneyimlenen tüm hekimlik uygulama tarz ve anlayışları katmanlaşmış bir biçimde süregitmektedir.

Kendi içinde de pek çok sistemi ve yapıyı barındıran insan tikeli, biyolojik, fiziksel, sosyal ve kültürel dünya içinde sürekli bir hareket, mücadele, etkileşim, değişim ve dönüşüm içindedir. Hekimlik praksişi, en genel tanımı ve anlamıyla, insanın işte bu doğal (ve kültürel) seyrinde “kendi türü/ insanı” ve ön planda “içinde bulunulan an/ zaman” için anlama/ bilme - değerlendirme (tanı koyma, diyagnostik yönelim) ve buna çeşitli saiklerle ve yöntemlerle müdahale etmedir. Hekimlik uygulamaları/ praksişi insanın hastalıklardan korunma yollarını bulmak – göstermek (önleyici/ preventif tıp), mevcut/ hâlihazırdaki hastalıklarını tedavi etmek ve sağlıklı olmasını sağlamak (tedavi edici/ terapötik tıp), hayat kalitesini yükseltmek ve yaşam süresini uzatmak için [*salutogenesis* (= salutogenez); sağlığı geliştirici tıp] çalışmaktır. Bu noktada ortaya çıkabilecek belki ilk felsefi soru “bu müdahaleye hakkımızın olup olmadığı” sorusu ve sorunudur. Yine bu sorunun doğurduğu ve belki daha doğru bir yaklaşıma sahip bir başka soru da bunun karşısına hakkımızın olup olmadığıdır. Eğer müdahale hakkımız varsa, ikinci felsefi soru “bu müdahale hakkımızın koşullarının ve sınırlarının olup olmadığı, varsa ne olduğu, bu koşulların ve sınırların hangi temelde kurulacağı” sorusudur [ki bu, hekimliğin etik çerçevesidir ve bu tezde etik alan konu edilmeyecektir; çünkü tıp felsefesinde etik alan, esasen (birbirinden ayrılması mümkün olmayan) sağlık ve hastalığın ontolojisi, epistemolojisi ve bu süreçteki düşünme mantığının sistematik yapısı üzerine kurulacaktır.] Bu anlamda, tıp felsefesinin etik alanı, bir sonraki aşamanın konusu olacaktır. Üçüncü soru ise temelde felsefi bir soru olmasının yanı sıra, bilimsel ve diğer unsurları da kendinde içermektedir ki, bu da “insanı anlama/ bilme ve ona müdahale/ yardım etmenin koşulları, imkânları ve yöntemlerinin ne olduğu ve bu kapsamda merkezi sorun olarak sağlık ve hastalığın mahiyetinin ne olduğu sorusudur. Çalışmamızda bu soru ve sorunlar, felsefi ve bilimsel literatürün farklı bakış açılarıyla irdelenecek, bu farklı disiplinler (aslında birbirine içkin felsefe ve tıp disiplinlerinin) nezdinde arada köprü kurulmaya ya da bu iki disiplin birlikte ele alınmaya ve ayrıca kendi düşüncelerimizle temellendirilmeye çalışılacaktır.

Şöyle düşünelim: “**Sağlık ve hastalık nedir?**” diye bir soru sorduğumuzda, böylesine hayâti ve yaşamımızın her anında var olan (sağlığı düşündüğümüzde, var olması hayattaki her şey için ön koşul oluşturan ya da hastalığı düşündüğümüzde

yaşam kalitemizi düşüren ve hatta yaşamımızı tehdit eden) bir kavramın mahiyetini açıklamak çok kolay olmayacaktır. Çünkü sağlığın ve hastalığın tanımını yapmak/ne'liğini tartışabilmek, ortaya koyabilmek için önce insan'ın (ve hayat'ın, hasta birey'in...) ne'liğini ortaya koyabilmek gerekir; bu ise, -her ne kadar nesnel bir zeminde ele alınsa da yine- zamana göre, topluma – kültürel yapıya göre, bilimsel ve teknolojik düzeye göre, inançlara göre, düşünce akımlarına göre, kozmolojiye ve paradigmaya göre, ekonomi ve politik yapılanmaya göre ve hatta insandan insana ve aynı bireyde zamana göre değişen bir kavramdır. Ayrıca insana içkin olan temel bir özellik de değişim-değişkenlik/ kararsız olma hâlidir. Yine de, felsefî bir tarzda şüpheli bir yaklaşımla sorgulamak, sorular sormak, insana dair pek çok özelliği ortaya koymak, araştırmak, karşılaştırmak, eleştirmek, tanımlamalar yapmak, kavramlaştırmak, ilkeler koymak, sistemleştirmek, sürekli olarak bu kavramları gözden geçirerek kavramların tutarlılığını sınamak ve böylece tümel olarak insanın mahiyetini tanımlayarak onu ilke hâline getirmek ve görelilikten kurtarmak, yâni kavramsallaştırmak (ama tür içindeki her bir tikelin özdeşlikleri dışında tikele özgü farklılıklarını koruyarak) ve bu temelde insan kavramının üzerine kurulacak bilimsel bilgidен ve felsefî bir gerekçelendirmeden hareketle “insan'ın ne'liği, hasta insan, sağlık, sağlıklılık-sağlıksızlık, sağlık durumu, hastalık, hekimlik, hekimlik praksişi vb.” kavramlar ve bu kavramlar ile ilişkili kavramlar ortaya konabilir. Peki insana dair ne bilebiliriz?

Genel olarak insanın, insana dair bilincinin tarihsel süregelen içinde inançlara, doğa koşullarına, bilim ve teknolojiye kaydedilen ilerlemelere, yaşama biçimine, toplumsal değer yargılarına vb. dayalı bir tarihsellikte geliştiğini ve tüm bu unsurlarla iç içe değerlendirilmesi gerektiğini söyleyebiliriz. Nitekim Antik Yunan felsefesinde yerleşik mitolojik gelenek nedeniyle Tanrı'ların bile insan formunda olmasından ötürü “insan” mefhumu yüceltilmiş ve inanç sisteminin ahiret odaklı bir dinden ziyade antropomorfist bir politeizme dayalı olması nedeniyle bu dünya odaklı bir yaşayış hâkimiyetini sürdürmüştür. Dolayısıyla da insanlar bu dünyadaki yaşantılarını önemsemiş ve sağlık hususunda da kadere değil, çözüm odaklı olmuştur. Bütün Antik dönem uygarlıklarında, henüz bilimsel tıbbın gelişmemiş olması nedeniyle tıp disiplininin, metafizik ve mistik güçlerle iç içe olduğu gözlenmektedir. Öyle ki şifâ

bulmak isteyenler, doğüstü güçleri olduğuna inanılan tanrılara veya kâhinlere başvurmakta ve şikâyetlerine şifâ aramaktadır. Nitekim tıbbın ve sağlığın tanrısı olarak bilinen Asklepios da bunun en güzel örneklerinden biridir. Tanrılar dışında bu dönem bilici kadınlarının ve kâhinlerinin de bu işe soyunduğu ve bitkisel yolların yanı sıra büyü vb. batıl inançlarla hastaları iyileştirmeyi denedikleri bilinmektedir. Örneğin Delphi tapınağında oturup geçmiş ve gelecek hakkında kehanette bulunan bilici kadınların, o dönem şifâ dağıttığına inanılmıştır. Bu örneklerden de anlaşılacağı üzere, hastalıklara çözüm arama girişimi, zamanla -deneyimlerin yararını gösterdiği, inanılan kişilerin söylediği ya da öyle bir ilişkinin kurulduğu- kehânetle, gizemle, müzikle, sportif egzersizlerle, bitkisel diyetlerle vb. insanı etkileyen her türlü uygulama – inanış – kişi – yapı – gibi biçimlere evrilmiş ve nihayetinde bilimsel tıbbın başlamasıyla, gelişimiyle tüm hastalıkların, defalarca sınanmış vak’alar üzerinden yapılan genellemeler (empirik veriler), deneyler, bilimsel düşünceler uyarınca bilimsel metotlarla teşhis ve tedavisi yolu açılmıştır. Dolayısıyla hekimlik uygulaması, mitoslardan büyüye, inanca, duyguya, bilime, teknolojiye ve hatta öngörü sahibi olmak bakımından biraz da hayallere evrilen bir paradigma üzerinde, insanın tüm duygu, düşünce ve kültür dünyasına paralel bir gelişim seyri izlemiştir. Ve öyle görünmektedir ki bu unsurlar hekimlikte, -değişen oranlarda, formlarda, yapılarda ve etkileşimlerde- halen bulunmaktadır ve galiba hep yer alacaktır.

Orta Çağ’a gelindiğinde ise her şeye egemen olan inanç unsurunun Batı Hristiyan Kilisesi tarafından yer yer suistimal edildiği ve halkın samimi inanç ve duygularının, kilisenin menfaatleri doğrultusunda kullanılması nedeniyle bu dönemin “Karanlık Dönem” olarak adlandırıldığına tanıklık etmekteyiz. Skolastik felsefenin hâkim olduğu bu dönemin insan profili, bu dünyayı ve bu dünyadaki yaşayışı Antik Çağ insanı kadar önemsememekte, bilâkis bu dünyadaki hayatını, âhîret hayatı için bir basamak olarak görmektedir. Dolayısıyla her çağın kendine has bir dinamiği olup insanın kendi insan kimliğine dair bilinci de bu paradigma doğrultusunda şekillenmektedir. Yalnızca insanın *ne’liği* açısından değil, ayrıca insanların kendi hayatlarına verdikleri önem ve bu dünyadaki yaşayışlarında (sağlık ve hastalık sorunları vb. durumlarda da) nasıl bir sağduyu ile hareket ettikleri açısından da söz konusu hususlar belirleyici olmaktadır. Nitekim Rönesans sonrası dönemde Orta

Çağ'ın metafizik ve mistik unsurlara meyilli âhiret hayatı odaklı yaşama biçimi terk edilerek daha hümanist ve seküler bir yaşam biçimine geçilmiştir. Bu dönemi takip eden yüzyıllarda ise bilimsel ve teknolojik gelişmelerde vuku bulan ilerlemelerin etkisiyle insanların nesnellik ve bilimsellik konusundaki düşünceleri değişmiş; sınanabilir – tekrarlanabilir ve ispatlanabilir olma özelliği göstermeyen mâlûmatlar, kesin bir “**bilgi**” vermedikleri gerekçesiyle elemeye tâbi tutularak her şeyiyle nesnelci, kantitatif ve doğalcı (natüralist) bir bilim anlayışı yerleşmiştir. Bunun bir getirisi olarak tıp bilimi de tüm alternatif tıp teşekküllerinden arındırılarak felsefî, sosyolojik, psikolojik, antropolojik, etik ve mantıksal dayanakları üzerinde, kendi nesnel ve bilimsel zeminini kurmuştur.

İnsan her zaman kendi üzerine düşünmüş, çağının kavrayış ve anlayışı içinde büyük hayat sorularına yanıtlar aramıştır. Binlerce yıl öncesinden seslenen Sophokles'in insana dair sözlerine dikkat kesilelim:⁵⁷

“1.Stasimon (332-375)

Hayran kalınacak çok şey varsa da
en hayran kalınacak varlık insandır.
Derin ve kabarık dalgaların
arasından süzülerek
güney rüzgârlarıyla
köpüren deryaları aşar.
Yıllar yılı ileri geri sürerek
atların çektiği kara sabanını,
tanrıların anası, yıpranmaz
ve yorulmaz Gea'yı dize getirir.
Sık örülmüş ağlarıyla
gökyüzünde bilinçsizce
süzülen kuş sürülerini,
vahşi hayvan milletini,
denizin envai

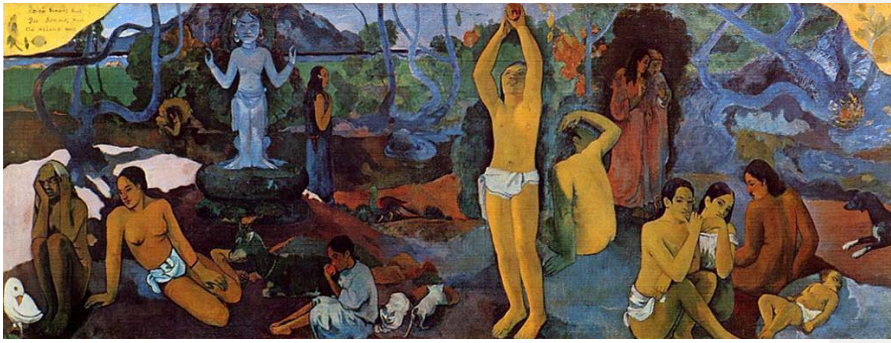
⁵⁷ Sophokles, “**Antigone**,” Çeviren: Ari Çokona, s.14-15, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2017.

mahlûkatını avlar.
Cin gibidir, dağın yabanlarını
kurnazlığıyla kandırır
ve uzun yelesi atlarla
yorulmak bilmez boğaları
vurur boyunduruğa.
Konuşmayı ve rüzgâr kadar hafif
düşüncelerini geliştirdi, kentlerde
yaşamanın arzusunu duydu,
kışların dondurucu ayazından,
inatçı yağmurun oklarından
korunmayı başardı.
İnsan, kendine insan olmayı öğretti.
Her derdine çare buldu,
yarınlar artık onu gafil avlayamaz.
Ama onulmaz illetlere deva
bulduğu halde bir tek Hades'ten
sakınmanın bulamadı yolunu.
Akla hayale gelmez icatlar
tasarlayacak kadar zekâsı varsa da
nedense bir kötüye bir iyiye meyleder.
İnsanların yasalarıyla tanrıların
yeminlerle korunan adaletine
saygı gösterirse
yükselecek kentin içinde,
bilinçli olarak kötüyü seçmeye
cûret ederse kentsiz kalır.
Soframda yeri yok, düşüncelerine
değer vermem böyle bir insanın.”⁵⁸

Sophokles – “Antigone”

⁵⁸ Sophokles – “Antigone”, Çev.: Ari Çokona, s. 14-15 Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2017

Sophokles'in bu pasajında, “insanın en devasız dertlerin bile devasını bulduğundan” söz edilmektedir; insan, hep içinde bulunduğu zamanın zihinsel – kavramsal çerçevesinin içinde kalmakta ve o düzeyi sanki en üst düzey olarak düşünmektedir; kuşkusuz, bugün de insanın bulunduğumuz zamanın bilim ve teknolojisini yüceltmesi kibiri gibi... Ama insanın temel trajedisi ölümdür, insan her dönemde ya (bilinç düzeyinde) ölümden kaçacak ya ölüm yazgısını düşünce ve duygu dünyasında dönüştürecek ve hayatında farklı bir gerçeklikte yaşayacak ya da ölüm ile yüzleşecektir; yine de, ölümün gölgesi hep hayatın içinde olacaktır. İnsan, hayat ve ölüm üzerine hep düşünmüştür... **Eugène Henri Paul Gauguin** (1848, Paris – 1903 *Hiva Oa'da Atuona, Fransa*), 1897-98 yılında 139 cm×375 cm ölçülerinde bir yağlı boya tablo yapar, sol üst köşesine de büyük harflerle, sonunda soru işareti koymadan **D'OU VENONS NOUS/ QUE SOMMES NOUS/ OU ALLONS NOUS** (= *NEREDEN GELİYORUZ/ NEREDEYİZ/ NEREYE GİDİYORUZ*) yazar. Sembolik-alegorik bir anlatımla ilkel ve uygar dünyaya ait, mitolojik-dinsel öğelerle oluşturulan kompozisyonda renklerin olmadığı ama bizim ışık kırılmalarından algılayarak adlandırdığımız oldukça yoğun olarak kullanılan boyalarla ve biraz kaba çizimli tabloya, **sağdan sola** doğru baktığımızda, yerde yatan bir çocuk ve etrafında üç kadınla **nerden geldiğimizi**; ortada duran ve meyve koparan erişkinle (*Adem? ile*) **ne olduğumuzu**; solda arkada ellerini açmış yerli tanrı heykeli ve ellerini başının arasına almış ölüme yaklaşmış kadınla **nereye gittiğimizi** gösterir.



Resim 6: Eugène Henri Paul Gauguin'in **D'OU VENONS NOUS/ QUE SOMMES NOUS/ OU ALLONS NOUS** adlı tablosu

Doğal dünya içinde, tüm canlılar dünyası gibi insan türü için de hayatın esasen doğal bir seyri vardır; bu seyir içinde bizim sağlık, iyilik, esenlik, hastalık, rahatsızlık, ağrı duyma, ateşlenme, hâlsizlik, mutsuzluk, sağlık bakımından kötü hissetme/ iyi olmama, sakatlık, farklılık, acıplık, yaşlanma vb. terimlerle adlandırdığımız somatik bedensel, duyumsal, duygusal, zihinsel, ruhsal, sosyal, tinsel vb. hâller ve *ölüm*, olağan doğal durumlar ya da süreçlerdir. Nitekim insanın yaşamını, gerek bedensel gerek psişik ve tinsel açıdan belirli bir denge durumunda tutarak “sağlıklı” bir biçimde sürdürebilmesi için “ölüm” mefhumunu da gözünün önünde gerçekleştiren bir durum olarak algılaması ve (onunla hesaplaşarak) olağanlaştırması - içselleştirmesi gerekmektedir. Aksi hâlde ölümü yok sayarak ve ona karşı bir direnç oluşturarak ölüm kaygısını, (bilinçaltı düzlemde kaçınılmaz bir biçimde tutarak) kendinde bir baskı/ anksiyete aracına dönüştürmek, başka bazı somatik, psişik sıkıntıları beraberinde getirecektir. Tam da bu noktada Heidegger’in söylediklerine kulak kabartacak olursak: Heidegger’de ölüm, insanların sürekli başkalarının ölümüne tanıklık ediyor olması bakımından sıradan bir olaydır. Hatta insanlar, sürekli zihinlerinde kendi ölümleriyle olan meşguliyetlerini bir nebze olsun bertaraf etmek üzere ölümü, başkalarına atfederek yaşamaktadır. (Benzer bir mekanizmanın hastalık durumları için de, -hatta yaşamda insanın başına gelebilecek talihsiz durumlar için de- geçerli olduğunu söyleyebiliriz). Başkalarının ölümü olarak edilginleştirilen bu kavrayış, insanın kendi ölümünden ötürü duyduğu kaygıyı hafifletmekte ve ölüme dair “alışılmış ve sıradan bir olay” kabulünü güçlendirmektedir. Günümüz dünyasında ölüm olgusu sıradan bir olayın da ötesine atılmıştır; âdeta ölümü hiç görmeyerek, yok sayarak yaşam sürdürülmektedir (mezarlıklar olabildiğince yaşam alanlarından uzaklaştırılmıştır, yaşam basit hazlar düzeyinde, yâni herkese hitap edecek düzeyde vurgulanmıştır) ama hastalıklar, -alanları hep genişletilerek- son derece korkunç durumlar şeklinde sürekli göz önünde tutulmaktadır ve yapay bir “sağlıklı olma obsesyonu” oluşturulmuştur/-maktadır. Her ne kadar Heidegger’de “*başkalarının ölümü*” önem taşımazken, *Gabriel Marcel* gibi kimi egzistansiyalistlerde başkalarının ölümü, bireyin kendi ölümünden çok daha fazla iz bırakan bir olay olarak görülür. Heidegger, Wittgenstein’in da kabul ettiği “*Ölüm, bir yaşam olayı değildir. Ölüm yaşanmaz*”⁵⁹ anlayışından hareketle

⁵⁹ Wittgenstein, Ludwig, “*Tractatus Logico – Philosophicus*,” Çeviren: Oruç Auroba, Yedinci Basım, madde: 6.4311, s169, Metis Yayınları, İstanbul, 2013.

ölümün ancak başkalarının ölümü üzerinden tecrübe edilebilen bir olay olduğunu savunmaktadır. Yâni ölüm, olsa olsa ardında bıraktığı insanlardaki üzüntü ve keder üzerinden tasvir edilebilen ve kişinin, başkalarının ölümüne dair gözlemleriyle deneyimlediği bir hâdisedir. Veya tıbbî açıdan bakıldığında ölüm, ancak metabolizmanın – biyolojik yapının işlevini yitirmesi ve (beyin ölümü belirleyici olmak üzere) bedendeki organların ölümü üzerinden izah edilebilir. Bunlar dışında ölümüne dair söylenebilecek hiçbir kişisel yaşanmışlık söz konusu olamayacağından ölümün metafizik olmayan bir yorumu, ancak ve ancak fenomenolojik ve ontolojik anlamda yapılabilir. Zira ölüm denen şey, bir biçimde öyle ya da böyle bir anda beliren ve bu beliriş anında ölen kişinin yanında olmamız hâlinde tanıklık ettiğimiz fakat asla doğrudan tecrübe etmediğimiz bir şey olarak en fazla fenomenolojik açıdan betimlenebilir... Dolayısıyla ölüm, yalnızca bu dünyadaki var oluşun bittiği anlamına gelmekte, başka bir dünyanın veya metafizik bir boyutun kapılarını aralayıp aralamadığı gibi konularda hiçbir kesin mâlûmatın öne sürülemeyeceği bir gerçeklik olarak “artık bu dünyada biyolojik olarak var olmama” hâline işaret etmektedir. Yâni “başkalarının ölümle ulaştıkları artık varolmama hâli onların bu dünyada artık var olmadıkları anlamındadır.” Fakat bununla birlikte ölen kişi, salt bir cesetten fazlasıdır, çünkü kendi anlam değerini, ardında bıraktığı insanlardaki kaygı ve üzüntülerin muhatabı olarak sürdürmektedir.⁶⁰

“Ölüm kendisini kayıp olarak yansıtır; fakat bu kayıp geride kalanların tecrübe ettiği kayıptan daha fazlasını ifade eden bir kayıptır. (...) Gerçek anlamda başkalarının ölümünü tecrübe edemeyiz, en fazla ölüm anında onun yanında olabiliriz.”⁶¹

Dolayısıyla her insan, her hâlûkârda bir gün öleceği bilinciyle yaşarken, yaşamın sınırlılığı çerçevesinde, aslında kendi yaşamını ve varlığını, ölüm üzerinden kurmakta ve bu kaygılı farkındalığı, doğduğu (= psişik anlamda doğum ile aşamalı olarak ya da

⁶⁰ Heidegger, M., “**Varlık ve Zaman**,” Çeviren: Ökten, K., İkinci Basım, Agora Kitaplığı, İstanbul, 2011, (Orijinal eserin yayın tarihi 1927).

⁶¹ A.g.e.

soyut düşünceye ulaştığı, yaklaşık 7-8 yaşlardan başlayarak) an itibarıyla yüklenmektedir. Ölümün her an bizi bulabileceğine dair farkındalığımız, bizi ölümü sıradanlaştırıp ona kendimizi alıştırmak suretiyle, yaşama başka bir anlamla sarılmamızı gerçekleştirmekte ve ölüme hazırlamaktadır. Bu bağlamda felsefenin bir nevi ölüme hazırlık olduğu yönündeki (Platon'un ifade ettiği) sav da Heideggerci ölüm algısını desteklemektedir; çünkü Heidegger, insanın kendi varoluşunu (*Dasein*) anlamlandırabilmesi için ölümlle yüzleşmesi ve ölüme dair kaygı (*Sorge*) hâlini içinde duyması gerektiğine inanmaktadır. Gerçekten de insanda, ancak kaybedilme riski olan bir varlık/ süreç/ durum ve anlam kazanmaktadır, gerçekliği pekişmektedir ve bir ödev hâline gelmektedir (bunu günlük yaşamda yaygın bir biçimde görebiliriz). Böylece ölüme ve ölümün ne zaman geleceğine dair belirsizlik, insanlarda bir kaygıya sebep olmakta ve bu kaygı insanın, dünyada var olmağının bilincine varmasına vesile olmaktadır. Bu nedenle ölümlle yaşam, bu dünyada olmaklık olarak “var oluş” ve “artık bu dünyada olmamaklık” olarak “yokluk”, bir bıçağın iki yüzü gibi birbirine bağlı olan, birbirini var eden iki ayrı uç/ veçhe teşkil etmektedir.

Tıbbî olarak ölüm, insan vücudunda beynin (**beyin sapı** dahil olmak üzere) ve kalp-akciğer sisteminin tam ve geri dönüşümsüz olarak fonksiyonlarını kaybetmesi olarak tanımlanır. Medikolegal olarak ölüm kararı için, “**beyin ölümü**” tanısı gerekli ve yeterlidir. Beyin ölümü gerçekleşikten sonra, vücutta bir takım fonksiyonlar (otomatik hareketler) izlense de, bunlar ölümü reddettiren bulgular değildir (örneğin Lazarus belirtisi ya da Lazarus refleksi beyin ölümü gerçekleşmiş hastalarda spinal deşarja bağlı refleksler; Yuhanna İncili'ne göre Hz. İsa ölmüş Lazarus'u dirilttiği için bu isim verilmiştir), tıbbî olarak son derece olağandır; ancak, bu gibi vak'alar toplumun ilgisini çekebilir. Cenazenin daha sonra çeşitli tıbbî amaçlarla kullanılmayacağı ve legal bir sorun olmadığına, ölüm kararının medikolegal olarak kesinleştirilmesi için tek bir hekimin ölüm kararı tutanağını doldurması yeterlidir. Ölüm tanısı, en son karar olduğu ve kesin doğruluk gerektirdiği için, özellikle 1960'lardan itibaren organ transplantasyonu uygulamalarının başlaması ve yaygınlaşması ile “**beyin ölümü**” durumunun kesin kararı/ raporu/ tutanağı belli protokollere bağlanmıştır; çünkü birçok hastalık, hipotermi ya da ilaç ve madde (narkotikler, hipnotikler vd.) kullanımı vd. ile de -geri dönüşümlü/ geçici- olarak

ölüme benzer/ ölümü taklit eden tablolar gelişebilir (bu edebiyatta da kullanılan bir temadır; William Shakespeare'in Romeo ve Juliet'inde Juliet'e ilaç verilir ve Romeo da Juliet'i ölmüş zanneder). Ülkemizde beyin ölümü ve organ-doku transplantasyonu ile ilgili yasa 1979'da çıkmıştır. Günümüzde tüm dünyada sürdürülen uygulamada, beyin ve sinir cerrahisi, anesteziyoloji ve reanimasyon, nöroloji, kardiyoloji, radyoloji hekimlerinden oluşan bir kurul tarafından hem klinik muayene hem de çeşitli uygulama ve tetkikler ile ve bazen belirli bir süre hastanın izlenip tekrar muayeneleri ile beyin ölümü kararı, oy birliği ile, (ancak son kabul edilen uygulamada ilk iki branş hekiminin onayları yeterli kabul edilmektedir) kesinleştirilir. Ülkemizde Transplantasyon Yasası hiçbir açığa fırsat vermeyecek şekilde çok kapsamlı ve ayrıntılı olarak hazırlanmıştır. Pratikte bu durumlarda, hasta yakınlarının çok kaygı duydukları şey, hastalarının ölümden sonra transplantasyon için kullanılacağı nedeniyle, tam olarak tıbbî tedavisinin yapılmayacağı ve belki tedavisi mümkün olacakken ve hastanın iyileşme şansı olabilecekken bunun ihmal edileceği kaygısıdır. Bu, kuşkusuz son derece insani bir endişe olarak görülebilir ancak gerçekte böyle bir durumun olması, aşikârdır ki söz konusu dahi olamaz.

Yaşam ve ölüm ilişkisinin bir başka yanı da şudur ki, ölüm ve ölümsüzlük düşüncesi/ isteği hemen hep birarada, iç içe gibidirler, birbirlerini var ederler ve belki de birbirlerini tamamlıyorlar diye düşünebiliriz. Bunu göstermesi bakımından klinikte çokça gördüğümüz bir tablo olarak, örneğin ağır hastaların ya da çok yaşlı ve düşkün insanların durumunu düşünebiliriz; onları yaşama bağlayan birkaç cılız dalı bile kalsa, insanlar yaşamak için çok çaba sarf ederler ve ölüm sanki onlar için yokmuşçasına davranırlar (Cahit Sıtkı Tarancı'nın dizelerindeki gibi: *Ve gönül Tanrısına der ki:/ - Pervam yok verdiğin elemden;/ Her mihnet kabulüm, yeter ki/ Gün eksilmesin pencereden! ...*) ya da bazı hastalar tedaviye âdeta tüm kapılarını kapatmışlardır; bu durum, yaşamdan çok dirençli ve hüznü bir geri çekiliştir... Öte yandan yine uç durum olarak belki intihar girişimlerini ele alabiliriz: En derin ve incelikli düşünülmüş, kurtulma ihtimalleri ortadan kaldırılmış intihar vak'alarında bile çok az da olsa bir kurtulma umudu vardır ve en yalandan intihar girişimlerinde de bir ölme arzusu yatmaktadır. İnsan âdeta yaşam ve ölüm arasında bir afeksiyonu (duygulanımı), yer tutmayı, ölüm hakikatini kendi içinde ve kendince işleyip kabullenmeyi hep içinde

taşımaktadır; yaşamın içinde ölümün âdeta gölgesi hep var gibidir. Dolayısıyla, ölüm, yaşamı var eden, anlamlandıran bir etki taşımaktadır. Voltaire, “*eğer ölüm olmasaydı, insan onu icad edecekti...*” demektedir. Rainer Maria Rilke, yaşam ve ölüm ilişkisini çok iyi dile getirmiştir, -âdeta “*her nereye gittiysem, benden önce oraya bir şairin uğramış olduğunu gördüm*” diyen Freud’u doğrularcasına- Rilke şöyle söylemektedir:

“... ölüm, bizden öteye dönük olan,
bizim aydınlatamadığımız yüzüdür yaşamın...
gerçek yaşam biçimi her iki
bölgeye uzanır, en büyük kan dolaşımı her ikisi boyunca...
Yapılması gereken burada bakılmış, dokunulmuş olanı, o daha geniş
Çemberin içine almak.
Gölgesiyle yeryüzünü karartan
Bir öbür dünyaya değil bir bütüne, bütünün kendisine...
Evet bizim ödevimiz, bu
Gidici, dayanaksız olan yeryüzünü öyle derin,
Öyle acıyla, tutkuyla kavramak ki onun özü “görünmez olarak”
Bizde yeniden dirilsin. Bizler Görünmez’in arılarıyız.
Çılgın gibi topluyoruz gözünüzün balını
Görünmez’in büyük altın kovanında biriktirip saklamak için.”⁶²

İnsan, en temel unsurlarıyla "biyolojik bir zeminde biyo-psiko-sosyo-tinsel-kültürel ve tarihi" bir varlıktır. En temelde biyolojik olarak varlığını sürdürebilme (= *existence*) güdüsünün yanında, sahip olduğu pek çok varlık alanı, imkânları ve nitelikleri ile sürekli ve dinamik bir şekilde (kendi içinde/ endojen ve etrafındaki dünyada – nesnelerle, varlıklarla/ eksojen) fiziksel ve kültürel çevresi ile [(/mücadele eden - etkileşen) ve bu etkileşimin âdeta anahtarını yaşamın ilk ayları - yılları içinde geliştiren (Melanie Klein’dan Heinz Kohut’a, Otto F. Kernberg’e uzanan bir düşünce evriminde, “**Nesne ilişkileri kuramı**” ile soyutlandığı biçimde)], aralıksız etkileşen bir varlıktır. (Burada 20. yüzyılda tebartüz eden en temel felsefi konu olarak düşünebileceğimiz “öznelarasılık” kavramı ile yine aynı dönemde mesele yapılan ve psikolojide üzerinde düşünülen “nesne ilişkileri kuramı” (ve/ ya da psikanaliz ve psikoterapi) arasındaki ilişki/ örtüşme çok ilginçtir ve iki disiplinin birarada

⁶² Rilke, Rainer Maria, “Duino Ağrıtları,” Çeviren: Can Alkor, İstanbul, 1993, s.1 (Rilke’nin 13.11.1925’te Witold Hulewicz’e yazdığı mektuptan), İyi Şeyler Yayıncılık.

çalışmasını gerektirmektedir.^{63,64}) Dili sembolleştirip konuşmayı başaran ve yaşamı kuran, bilmek - anlamak isteyen, yaşamı süresince bir kültür (ya da kültürler) içinde yer alıp değerler ve anlamlar oluşturan (/ oluşturmaya çalışan), üreten - tüketen, değiştiren - etkin, etkilenen - değişen, sürekli bir akış hâlinde, varlığını ifade etmek/ ortaya koymak/ göstermek isteyen, hep sevgi arayan, özgürlük arayan, ve tüm bunlar ile hep olmak/ tamamlanmak (= *being*) peşinde koşan; sonluluğunu bilen ve bu yazgısının tüm bilincine ve bilinçdışına/ hayatına ulaşıp yayıldığı, yaşam içinde bilimi - sanatı - felsefeyi üreten, eserler ortaya koyan ve böylece biyolojik kapalılığından potansiyelini (= *dunamis, potentia*) aktüel hâle getiren/ açığa çıkaran, sürgit hayatı kuran ve idame ettiren, çok uzun bir evrimin tarihini tikel bir organizmanın koşullarında ortaya çıkaran ve bunu sonraki kuşaklara aktararak bireysel biyolojik işlevini yüklenen, sayısız değişkenin - faktörün sürekli etkileşim hâlinde olduğu bir canlı organizma; biyolojik bir zeminde biyo (:fiziksel)-psiko (:ruhsal)-sosyal-tinsel (:geist)-kültürel-tarihi bütünlük olarak kendisini ifade eden bir varlık; çok-katmanlı ve sistemli karmaşık bir yapıdır. Çok kabaca, -birbiriyle iç içe ve sürekli etkileşim içinde olan 1. fiziksel biyolojik – nörobiyolojik, 2. psikodinamik, 3. sosyodinamik ve 4. tinsel faktörler olmak üzere- dört ana temel üzerinde oluşan/ gelişen biyo-psiko-sosyo-tinsel yapımız (intrapşik olarak, bilinçli alan: ego/ persona; bilinçaltı alanda: kişisel bilinçaltı ve kolektif bilinçaltı; en içte/ derinde ise kendilik/ self'i görürüz ve bu kapsamda duyumlarımız, düşüncelerimiz, kendilik - etraf bilincimiz, bilinçli ve bilinçdışı pek çok zihinsel etkinliklerimiz - kararlarımız - davranışlarımız,

⁶³ Bu konuda yapılmış çalışma olarak Dr. Öğr. Üyesi Diler Ezgi Tarhan'ın çalışmaları verilebilir: Tarhan, D.E., “**Husserl Fenomenolojisi ve Fenomenolojik Psikoterapi Üzerine**,” *Phainomena Fenomenoloji ve Zihin Felsefesi Dergisi* 2: 75 – 102, 2020.

⁶⁴ Yine öznelarasılık kavramı, oyunculuk üzerinden de çalışılabilir: Tarhan, D.E., “**Fenomenolojik Öznelarasılığın Tersyüz Edilişi Olarak Komedi**,” *Felsefe Arkivi* 45: 85 – 117, 2016.

duygulanımlarımız, zihinsel aktiviteler vd.) ve bunun türevi kültürel ve tarihi yanımız olarak düşünülebilir.^{65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72}

Sigmund Freud'un *psişik apparatus*'unu daha genişleterek kuramsallaştıran Carl Gustav Jung'un psişe şemasında dış dünya – iç dünya arasında bilinçli alan ve bilinçdışı alanları; bilinçli alanda persona ve ego'yu, bilinçdışı alanda kolektif bilinçdışı ve bireysel bilinçdışı ile *shadow* (= bilinmeyen taraf, gölge) ve animus – animayı ve en içte kendilik (= *self*) özünü görürüz. Bu, aslında felsefede, sanatta, entelektüel ifadede, -kuşkusuz Jung'un terminolojisiyle olmasa da- fark edilip ortaya konmuş bir durumdur, örneğin “*Beni bende demen, bende değilim/ Bir ben vardır bende, benden içerü*” diye seslenen Yunus Emre çok muhtemeldir ki bilinçaltını işaret etmektedir; yine Yunus Emre bir dördlüğünde, “*Çıktım erik dalına/ Anda yedim üzümü/ Bostan ısı kıtıp/ Der ne yersin kozumu*” diyerek psişenin, -görünen ve görünmeyen ya da kişilik, kendilik gibi- farklı katmanlarını dile getirmektedir.

Ancak, insana dair ne kadar çok şey söylene ve düşünülse de, insanın tanımı hep eksik kalmaya mahkûmdur; insan, tam olarak kapsanabilir ve derinliğine tüm katmanlarıyla anlaşılabilir bir varlık olmanın ötesindedir. Edip Cansever'in dizelerinde söylediği gibi, “*Adımı unutup/ Bir kaya gibi sert ve görkemli kalmayı bileyim/ Elbette umutsuzluğa düşerim bazan/ Elbette umutluyum her zaman/ Neden yazılır bir şiir/ Neden okunur bunca yazı/ Çünkü nasıl aşılabılır başkaca/ İnsanın karmaşıklığı...*” insanın karmaşıklığı hep kavrayış alanımızın dışına da taşacaktır. Bu

⁶⁵ Mengüşoğlu, T., “**Felsefi Anthropoloji, İnsanın Varlık Yapısı ve Nitelikleri**,” İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No: 1612, İstanbul, 1971.

⁶⁶ Öztürk, O., Uluşahin, A., “**Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**,” 15. Baskı, Bayt Yayın Hizmetleri, Ankara, 2018.

⁶⁷ Özcan, M., “**İnsan Felsefesi – İnsanın Neliği Üstüne Bir Soruşturma**,” Birinci Basım, Bilim ve Sanat Yayınları, 2006.

⁶⁸ Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), “**Principles of Neural Science**,” Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.

⁶⁹ Kandel, Eric R., “**Belleğin Peşinde, Yeni Bir Zihin Biliminin Doğuşu**,” Çeviren: Mehmet Doğan, Üçüncü Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 2019.

⁷⁰ Morin, E., “**Yitik Paradigma: İnsan Doğası**,” Çeviren: Devrim Çetinkasap, III. Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2017.

⁷¹ Veliöğlu, S., “**İnsan ve Yaratma Edimi**,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.

⁷² Veliöğlu, S., “**İnsanın Resmi**,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2010.

“insan tanımı” ile bağlantılı bir biçimde “sağlık” tanımını yapacak olursak, düşüncemize göre: “Sağlık, insanın kendi iç-yapısındaki fizyolojik durumu ve dengesinin (= homeostasis / homeostaz) onu saran fiziksel-kültürel-tarihi çevresi ile etkileşiminin çerçevesi içinde, biyolojik-fiziksel, duygusal, zihinsel, ruhsal, sosyal, tinsel yönden tam bir iyilik ve denge hâli; sahip olduğu her türlü imkânı, niteliği fark ederek ve özgür bir şekilde besleyip geliştirebildiği ve bunları ifade etme olanağı bulunduğu; değerler ve anlamlar üretebildiği ve bunları uygulayabildiği; varlığını ve hayatını anlamlı ve değerli bulduğu; ürettiği değerlerin takdir edildiği, kendisinin bir takım haklara sahip olduğunun farkındalığını ve bilincini taşıdığı; kendisine hedefler ve ödevler belirlediği, bunların peşinden gidebildiği ve bundan mutlu olduğu, içinde bulunduğu toplumsal yapı ile denge içinde olduğu, hayatın ancak belli bir ölçüde öngörülebilir olduğunu fark ettiği ve olumlu – olumsuz her türlü duruma açık olduğunu anladığı ve bunu kabullendiği/ bununla barışık olduğu/ içselleştirdiği, kendi ile etrafı arasındaki ilişkiyi kavramsallaştırıp gerçeklikte doğru bir değerlendirme yapabildiği bir durumun/ hayatın -belirli olmayan ama kesin olan bir zaman ile sınırlılığı, yazgısını da biliyor olması bilinci içinde- kendi içinde/ öznel olarak memnuniyetinin sağlanması ve bilimsel - nesnel değerlendirmelerinin de sorunsuz ve sağlıklı (öngörülen normlar içinde) olmasıdır” diyebiliriz.

Canlılığın doğası içinde sayısız çeşitlenme ve her bir özelliğin geniş bir aralıkta farklı tezahürleri ile değişik coğrafyalarda ve gerek fiziki gerek kültürel koşullarda insan bireyleri, var olmaya ve kendilerini ifade etmeye, tamamlanmaya güdümlü ve yazgılı bir yaşamı ortaya koyarlar. Ve insan, (kendi kontrolü dışında) oluşan ve (kendisinin) oluşturduğu bireysel dünyası içinde ve toplumsal şemsiyenin altında, varlık yapısı, potansiyeli - olanakları - arzuları - hayalleri içinde yaşamını sürdürür. Birey, kendi organizması içinde çok ince ve kuşatıcı bir ön-belirlenmişlik ve sınırlamalar (= genetik yapısı ki bu, tür içinde filogenetik ve ontogenetik bir oluş hâli olarak düşünülebilir, ...) çerçevesinde ve bu yapının da sürekli bir (biyolojik, fiziksel ve kültürel) etkileşimi – değişimi/ dönüşümü (ki burada da bir ön-belirlenmişlik olarak fiziksel ve kültürel çevresi söz konusudur) içinde var olur. Görüldüğü gibi, bu tanıma göre sağlık, yalnızca insanın fiziksel/ somatik bir iyilik hâlinin çok ötesinde, “tam insan olmaya/ insanın tamamlanmasına” doğru seyrin bireysel, doğal, sosyal ve

tarihsel gerekliliklerini de içinde barındırmaktadır; hayatın maddi ve manevi, kişiyi ve kişinin dışındaki sosyal, kültürel, politik, ekonomik, fiziksel vd. pek çok unsuru da içermektedir. Burada, insan yavrusunun biyolojik doğumu ile bireyin psikolojik doğumunun eşzamanlı olmadığını hatırlamak gerekiyor. Biyolojik doğum son derece tanımlanmış, dramatik, gözlemlenebilir, sınırları kesin olan bir olaydır; oysa insanın psikolojik doğumu yavaş bir biçimde gelişen, çeşitli dönemleri olan intrapsişik (= ruh içi) bir süreçtir ve her bireyde kendine özgü – biriciktir; âdeta yaşam içinde yavaş yavaş doğarız (ve bir taraftan da yaşam içinde yavaş yavaş ölürüz) ve her bireyde sanki *-norm*’un dışına taşan- biraz eksiklikler, biraz fazlalıklar ve biraz farklılıklar var gibidir. Yetişme/ yavru-çocukluk dönemi insanda diğer canlı türlerine göre çok uzundur, zordur; ve çocukluk son derece naif bir dönemdir, çocukluğun ilk yıllarının psikodinamik ve fiziksel deneyimlerini ömrümüz boyunca hep taşıyız, hayatımız boyunca her bir yapıp etmemizde çocukluğumuzdan bir şeyler vardır, çocukluğumuz bizi hiç bırakmaz, hiç fark etmesek de/ fark edilmese de... Edip Cansever’in dediği gibi, *"... Gökyüzü gibi bir şey bu çocukluk/ Hiçbir yere gitmiyor..."* Yine, Orson Welles’in olağanüstü filmi “Yurttaş Kane”de (Yönetmen: Orson Welles, 1941 ABD yapımı film) çocukluk ve yuva kavramını (ve belki daha geniş kapsamda toplumsal köken ve tarih kavramını) sembolize eden, Kane’in çocukluğunda oynadığı “*rosebud*” adlı kızak, Kane’in ömrü boyunca aradığı ama tüm zenginliğine, gücüne, nüfuzuna karşın elde edemediği şeyleri temsil etmektedir (burada filmin yalnızca konumuz ile ilişkili yönü belirtilmiştir); yâni, çocukluktaki yaralar, çoğu zaman onarılamıyor belki de ya da bazen büyük bir motivasyon aracı olabiliyor... Büyük hikâyecimiz Sait Faik Abasıyanık, “*Havada Bulut*” hikâyesinde Yorgiya’nın küçük bir kız olduğu zamandan bir anısını anlatır:⁷³

... Annesi Yorgiya'yı, su doldurması için mahalledeki çeşmeye gönderir, çeşme kalabalıktır, ... sıra Yorgiya'ya gelir, Yorgiya kovasına su doldurur ve kovayı yere koyup çeşme başında konuşulanlara biraz kulak kabartır. ... Yorgiya bir aralık kovasına bakar ki, aman Yarabbi! Suyun içinde bir beyaz bulut yüzmüyor mu? Yorgiya sevinir, sevinir, deliler gibi olur... sonra kovayı kapıp koşarak eve doğru seğirtir... bir yandan tüm çabasıyla koşar bir yandan da “Mama, mama!” diye haykırır... mahallenin esnafı Yorgiya'yı seyreder, alaycı sorarlar “Ne oldu

⁷³ Abasıyanık, S.F., “*Havada Bulut*,” hikâyesi, *Bütün Eserleri 4: Mahalle Kahvesi, Havada Bulut* kitabının içinde, ss.150-156, Sekizinci Basım, 1990, İstanbul, Bilgi Yayınevi.

kara kız, ne oldu?" Yorgiya sevinçle "Götürüyorum, havadaki bulutu kovama doldurdum, götürüyorum..." ... Çocuk saflığıyla sevinçle evine koşan Yorgiya'ya kömürcü Hristo, nobran bir bakışla, "Sizin evden içeriye o bulut girmeyecek!" der... Yorgiya kızar, "Yaa, sen görürsün bak!" der ve eve girer ve annesine "Bulut, anam, bulut!" der, annesi bakar ve sorar, "Hani nerede?" ve ikisi de eğilip kovaya bakarlar ki, ... eve girerken kovada sallanan bulut kaybolmuş, evin tavanının is bağlamış saçlarından su simsiyah kesilmiştir... hıçkırıklara boğulan Yorgiya'yı saatlerce susturamazlar... ve Yorgiya, ... şimdi erişkinliğinde, lâfa "Ben küçük olmuştum?" diye başlar... ve sanki sislerin arkasından hatırladığı (ki insan bazen unutmadığı/ unutamadığı halde belleğini inhibe eder, hatırlamaz olur, ... gayriiradi olarak) çocukluğundan bu anısını anlatır.

İnsana dair birkaç küçük özellik belirterek, üstte yaptığımız sağlık tanımının, esasen bir "ide" olduğunu, hayat ile kabil olmadığını; tam bir sağlıklılık hâlinin hiç ulaşılamayacak ancak yaklaşılabilen/ yaklaşık bir durum, bir hedef olduğunu söylemeliyiz; bu teori, Platoncu bir bakışla sağlıklı olma tümeli - "ideal sağlık" ya da "sağlıklılık ideası" olarak da adlandırılabilir belki ve sadece sağlıklı olma durumunun/ kavramının yönü ve derecesi için bir ölçüt/ temel oluşturabilir ama yine de "sağlık" tanımı hep değişime tâbi dinamik bir durumdur. Oysa yaşam, olumlu ve olumsuz/ yapıcı – yıkıcı diye görülen pek çok durumun – sürecin – karşılaşmanın biraradılığından - etkileşiminden ortaya çıkan ve bu zeminde insanın kendini ifadesine/ olmasına (insanlaşmasına, somatopsikogeist bütünselleşmesine) yol açan/ olanak tanıyan – zemin oluşturan bir olgular, yapılar kompleksidir. Hayatın, başlıca akla ve duygulara, ... yâni rasyonel, öngörülebilir olana, bilinebilir olana ve irrasyonel, öngörülemez olana, bilinemez olana, kontrol edilemez olana, (belki başlıca apollonien ve dionisyak bileşenler gibi düşünülebilir bir yönüyle) seslenen çok farklı unsurlarının olduğu, bu unsurların hep bir etkileşim -bazen çatışma, bazen sinerji, bazen kopma (şizoid ya da şizofrenik durumlar gibi), ...- içinde olduğu ve hayatın dinamizmini de aslında buradan aldığı düşünülürse, ... Edgar Morin'in ifade ettiği gibi⁷⁴ "... ama aklilik, bizzat kendi gelişmesi esnasında, aklın sınırlarını tanır ve aklileştirilemeyenle diyaloga girer... içimizde bilgelikle çılgınlığın, gözüpeklikle ihtiyatın, tasarrufla israfın, itidalle için için yanmanın, kopmayla bağlanmanın diyaloglarını hiç durduramayabiliriz, ... ve birbirlerini tamamlayan ve uzlaşmaz çelişkiyi sürekli ayakta tutan diyalojik gerilimi üstlenmektir bu ..." - sağlık tanımımızın bir model oluşturma,

⁷⁴ Morin, E., "Aşk, Şiir, Bilgelik," Çeviren: Bayrı, H., ss.8 ve 9, Palet Yayınları, 2017.

bir düşünme tarzı ve güzergâhı geliştirmeye yönelik olduğu anlaşılabilir; çünkü, insan gibi son derece çeşitlilik gösteren bir varlık yapısının hayatın içindeki temel norm'larını ve normal'ini belirli bir tanıma ve çerçeveye sokabilmek neredeyse olanaksızdır. Çünkü, hayat (ve insan) kuşkusuz matematiği içermekle birlikte salt matematiğe/ hesaplara/ akıl - bilim ve tekniğe/ günlük yaşama, indirgenemez; insanı, akıl - bilim - teknik - ... olanakların yanında ancak anlam ve kültür dünyası içinde değerlendirmek mümkün olabilir. Belki Max Frisch'in *Homo Faber*'inde Walter Faber,⁷⁵ Oğuz Atay'ın *Tutunamayanlar*'ında Selim,⁷⁶ Franz Kafka'nın böceğe dönüştürdüğü Gregor Samsa,⁷⁷ Samuel Beckett'in insanları vb. hep bu duruma işaret etmektedirler, Nietzsche'nin öngördüklerine uyan bir biçimde. Bizce, insan, akıl, duygu ve *geist* sahibi bir varlık olarak, aklın ve duyguların tüm renklerini, tüm tonlarını yaşayarak -ya da yaşama potansiyeli ve olasılığı taşıyarak- ve endojen/ kendi içinde ve eksojen/ kendi dışında tüm varlık alanlarıyla aralıksız etkileşerek hayat içinde biyopsikososyotinsel çok boyutlu düzlemde kendini açığa çıkartır. İnsan, koşulları ve bağlamı içinde, en uç akılsızlıktan ve mantıksızlıktan olağanüstü yaratıcı bilimsel-felsefi-sanatsal-pratik- vd. buluşlara, üretimlere, en yıkıcı duygulardan kendini adamaya/ *agapeye* uzanan aşkın duygulara, en ince duyarlılıktan en katlanılmaz vahşete duygu yelpazesinin tüm değer noktalarını yaşayabilir/ yaşama potansiyelini taşıyabilir, *geist* içeriğinin tüm yaratıcı niteliklerini gösterebilir ya da son derece yıkıcı olabilir.^{78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85} Bu noktada belki psikiyatri profesörü Dr.

⁷⁵ Frisch, M., "**Homo Faber**," Çeviren: Duru, S., 8. Basım, Can Yayınları, İstanbul, 2019.

⁷⁶ Atay, O., "**Tutunamayanlar**," 32-33. Baskı, İletişim Yayıncılık, İstanbul, 2004.

⁷⁷ Kafka, F., "**Böcek**," Çeviren: Sert, G., Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2013.

⁷⁸ Jung, C.G., "**Kişiliğin Gelişimi**," Çeviren: Olgaç, D., Beşinci Basım, 2020, İstanbul, Pinhan Yayıncılık.

⁷⁹ Öztürk, O., Uluşahin, A., "**Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**," 15. Baskı, Bayt Yayın Hizmetleri, Ankara, 2018.

⁸⁰ Freud, S., "**Haz İlkesinin Ötesinde Ben ve İd**," Çeviren: Babaoğlu, A., Altıncı Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 10, İstanbul, Metis Yayınları.

⁸¹ Freud, S., "**Uygarlığın Huzursuzluğu**," Çeviren: Barışcan, H., Yedinci Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 5, İstanbul, Metis Yayınları.

⁸² Kohut, H., "**Kendiliğin Çözümlemesi**," Çevirenler: Atbaşoğlu, C., Büyükkal, B., İşcan, C., Dördüncü Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 3, İstanbul, Metis Yayınları.

⁸³ Kohut, H., "**Kendiliğin Yeniden Yapılanması**," Çeviren: Cebeci, O., Dördüncü Basım, 2020, Ötekini Dinlemek 4, İstanbul, Metis Yayınları.

⁸⁴ Jacobson, E., "**Kendilik ve Nesne Dünyası**," Çeviren: Yazgan, S., Üçüncü Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 18, İstanbul, Metis Yayınları.

⁸⁵ Özcan, M., "**İnsan Felsefesi – İnsanın Neliği Üstüne Bir Soruşturma**," Birinci Basım, Bilim ve Sanat Yayınları, 2006.

Süleyman Velioğlu'nun çalışmalarından bahsedilebilir: “*Psikopatolojik Sanat Laboratuvarı*”, psikiyatride sanatla tanı ve tedavinin, ayrıca “delilik ve dahilik” ve “yaratıcılık ve psikiyatrik hastalıklar” konularının dünyada ilgi konusu olmaya başladığı 1950’li yıllarda, Türkiye’de bir ilk olarak, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği’nde Ord. Prof. Dr. İhsan Şükrü Aksel’in desteğiyle, Prof. Dr. Kâzım Dağyolu ve Dr. Süleyman Velioğlu tarafından 1957 yılında kurulmuştur. Aynı zamanda bir ressam olan Dr. Velioğlu, 1992 yılındaki emekliliğine kadar, ressam Muammer Çin ile birlikte bu atölyede çalışmayı sürdürmüştür. Bu atölyede, klinikte tedavi görmekte olan hastalardan istekli olanlar, her gün belli saatlerde resim yapmaktadırlar. Resim için kullanılacak malzemeleri, resmin konusunu ve yapım stilini seçme konusunda hastalara bir etki ya da katkıda bulunulmamaktadır. Hastalar resmi bitirdikleri kanısına ulaştıklarında, o resme ilişkin yorumları, onların anlattıkları biçimiyle kaydedilmektedir. Hastalar bazen yapıtlarına bir isim de vermektedirler. Bu notlara hastanın adı ve o günün tarihi de eklenerek arşivlenmektedir. Prof. Dr. Velioğlu’nun sanat çevrelerine bu etkinliği tanıtmasıyla, bazı profesyonel sanatçılar da bu tedavi seanslarına katılıp hastalarla etkileşmiş ve birlikte resim yapmışlardır. Aslında bu dönemlerde, sanatçılar da yaratıcılığın özünü, henüz dış dünyanın şekillendirici ve bozucu etkilerine maruz kalmamış çocuk resimlerinde ya da bilinçdışının bu etkilerin dışına çıkıp özgürce sergilendiği psikiyatrik hasta resimlerinde aramaktaydılar. İstanbul Üniversitesi’ndeki bu “*Psikopatolojik Sanat Laboratuvarı*”nda resim yapan hastalardan birkaçının sanat eğitimi sırasında veya sonrasında hastalanmış gerçek ressamlar, bir bölümünse yetenekli ama sanat eğitimi almamış kişiler olduğu anlaşılmaktadır. Ancak büyük çoğunluğu, resim sanatıyla tümüyle ilişkisiz olmasına rağmen, Atölye’ye inmeyi dört gözle bekleyen hastalar oluşturmaktadır. Hastaların sanat ürünleriyle çalışma, psikiyatride birçok açıdan önemsenmekteydi: İlki, hastalığın tanısına ilişkindi, 1970’lere kadar psikiyatrik bozuklukların tanısı henüz standardize edilememiş, bulanık bir alan olduğu için, tanıya yardımcı olabilecek tüm araçlar kullanılmaktaydı. Üstelik sanat ürünlerindeki sembolik dilin, klinik muayenedeki sözel dilin de ötesine geçen, çok daha derindeki bir malzemeyi kullandığı düşünüldüğünden, sanat ürünü hastalığın gerçek niteliğini daha iyi anlatabilirdi. İkinci nokta, hastalığın gidişine ilişkin veri toplama anlamındaydı. Hastalığın kötüleşme ya da düzelmesinin hastanın yarattığı sanatsal

ürünlere de yansması bekleneneğinden, hastalığın seyri bu yolla izlenebilirdi. Üçüncü nokta ise, yaratmanın doğrudan iyileştirici bir etkisi olduğu ve sağaltımı destekleyeceği düşüncesi idi.⁸⁶ Dr. Velioğlu, başlıca Hegel ve Marx'tan etkilenmiş ama temel olarak Nicolai Hartmann'ın *yeni ontolojisini*^{87, 88} benimsemiş ve insanı, - mesleği gereği çok sayıda insanı derinliğine tanıma ve inceleme, izleme olanağı olduğu için- bu yaklaşımla ele almıştır; insanı *biyopsikogeist* varlığı olarak tanımlayan/ düşünen Velioğlu, insanın bilinçdışı ile (sanatsal) yaratım ilişkisine yoğunlaşmıştır. Velioğlu, insanlaşma sürecinde bireyin doğumla getirdiği bir genetik potansiyel ve programla, içinde yaşadığı toplumun ve çağının toplumsal ve tinsel değerleri bağlamında “mikrokosmik sfer” yapılanmasını gerçekleştirdiğini; bu oluşumun evrim doğrultusunda olduğunu, yâni doğasal olandan doğasal-olmayana (kültürel olana), bedensel olandan tinsel olana, somut olandan soyut olana, primer oryantasyondan sekonder oryantasyona, zorunluluktan bağımsızlığa, kapalılıktan açılışa doğru olduğunu varsayar.^{89, 90}

Burada, insanı anlama çabası içinde, Abraham Maslow'un “*İnsanın İhtiyaçlar Piramidi*”ni anımsamak ve tartışmak yerinde olacaktır. İnsancıl psikolojinin kurucularından Abraham Maslow (1908-1970), insanda “*İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı*” ile, insanın yaşam boyunca motivasyonunu oluşturan kaynakların (*güdüler, dürtüler*,) kendi içinde bir sistemi olduğunu belirtmiştir; bunlar, âdeta bir piramit gibi tabandan başlayarak yükselen biçimde hiyerarşik olarak düzenlenmiş farklı basamaklardan oluşmaktadırlar. İhtiyaçlar hiyerarşisi, Maslow'un 1943'te yayınladığı ilk şekli ile beş basamaktır, ilk dört basamak temel ihtiyaçlar, beşincisi ise gelişim basamağıdır, bunlar.^{91, 92}

⁸⁶ Olcay Yazıcı, “Çapa Laboratuvarı”, e-blog, 2016.

⁸⁷ Akarsu, B., “Çağdaş Felsefe – Kant'tan Günümüze Felsefe Akımları,” Yedinci Baskı, 1994, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.

⁸⁸ Pietras, A., “The Ontology of Processual Being: Nicolai Hartmann's interpretation of the Hegelian Dialectical Process,” Constructivist Foundations, Volume 14 No.1, pp.62-65, 2018.

⁸⁹ Velioğlu, S., “İnsan ve Yaratma Edimi,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.

⁹⁰ Velioğlu, S., “İnsanın Resmi,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2010.

⁹¹ Maslow, A.H., “A Theory of Human Motivation,” Psychological Review 50(4):370-396, 1943.

⁹² Maslow, A.H., “İnsan Olmanın Psikolojisi,” Çeviren: Okhan Gündüz, 4. Baskı, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 2016.

Biyolojik ve Fizyolojik ihtiyaçlar (= *Biological and Physiological needs*: Açlık, susuzluk, uyku, hava alıp verme, boşaltım, cinsellik gibi yaşamsal temel ihtiyaçlar) en alt basamakta yer alır.

Güvenlik ihtiyaçları (= *Safety needs*: Barınma, beden – iş – kaynaklar – aile – sağlık – mülkiyet güvenliği) ikinci basamakta yer alır.

Aidiyet ve Sevgi ihtiyacı (= *Social/Love, belongingness needs*: Sosyal ihtiyaçlar; diğer insanlarla dostluk, arkadaşlık kurmak, duygulanım ve aşk, eş, çocuk, , ...ihtiyacı, ...). Burada içi boş bir alanın sevgiyle doldurulması olan “*eksiklik sevgisi*” doyurulması şart olan bir durumdur; oysa, bir başkasının/ şeyin varlığına duyduğumuz “*varlık sevgisi*” hep sürüp gitmekte ve hiçbir zaman tamamıyla doyurulamamaktadır.

Saygı ihtiyacı (= *Esteem needs*: Kişinin kendine güven ve saygı duyması/ özsaygı ve ayrıca başkalarına da saygı duyması ve başkalarından da kendisine güven ve saygı duyulması, başarı, özgürlük, onur vb. ihtiyacı).

Kendini gerçekleştirme ihtiyacı (= *Self-actualization needs*: Ahlaklılık, yaratıcılık, sorun çözme, spontanlık/ kendiliğindenlik - akıcılık, önyargılardan kurtulma, olayların/ gerçekliğin kabul edilmesi – gerçekliğin doğru bir şekilde kurulması; en üst düzeyde ortaya çıkan bu ihtiyaç, bireyin kendini ve imkânlarını anlayıp bunları hayata geçirebilmesi, kişisel potansiyelini aktifleştirebilmesidir, ...). Maslow, beşinci düzeyi pek az insanın gerçekleştirebildiğini söyler.

Maslow, insanın ihtiyaçlar hiyerarşisindeki beş basamağı en alttan başlayarak birbirinden ayırır ve bireyin bir basamaktaki ihtiyaçlarını doyurduktan sonra ancak bir üst basamaktaki eksikliklere ihtiyaç duyacağını öne sürer, basamaklar arasında âdeta bir sınır - duvar vardır; yâni, kişi açlık ve susuzluk sorununu doyurmadan güvenlik ihtiyacını duymaz, düşünmez ya da sevgi eksikliği yaşıyan bir insan saygı eksikliği duymaz vb. Maslow daha sonra 1970’te bilişsel ve estetik ihtiyaçları,⁹³ sonrasında da⁹⁴

⁹³ Maslow, A.H., “**Motivation and Personality**,” New York: Harper & Row, 1970a.

⁹⁴ Maslow, A.H., “**Religions, values, and peak experiences**,” New York: Penguin, 1970b.

aşkın (= *transcendence*) ihtiyaçları piramide eklemiştir, genişletilmiş şekliyle Maslow'un "İhtiyaçlar Hiyerarşisi" sekiz basamaklı olup aşağıdaki gibidir:⁹⁵

1. *Fizyolojik ihtiyaçlar* (= *Biological and Physiological needs*),
2. *Güvenlik ihtiyaçları* (= *Safety needs*),
3. *Aidiyet ve Sevgi ihtiyacı* (= *Social/Love, belongingness needs*),
4. *Saygı ihtiyacı* (= *Esteem needs*),
5. *Bilişsel ihtiyaçlar* (*Cognitive needs*: Bilgi, anlam, vb.),
6. *Estetik ihtiyaçlar* (*Aesthetic needs*: Güzelliğin takdiri ve aranması, denge, form, ... gibi),
7. *Kendini gerçekleştirme ihtiyacı* (= *Self-actualization needs*),
8. *Aşkın ihtiyaçlar* (= *Transcendence needs*: Başkalarının kendini gerçekleştirmesine katkıda bulunmak, yardım etmek, ...).

Maslow'un yaklaşımı, insanın fizyolojisine ve psikopatolojisine odaklanmak yerine insanın olumlu özellikleri ve potansiyelini açığa çıkarmak üzerine kuruludur; bireyin ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumda/ çatışma durumlarında, bunlar, - duygular, güdüler, istekler, arzular, hayaller, düşünceler, ...- bireyin yaşamında - *olumlu* (yüceltme/ *süblimasyon*) ya da *olumsuz*- farklı bir biçimde ortaya çıkabilirler; esasen, bireyin bilinçaltının derinliklerinde hem olumsuz – yıkıcı hem de olumlu duygular barınmaktadır ama bu duyguların hepsi bilinç ve eylem – davranış düzeyine çıkmamaktadır ya da türlü çeşitli değişim ve dönüşüme uğrayarak ortaya çıkmaktadır.

Örneğin S. Freud, ortaya attığı "süblimasyon" kavramını, Heinrich Heine'nin "Harz Yolculuğu" eserinde, çocukken sokak köpeklerinin kuyruğunu kesen sadist bir çocuk olan Diefenbach'ın büyüdüğünde çok başarılı bir cerrah olmasından (ve hayatta benzer özellikte çok farklı örneklerden) esinlenerek düşünmüştür. Yani, insan bireyi yaşadıklarını – duygu ve düşüncelerini çok farklı süreç ve mekanizmalar ile değiştirebilmekte ve dönüştürebilmektedir. Özellikle vurgulanması gereken bir not olarak, burada cerrah uç bir durum olarak örneklenmektedir; kuşkusuz, cerrahlık son derece insanî, vicdanî hassasiyeti

⁹⁵ Aruma, E.O., Hanocher, M.E., "Abraham Maslow's Hierarchy of Needs and Assessment of Needs in Community Development," International Journal Of Development and Economic Sustainability Vol.5, No.7, pp.15-27, December 2017.

gerektiren saygın bir iştir; kaldı ki cerrahi pek çok zihinsel, kavramsal, duygusal, davranışsal, tiyatral, ahlâki yetiyi birarada gerektirmektedir ve bu örnek kabaca genelleme yapılacak bir özellik belirtmemektedir.

Düşüncemize göre, burada Maslow, her insan tikelini olumlamakta, çok çeşitli etyolojik faktörlerle (nedenlerle) ortaya çıkan (örneğin yapısal, travmatik, genetik, psikodinamik,) organik/ biyolojik psikopatolojileri âdeta yalnızca psikodinamik faktörlere indirgemektedir; elbette psikodinamik faktörler, son derece önemli ve etkin olmakla birlikte, etyolojik yelpazede sadece bir ana grubu oluşturlar.

(İnsanların pek az bir oranında gerçekleşebilen) Bireyin kendini gerçekleştirebilmesi süreci, kuşkusuz herkes için farklıdır ve süreklidir; bir insan, hep olmaktadır ve yaşamı süresince hep bir değişim içindedir ve hayat asla durağan değildir (biyolojik, psikolojik, mental, sosyal, tinsel ve kültürel düzlemlerde); kişi, bu süreçte kendisi için anlamlı olan şeyleri bulmaktadır, bulduğunu sanmaktadır ya da bulmaya çalışmaktadır. Maslow, insanın kendini gerçekleştirmesinin acılı ve zorlu bir süreç olduğunu; hayatın tekdüze, sıkıntı ve kargaşadan uzak, hep şirinliklerle dolu olmadığını ve zaten böylesi bir durumun da insanın kendini gerçekleştirmesinin önünde büyük bir engel olduğunu; ama, kendini gerçekleştirmenin de, asla çoğunluğa ve mevcut koşullara uyum sağlamak ile eş anlamlı olmadığını, gerektiğinde bunun için bedel ödemeyi ve yalnız kalmayı da göze alabilmek gerektiğini söylemektedir.⁹⁶ Nietzsche'nin "**İyinin ve Kötünün Ötesinde**" adlı kitabında söylediği gibi: "*Büyüklik kavramı soylu olmayı, kendi başına olmayı istemeyi, farklı olabilmeyi, yalnız kalmayı ve bağımsız bir şekilde yaşamayı zorunlu olarak içermektedir.*"⁹⁷

Bizim düşüncemize göre, yaşamda, ancak bütün bunlara rağmen kişinin kendini gerçekleştirebilmesiyle, yaşamı heyecan verici bulmak, yaratıcı olmak, entelektüel ve estetik tutumlar edinmenin güzelliğini tatmak olanaklı hâle gelebilir.

⁹⁶ Maslow, Abraham, H., "**İnsan Olmanın Psikolojisi**," Çeviren: Okhan Gündüz, 4. Baskı, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 2016.

⁹⁷ Nietzsche, Friedrich, "*İyinin ve Kötünün Ötesinde*," Çeviren: Ahmet İnam, s.59, İstanbul, 2011.

İnsan, hem kendini gerçekleştirme sürecinde hem de özgürleşme sürecinde ifade alanlarını genişletmek ve zenginleştirmek zorundadır; burada felsefe, bilim – teknoloji ve sanat, entelektüel bakış bireyin kendini tanımasında, kendisi ile başkaları (öznelarasılık) ve yaşam (ve doğa) arasındaki ilişkiyi kurmasında ve ifade alanları oluşturmada yardımcı, elzem ve belki yegâne yollardır. Belki, hayatı ve varlığı (mevcut niteliklerini) farklı pencerelerden temaşa etmek ve görmek gibidir felsefe, bilim – teknoloji, sanat ile düşünmek ve eylemek; ve elbette, tüm bu yaklaşım ve yollar birbirleriyle ve yaşam ile hep bağlantılı(olmalı)dırlar, iç içedirler, yaşamı remz ederler. Hayat ancak pek çok farklı ama birbirini tamamlayan perspektiflerden bakılarak belki daha gerçekçi ve daha az eksik bir biçimde inşa edilebilir. Düşünce, felsefe, bilim ve sanat dünyasına bakıldığında da, farklı alanlardaki paradigmalardan hep birbirleriyle etkileştikleri, örtüştükleri, birlikte yol aldıkları/ mütakabiliyet ilişkileri görülür. Felsefenin barok müziği, J.S. Bach'ı etkileyip notalarında kendini göstermesi, ... Arthur Schopenhauer'ın, Friedrich Nietzsche'nin Richard Wagner'i etkilemesi gibi, ... Balzac'ın Picasso'yu etkilemesi, Husserl'in fenomenolojisinin resim sanatında Picasso ile kübizm şeklinde ortaya çıkması gibi, ... felsefi bir anlayış ve paradigmanın kendini resim sanatında, müzikte, edebiyatta, mimaride, bilim ve teknolojinin yöneliminde, tıbbın uygulanış biçiminde, sağlık ve hastalık kavrayışlarının oluşmasında belirleyici olması gibi,^{98, 99, 100, 101, 102} sonuç itibarıyla, hayat, içinde barındırdığı tüm durumlar, karşılaşmalar, değerler, etkinlikler, uyum ve çatışmaların biraradalığı ve etkileşimi ile sürmektedir. Hekimin hastasını daha iyi anlayabilmesi ve iyi hekimlik yapabilmesi için insana ve hayata dair pek çok donanımı barındırması gerekmektedir. Tıp/ Hekimlik praksi alanında düşündüğümüzde, toplumların kozmolojileri, arka plandaki felsefi ve kültürel birikimleri, o toplumdaki sağlık ve hastalık anlayışlarını belirlemekte ve bağlantılı olarak o toplumda etkin olan hekimlik

⁹⁸ Payer, L., "Medicine & Culture – Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France," Owl Book, New York, 1996.

⁹⁹ Ekren, U., "Felsefenin Perspektifinden J.S. Bach ve Richard Wagner'in Sanatı," Sentez Yayıncılık, 2016.

¹⁰⁰ Balzac, H., "Gizli Başyapıt," Çeviren: Samih Rifat, İstanbul, Can Sanat Yayınları.

¹⁰¹ Batur, E., "Frenhofer Olmak Başkalaşım XX, Balzac'ın Meçhûl Şaheseri için Picasso'nun XIX + I illüstrasyonu & Tahrifat Sanatı Üzerine Söyleni," Birinci Baskı, Ekim 1997, İstanbul, Sel yayıncılık.

¹⁰² Gasset, J.O., "Sanatın İnsansızlaştırılması ve Roman Üstüne Düşünceler," Çeviren: Neyyire Gül Işık, 3. Baskı, 2017, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.

anlayışını ve uygulamasını da ortaya çıkarmaktadır: Örneğin, İngiltere'nin felsefî tarihindeki empirisizm, pragmatizm ve ekonomi kuramları, günümüzde İngiltere'de uygulanan “*kanıta dayalı tıp*” için yol açıcı, hazırlayıcı ve belirleyici olmuştur, Alman idealizmi bugünün Almanya'sındaki tıp uygulamalarında etkisini göstermiştir, Fransa'nın Kartezyen felsefesinin yine Fransa'nın tıbbında etkisini görmekteyiz.¹⁰³

Friedrich Nietzsche'nin “*sürü tipi insan*”, “*başkaldıran insan*” ve “*Üst-insan*” (*Übermensch*) sınıflandırmasındaki motivasyonu, kendini gerçekleştirme hedefini, insan için nihai ve en üst düzey amaç görmek bakımından, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisiyle kesişmektedir. Nasıl ki insan tüm ilkel dürtü ve ihtiyaçlarını tatmin ettikten sonra toplumsal bir varlık olarak onaylanmak, itibar görmek, saygı ve sevgi ilişkileri kurmak gibi bir aşamaya yükseliyor ve bu ihtiyaçları da giderildikten sonra kendini gerçekleştirmek noktasında kendi entelektüel devriminin peşinde koşuyorsa (*homo legens*), aynı şekilde Nietzsche'de de insanlar, tüm ihtiyaç ve dürtüleri karşılandıktan sonra emir eri olarak yaşamaktan vazgeçerek kendi ahlâkını ve değerlerini inşa edebilen bir “*Üst-insan*” hâline gelebilmektedir. Tam da bu noktada yapıcı bir yıkıcılık içinde olduğunu söyleyebileceğimiz Nietzsche'de nasıl ki “*Üst-insan*” olabilmek için tüm yerleşik kabullerin yerle bir edilerek (*çekiç felsefesi*) hepsinin yeniden inşa edilmesi gerekiyorsa, yâni nasıl ki Nietzsche, yıkmayı, yeniden ve daha sağlam inşa etmek üzere öneriyorsa, aynı şekilde tıp biliminde de en başta ve odak noktasına “*insan*” kavramının – değerinin konmasıyla doğru bir yolda ilerlenebilir. Bu “*yeniden yapmak üzere yıhma*” durumunu Nietzsche, bir örnek üzerinden şöyle ifade etmektedir: Temeli sağlam olmayan bir binayı ne kadar onarırsanız onarın, hiçbir zaman o binayı yerle bir edip yerine yeni bir bina diktiğinizdeki kadar sağlam bir bina elde edemezsiniz. Bu nedenle “*Üst-insan*” olabilmek için Tanrı'yı bile kendi elleriyle öldürmüş olan yerleşik ahlâkın yıkılarak yerine yeni bir ahlâkın tesis edilmesi gerekmektedir. En zor olanın, insanın kendini ve kendi değerlerini çiğnemesi olduğunu düşünen Nietzsche'ye göre ahlâk bize buyurulan bir şey olamaz. Bu nedenle herkesin kendi ahlâkını kurması ve kendi değerlerini yaratabilen bir insan olarak “*insan*” olma hakkını vermesi

¹⁰³ Payer, L., “*Medicine & Culture – Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*,” Owl Book, New York, 1996.

gerekmektedir. Burada bir diğer önemli kıstas, çözüm üretebilmektir ki tıp bilimi açısından da anahtar yetinin bu olduğu aşikârdır. Öyleyse Maslow'un ihtiyaçlar piramidini Nietzsche felsefesiyle okuduğumuzda, -ve hatta bunu hekimlik praksisine taşıdığımızda- karşımıza yeni bir tablo çıkmaktadır: Kendini gerçekleştirmenin tek yolu entelektüel bir gelişim ve yenilenme ihtiyacından doğmamakta, insan aynı zamanda etik bir olgunluk düzeyine varabilmek için de aklının sınırlarını zorlamak ve kendi değerlerini üretebilmek durumundadır. Öyleyse insanın somatik, psişik ve tinsel açıdan sağlığını belli bir denge durumunda tutabilmesi ve yaşamını, kendisi açısından yaşamaya değer kılabilmesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik ihtiyaçlarını gidermenin yanında, kendini gerçekleştirmesi de gerekmektedir ki, bu da kişinin kendi zihinsel imkânlarını sonuna dek zorlayarak kendini hem entelektüel hem de etik mânâda yetkinleştirmesiyle mümkün görülmektedir. Çünkü, entelektüel bir gelişim için hiçbir açıdan değilse bile en azından bir bilgi ve bilim etiği şarttır. Bu nedenle sağlıklılık durumu/ kavramı, yalnızca bedenin fizyolojik ihtiyaçları ile kişinin toplum tarafından onaylandığı bir toplumsal ve psikolojik tatmin ile yetinmemekte, aynı zamanda herkes için olmasa bile kimi insanlar için kendini gerçekleştirme ihtiyacı, bir bütün olarak insanın sağlık bakımından tamamlanmışlığını müjdeleyen büyük bir ihtiyaç olarak görülebilmektedir. Bu aşamada kişinin ihtiyaç duyduğu yetkinlik düzeyi, artık eleştiri yapabilen bir insan olmanın ötesine geçerek kendi değerlerini yaratan ve sorunlar karşısında çözüm üretebilen bir insan olmayı gerektirmektedir. Kuşkusuz, son yüz – yüz elli yıldaki tıpta özellikle bilimsel ve teknolojik gelişmelerle insanın biyolojik yaşam süresi -belirgin ölçüde- uzamıştır; ancak, biyolojik yaşam süresinden belki çok daha önemli ve değerli olan “yaşam düzeyi” olmalıdır. Yaşamın belirli bir doygunlukta ve kalitede olabilmesi de ancak sağlıklı olmak ile mümkündür. Bazen insanın önündeki tüm yollar kapanabilir ve yaşam bir eziyet hâline gelebilir ama yine de hayat hiçbir durumda öngörülebilir değildir. İspanyol yönetmen Alejandro Amenábar'ın 2004 yapımı filmi “*İçimdeki Deniz - The Sea Inside, Mar Adentro*”da, denize tutkulu Ramón Sampedro bir kaza sonucu kuadriplejik (= kolları ve bacakları, boyundan aşağı - dört ekstremitelerinin de felçli olması) kalmıştır ve yıllardır yatağa mahkûm bir yaşam sürdürmektedir ve böyle bir yaşamın işkence olduğunu düşündüğünden ötanazi istemektedir. Ramón Sampedro, “... *biçimsiz ve bozulmuş bir bedenin bekçisi olan bir insan için, yani benim için, saygınlık nedir? Ben,*

hayatı, özgürlüğü seven çoğu insan gibi, yaşamının bir hak olduğuna, ama bir mecburiyet olmadığına inanıyorum” diyerek ötanazi hakkının verilmesini talep eder. Tabii, ötanazi, bir hekimin onaylayabileceği bir şey değildir ama pek çok yaşam dinamiğini içerdiği için felsefi olarak tartışılmalıdır (biz, -konumuzun dışında olması nedeniyle- ötanazi konusuna burada hiç girmeyeceğiz; bu film, ayrıca zihin-beden tartışması için iyi bir zemin sağlamaktadır).

Maslow’un kuramı, esasen insanın duygulanım, düşünce ve eylemlerini açıklamada son derece yararlı, anlamlı olmakla birlikte, -elbette ki hiçbir durumda insan için çok genel geçer şeyler söylemek olanağı yoktur- eleştirimiz şudur ki, insan için, -kuşkusuz öncelik ve derece farkları vardır ama- tüm ihtiyaçlar biraradadır, bir bütündür, birbirleriyle harmanlanmış/ kompozit şekildedir; Maslow ise, lineer bir model önermektedir ve insanı âdeta mekanikleştirmektedir; belki *vital*/ yaşamsal elzem ihtiyaçlar (yeme, içme, hava gibi) ve sadece biyolojik olmanın ötesinde biyopsikososyotinsel-kültürel ihtiyaçlar birbirlerinden ayrılabilir. Yine de, insan, en basit temel bir ihtiyaca (yeme, içme, ...) bile bir kültürel unsur eklemektedir ve aslında bu şekilde kendi gelişimi için yol(lar) açmaktadır. Hiçbir hayvan karnını doyurmayı, su içmeyi bir ritüel hâline getirmemekte, bu ihtiyacına türlü çeşitli unsurlar eklememektedir, yeme içme eylemi basitçe ve yalnızca ihtiyacı olan besini almasıdır ve bu da hayvanların son derece güçlü içgüdüleriyle desteklenmiştir [(insanın güdüleriyle karşılaştırılamayacak kadar daha üstün, örn. köpekte *rhinencephalon*/ beynin koku ile ilgili bölgesi insana göre belki yüzlerce kat daha işlevsel ve donanımlıdır); insan, esasında pek çok duyuları ve fiziksel özellikleri bakımından çok zayıftır ama bu durumun da insan evrimi yönünden anlamı vardır]. İnsan, yaşamında olgulara, varlığa, değerlere vb. biyolojik, psikolojik, sosyal, politik, ekonomik pek çok platformda birden anlam vermekte ve her birey kendi öznel koşulları içinde kendi öznel gerçekliğini ve değerlerini oluşturmaktadır. Bu öznel gerçeklik her birey için yegânedir/ biriciktir ve bu öznel gerçekliğin bir başka birey tarafından çoğu kez, -iletişimin yüzeysel sınırlarının ötesinde- anlaşılabilmesi son derece güçtür (sanat, insanlar arasındaki anlaşma için yollar açabilir). Büyük Japon yönetmen Akira Kurosawa’nın 1950’de çektiği ve Ryunosuke Akutagawa’nın gerçeğin muğlaklığı odağında yapılandığı iki ayrı hikâyesine dayanan, olağanüstü filmi “*Rashomon*”

insanın zayıflıklarını, olayları kendilerine göre nasıl uslandırdıklarını - öyle hatırladıklarını ve gerçekliği nasıl deforme ettiklerini gösteren, nesnel bir gerçekliğin olup olmadığını sorgulayan, hayatta etkileşimin hangi dinamiklerle ve nasıl işlediğini ortaya koymaktadır. Kimi insan, düşünce ve/ ya da inançları için, örneğin açlık grevi yaparak, ölüme gidebilmektedir; pek çok insan aç ve susuz kalsa da ya da kısıtlılık ve zorluklar içinde yaşıyor olsa da çalmamaktadır, onurunu koruyabilmektedir ya da bazı insanlar ihtiyacı olmadığı hâlde (belki biçimsel olarak değil ama esasta) çalmaktadırlar, maddi ya da manevi şeyleri. Tarih, maddi sıkıntılara rağmen, yoksunluklar ve zorluklar içinde (belki de bu olumsuz durumu zorlayıcı, teşvik edici bir faktör olarak kullanıp) kendini gerçekleştirebilmiş, insanlığa örnek olmuş nice insanla doludur. Ayrıca, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklar da, hem ihtiyaçları (nitelik ve nicelik olarak) hem de bunların ifade şeklini belirlemede etkili olmaktadır. Bir insan maddi yönden çok kısıtlılık içinde olsa da, bakıyorsunuz, kullandığı bir eşyaya tamamen spontan bir davranışla bir resim çiziyor, bir çiçek takıyor, bir renk katıyor, tamamen işlevselliğinden ayrı olarak; demek ki, estetik duygusu basitçe ille de hayatta temel ihtiyaçların karşılanmasını şart koşmuyor. Biyolojik, psikolojik, zihinsel, sosyal, politik, ekonomik, spiritüel pek çok kompartımandaki gereksinimlerimiz birbirleriyle hep ilişkili bir biçimde ortaya çıkıyor, elbette belli bir ölçüde öncelik ve derece farklarıyla ve kişiye özgün biçimde.

Maslow, insanın kendini gerçekleştirmesini âdeta mükemmellik olarak değerlendirmekte, bireyin kendini gerçekleştirmesini mükemmel insan olmak ile eş tutmaktadır ve bireyi, -aynı anda her yönüyle- mutlak olumlamaktadır sanki. Ancak, insanlar biyopsikososyotinsel-kültürel bakımdan büyük bir çeşitlilik gösterirler şüphesiz ve her birey için kendini gerçekleştirme, -genel kabul yönünden- mükemmel bir tablo ortaya koymayabilir belki. Geçmişe ya da hayata bakılırsa, olağanüstü eserler meydana getirmiş ve insanlığa katkıda bulunmuş birçok insanın yaptıkları olumlu şeylerin yanında çok büyük hataları, zararları, zulümleri de görülebilir; bazen de, hiç de olağanüstü işler yapmamış ve belki mükemmel olarak akla gelmeyecek biri kendini gerçekleştirmiş olabilir, kendi değerleri ve sınırları içinde. Kendini gerçekleştirmek kuşkusuz önemli bir gelişimi sağlamaktır ve bunu yapabilmek de ancak bazı bireylerde ve koşullarda olanaklı ise de, insan yaşamının pek çok yönü, vechesi, katmanı, düzlemi

olduğu ve gelişim ya da duraksamanın tek bir boyutta olmayacağı gerçeğini dikkate almak gerekmektedir. Dolayısıyla, insanları tek yönde değerlendirip sadece olumlu özellikleri olabileceğini düşünmek (ya da tersi) her zaman olgusal gerçeklik/ hayat ile uyuşmayabilir; bu bakımdan, “mükemmellik” ile “kendini gerçekleştirmiş olmak” kavramlarını birbirinden ayırmak ya da bir ölçüde örtüşüyorsa da farklılıklarını da görebilmek daha doğru olabilir. (Biyopsikososyotinsel) mükemmelliği birey düzeyinde ve bireyin hayatında değil, belki tek ve bölünmez bütünlük olarak ele alınabilecek insan türü için ve yaşamın akışında/ *oluştur*mak daha gerçekçi ve açıklayıcı olabilir. Ancak, pratikte her bireyin kendini gerçekleştirmesinin ve bu konudaki çabaların en insancıl - insana yakışan bir yol, yöntem olduğu aşikârdır; bireysel ve toplumsal tüm yapının –*eğitim, ekonomopolitik sistem vd.*- buna göre düşünülmesi ve tasarlanması gereği, bu kuramın pratiğe aktardığı yararlı bir katkı olacaktır. Maslow, kuramının genişletilmiş formunda kognitif/ bilişsel, estetik ve transendental ihtiyaçları da eklemiştir; aslında bu ihtiyaçlar, insanın kendini gerçekleştirmesine giden yollar ve tamamlayıcıları olarak da düşünülebilir. Kısaca düşüncemiz, aslında tüm bu basamaklar, ihtiyaç grupları birbirlerinden asla bağımsız değildirler, sürekli birbirleriyle etkileşim içinde bir akış hâlinde olmalıdırlar; insan bireyinde bunun tezahürü, bireyin filo-onto-genetik varlık yapısının oluş içinde seyri ile yaşamın ortaya çıkması ve insan türü ile devamlılığının sağlanması olmalıdır.

Maslow’un kuramına bir başka yönden baktığımızda, Maslow, cinselliği/ cinsel ihtiyacı en alt basamağa yerleştirmiş, yeme – içme – hava alma ile aynı grupta düşünmüştür (ayrıca sevgi ihtiyacında da yer alır). Oysa cinsellik -ki burada eleştirimiz bize göre daha kapsamlı olarak **sevgi** esas alınırsa-, sevgi/ cinsellik insan hayatında pek çok unsur barındırmakta, insan yaşamının birçok veçhesinde farklı form ve niteliklerde ortaya çıkmakta ve kapsayıcı ve derinlikli bir rol oynamaktadır, Freudcu/ Freud’a yakın bir yaklaşım ile. Bilindiği gibi, Freud, zihni bilinçli ve bilinçdışı bileşenlere ayırmıştır (ayrıca arada yer alan “bilinçöncesi bilinçdışı/ *adaptive unconsciousness*” vardır); ancak, bilinç daima bilinçdışının etkisinde ve/ ya da bilinç ve bilinçdışı iç içe ve birlikte etkinlik göstererek dış dünyayı algılar – kurar/ dış dünyanın temsilini oluşturur, düşünceleri ve eylemleri belirler. Bilinçdışı içinde önemli bir bileşen, -ki Freud’un ilk öne sürdüğü içgüdü olan- “yaşama içgüdü –

eros” kişinin kendini koruma içgüdülerinin ve cinsel içgüdülerinin tümünü kapsar (karşıt olarak, yaşam içgüdüğü ile iç içe olan ölüm içgüdüğü *thanatos* ise tüm saldırganlık, agresyon, zarar verme, yıkım içgüdülerini kapsar). Sağlık ve hastalığın felsefi ontolojik temellendirilmesinde de –örneğin Christopher Boorse’nin “*Biyoistatistik Teori*” yaklaşımında olduğu gibi- belirleyici bir amaç/ yönelim olarak cinsellik – üreme dikkate alınmıştır; çünkü, C. Boorse’nin kuramında, yaşamda ve yaşamın sürdürülmesinde vazgeçilemez - vital bir rolü olduğu için, sağlıklılık için cinsellik ön koşul olarak değerlendirilmektedir.^{104, 105} Sevgi, eğer Maslow’un genişletilmiş sekiz basamaklı ihtiyaçlar hiyerarşisi esas alırsa, (farklı nitelik ve derecelerde) sekiz ayaklı bir ihtiyaç gibi düşünülüp, her bir ayağı bir basamağa yerleştirilmelidir denebilir. Sevgi, -fizyolojik ya da fizyopatolojik düzlemde olmak üzere- yaşamın farklı alanlarında ve eylemlerinde farklı niteliklerde (libido, eros, phylia, storge, ludus, mania, pragma, philautia, agape gibi) bireyde etkin olmaktadır, bir bakıma temel yaşam enerjisi, yaşam içgüdüğü gibi de düşünülebilir (üstte de belirtildiği gibi, S. Freud için “libido, eros/ yaşam içgüdüğü” olarak alınabilir; Spinoza’da “*conatus*”, Nietzsche’de “*güç istenci*”, H. Bergson’un “*elan vital*’i/ hayat hamlesi” felsefi olarak buna yakın görünen kavramlardır, ...). S. Freud’a sağlıklı insanın tanımı sorulduğunda kısa ve yalın bir cevap vermiştir: “*Sevmek ve çalışmak/ Seven ve çalışan kişi.*” Çünkü sevmek demek, ilişkinin tensel unsurundan insanları ya da şeyleri/ varlığı sevmeye, yaşam sevincine ve nihayetinde kendini adamaya (= *agape*) uzanan; çalışmak demek ise, basit ve sıradan bir iş yapmaktan, son derece karmaşık yapıcı – yaratıcı, anıtsal eserleri ortaya koymaya uzanan üretken uğraşlara kadar geniş ilişki ve eylemleri ve kendini gerçekleştirmeyi kapsamaktadır; bir yönüyle de, sevmek ve çalışmak kavramları iç içe gibidir âdeta. Bir bakıma, insanın kendini gerçekleştirebilmesinin (var oluşunun) en etkin ve verimli imkânları olarak da düşünülebilir sevgi ve çalışmak... Bireyin duygusal dünyasında cinsellik/ sevgi, hem sağlık hem de hastalık durumlarında, doğrudan ve/ ya da dolaylı olarak farklı biçimler de alabilir; örn. cinselliğin/ sevginin somatizasyonunu (bedende ağrı, davranış bozuklukları – değişiklikleri gibi) sıklıkla görürüz ya da büyük bir duygusal

¹⁰⁴ Boorse, C., “Health as a theoretical concept,” *Philos Sci* 44:542-573, 1977.

¹⁰⁵ Schramme, T., “Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 565-571, 2014.

eksilmenin, nesne kaybının bireydeki etkisinin cinsel bir içerik ve davranışla açığa çıkması da (/ cinselleştirme) mümkündür. Bu bakımdan bizce, yaşamda cinsellik - sevgi, var oluşun önemli bir unsuru gibi görünmektedir ve hayatımızda, bilinçli ya da bilinçdışı alanda hep vardır.

İdeal sağlık tanımının içinde/ yanında sağlığın pek çok farklı katmanları ve veçheleri/ yönleri esas alınarak çeşitli tanımlar da yapılabilir: Örneğin en bilineni (ve resmi bir tanım olarak), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/ WHO = *World Health Organization*)'nın 1948'deki Kuruluş Yasasında yer alan tanımıyla, "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık hâlinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir" ("*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*") şeklinde ifade edilmektedir. Daha sonra, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/ WHO)'nın 1996'daki genişletilmiş tanımı ise: "*Health is a dynamic state of complete physical, mental, social and spiritual well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*" – "Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlık olmama durumu değil, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam ve dinamik bir iyilik hâlidir" şeklindedir.¹⁰⁶

DSÖ'nün tanımı da zaten yukarıda belirttiğimiz "ideal sağlık" tanımından çok farklı değildir; DSÖ'nün tanımında örtük olan bazı anlam ve kavramlar, belki, bizim yaptığımız "ideal sağlık" tanımında açık hâle getirilmiş diye düşünülebilir. DSÖ'nün tanımı, barındırdığı "tam olarak" ibaresinin anlamının açık olmadığı, bir belirsizlik içerdiği nedeniyle zaman zaman eleştirilmektedir; ancak, bu eleştiri gerçekte, eleştiri yapan düşüncenin sağlığa hangi perspektiften baktığını da doğrudan göstermektedir. Şöyle ki, sağlığın tanımının "tamamen bilim kavrayışı" içinde yapılmak istenmesi, bunun nicel bir dil ile (matematikselleştirilerek, sembolleştirilerek) ifade edilmek istenmesi durumunda, DSÖ'nün tanımındaki "tam olarak" ibaresi sorunlu görülmektedir. Ancak, tıp praksi, *per se* bilim değil bilimseldir (elbette hekimlik praksiinde bilim "sine qua non" bir koşul arz eder; ancak yine önemli bir ayrım belirtilmelidir ki, tıp bilimleri içinde yer alan bilimler, örneğin anatomi, fizyoloji,

¹⁰⁶ Larson, J.S., "The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health," *Social Indicators Research* volume 38, pages 181–192 (1996).

mikrobiyoloji vd. bilimdir; ama bu bilimlerin uygulandığı hekimlik pratiği, -yâni insanı anlama çabası ve insanın uygulama alanına girdiği anda- salt bilim değil artık bilimseldir ya da bilimleri kullanan bir yapıdadır; çünkü, insanın olduğu yerde anlamlandırma – anlam verici düşünce vardır ve bunu salt bilim ile ele almak olanaksızdır) -ve ayrıca hümanistik bilimleri vd. bilimleri de içerir; bu bakımdan, pozitivist-empirist bakış bir ölçüde geçerli olmakla birlikte (bilim, pratikte çok önemli olmakla birlikte) durumu tümüyle kapsamamaktadır; kaldı ki insanı tam olarak kapsayabilmek – sınırlarını çizebilmek olanaklı değildir; çünkü, insan hep kendini aşmaya yazgılı açık bir varlıktır. Çünkü insan sürekli ölümle burun buruna yaşamakta, bu nedenle de yaşam, akıp giderken aynı zamanda kendinden taşmaktadır. İşte bu taşkınlık, insanın “dünya-içinde-Varlık” olarak anlaşılmasını sağlamakta ve insanın varoluşu dünyaya saçılmış kabul edilmektedir. Heidegger insan varoluşunun dünyaya saçılmışlığını “**Dasein**” olarak adlandırmış ve Dasein’in “dünya-içinde-Varlık” olma şeklini ölüm üzerinden kurmuştur. Zira insan, ancak karşı konulamaz bir ölüm karşısında kendi hayatını anlamlı kılabilir ve kendi özgürlüğünün farkına varabilir. Böylece ölüm, yaşamı anlamlı kılmak üzere Dasein tarafından yaratılmakta; ölüm karşısında duyulan kaygı (*Sorge*) ve korku (*Angst*) ile mücadele ise insanın kendini gerçekleştirmesine ve bir kimlik kazanmasına vesile olmaktadır. Yâni ölüm, insanı hiçlikle yüzleştirerek var eden “bir varoluş tarzı”dır. İnsan, öleceğini bilerek yaşadığından, hayvandan farklı olarak son bulan bir varlık değil, ölen bir canlıdır. Başka bir deyişle insanın ölümü, genellenir ve genel olarak “insan ölür” denildiğinde ifade edilmek istenen “insan” aslında hiçkimsedir. Böylece, insanın ölümü genelleştirilip önemsizleştirilmektedir. Öte yandan Heidegger’de *ontik* (*Varlık*) ile *ontolojik* (*var olanlar*) arasında yapılan ayırım, ölüm açısından söz konusu değildir. Nitekim Heidegger’de ölüm, hem ontik hem de ontolojik bir özellik göstermektedir. “*mutlak yokluk*” olarak ölüm, insanın yeryüzündeki varlığını sonlandırmakla birlikte, yaşamla iç içe bulunan ve hatta yaşamdan doğan bir son olarak da görülebilir. Tam da bu nedenle insan, dünyaya gelir gelmez, bir yandan yaşamaya, bir yandan da ölmeye başlamış kabul edilir; insan hep ölüme doğru yol alır (bu, felsefi olmanın yanında biyolojik olarak da böyledir). Heidegger’in insanı, “ölüme-doğru-varlık” olarak

nitelemesi de bundandır.¹⁰⁷ Görüldüğü üzere Heidegger’de özne, dünyadan soyutlanarak ele alınabilecek kartezyen bir özne değildir. Ve kuşkusuz, insan “ölüme-doğru-varlık” olmanın yanında, biyolojik zeminde ama biyopsikososyogeist-kültürel perspektiften, -bu bölümde de belirttiğimiz gibi- bir taraftan da “doğuma-doğru-varlık” olarak düşünülebilir; çünkü, insanın psikolojik doğumu hayat boyu sürmektedir.

“İster haklı olsun, ister haksız, “harici dünya”nın gerçekliğine inanmak; ister yeterli olsun, ister yetersiz bu gerçekliği kanıtlamak; ister açıkça olsun, isterse kapalı, bunu varsaymak; bütün bu çabalar (kendi zeminine bütün şeffaflığıyla egemen olmaksızın) öncelikle dünyasız, yâni kendi dünyasından emin olmayan ve esasen kendine bir dünya temin etmek durumunda olan bir özneyi varsayar.”¹⁰⁸

Bu noktada, tıbbın/ hekimliğin bileşenlerini analiz etmek ve bunları temellendirmek uygun olacaktır. Hekimliğin bileşenlerini başlıca aşağıdaki altbaşlıklar ile ortaya koyabiliriz:

1. Bilim ve Teknoloji:

A) Doğa Bilimleri ve Teknoloji

- A.1.** Tüm pozitif (doğa) bilimleri (Fizik, kimya, biyoloji vd.),
- A.2.** Temel tıp bilimleri (Anatomi, fizyoloji, histoloji ve embriyoloji, patoloji, patofizyoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji vd.),
- A.3.** Tıbbı uyarlanmış temel tıp bilimleri (Biyokimya, biyofizik, biyoistatistik vd.),
- A.4.** Klinik dahili ve cerrahi tıp bilimleri (Kardiyoloji, nöroloji, beyin cerrahisi, kalp cerrahisi, genel cerrahi, çocuk sağlığı ve hastalıkları vd.),
- A.5.** Deneyisel ve laboratuvar çalışma ve araştırma birimleri,
- A.6.** Yardımcı bilimler ve uygulamalar (Bilişim, teknoloji, epidemiyoloji, istatistik, matematik vd.)

¹⁰⁷ Heidegger, M., “Varlık ve Zaman,” Çeviren: Ökten, K., İkinci Basım, s. 218, Agora Kitaplığı, İstanbul, 2011, (Orijinal eserin yayın tarihi 1927).

¹⁰⁸ A.g.e., s. 218.

B) Hümanitas/ İnsan ve toplum (Kültür) Bilimleri & Kişisel  zellikler

B.1. Kuramsal bilgi: *felsefe, tarih, edebiyat, m z k, mitoloji vd. -sanat, yüksek sanatlar-,*

B.2. İletişim - retorik, düzgün ifade - tiyatral ifade,  yk leştirme/ öykü anlatıcılığı, soyut kavramları somut ifade edebilme becerisi,

B.3. Görünür ve görünmez ilişkisinde *görünür*' n yorum ve noetik kısmı, hekimin kültürel birikimi tarafından belirlenir ve bu süreç tümüyle hekimin hümanitas alanı ile ilişkilidir,

2. Ahlâki yapı ve karakter  zellikleri:

2.1. Kişisel değerler: ahlâki - *insan  değerler, dürüstlük, adalet duygusu ve  dil duruş, sevgi, ilgi, empati, sempati, vicdan, hoşgörü, merhamet, şefkat, anlayış, insanın amaç olmak anlamı ve değeri,*

2.2. Karakter  zellikleri: *dayanıklılık, sabır, irade,  alışkanlık,*

2.3. İletişim-retorik, düzgün ifade, tiyatral olma vb. hekimliğin özünde yer alır.

3.Praksis, Poiesis, Techne, Phronesis, Noesis:

- Teorik bir temel üzerinde bir uygulama, bir şey meydana getirme, yeni bir şey üretme, bilgece karar verme, zanaat/ sanat? - teknik yanı ki, geometrik tasarım - üç boyutlu düşünme, soyut ve somut kavramları birlikte düşünüp  rt şt rebilme- ilişkilendirebilme/ karşılıklılığını kurabilme, bakış/ teori ve el ölçülülüğü & ustalılığı - inceliği, beyin-göz-el birlikteliği, strateji kurabilme, - özellikle cerrahide önemli özelliklerdir), hayal gücü ve bellek, sezgisel düşünebilme - özellikle bilgili ve bilgece tanı ve karar vermede önemlidir.
- *Hekimlik, hekim – hasta ilişkisi ve hastanın (sadece şifası değil) iyileştirilmesi pratiğidir.*

- *Hekimlik uygulaması bilim değil bilimseldir, ... Hekimlik sanat değil, belki sanatsaldır ya da sanat sevgisi vardır ya da belki estetik içerik taşır denilebilir; Hippokrates, "...for where there is love of mankind, there is love of the art – İnsan sevgisinin olduğu yerde sanat sevgisi de vardır"* demektedir.¹⁰⁹ Edmund D. Pellegrino'nun dediği gibi, "*Medicine is the most humanistic of the sciences, and the most scientific of the humanities*" – "Tıp bilimlerin en insanî ve toplumsal olanı, insan ve toplum bilimlerinin de en bilimsel olanıdır."^{110, 111}

4.Felsefe ve Bilgelik unsuru:

- *bir üst dil ve üst bakış olarak felsefe, kavramsal analiz etme (tıbbın bilimsel tıbbı dönüşümü Antik Yunan'da, -pre-Sokratik dönemde- kozmolojinin bilimsel esaslara göre kurulması ve bu çerçevede tıbbın yorumlanması, insanın bir doğa varlığı olarak bilimsel – rasyonel bakışla kavranması ile olmuştur), durumun bütünü kavrama, parçalarına ayırma – analiz, parçalar arasında ilişkiler kurabilme, bütüncül bir değerlendirme yapabilme, sentez,*
- *kavramsal yapıyı doğru kurabilmek, kavramsal sorunlara - karmaşaya düşmemek, tıbbın teorik ve pratik yapısı içinde belirli ilkeleri kurabilmek,*
- *tıbbın bilimsel ve teknolojik yapısı yanında insanın anlama yönelik yapısını, düşünmesini, değerini temel alabilmek,*
- *mantık - doğru düşünme ve doğru akıl yürütme, mantıksal hatalara/ safsatalara düşmemek,*
- *bilme, öğrenme, araştırma, soru sorma, sorgulama, eleştiri, irdeleme, hazır cevaplarla ikna olmama, felsefî tavır ve tutumla hareket edebilmek,*
- *bilgiyi açık ve seçik olarak ortaya koyabilme metodolojisi, ... yeniden yeniden düşünebilme – düşünmede esneklik, epistemolojik açıklama yapabilme – episteme ile doxa ayırımını yapabilme,*

¹⁰⁹ Gavin Francis, "**Medicine: art or science?**," PERSPECTIVES: THE ART OF MEDICINE VOLUME 395, ISSUE 10217, P24-25, JANUARY 04, 2020.

¹¹⁰ Schwartz, M.A., Wiggins, O.P., "**Scientific and Humanistic Medicine: A Theory of Clinical Methods**," In KR White (Editor) *The Task of Medicine*, Menlo Park, CA., Henry J Kaiser Foundation, 1988

¹¹¹ Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., "**A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions**," Oxford University Press, New York, 1981.

- *modern tıp çok yönlü, çok geniş ve derinliğine bilgi ile gerçekleştirilebilir; ancak, bu yoğun bilginin belli bir sistematik içinde ele alınıp kullanılabilmesi de felsefî bir etkinlik ile olanaklıdır,*
- *hastalık, tanı, prognostikler, medikal mantık kavramları,*
- *görünür ve görünmez ilişkisinde, örneğin tanı aşamasında (ama bununla da sınırlı olmayıp tıp praksisinin her aşamasında) görünmez alanın tanınması ve yorumu görünür alan diyebileceğimiz alana felsefî bakış ve birikimle belirlenmektedir,*
- *tıbbî hipotez ve teori geliştirme, bilimsel metodolojiyi kullanabilme,*
- *tıbbî – klinik karar verme,*
- *sorun ve çözüm teorisi/ görme geliştirebilme, phronesis/ pratik bilgelik,*
- *olguların genel çerçevesini çizebilme, tümel – tikel düşünebilme, ... ve hasta kişiye özel çerçeveler kurabilme,*
- *somut - soyut ilişkilendirebilme,... tıbbın teorik ve pratik alanlarını doğru bir şekilde örtüştürebilme,*
- *sentaks, semantik ve pragmatik olarak tıbbî dili kavramsal ve pratik anlamda kullanabilme, ...*
- *etik kavramları çözümlemede ve temellendirmede felsefî bakış,*
- *tıp eğitimini düzenleyebilmek; tıbbın genel yapısını, eğitimi, tıp felsefesini çok iyi bilmeyi gerektirir,*
- *meta-tıp kavramı geliştirebilme*

5.Tarihi ve kültürel yönü:

Tıbbın köklü tarihsel geçmişi, gelenekleri, ahlâkı, uygulamaları, kuramsal yapısı, ... hekimlik praksiyi yapan hekimin donanımı içinde olması gereken unsurlardır. Her zaman geçerli olmuş ve hep olması lâzım gelen hekimin noetik yanı *Sir Luke Fildes*'in, *The Doctor* (1887, The Tate Britain, Londra) tablosunda çok güzel resmedilmiştir: Hekim hastasının başında çaresizdir, düşüncelidir, muhtemelen hastasına çok fazla yardımcı olamayacaktır; ama, hastasının (ve hasta yakınlarının) yanındadır ve onun en yakınındadır, teselli edenidir, paylaşanıdır. Tıbbın tarihi neredeyse insanlık ile yaşıttır

ama (günümüzdeki bilimselliği ve teknolojisi ile) modern tıp çok yenidir; ancak, hekimlik sadece bilim ve teknoloji ile sınırlı olmanın çok ötesindedir.



Resim 7: Sir Luke Fildes (1843-1927),
“The Doctor/ Hekim” (1887, The Tate Britain, Londra).

Aristoteles, çok temel bir çözümlemeyi şöyle yapmaktadır: “... meydana getirme ve hareketler içinde bir aşamaya “tasarlama, düşünme”, diğerine “yapma, gerçekleştirme” denir. İlkeden ve formdan çıkan şey, düşünmedir. Düşüncenin en son adımından doğan şey, yapma, gerçekleştirir ...” ifadesiyle, hekimlikte yapılan bir uygulamanın arkasında kuramsal – kavramsal bir içeriğin olduğunu, dolayısıyla hekimlik uygulamalarında teori/ episteme, praxis, poiesis, techne içeriğinin iç içe ve birlikte var olma şartını göstermektedir. Tıp bilimi ve uygulamaları, insan sağlığı ve hastalıklarının tanı ve tedavisini içermekle birlikte, bilimsel kapsamı bakımından birbirinden farklı içerik ve perspektiflere sahip çok geniş bir alana yayılmıştır (klinik pratikte çok sayıda disiplinin ve her bir disiplin altında da yeni yeni alt dalların ortaya çıkması; araştırma ve laboratuvar alanının -klinik uygulamalarla da işbirliği ve etkileşim içinde- çok yoğun faaliyet göstermesi). Doğaldır ki, işin nesnesi insan olunca, insanın (biyopsikososyotinsel, kültürel ve tarihi) çok yönlü yapısını anlamaya yönelik çok sayıda enstrümanın kullanılması kaçınılmaz olmaktadır (hekimlik

uygulamasında hasta hem özne hem de nesnedir). Hekimlik praksi içinde hem hastanın hastalığını anlamak, tanı koymak, tedavisini yaparak iyileşmesini sağlamak ve hem de bunları olumlu ve nazik bir hekim – hasta ilişkisi çerçevesinde moral değerleri en üst derecede koruyup geliştirerek yapmak gerekmektedir. Çünkü, özellikle tanı ve tedavisi uzun süren, meşakkat gerektiren durumlarda (diyelim ki beyin tümörleri, neoplastik – malign hastalıklar, beyin kanamaları, ciddi organ hasarları ve fonksiyon kayıpları, psikiş – psikiyatrik hastalıklar, otoimmün hastalıklar, dejeneratif hastalıklar, konjenital anomaliler vd.) süreci hasta ile hekimin birlikte üstlerine düşen rolleri yerine getirdikleri bir yolculuk gibi düşünmek ve bu sürecin sonunda her iki tarafın da kendilerini daha iyi hissettikleri (hastanın sağlığını kazanması, iyileşmesi ve bu deneyimle belki de hayatı daha farklı bir bakışla sorgulamasını sağlayan bir süreç olarak; hekim için ise, bir insana yardımcı olabilmenin hazzı ile, bu deneyimin kazandırdığı bilgi ile ve başlıca bilgisi ile yönlendirdiği derinlikli insanî bir iletişimin içinde olmakla) bir yaşam ortaklığı – paylaşımı gibi düşünmek doğru ve gerçekçi olacaktır. Örneğin tümör hastalarında ortaya çıkan tepkiler kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte genel olarak şöyle bir seyir izlemektedir: kişi önce durumu inkâr etme eğilimine girer, en yaygın tepki şoke olma ve inanmamadır, “... acaba bir yanlışlık mı var” diye sorar ve sonrasındaki tepki, “niye ben!” olur çoğunlukla ve bunu çeşitli rasyonalizasyon ve uyum çabaları izler. Gerçeği reddetme, aslında gerçeğin yarattığı kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı geliştirilmiş bir savunmadır, beraberinde kızgınlık ve isyan vardır. Dolayısıyla hastanın bu tepkisi oldukça derin ve içeriklidir. Hasta yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri ve ölümü ensesinde hissetme gibi bunalı bozukluğunun temel belirtilerini gösterir. Sonrasında sıklıkla uyum dönemi ve hastalıkla mücadele dönemi başlar ve bu dönem çok koşturmacalı, çoğunlukla meşakkat gerektiren, ağırlı, yıkıcı – bitirici/ katabolik, yaşamda ilk kez tanınan (ve belki son kez yaşanan) bir dönemdir; hastanın artık gerçeği kabullenip enerjisini ve ruhsal gücünü yeni yaşamına yönelttiği uyum dönemidir, hastalığı ile birlikte yaşamaya çalışır, güven ve denge arayışı içindedir. Bu son derece kararsız dönemde hekimin an’a göre durumu çözümleyip doğru karşılığı vermesi gerekmektedir kuşkusuz. Sonrasında hastalık çok farklı seyredebilir, olumlu bir yönde ilerliyorsa yeni dengenin oluşumu daha da güçlenir ancak olumsuz durumlar hastayı reaktif depresyona sokabilir, genellikle “ne olacaksa olsun” tarzında tezahür

eden tükenme, isyan ve hatta tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme ortaya çıkabilir. Hastalığın seyrine göre çok farklı psişik manifestasyon(lar) görülebilir; bu dönem artık hastanın tüm hayatını gözden geçirerek vardığı -sağlıklı ya da tepkisel patolojik- bir psişik hâldir.

Tıbbın bileşenleri bölümünde de anlatıldığı üzere, bilimsel içeriği primer olarak doğa bilimleri ve teknoloji olmakla birlikte aynı zamanda insan ve kültür bilimlerini de kapsar ve insana – hayata dair pek çok disiplin ile de bağlantılar kurar. Tıbbın, insan ve toplum bilimleri – hümanitas içeriği bu tezde ayrıca konu edinilecek, insan ve hayata yönelik ilgisi ise, hekimlik praksi içinde ele alınacaktır. Tıp epistemolojisi, primer olarak pozitif doğa bilimleri ve (temel, cerrahi ve dahili) tıp bilimleri ve hekimlik praksi/ uygulamaları esas alınarak irdelenecektir. Çünkü, böylesine ağır ve sorumluluk isteyen bir görev, -hayatta atılan her adımda olduğu gibi- ancak bilgi sahibi olunarak ve bilginin yönlendirmesi ile doğru bir biçimde gerçekleştirilebilir. Bilim ve yardım/ iyilikseverlik galiba en çok hekimlikte biraraya geliyor, *Pablo Picasso*'nun (*erken döneminde henüz 16 yaşındayken yaptığı*) resminde ifade ettiği gibi.



Resim 8: Pablo Picasso, “Bilim ve Yardım - Science and Charity”
Museu Picasso, Barselona.

Çağdaş tıbbın kazanımları çok büyük oranda bilim ve teknoloji ile olmuştur. İnsan organizmasının çalışma mekanizmaları, sağlık ve hastalıkların temelleri, hastalıkların nedenleri ve oluşu, tedavi yöntemleri çok geniş ve derinliğine bir bilimsel perspektifle ortaya konmuştur. Görüldüğü gibi, tıp bilimleri son derece geniş yelpazede temel doğa bilimleri ile birlikte temel tıp bilimlerini, klinik – cerrahi bilimleri ve matematiksel bilimleri ve insan ve toplum bilimlerini kapsar; çünkü, insanın kompleks yapısı, tıp teorisi ve pratiğinde, neredeyse mevcut tüm bilimleri-bilgileri kullanmayı zorunlu kılar. Bilimin günlük yaşamın gereksinimlerine uyarlanmasıyla ortaya çıkan teknoloji ise bilimi çok derinden etkiler; tıp teknolojiyi belirler, teknoloji bilime veriler sağlar ve yeni yollar açar ve dolayısıyla, tıp – bilim – teknoloji birlikteliği (çağdaş) tıbbın vazgeçilemez belirleyici unsurlarıdır ve sürekli karşılıklı etkileşim içindedirler.

Tıp, teorik ve pratik pek çok farklı alanı içeren bir şemsiye terimdir; bu bakımdan, tıbbın salt bilim olarak değerlendirilebilecek alanları, örneğin moleküler biyoloji ve genetik, fizyoloji, anatomi, histoloji ve embriyoloji, mikrobiyoloji, patoloji, farmakoloji gibi disiplinleri içermesinin yanı sıra ve onlarla birlikte hekimliğin *praksis*'i (pratiği, uygulaması), *poiesis*'i (ürün meydana getirme) ve *techne*'si yer alır. Hekimlik praksi ve poiesisinde, yapılan her şey -tümüyle nicellenemez, tümüyle bilinemez, tümüyle öznel alanına girilemez ya da temsil edilemez ya da mütakabiliyeti olmayan (= incommensurability, kıyaslanamazlık), ...- insan üzerinde yapıldığı için bilim değildir ama bilimlerin kavşağında yer alır; hekimlik praksi *per se* bilim değildir ama muhakkak ki yoğun bilimseldir. Tıbbın, 'bilim' olmaktan ziyade 'bilimsel' olması, birbirleriyle bağlantılı aşağıdaki nedenlerden dolayıdır:

1. İnsana ait değişkenler/ faktörler hem (büyük ölçüde bilinebilirse de) tümüyle bilinemez, ortaya konamaz hem tümüyle nicellenemez (ancak bir ölçüde nicellenebilir) hem de insan organizması bir bütün olarak çalışır ve bizim işleyişi sadece bir sistem içinde ele almamız ile hakikat (= *truth*, tümel doğruluk)'e ve gerçeğe (= *reality*, tikel doğruluk) ulaşamayız, örneğin bu nedenle, *in vivo* ve *in vitro* sonuçlar çok farklılıklar gösterebilir (ayrıca, laboratuvarı -zorunlu olarak- indirgeyici bir yol izlenir, dolayısıyla, *in vivo* ve *in vitro* bağlamlar/ ortamlar da farklıdır),

2. Tıpta süreçler/ sonuçlar tam olarak öngörülemez, seyir ve ortaya çıkan sonuçlar olumsaldır (zorunlu, mutlak bir sonuç söylenemez), deterministik değil bir ölçüde kaotik/ tam olarak öngörülemez bir işleyiş vardır,

3. Tıbbî bilgi belirsizdir, eksiktir,

4. Üstte belirtilen özellikler sonucunda özgüllük ve duyarlılık, patognomonik bulgu gibi kavramlar ortaya çıkmaktadır.

Ne yazık ki üstteki nedenlere bağlı olarak, tıpta yanlış nedensellik üzerinden farklı kurgular ile istismarlar olabilmektedir.

Tıp bilimlerini ve hekimlik uygulamalarını Antik Yunan ve Aristoteles'in kavramları ile düşünersek, aşağıdaki tüm kavramların tıpta kullanıldığını ve gerekli olduğunu görürüz, bunlar başlıca:

- **Logos/ Theoria:** Tıbbî bilimsel/ teorik altyapı, çalışma ve söylemleri, tıbbî ve ilişkili literatürü, tıp eğitimini içeren ve uygulama ile iç içe ilerleyen bir alandır; akıl, mantık, doğru düşünme gibi çok geniş bir anlam içeriğine sahiptir.

- **Episteme:** Kapsayıcı tümel bilgiyi/ hakikati ifade eder (= *veritas, truth*) ancak tıpta ayrıca olgusal doğruluklar da (*reality*) ortaya konmalıdır, gereklidir ve bilinmelidir.

- **Diyaletik:** Hipotez ile hakikatin uyumunu araştırmaktır, olanaklı ise sağlamak ya değilse yeni bir hipotez kurmaktır; olguda hakikati aramaktır. Hasta bireyde verilen her kararın ve yapılan her işin hakikate uygun olmasını gözetmektir.

- **Praksis:** Bir işin *bilgi/ episteme* esaslı uygulanmasıdır; örneğin, cerrahi girişim bir *praksis*'tir. Tıpta, hasta birey üzerinde yapılan her türlü tanı ve tedavi işlemi tıp praksi/ uygulaması olarak kabul edilir.

- **Poiesis:** Bir amaca uygun olarak bir üretim/ meydana getirme işidir ve eylemin kendinden başka bir amacı vardır. Aristoteles'te her türlü yaratma ve meydana getirme etkinliği *poiesis*'tir; mimarlık da, yasa koyuculuk da, marangozluk da *poiesis*'tir. Tıpta başlıca kullanımı semiyolojide, hasta takdiminde, öyküsel tıpta, tıp eğitiminde teorik ve pratik yapıyı anlatımda, ders vermede vb. ortaya konmaktadır.

- **Techne:** Her türlü sanat, zanaat ve teknik alanında ve aynı zamanda dil, söylence, mitos ve politika alanında üretime katılmak anlamındadır. *Techne*'nin tıpta son derece geniş bir anlamı ve uygulama alanı vardır.

- **Ethos:** Kişilik ve belki daha doğrusu kendilik/ self anlamına gelmektedir.

- **Pathos:** Acı, çile anlamındadır; *empathos* (empati) ve *sympathos* (sempati) kavramlarını içermektedir; hastanın acısını anlamak ve onu yaşamak demektir.

- **Retorik:** Tıbbî/ Hekimlik alanındaki her türlü, örneğin hasta, hasta yakınları, meslektaşlar, öğrenciler ile ve günlük yaşamdaki iletişimin mantıklı, doğru, anlaşılır bir biçimde yapılabilmesidir. Hekimlik uygulaması aynı zamanda tiyatral bir uygulamadır, örneğin İngilizce'de ameliyathaneye "*operating theatre*" denmektedir.

- **Philos, Agape:** Bir şeyi sevmek, severek yapmak, kendini o şeye adanmak anlamındadır ki hekimlik uygulamalarında önemli bir unsurdur.

- **Noetik:** Kavramak anlamı yanında ayrıca şefkat, merhamet sahibi olmak demektir.

Temelleri Aristoteles'in "*mimesis*" anlayışına dayanan "*techne*" kavramı, aslında bir taklit, temsil veya mevcuda gelme hâli olmaktan ziyade, mevcuda getirmenin ta kendisidir. Yani "*techne*", kendini kusursuzlaştırma anlamında bir mevcuda getirme etkinliği olup "*theoria*" ile olduğu kadar "*energeia*" ile de alâkası olan bir kavramdır. Bunu, kendini yaratan tarihsellik olarak düşünmek de mümkündür. Nitekim insan kendi toplumunu da *techne* ile kurmaktadır. Demek ki *techne*, yalnızca, sanat, zanaat ve teknik alanında değil, aynı zamanda dil, söylence, mitos ve politika

alanında da üretime katılmakta; tam da bu çok yönlülüğü sayesinde insanı, “*zoon politikon*” olmakla sınırlandırmayıp aynı zamanda “*zoon logon echon*” ve “*zoon mimetikus*” hâline getirmektedir. “*Techne-physis*” ilişkisini “doğa-sanat” ekseninde çalışan Hölderlin’den başka, “*aorgisch-organisch*” ikiliği üzerinden çalışan Schelling ve “*yeryüzü-dünya*” ayrımı üzerinden çalışan Heidegger gibi isimler, bu kavramın anlamını genişletmiştir. Bu geniş alan içinde tıp praksişi açısından bizim kendisine atıfta bulunduğumuz “*techne*”, şüphesiz ki teknik anlamdaki sanat ve zanaatle ilgili olmanın yanı sıra tıp praksisindeki el hünerini/ soyut ve somut işbirliğini de kast etmektedir. Ancak “*Zuwachs*” olarak kullanılan *techne* kavramının bundan başka sakatlık ve zenginlik/ bolluk anlamlarına da geldiği unutulmamalıdır. Dolayısıyla *techne* kavramının tıp praksişi açısından değerlendirilmesinde mimetolojinin yanı sıra onto-teknoloji açısından da ele alınıp değerlendirilebilecek yakınlıklar bulunmaktadır. Demek ki taklit dehâsi sayesinde kendi yetersizliklerinden sıyrılan insan, bu yetisini tıp praksisinde insanlığa faydalı bir icraata dönüştürebilmekte ve agonal kökenini aşarak imtiyaz sahibi bir canlı hâline gelebilmektedir. Hegel, Heidegger, Hölderlin ve Rousseau gibi isimlerde de karşımıza çıkan *techne* kavramı, aslında *physis*’in aşılmasını da ifade ettiğinden bir nevi metafiziğe de kapı aralamaktadır.

Aslında içeriği ve uygulaması birbirinden farklı pek çok disiplini bünyesinde barındıran “*tıp*” terimini bir şemsiye terim olarak düşünmek gerekir ve bu anlamda tıbbın çok geniş bir kapsamı vardır. Tıp/ Hekimlik uygulamaları, pek çok unsuru kendinde barındırır; hayatın fiziksel ve kültürel (*-felsefi, bilimsel, sanatsal, sosyolojik, politik, ekonomik, dinsel vd.-*) tüm unsurları ile etkileşir. Salt bilim anlamında tıp denildiğinde, moleküler biyoloji ve genetik, anatomi, fizyoloji, histoloji ve embriyoloji, biyofizik, biyokimya, patoloji, farmakoloji, mikrobiyoloji vd. (tıbbın temel bilimleri ve ya da tıbbın kendine uyarladığı pozitif doğa bilimleri); klinik ve cerrahi tıp bilimlerini (örneğin iç hastalıkları, onkoloji, nöroşirürji vd.) ve hatta pozitif doğa bilimleri olan fizik, biyoloji, kimya (çünkü tıbbın özellikle araştırma alanları için kullanılır, örneğin biyomekanik deneyler Fizik Laboratuvarlarında yapılır, çeşitli nörobilim araştırmaları Kimya Laboratuvarlarında yapılır, pek çok deneysel çalışma Biyoloji Laboratuvarlarında gerçekleştirilir), matematiksel bilimler (biyoistatistik, epidemiyoloji gibi) ve aslında hümanitas/ insan ve toplum bilimleri – kültür bilimleri

gibi tıp şemsiyesi altında “bilim” olarak düşünmek gereken disiplinlerdir; ancak, bunun yanında, hekimlik uygulamaları, bilimi esas alan ancak aynı zamanda hümanitas, insanî ve kültürel ilişkileri ve diğer birçok disiplini de içeren ve pek çok bilinmeyen olan insan üzerinde gerçekleştirildiği için saf bilim değil bilimseldir. Hekimlik uygulamaları sadece teori/ kuram değil aynı zamanda praksis, poiesis, techne gibi tüm kavramları içerir. Bu bakımdan, hekimlik praksi, tüm bilimlerin kavşağında yer alır; bilim ve teknolojiyi kullanır, bilim ve teknolojiden etkilenir, bilim ve teknolojiyi etkiler; *per se* ve tümüyle bilim değildir ama -bilime uygun hareket eder- bilimseldir. Çünkü hekimlik uygulamalarında -her ne kadar bilimsel tıpta olabildiğince her durum nicelleştirilmeye, yasalaştırılmaya, aynılaştırılmaya/ standardize edilmeye çalışılsa da- tam bir nicel ifade ve insandaki tüm süreçlerin yasalaştırılabilmesi olanaklı değildir. Her bir tikel/ insan bireyi tümel özdeşlikleri barındırmakla birlikte çok önemli bireysel farklılıklar gösterir. Bir şeyi bilmek, o şeyi nesne hâline getirmeyi gerektirir, oysa insan yapısı itibarıyla tümüyle nesne hâline getirilemez, tüm varlık alanları keşfedilemez ve tüm varlık alanları bilime konu edilemez. Bu bakımdan tıptaki bilgi eksiktir (ya da bilimsel bilginin insanı tümüyle kapsayabilmesi olanaksızdır) ve bu yüzden -tabloda başka bileşenler de bulunduğu için- eksiktir (= *imperfect*), tam bir kesinlik taşımaz - muğlaktır (= *uncertain*). Eğer bir durum – olgu – süreç – nesne nicellenebiliyorsa ve nedensel bir açıklama ve analize uygun düşüyor ise, bu durum – olgu – süreç – nesne’nin bilimi yapılabilir-; insan organizmasında sağlıkta ve hastalıklarda oluşun tüm öğeleri açıklanıp ortaya konmadığından, sağlıkta ve hastalıklarda/ insanın oluşu içinde ortaya çıkan tıbbî durumlar zorunlu değil olumsaldır; oluş içindeki tüm durumlar derecelidir (*ikili mantıktan çok puslu mantık yapısındadır*); oluş hep zaman içinde ortaya çıkar, dolayısıyla sağlıkta ve hastalıklarda tıbbî durumlar zamansallık faktörüne bağlıdır.

Sağlık kavramının ontolojik tanımı, hekimlik uygulamaları bakımından da son derece önemli ve temel bir konudur; çünkü, tıbbın amacı “sağlık”tır, insanda sağlığı tesis etmektir. Pellegrino ve Thomasma’ya göre,¹¹² “tıp, bir insanın yaşamında sağlıklı olması ya da hastalığının iyileşmesi için, bilimsel bilgi ve diğer alanlara ait

¹¹² Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., “A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions,” Oxford University Press, New York, 1981.

bilginin kullanılarak, bedenın doğrudan manipölasyonunu ve değır-yükölü kararları içeren bir klinik uygulamadır.” Muhakkak ki, tıbbın, insan yaşamının kurtarılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi vb. amaçları olsa da temelde en önde gelen amacı sağlıktır, sağlığın sürdürölmesidir. Callahan ve Hanson’a göre,¹¹³ sağlık, pek çok yaşam olayında öne çıkan bir durum olmanın ötesinde, meslek etkinliğinin sürdürölülebölmesi, hoşı giden işlerin yapılmasında ve genelde iyi bir yaşam için zorunludur; kaldı ki, (askerlik, polislik gibi) bazı meslek gruplarında beden sağlığı işi yapabilmek için zorunludur. Mental sağlık ise, ahlâki sorumluluk ve yasal suçluluk için zorlayıcı bir koşuldur - durumdur. Sağlığın gerekliliğı ve önemi yanında tam olarak ne olduğı/ mahiyeti de felsefî bir sorgulama ile ortaya konmalıdır. Sağlıklı olmak için ne yapılmalıdır? Kabaca bakıldığında, -aslında her biri kendi içinde sorunlu ve tartışmaya açık olan- mutlu olmak, kısıtlama gerektirmeyen iyi bir bedene sahip olmak, beden gücünün yerinde olması, somatik ve mental yönden bir hastalığın olmaması vb. sağlık için yeterli midir? Bu konudaki felsefî temellendirmeler, antik Yunan’dan bugüne, her zaman ilgi çekmiş, üzerinde düşünölümüş ve pek çok değışim göstererek günümüze değin süregelmiştir.

Sağlık ya da bireyin sağlıklı olması durumu, *-hem hekimlik praksisi içinde açıkça görölülebölceğı hem de felsefî perspektiften bakıldığında temellendirilip ilişkilendirilebölceğı gibi-* tekdüze, tek parça, tek katman vb. şekilde tam olarak görölübilir, yalın ve eksiksiz tanımlanabilir, kuşatılabilir ve değışmez bir kavram değildir, sorunlu ve polemik bir kavramdır; ancak, ne ölçüde kapsamlı, çok yönlü ve derinliğıne tanımlanabilir – ontolojik bakımdan kurulabilir ise, kavramın muğlaklığı o denli azalacaktır. Sağlığın (bireyin kendi içinde ve dışında) katmanları, dinamikleri, etkileşimleri, sürekli değışip dönüşen bir hiyerarşisi vardır. Sağlık (*ve doğıal olarak bununla bağlantılı bir biçimde hastalık da*) çok kapsamlı - kuşatıcı, çok bileşenli, derinliğı çok değışebölen, çok halkalı (iç içe hâleler şeklinde, hâle hâle) – çok katmanlı; zamana ve kültüre bağılı değışebilme özelliğı göstereböl bir kavramdır.

¹¹³ Callahan, D., Hanson, M.J., “The goals of medicine: the forgotten issues,” Georgetown University Press, Washington, DC, 1999.

Hastalık ve sağlık kavramlarının kültür ile ilişkisinde bazı yönleri açıklamak gerekmektedir. Ontolojik yönden hem biyolojik hem de kültürel değişim ve farklılıklar olanaklı ve olasıdır; ancak burada, iki farklı kavramın birbirinden ayırt edilmesi zorunludur. Bizim düşüncemize göre, sağlık kültürden ve değerlerden etkilenir, kültür ile bağlar kurar ama sağlık kavramının kendi içinde değer-yükü olduğu söylenemez; aynı şekilde hastalık da kültürden ve değerlerden etkilenir, kültür ile bağlar kurar, kültürü ve değerleri etkiler ama yine hastalık kavramına içkin bir değer olduğu söylenemez. Mitolojik olarak hastalıklara moral değerler, anlamlar yüklenmiştir, hastalıklara olumlu ya da olumsuz çeşitli değerler – anlamlar – semboller - biçilmiştir ve hastalıkların üstesinden gelebilmek için bunlarla mücadeleye girilmiştir. Ancak, sağlık ve hastalığın nedenselliğini, oluşunu, ortaya çıkışını – fenomenolojisini, etkilerini ve bunları nasıl tedavi edebileceğimizi, ne yapmamız gerektiğini bilimsel yaklaşım ve çalışmalarla anlayıp çözebiliriz, örneğin diyelim ki bir tümörün, örneğin (yüksek habaset gösteren bir primer beyin tümörü olan) Glioblastoma Multiforme'nin bir değer taşıdığı nasıl söylenebilir? Glioblastoma Multiforme'nin nedenselliği, nasıl oluştuğu, genetik ve çevresel nedenleri, etkileri, seyri, tedavi modaliteleri, prognozu konusundaki başlangıç bilgileri üzerine çeşitli temel bilimler ve tıp disiplinlerince araştırmalar yapılarak ve klinik empirik verilerden ham veriler toplanır, olgular - gözlemler - veriler ışığında bilimsel - teknolojik çalışmalarla - ve çoğunlukla bazı uygulamaları deneyip devam ederek ya da vazgeçerek-bilimsel bilgiye ulaşılır, rasyonel tasarımlar oluşturulur ve bu bilimsel tasarım da yine hem empirik veriler hem de bilimsel çalışmalar ile sürekli sınanma – test edilme, yenilenme ve değişim göstererek yaşamda etkisini sürdürür. Dolayısıyla hastalık doğal ama hastalığın birey üzerindeki etkisi, bireyin hastalığı deneyimlemesi doğal olmanın yanı sıra kültürel unsurları da içerir.

Sağlık, bu tezin “İnsanda temel anatomofizyoloji” bölümünde de anlatıldığı şekilde, insan organizmasında sayısız kuvvet arasında sürekli işleyen son derece dinamik bir karşıtlıklar mücadelesi ve denge hâlidir. Aristoteles bu denge hâlinin gerek insan fizyolojisinde ve psikolojisinde, gerek tüm doğada hüküm süren ve bozulması durumunda insanda hastalık, doğada ise âfet denilen anormal duruma sebep olduğunu açıklamak üzere bu denge hâlini “*altın oran/ altın orta*” şeklinde adlandırmıştır. İnsan organizmasındaki fizyolojik ve psikolojik etkenlerin tamamı, birbirleriyle iç içe olan çok bilinmeyenli bir denklemi kurmaktadır. Dolayısıyla Herakleitosçu terminolojiyle “*karşıtlıkların mücadelesi*” olarak da görülebilecek olan bu durum, her şeyin zorunlulukla kendi karşıtını gerektirdiği ve ancak kendi karşıtı üzerinden tanımlanabildiği bir zeminde bizi karşıtlıkların birliğine götürmektedir. Böylece bu birlik, insanın ruh ve beden sağlığı açısından topyekün dengede olması hâlinde insanı “sağlıklı”, bu dengenin bozulması hâlinde ise “hasta” kılmaktadır.

Tarihsel olarak buradaki iki kavram ki birbirleriyle bağlantılı ve iç içedirler: “karşıtlıkların mücadelesi”^{114, 115, 116, 117} ve “vücutta denge hâli”¹¹⁸ kavramsal olarak Antik Yunan’da fark edilip felsefi olarak ortaya konmuştur. Çünkü, normal - sağlıklı olmak durumu durağan ve uzlaşmış bir kavram değildir; bu, hem biyolojik olarak böyledir -ki bunun anatomofizyolojik ve fizyopatolojik dinamiği bu tez içinde kısaca anlatılmıştır- hem de felsefi bakımdan (tartışmalı bir konu olması nedeniyle) böyledir. Sağlık kavramı, her an için geçerliliği değişen dinamik ve polemik bir duruma karşılık gelir. İnsanda sağlık (ve dolayısıyla fizyoloji) yaşamın/ dirimselliğin pek çok değişkeninin etkisi altında tutarlı bir şekilde işleyişi ve bir denge hâlinin korunmasıdır. İnsanın bilimsel olarak ‘beden’¹¹⁹inin bilimsel – teknolojik olarak ve felsefi – hümanitas perspektifinden olabildiğince anlaşılıp gereklerinin yapılmasıyla geliştirilen sağlık kavramı ise “salutogenesis (*salus* ve *genesis* = salutogenesis, salutogenez, sağlığın geliştirilmesi)” olarak adlandırılmaktadır.¹²⁰

Sağlık, öncelikle temel ve vazgeçilemez gereksinimlerin taviz vermez bir biçimde karşılanmasına yönelik bir işleyişi/ yapıyı gerektirmektedir; bu, insanın uzun süren filogenetik – evrimsel tarihi içinde oluşmuş bir niteliktir ki, insanın fizyolojik - davranışsal olağan fizyolojik işleyişte de bunu görmek olanaklıdır. Bu işleyiş, otonom sinir sistemi (sempatik – parasempatik karşıt fonksiyonel denge = Otonom Sinir Sistemi/ OSS), homeostatik vd. mekanizmalar ile bireyin çoğunlukla farkındalık düzeyine ulaşmaksızın sağlanmaktadır. Sağlık ve hastalık durumunun anlaşılması ve

¹¹⁴ Herakleitos, “Fragmanlar,” Çeviri ve Yorumlar: Cengiz Çakmak, Birinci Basım, Ekim 2005, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

¹¹⁵ Guthrie, W.K.C., “Yunan Felsefe Tarihi, Sokrates Öncesi İlk Filozoflar ve Pythagorasçılar,” Çeviren: Akça, E., Birinci Baskı, 2011, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

¹¹⁶ Dürüşken, Ç., “Antikçağ Felsefesi, Homeros’tan Augustinus’a Bir Düşünce Serüveni,” 1. Basım, 2014, Alfa, İstanbul.

¹¹⁷ Arslan, A., “İlkçağ Felsefe Tarihi, 1, Sokrates Öncesi Yunan Felsefesi,” 6. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

¹¹⁸ Hippokrates, “Hippokrates Külliyyatı,” Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.

¹¹⁹ Bu tezde kullanılan beden terimi ile kişinin hem somatik hem de mental ve zihinsel yapısı, fonksiyonları ve durumu belirtilmektedir.

¹²⁰ Hege Forbech Vinje, Eva Langeland, and Torill Bull, “Aaron Antonovsky’s Development of Salutogenesis, 1979 to 1994,” The Handbook of Salutogenesis, DOI 10.1007/978-3-319-04600-6-4, 2017.

ortaya konması son derece zordur ve çok yönlü bir bakış ve değerlendirmeyi gerektirir, örneğin:

- Kişinin kendini iyi hissetmesi, herhangi bir yakınmasının olmaması vb. bireyin öz-değerlendirmesinin kendisinin sağlıklı olduğu yönünde olması (= öznel sağlık) son derece gerekli ve önemli olmakla birlikte, bir kişiye sağlıklı diyebilmek için yeterli değildir. Hiç yakınması olmayan kişilerde de sağlık sorunu/ patoloji olabilir. Bu nüans, hekimlik uygulamalarında tutumu/ kararları belirleyicidir ve örneğin periyodik sağlık kontrolleri için temellendirmede dikkate alınabilir.
- Bilimsel tıbbî değerlendirmelerde (tıbbî muayeneler ve her türden tetkikler, görüntülemeler vb.) saptanan bulgular sağlık – hastalık değerlendirmesinde temel oluşturur. Bu bulgularla bir kişiye hastalık tanısı konabilir (ama bunlar da her zaman yeterli değildir) ama bu verilerin normal olmasına dayanılarak kişiye sağlıklı demek mümkün değildir ya da bu veriler sağlığın -eldeki imkânlar dahilinde- sadece nesnel yanını (= nesnel sağlık) ortaya koyabilir.
- Bireyin sosyal – kültürel yapı içindeki durumu da sağlık – hastalık değerlendirmesinde önem taşır.

Sağlık, tıbbî muayene ve bilimsel olarak çeşitli ve çok yönlü incelemeler ile nesnel bir şekilde anlaşılmaya çalışılır ve bu değerlendirmelerle sağlıklı olma kavramı/ durumu yüksek bir oranda ortaya konabilir; ancak yine de, tüm ayrıntılı muayene ve ayrıntılı - ileri tetkiklere karşın sağlık durumunu (ve hastalığı) açığa çıkarmada yetersizlikler olabilir. Bir başka durum ise, hiçbir nesnel hastalık bulgusu olmaksızın hasta kendini iyi hissetmeyebilir, yakınmaları olabilir, bazı kısıtlamaları olabilir, fonksiyon bozuklukları olabilir, kendi değerlendirmesi içinde. Hekimlik praksisinde tıbbî bilginin eksik, belirsiz olabilmesi (*deterministik olmaması, sürecin ve durumun tam olarak anlaşılabilir - öngörülebilir olmaması = kaotik olması*), insanın öznel yapısı ve çok sayıda varlık alanını barındıran geniş kapsamı nedeniyle hem değerlendirmeler her zaman eksiktir hem de klinik durum/ tablo ile nesnel bulgular tam olarak örtüşmeyebilir. Sağlık ve hastalığın nesnel ve öznel yapısının farklılıklar

taşıması, hekimlik praksisinde olağan bir durumdur. İnsan, çok kapsamlı biyopsikososyotinsel – kültürel ve tarihi yapısı içinde bir “*bütün*” olarak ele alınmak – düşünölmek zorunluluğu vardır; fizyolojik ve nörobilimsel çalışmalar (ve klinik gözlem ve çalışmalar) da bize insanın (*son derece ayrıntılı ve geniş organizasyon içinde -moleküler yapıdan tüm organizmaya-, birlikte ve uyum içinde*) bir bütün olarak çalıştığını göstermektedir.^{121, 122, 123, 124, 125, 126} Ancak, R. Descartes’ın, *res extensa* – *res cogitans* olarak düalistik bir bölünme ile insanın somatik ve mental yapısını ayırmasıyla¹²⁷ somatik ve mental hastalıklar birbirinden ayrı tutulmuş, farklı anlamlar yüklenmiş ve özellikle mental – psikiyatrik hastalıklar ahlâki bir yargıya – etiketlenmeye maruz kalmıştır. Ancak, Antik Yunan’da hem Platon hem de Aristoteles beden (= *soma*) ve ruhu (= *psyche*) bir bütün olarak düşünmüşler. Platon “*Kharmides Diyalogu*”nda, hastanın sadece yakınmasının olduğu uzvun değil bir bütün olarak ele alınması gerektiğini söyler ve o dönemin hekimlerinin hastanın beden (= *soma*) ile ruh ve (= *psyche*) bütönlüğünü gözletmediğinden yakınıır.¹²⁸ Aristoteles ruhu bedenın bir etkinliği (= *entelecheia*) olarak tanımlamıştır; şöyle ki “... *psyche* yaşıayan bir varlığın formu olması anlamında tözdür (= *ousia*) ki o, potansiyel olarak yaşama sahiptir. Ve töz bu anlamda aktivitedir (= *entelecheia*). *Psyche*, o zaman, hâlihazırda tanımlamış olduğumuz anlamda bedenın (= *soma*) aktivitesidir (= *entelecheia*).”¹²⁹ Ayrıca Galen tarafından (M.S. 129 – 216), mental yapı ve somatik yapı etkileşimi ve birlikteliği yazılmıştır;¹³⁰ üstelik, “*mens sana in corpore sano* - sağlıklı bir bedende sağlıklı bir zihin” şeklindeki Latincedeki antik atasözü

¹²¹ Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), “**Principles of Neural Science**,” Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.

¹²² Bermudez, J.L., “**Cognitive Science, An Introduction to the Science of the Mind**,” Cambridge University Press, Cambridge, 2011.

¹²³ Bear, M.F., Connors, B.W., Paradiso, M.A., “**Neuroscience, Exploring the Brain**,” Fourth Edition, Wolters Kluwer, 2016.

¹²⁴ Greenstein, B., Greenstein, A., “**Nörobilim Renkli Atlası - Nöroanatomi ve Nörofizyoloji**,” Çeviri ve Editör: Mustafa Bozbuğa, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.

¹²⁵ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

¹²⁶ Kumar, V., Abbas, A., Aster, Jon C., “**Robbins BASIC PATHOLOGY**,” TENTH EDITION, Elsevier, 2018.

¹²⁷ Descartes, R., “**Akhın Yönetimi İçin Kurallar**,” Çeviren: Sunar, E., İstanbul, Say Yayınları, 2013.

¹²⁸ Platon (Eflatun), “**Kharmides** ya da Bilgelik Üstüne,” Çeviren: Tanju Gökçöl, *Diyaloglar 2* içinde, ss. 27-57’de s.32, Birinci Basım, Remzi Kitabevi, 1986.

¹²⁹ Aristoteles, “**Ruh Üzerine**,” Çevirenler: Babür, S., Basut, L.L., 1. Baskı, 2019, Ankara, BilgeSu.

¹³⁰ Pasipoularides, A., “**Galen, father of systematic medicine. An essay on the evolution of modern medicine and cardiology**,” International Journal of Cardiology 172 (2014) 47–58.

düşünüldüğünde, o dönemde bedenın, -insanın bedeni ve zihni ile- bir bütün olarak anlaşıldığı görülmektedir ki, üstte de belirtildiği üzere bu anlayış günümüz nörobilimsel bulguları ve düşüncesi ile uyumlu görünmektedir.

3.1 Beden fenomenolojisinden ten ontolojisine doğru:

Burada biraz Husserl fenomenolojisinde bedenin rolü ve işlevi üzerinde durulabilir. İnsanların kendi bilinçlerine dair öz farkındalığın bir türevini de başka *Ben*'lere karşı oluşturmalarına vesile olan ilk ve en etkin unsurun, başkalarının bedenlerine dair algımız olduğunu düşünen Husserl'e göre başka *Ben*'leri algılayabilmemiz, başka bedenleri algılamamız üzerinden mümkün olabilmektedir. Öyle ki beden, insanın dünyaya açılma organı olarak görülmekte ve içinde yaşadığımız yaşama dünyası (*lifeworld*, *lebenswelt*) ile kurduğumuz tüm ilişkiler ağı, bedenimiz üzerinden gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla Husserl, başkalarının bedenlerini algıladıktan sonra, onların da kendimiz gibi ruhlu-bedenli bir bütün olmaları gerektiği sonucuna vararak onların da birer bilinç sahibi olmaları gerektiğini iddia etmektedir. Yani, indüktif bir çıkarımla kendi ruhlu-bedenli bütünlüğünden kalkarak başka bedenlere yaptığı bir anlam aktarımı sonucunda onların da bilinç sahibi olmaları gerektiği sonucunu çıkaran Husserl, başka *Ben*'lerin deneyimine dayalı öznelerarasılık kuramında bedenin rolünü başat konumda görmektedir. Nitekim Husserl'den etkilenerek daha sonra "*Algının Fenomenolojisi*" kitabını yazan ve Husserl'deki yönelimsellik (*Intentionality*, *Intentionalität*) düşüncesini bilinç zemininden beden zeminine taşıyan Merleau-Ponty, bu eserinde ortaya koyduğu "*yaşayan beden*" kavramıyla felsefe tarihindeki yerleşik ruh-beden düalizmini aşan bir denge hâli içinde bedenin, ruhla iç içeliğini ifade etmiş ve bu birlikteliği de "*dünya-içinde-Varlık*" (*in-der-Welt-Sein*) ifadesi üzerinden açıklamıştır. Heidegger'e yakın bu açıklama denemesiyle Merleau-Ponty, öznenin dünyadaki herhangi bir nesneye indirgenemeyecek kadar "*dünya-içinde-olan*" bir perspektif sahibi olduğunu vurgulamaktadır. Nitekim bu perspektif Heidegger'de, insandaki ölüm farkındalığından ileri gelmekte, Husserl'de bilincin her daim bir şeyin bilinci olması gerekliliğinden hareketle açıklanmakta, Merleau-Ponty'de ise ten ontolojisi sayesinde ortaya konulmaktadır. "*Görünür ve Görünmez*" adlı çalışmasında kendi beden

fenomenolojisini, bir nevi ten ontolojisine dönüştüren Merleau-Ponty, tenin, dünyadaki tüm görünür şeylerin görünme koşulu olan bir görünmez olarak bunların tamamını öncelediğine inanmaktadır. Yâni ten, algılayan ve algılanandan bağımsız olarak dünyadaki tüm görünürlerin görünür olma şartı olan mutlak görünmezden başkası değildir. Bu bakımdan ten, bedeninin dünyaya açılmasının ontolojik temelindeki mantıksal mutlaktır. Bu sabit aşkınlık Merleau-Ponty açısından Deleuze'ün “*içkinlik düzlemi*” dediği şeye benzer bir transendental alanda kıvrılarak çoğalmakta ve içinde barındırdığı virtüel güç bakımından içkinlik düzlemi ile yakınlık kurmaktadır. Böylece “*dünyada olmak*”, “*bedene sahip olmak*” ve “*aynı tenden olmak*” gibi tabirler ten ile beden arasındaki ayrımı ortadan kaldırmaksızın bu iki kavram arasındaki koparılamaz bağı ifade etmektedir. Öyle ki ten, bedeninin kalınlığı ve derinliği olarak düşünülmeyle, bedenler toplamını aşan bir aşkınlığa işaret etmekte ve bedeninin koşulu olarak teşhis edilmektedir.

Merleau-Ponty, Descartesçi özne-nesne/ zihin-beden düalizmini, bedeninin zihin karşısında ikinci dereceden öneme sahip bir konuma itilmesi ve bedeninin değersizleştirilmesi bakımından reddetmektedir. Bu düalist tavır, öznenin bedeniyle algılayan bir varlık olduğunu görmezden gelmekte ve zihni mutlaklaştırıp yüceltirken bedeninin insan düşüncesindeki rolünü göz ardı etmektedir. Zihninin, bedenden bağımsız bir biçimde her şeyi bilebileceği ve her şeye mesafe alabileceğine dair bu inanç, zihninin kendisini bedenden soyutlayabileceği varsayımına dayanmaktadır. Oysa Merleau-Ponty açısından ne zihin bedenden, ne de beden zihinden soyutlanarak yaşamayı sürdürebilir. Öte yandan bedeninin önemsizleştirilip zihninin yüceltiliyor olması, algıya ve deneyime dayalı bilgilerin de zihinsel kurmacalara indirgenmesi sorununu doğurmakta, bu ise insanı gerçeklikten koparmaktadır. Dolayısıyla dünyayla kurulan bedensel ilişkiyi tümüyle yadsıyan ve düşünen özneyi, her şeyin kurucusu olarak dünyanın merkezine yerleştiren Descartes'ın “*Akılın Yönetimi İçin Kurallar*” adlı eserinde¹³¹ dünyanın varlığını, zihninin varlığına indirgemesi, Merleau-Ponty açısından kabul edilemez bir iddiadır. Öznenin tanrısal bir güçle her şeyi bilebilme yetisine sahip görüldüğü kartezyen kabul, öznenin her şeyi mekanikleştirip araçsallaştırdığı bir

¹³¹ Descartes, R., “*Akılın Yönetimi İçin Kurallar*,” Çeviren: Sunar, E., İstanbul, Say Yayınları, 2013.

tahakküm mekanizmasına evrilerek Merleau-Ponty'nin beden fenomenolojisi açısından kabul edilemez bir biçimde zihni tözselleştirmiştir. Merleau-Ponty açısından ise insan varlığının temellendirileceği yer, zihin değil, bedendir. Fakat Merleau-Ponty bu beden zihinden soyutlanmış bir beden değil, “yaşayan beden” olduğunu söylemektedir.

Merleau-Ponty'ye göre dünyayla ilk temasımız, beden yoluyla gerçekleşmektedir. Nasıl ki Husserl'de bilinç her daim bir şeyin bilinci ise aynı şekilde Merleau-Ponty'de de beden her daim bir şeye yönelmiştir. Fenomenolojik bir başlangıç noktası olarak beden, aynı nesneye dair binbir farklı algıya sahip olabilmemizi mümkün kılan algı merkezi olarak algının, doğru ya da yanlış olandan bağımsızlığını ortaya koymaktadır. Dünyayla ilişki kurmanın tek yolu olan algı, ancak beden aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Bu vesileyle Merleau-Ponty açısından bakıldığında öznenin bilince mahkûm edilmesi de transendental bir öznenin söz edilmesi de mümkün görünmemektedir. Merleau-Ponty, bedeni yeniden zihinle yan yana koyarak aslında özneyi yeniden kendisinden koptuğu dünyaya geri döndürmüş olmaktadır.

“Demek ki insanla şeyler arasında... egemen bir zihin ile Descartes'ın ünlü çözümlemesindeki balmumu parçası arasındaki gibi mesafeli bir tahakküm ilişkisi yok, daha belirsiz bir ilişki var, kendimizi şeylerden ayrı saf bir zekâ gibi, şeyleri de her türlü insanca özellikten yoksun saf nesneler gibi görmekten bizi alıkoyan baş döndürücü bir içli dışlılık var.”¹³²

Merleau-Ponty, zihin-beden düalizminin “yaşayan beden” kavramıyla çözüme kavuşturulamadığını görünce beden fenomenolojisini, ten ontolojisine taşımış ve yönelimsellik fikrinden, Deleuze'un deyimiyle kıvrım fikrine geçiş yapmıştır. Özne ile nesnenin iç içe geçtiği ten, varlığı kendi mutlaklığı içinde ele alan içkinlik düzlemidir. Hem gören hem de görülen, hem algılayan hem de algılanan olarak ten, özne ile nesnenin iç içe geçtiği bir zeminde görünürün görünülür olma koşulu olan görünmezdir. Bu transendental görünmez, Varlık tarafından kuşatılmıştır. Algıda

¹³² Merleau-Ponty, M., “Algının Önceliği ve Felsefi Sonuçları,” Çeviren: Yıldırım, Y., s.33, İstanbul: Alfa Basım Yayın, 2017.

yakalanan anlam, görünen ile görünmezin kesiştiği noktada beliren ten söz konusu olduğunda (ten ontolojisi) bir görünmez olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Anlam görünmezdir, ancak görünmez, görünürün karşıtı değildir. Görünürün kendisi görünmez içsel bir çerçeveye sahiptir. Görünmez, görünürün gizli ortağıdır, sadece onun içinde ortaya çıkar. Dünyanın içinden değil de oradan görme çabaları onu ortadan kaybeder. Görünmez, görünürün sınırındadır, görsel odağıdır, onun içinde kaybolur. Görünür, görünmezle doludur.”¹³³

Merleau-Ponty'e göre şeylerin görünebilirliği kendisini ancak anlam dünyasında açar ve bu anlam dünyası da ancak ten sayesinde ortaya çıkar. Örneğin renkler üzerinden söyleyecek olursak, bir şeyi kırmızı olarak tespit edebilmek için kırmızıyı daha az belirli ama daha genel bir kırmızıdan çekip çıkarmış olmamız gerekmektedir. “Bu kırmızıdır” derken aslında neyin kırmızı olmayan diğer renkleri de kapsayan bir açıklama sunmuş oluruz. Yâni arkaplanda mavileri, yeşilleri, sarıları ve tüm diğer renk tonlarını birbirlerinden ayırt etmekle birlikte kırmızıdan da ayıran bir sağduyunun belirdiği algı bütünü söz konusudur. Merleau-Ponty'nin söylemeye çalıştığı, rengin her zaman için bir şeyin rengi olduğu ve atomların ışığı yansıtması gibi bir açıklamaya indirgenemeyeceğidir. Dolayısıyla rengi, rengi olduğu şeyden soyutlamak yerine “dışsal ufuklar ile içsel ufuklar arasında bir köprü” olarak anlamaya çalışmak gerekmektedir. Merleau-Ponty'nin yakalamaya çalıştığı şey, gören ile görünenin özel bir tarzda iç içe olduğunu söylemektir. Keşfedilen, henüz ortaya çıkmamış gizil bir şey olarak şeylerin tenidir. Ten, özne ile nesnenin karşılaştığı yerdir ve bu alana ulaşımımızı beden sağlamaktadır. Yâni Merleau-Ponty bedeni araştırmaya artık fenomenoloji zemininde değil, ontoloji zemininde devam ederek bedenden tene geçmektedir. Böylece “*Algının Fenomenolojisi*”nde dünya ile iletişimimizi mümkün kılan beden, artık varlıkla ilişkimizin de kaynağında konumlandırılmaktadır.

¹³³ Merleau-Ponty, M., (1968), “*Vücudun Fenomenolojisiyle Zihin-Beden Düalizmini Aşabilir mi?*,” Çeviren: Esenyele, Zeynep Z., ss. 120-121, Cogito 88, İstanbul: YKY Yayınları, 2017.

Günümüzün bilimsel anlayışına göre,^{134, 135, 136, 137} beden (ya da daha doğru bir ifadeyle insan organizması) bir bütündür. En küçük/ atomik düzeyde parçasından bütün bir organizmaya işbirliği ve eşgüdüm içinde son derece iyi bir organizasyon içinde çalışan bütün bir yapı olarak, (çeşitli işlevsel) sistemler olarak (sinir sistemi, solunum sistemi, dolaşım sistemi vb.), alt sistemler olarak, organlar, dokular, hücreler, hücre içi organeller, organel içi yapılar, moleküler yapılar olarak en küçük parçadan bütüne (ve hatta doğa içinde yâni eksojen yapı ile de etkileşerek) sürekli bir şekilde – *anlık ve uzun dönemli*- haberleşme, sayısız fonksiyon ve mekanizmanın işlemesi, denetimler, düzenlemeler - düzeltmeler, onarımlar ile son derece kompleks bir yapı oluşturan bedende tüm yanıtlar - üretimler - işlevler - (görünür ve görünmez tüm etkinlikler) bütüne aittir; bu bütün içinde hem aşağıdan yukarıya (küçük yapılardan daha büyük yapılara) hem de yukarıdan aşağıya (büyük yapılardan daha küçük yapılara) etkilenebilir. Merleau-Ponty “*ten ontolojisi*”nde bir ölçüde nörobiyoloji ile felsefeyi buluşturmakta ve konuya felsefi bir açıklama getirmektedir. Biz, nörobilimsel ve psikolojik açıklamalar ile konunun daha da zenginleşeceğini düşünüyoruz. Ancak, bizim buradaki amacımız, epistemolojik ve ontolojik bağlamda, özne ve nesne, ve aynı zamanda bilinç/ zihin ve beden ilişkisine temel bakışımızı belirtmek içindir; bu bakımdan, böyle bir açıklama ve tartışmayı genişletmeyeceğiz. Bizim bilimsel söylemde fizyolojik ve patofizyolojik olarak düşündüğümüz ve hekimlik praksisinde kullandığımız sistemler (sinir sistemi, dolaşım sistemi, solunum sistemi, mide bağırsak sistemi vb.), alt sistemler tamamen didaktik amaçlıdır; düşünmeyi, konuşmayı ve anlamayı kolaylaştırmaya yöneliktir. Gerçekte, bedenin verdiği yanıt sadece bir sisteme ait değildir, o yanıtın oluşması tüm sistemlerin ve -doğrusu tüm bedenin- çalışmasıyla ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, örneğin her ne kadar sinir sistemi – beyin etkinliklerini çeşitli temel ve yüksek kortikal (nörokognitif) fonksiyonlar olarak tanımlıyor isek de, esasen bunlar tüm bedenin/ organizmanın

¹³⁴ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

¹³⁵ Adair, T.H., Dzielak, D.J., Hall, J.E., et al., “**Tıbbi Fizyoloji Cep Kitabı**,” Çeviren: Zeynep Solakoğlu, Onikinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.

¹³⁶ Damasio, A., “**Feelings of Emotion and the Self**,” Annals of the New York Academy of Sciences 1001(1):253-61, 2003.

¹³⁷ Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), “**Principles of Neural Science**,” Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.

fonksiyonlarıdır ya da diyelim ki dolaşım, solunum vd. fonksiyonları olarak ifade edilen fonksiyonlarda da tüm organizma ya da diğer sistemlerin, diyelim ki sinir sisteminin etkisi vardır; bu anlamda, bedenin bir bütün olarak hareket ettiğini söyleyebiliriz. Bu temel fizyolojik işleyiş, zihin - beden dualitesinin/ ikiliğinin bilimsel bir durumu yansıtmadığını göstermektedir. Buradan hareketle, bu tezde, insan organizması terimleri ile ifade edilmek istenen, tüm organizmanın yâni zihin/ mental yapı ve soma'yı kuşatıcı bir anlam olacaktır, zihinsel işlevlerin ve somatik yapı kavramlarının iç içe ve birbirlerinden ayrılmaz kavramlar olduğu düşüncesi çerçevesinde.^{138, 139, 140, 141, 142} Bunun için bir örnek olarak Takotsubo fenomenini (Sato ve ark. tarafından Japon tıp literatüründe ilk kez 1990 yılında beş olgudaki deneyim olarak bildirilmiştir ve daha sonra Batı tıp literatürüne de geçmiştir; terim olarak “takotsubo sendromu/ fenomeni/ kardiyomyopatisi” olarak adlandırılmıştır. “Takotsubo” Japonca’da “ahtapot kapanı” demektir; bu adın verilmesinin nedeni, kalbin sistol sonunda ahtapot kapanına benzer bir şekil almasıdır. Bu klinik duruma ayrıca stres kardiyomyopatisi, kırık kalp sendromu, apikal balonlaşma sendromu gibi adlar da verilmiştir) vereceğiz. *Takotsubo sendromu/ fenomeni* aniden çok güçlü bir psişik travma/ stres ile karşılaşılmasıyla (psişik etken), öncesinde koroner vasküler/ damarsal bir patoloji olmamasına rağmen, fonksiyonel olarak koroner bir patolojinin akut olarak gelişmesi - koroner oklüzyon/ tıkanıklığın oluşması (somatik etki) durumudur; hastalığın patofizyolojisinde birçok mekanizma düşünölmekle birlikte sempatik stimölasyon ile ani ve güçlü bir katekolamin deşarjının olması, endotel plak rüptürü

¹³⁸ Damasio, A., “**Feelings of Emotion and the Self**,” Annals of the New York Academy of Sciences 1001(1):253-61, 2003.

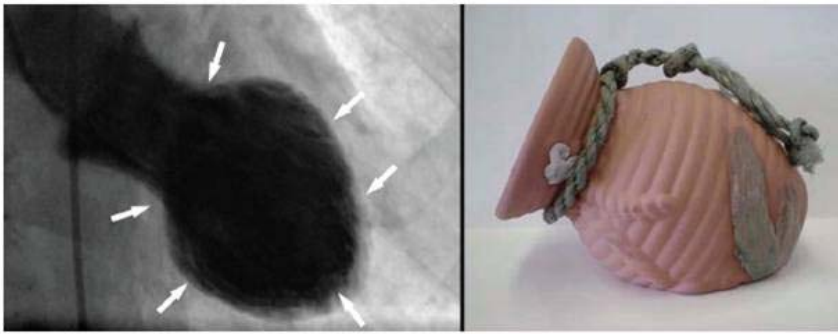
¹³⁹ Damasio, Antonio R., “**Descartes’ Error – Emotion, Reason, and the Human Brain**,” Avon Books, New York, 1994.

¹⁴⁰ Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), “**Principles of Neural Science**,” Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.

¹⁴¹ Kandel, Eric R., “**Belleğin Peşinde, Yeni Bir Zihin Biliminin Doğuşu**,” Çeviren: Mehmet Doğan, Üçüncü Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 2019.

¹⁴² Kirkebün, G., “**Descartes’ Embodied Psychology: Descartes’ or Damasio’s Error?**,” Journal of the History of the Neurosciences 2001, Vol. 10, No. 2, pp. 173-191.

gibi bir oluş öne sürülmektedir.^{143, 144, 145} Tıpta benzer süreçleri psikosomatik etkileşim olarak tanımlamak da yeterli değildir; çünkü, “*psikosomatik tıp*” kavramını da hatalı ya da daha doğrusu eksik olarak düşünebiliriz. İnsan esasen *psişe* ve *soma*’nın yanında ayrıca bir *geist* varlığıdır ve bu unsurların tümü iç içe çalışmaktadır. Bu ayrımı, Süleyman Velioğlu kitabında çok iyi ifade etmektedir.^{146, 147, 148, 149, 150}



Resim 9: Soldaki resimde Takotsubo sendromunda ventrikülografide kalbin görünümü ve sağdaki resimde “ahtapot kaparı” görülmektedir.

Bilimsel – fizyolojik olarak değil de belki günlük yaşam içinde gündelik dile özgü fonksiyonel bir ilişkilendirme açısından zihin - beden ayrımından söz edilebilir; çünkü, (bu da çok ayrı olmamakla/ önemli bir ölçüde iç içe olmakla birlikte), yüzeysel

¹⁴³ Wang, X., Pei, J., Hu, X., “The Brain-Heart Connection in Takotsubo Syndrome: The Central Nervous System, Sympathetic Nervous System, and Catecholamine Overload,” Hindawi Cardiology Research and Practice Volume 2020, Article ID 4150291, 5 pages.

¹⁴⁴ Spyridon Koulouris, Socrates Pastromas, Dimitrios Sakellariou, Theodoros Kratimenos, Ploutarchos Piperopoulos, Antonis S. Manolis, “Takotsubo Cardiomyopathy: The “Broken Heart” Syndrome,” Hellenic J Cardiol 2010; 51: 451-457.

¹⁴⁵ Francesco Pelliccia, Cesare Greco, Cristiana Vitale, et al., “Takotsubo Syndrome (Stress Cardiomyopathy): An Intriguing Clinical Condition in Search of its Identity,” The American Journal of Medicine Volume 127 Issue 8 p.699-704, 2014.

¹⁴⁶ Hartmann, N., “Ontolojinin Işığında Bilgi,” Çeviren: Harun Tepe, İkinci Baskı, Ankara, 2010, Türkiye Felsefe Kurumu Çeviri Dizisi: 6.

¹⁴⁷ Velioğlu, S., “İnsan ve Yaratma Edimi,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.

¹⁴⁸ Velioğlu, S., “İnsanın Resmi,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2010.

¹⁴⁹ Pietras, A., “The Ontology of Processual Being: Nicolai Hartmann’s interpretation of the Hegelian Dialectical Process,” Constructivist Foundations, Volume 14 No.1, pp.62-65, 2018.

¹⁵⁰ Akarsu, B., “Çağdaş Felsefe – Kant’tan Günümüze Felsefe Akımları,” Yedinci Baskı, 1994, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.

– görünür bakımdan somatik fonksiyonlar daha çok doğal yanımızı zihinsel fonksiyonlar ise kültürel yanımızı göstermektedir diye düşünülebilir.

Bu tezde, ille de bir ayırmadan söz edilecekse tercih edilen terminoloji *somatik yapı – mental yapı*’dır; çünkü, organizma ya da insan bireyi olarak hem soma hem de mental yapı düşünülmekte ve birbirlerinden ayrı görülmemekte, bir bütün olduğu varsayılmaktadır.

Sağlık, bu tezde hep belirtildiği üzere, basitçe bir karşılığı olan, tekdüze, tek bileşenli, tek boyutlu, tümüyle nesnel ve tam olarak uzlaşılmış bir kavram değildir. Bu nedenle, sağlık kavramı çok farklı ve pek çok temellendirme ile (ama yine de hep eksik olması - kalması handikapıyla) bir ölçüde açık hâle getirilmeye çalışılacaktır. Sağlıklı olmak (?/ normallik, iyi olmak?), insanın biyolojik özelliklerini düşündüğümüzde bir bakımdan, *endogene/* içsel ve *exogene/* dışsal-çevresel etkenlerle, patojenlerle baş edebilme donanımı - becerisi, çabası, esnekliği, plastisitesi, uyum yeteneği olarak da anlaşılabilir. Michel Foucault ve Gilles Deleuze’ü etkileyen çok önemli bir tıp filozofu olan Georges Canguilhem, anıtsal eseri “*Normal ve Patolojik*” kapsamında, normal ile patolojinin tanımını, ayırımını, sınırlarını ortaya koymaya çalışır ve bize sağlıklı olma durumunun hastanın tıbbi muayene ve tetkiklerdeki verilerinin/ bulgularının normal olması ile anlaşılamayacağı/ sınırlandırılmayacağını, her bir kişinin kendine özgü bir dirimsellik içinde, ortamı ve bağlamı içinde ve ilişkileri ile anlaşılabilceğini gösterir.¹⁵¹ Böyle ele aldığımızda, (biyopsikososyotinsel bütünlük içinde) organizmada belirli doğal yasalara uygun tarzda sürekli bir değişimin, sayısız değişken ve bileşenin devingenliği, (normalizmin ortaya koyduğu ve sağlık – hastalık ayırımında belirleyici olarak iddia ettikleri) normal – anormal aralıklarda gezinmesi olağandır ve bu sürekli değişim, kendi türü içinde (bir tikel olarak) bir bütün olan organizmanın - bireyin durumunu mümkün olan en stabil/ sağlam/ sağlıklı hâlde tutabilmek içindir. Yâni bir bakıma, biyolojik olarak bir insan bireyini, (/bir organizmanın, bütünlüğün; çok kapsamlı bir yapının/ sistemin içinde) hiyerarşik olarak düzenlenmiş sayısız sistem - yapının olduğu ve esasen bu yapıların her birinin belli ölçüde otonom (ya da

¹⁵¹ Canguilhem, G., “*The Normal and the Pathological*,” Translated by Carolyn R. Fawcett in collaboration with Robert S. Cohen, ZONE BOOKS • NEW YORK, 1991.

kendine özgü çalışma ilkeleri de olan) ama belli bir çerçevede bütün organizmaya - bireye hizmet eden, her parça - yapının birbiriyle eşgüdüm içinde olduğu bir bütünlük olarak tanımlayabiliriz (ama insan bireyi/ bütünlüğü de doğal yapısı içinde yine daha büyük bir sistemin/ doğal yapının içinde yer alıyor, “genel sistemler teorisi” ya da “sistemizm” yaklaşımı uyarınca). Bir başka ifadeyle, *değişim*’in organizmanın sağlamlığını - devamını - yaşamda kalmasını sağlayıcı yönde ve biçimde olması “sağlıklı olmak” anlamına gelmektedir ya da istenen yönde bir dengeyi, tarzı anlatmaktadır, bir çerçeve çizmektedir. Bu işleyiş, organizmada bir hastalık durumu olmadığında da, organizmanın hastalık etkenleri ile savaşıırken de ya da organizmada hastalık durumu olduğunda da gerçekleşmektedir. Yaşam, insanın, biyopsikososyogeist bütünlüğü içinde her çeşit hatalarıyla/ eksikleriyle yaşadığı bir süreçtir ama değerli olan, insanın bu hatalarıyla baş edebilmesidir ya da nasıl baş ediyor olduğudur. Bir düzen (= *logos* olarak düşünebiliriz bunu) içinde işleyen ve büyük ölçüde karşıtlıkların dengesi esasına dayanan bu yapı, bize Antik Yunan filozoflarından Herakleitos’un öne sürdüğü kuramı düşündürmektedir.^{152, 153} Bu yaklaşım, sağlık ve hastalığın iç içeliğini, bizden uzaklaşmadıkça bize görünmeyen sağlığı ancak hasta olanların görebileceğini ve böylece sağlık ve hastalığın birbirlerini var etmelerini, biyolojik geçişlilik özelliğini ortaya koymaktadır. Ancak, burada dikkati çeken ve üstünde durulması gereken bir nüans, sağlık ve hastalık geçişinin direncinin/ kuvvetinin, sağlığı korumada (/ sürekli işleyen ve zorlayıcı bir durumda ortaya çıkan rezervin) harekete geçen mekanizmaların ne ölçüde güçlü olduğudur; dolayısıyla, burada ortaya çıkan felsefi sonuç, fizyolojinin (insanın sağlıklı kalabilmesinin) sınırlarının, -belirli bir kişide ve belirli bir zamanda- ancak zorlanmayla ve ya da patolojik bir tehdit altında anlaşılabilir olmasıdır. Tıpta, ancak patolojiden fizyolojiye (hastalıktan sağlığa yönelimle) insan sağlığını ve hastalığını anlayabilme imkânı vardır; organizmanın, endojen ya da eksojen bir kuvvet - zorlama ile **baş edebilme gücü** (/ tolerans da denebilir) sağlığın en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmelidir. Baş edebilme gücü, daha önceki bölümde de açıklandığı

¹⁵² Herakleitos, “**Fragmanlar**,” Çeviri ve Yorumlar: Cengiz Çakmak, Birinci Basım, Ekim 2005, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

¹⁵³ Guthrie, W.K.C., “**Yunan Felsefe Tarihi, Sokrates Öncesi İlk Filozoflar ve Pythagorasçılar**,” Çeviren: Akça, E., Birinci Baskı, 2011, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

üzere, organizmadaki homeostasis mekanizmalarının ve endokrin sistemin iyi çalışmasına, immün sistemin güçlü olmasına, doku/ organ/ sistemlerin anatomofizyolojik sağlam çalışabilirliğine (ancak yine de bu güçlülük öncelikle organizmanın bütünlüğünde olan bir güç olarak anlaşılmalıdır) bağlıdır. Bu işleyiş/ biyolojik özelliğin, (*fizyopatolojik ve felsefi*) bir başka yönü de, bu zorlanma ve/ ya da hastalıkların fizyolojiyi, insanın sağlıklılığını artırabilme olanak ve olasılığının bulunmasıdır (ama bu sonuç elbette kesin değildir, süreç negatif yönde de ilerleyebilir, sonlanabilir). Bu biyolojik işleyiştten yaptığımız felsefi çıkarım için örnek vermek gerekirse, diyelim ki sağlığın göstergesi olarak öne sürülen kendini iyi hisseden (= *well-being*) ve günlük olağan işlerini kısıtlama olmaksızın yapabilen (fonksiyonel olarak normal görünen) sağlıklı iki kişi, diyelim ki A kişisi 20 yaşında, B kişisi 75 yaşında ama her ikisi de normalde sağlıklı olarak rutin yaşamlarını sürdürüyorlar, aynı hastalığa maruz kaldılar, -diyelim ki bir mikroorganizma ile bulaş oldu, enfeksiyon hastalığı riski ortaya çıktı- bu enfeksiyon, iki bireyde asla aynı şekilde seyretmeyecektir (ve hatta aynı kişide farklı zamanlarda da durum farklı tezahür edecektir); enfeksiyon ajanı ile mücadelede - baş etmede organizmanın homeostatik - immün sistemi - sistemler ve organlar harekete geçecek, etkilenme olasılığı olan mekanizma(lar)ın - doku/ organ/ yapıların ve sonuçta tüm organizmanın yapısal ve işlevsel olarak durumuna göre farklı derecelerde etkilenme olacaktır; belki, 20 yaşındaki kişi (A kişisi) mikroorganizma ile karşılaşmasına ve hastalığı yaşıyor olmasına karşın hiçbir enfeksiyon klinik tablosu göstermeyecek (= asemptomatik seyir) ya da çok hafif bir şekilde (= *subklinik*/ hafif seyir) enfeksiyonu geçirecek ve – tabii mikroorganizmaya göre değişen şekilde- hastalığa karşı bağışıklık (= immünite) geliştirebilecektir (hatta uzun zamandır tıpta bilinen ve kullanılan bir tedavi yaklaşımını düşünerek: hastanın kanında mikroorganizmaya karşı oluşmuş antikorların başka hasta insanları tedavi etmede kullanılabileceği düşünülürse, kişinin bu hastalığı geçirmesi kendini de aşan bir yararlılık ve sağlık durumuna işaret etmektedir, âdetâ bu hastalık atlatıldığında tür güçlenmektedir ki evrimde etkili olan mekanizmalardan biri de bu işleyiştir). Öyle görünüyor ki, A kişisi hastalığı geçirerek hastalık öncesine göre daha sağlıklı hâle gelecektir. Diğer örnek kişi B kişisi, diyelim ki mikroorganizma ile bulaştıktan sonra olasıdır ki, -daha düşük/ rezervi daha az bir immün sistem ve organ sistemleri olması nedeniyle- enfeksiyon hastalığını çok ağır

bir şekilde geçirecek ve belki hayatını kaybedecektir. Böylece, aynı mikroorganizmanın bulaşı (ya da başka bir hastalık) iki ayrı kişide farklı bir seyir ve prognoz/ sonuç gösterecektir. Bu basit ama günlük yaşam içinde organizmada hep var olan, hekimlik pratiğinde (çok çeşitli hastalık gruplarında ve geniş bir spektrumda) çok gördüğümüz, hep tekrarlanan fizyopatolojik örnekten hastalık ve sağlık için ontolojik ve epistemolojik aşağıdaki felsefi çıkarımları yapabiliriz:

1. **Sağlıklı durumu normalde sessizdir**; yâni, sağlıklı olan bir organizmada ya da organda biz sağlıklılık durumunu ve sağlıklı olma durumunu sağlayan nitelikleri özellikle dikkat etmezsek görmeyiz, fark etmeyiz; ancak sağlıklı olma durumu bozulduğunda sessizlik de bozulur, yakınmalar ortaya çıkar ve biz patolojinin ortaya çıkmasıyla sağlıklı olma durumunu –retrospektif olarak- fark edebiliriz. Herkes nefes alır ama kimse bunun farkında değildir. Üstte verilen iki örnek kişide de normal yaşamda herhangi bir yakınma yoktu, yâni durum sessizdi ama bir mikroorganizmanın bedene girmesiyle işleyiş değişti, denge bozuldu ve iki insanda farklı seyirler izlendi. -eğer merakı yoksa- sıradan bir kişi kalbinin/ karaciğerinin/ pankreasının nerede olduğunu, nasıl çalıştığını, bozukluğunda neler olabileceğini bilmez, ya da herhangi bir yakınması olduğunda bunun nereden – ne olup da kaynaklandığını anlayamaz ki, bu olağandır.
2. **Sağlık ve hastalık iç içedir** ve **Sağlıklı olmak bir denge durumudur**: Patolojik bir ajanın bedende etkili olması (mikroorganizmanın bulaşı ya da başka hastalıklarda sağlığı bozabilecek bir durumun bedende bulunması, örneğin kanserde DNA hasarı, ateroskleroza yol açan faktörlerin var olması gibi), mutlaka patolojinin gelişeceği (dengenin bozulacağı) anlamına gelmez (ama organizmada bir hareket-değişim, bir mücadele olacaktır); dolayısıyla, örneğin bir mikroorganizmanın bedene bulaşı olabilir ama bedendeki koruyucu mekanizmalar (= immün sistem, homeostatik mekanizmalar, endokrin sistem iç içe) harekete geçerek hastalığın oluşmasına engel olabilirler ve böylece bireyin sağlığı etkilenmeksizin yaşamını sürdürebilmesi olanaklı olur. Bu örneğin çok dışında da, organizmaya endojen ve ya da eksojen pek çok etkilere, örneğin travmalara, mikroorganizmalara, sürekli tekrarlayan patojen etkilere, yaşam biçimi içinde

karşılaştığımız zararlı etkilere, çevresel zararlı etkenlere, hava kirliliğine, iklim etkilerine, iyonizan radyasyona, DNA hasarına, toksik maddelere, aşırı psişik travmalara ve zorluklara karşı organizma bütünlüğünde ortaya çıkan sonuçlar kişiden kişiye çok farklı olabilecektir; kimi bireyde (her bireyde de farklı derecelerde olmak üzere) hastalık oluşacak, kimi bireyde hastalık oluşmayacaktır (subklinik seyir ya da asemptomatik seyir). Hastalığın nedensellik ilişkisini ele aldığımızda, hastalığın oluşabilmesinin hem gerekli (her hastalıkta olması şart değildir) hem de yeterli neden(ler)in olması ile (yine de tümünde değil belli bir oranında) ortaya çıktığını görürüz. Bu da, **sağlık ve hastalığın iç içe olduğunu**, geçişlilik gösterdiğini, dereceliliğini, bu kavramların sürekli bir etkileşim içinde olduğunu, **sağlıklı olmanın bir denge durumu olduğunu** ortaya koyar. Kuşkusuz bu denge durumu Antik Yunan'dan, Hippokrates'ten beri hep vurgulanmıştır. Denge durumunun korunması, elbette patojen ajanların hiç etkili olamaması demek değil, organizmanın aynı zamanda patojenler ile ilişkisinde yeni bir *denge*'nin, organizma için **yeni bir normal'in kurulabilmesi esnekliği**dir. Dolayısıyla, bir birey için sağlık ve normal kavramı, belirlenmiş bir dış ideal/ bir dış normal değil tamamen kişiye özgüdür. Bu anlamda, sağlıklı olmak ile normal olmak her zaman ve tamamen aynı şey değildir ya da tersini düşünürsek normalin dışında olmak da her zaman ve tamamen patolojik değildir.

3. **Sağlıklı olma aralığı** ve ya da **Sağlıklı olmanın katmanları/ dereceliliği**: Sağlık durumu (-soyut anlamda söylersek- sınırları olan, bulanık da olsa başlangıç ve bitiş çizgileri olan) bir aralık durumudur ve bu aralık kişiye göre farklıdır; bu şu demektir, sağlık durumunun sürdürülebileceği ama bunun dışına çıkıldığında kırılaacağı ve hastalık durumuna geçilebileceği dinamik bir nokta/ çizgi (ya da aralık) vardır. İşte bu fizyopatolojik işleyişte, **sağlıklı olma aralığını** belirleyen mekanizmalar bütünü ile ortaya çıkan –ve üstte de belirtilmiş olan- **baş edebilme gücü** sağlığın en önemli göstergelerinden, temellerinden biri olarak düşünülmelidir. Yâni, bireyin hayatta ne kadar geniş bir **sağlıklı olma aralığına** sahip olduğu, bireyin sağlık ve hastalık durumu için son derece belirleyici bir kavramdır. Üstelik, bu **sağlıklı olma aralığı** içinde sağlıklılık durumunun renginde/ niteliğinde bir ölçüde değişiklik olur (ama yine de kişi sağlıklı kabul edilebilir

durumdadır; sağlıklı olmanın dereceliliği); bu demektir ki, **sağlıklı olmanın katmanları/ dereceleri** de vardır (sağlık için geçerli olan derecelilik durumu hastalık için de geçerlidir). Basitçe söylersek, bir hastalığı geçirme ya da patojen bir durumla karşılaşma durumunu aşan pek çok kişi farklı etkilenmelerle bu süreci atlattımlardır, kimi farkında bile olmamıştır kimi çok zorlanarak durumu aşmıştır vb. (yaşam, sağlık ile hastalık yapıcı faktörlerin sürekli bir mücadelesi, sağlıklı ya da hasta olmak da dengenin bir yönündeki değişimi gibi kabul edilebilir).

Üstteki örnekte, genç bireyin baş edebilme gücünün daha yüksek olduğu beklenir ve bu da sürecin seyrini – derecesini ve yönünü belirleyicidir. Dolayısıyla sağlıklılık durumunun bir genişliği/ aralığı, bir alanı ve katmanları vardır. **Sağlıklı olma aralığını** ve **katmanlarını** ve **dereceliliğini** fiziksel - biyolojik, psikolojik, mental, sosyal, tinsel çok geniş bir anlamda ele almak uygun olur ki zaten bu alanlar sürekli olarak birbirleriyle etkileşim içindedirler, iç içedirler, kişinin gerçekleştirdiği/ ortaya koyduğu tüm etkinlikler bütüncül bir anatomofizyoloji gösteren organizmanın ayrı ayrı işlevleridirler. Örneğin A bireyi fiziksel dayanıklılık yönünden son derece geniş bir sağlık aralığına sahiptir, kolay kolay çevresel etkenlerden olumsuz etkilenmez, diyelim ki maraton koşabilir, dağcılık yapabilir ama B bireyinin fiziksel efor kapasitesi çok kısıtlıdır ve kalp – akciğer sistemi ve diğer beden sistemleri eforu tolere edemez ve kolayca buna ilişkin yetersizlik ve klinik belirti ve bulgular ortaya çıkar. Ya da entelektüel yönden düşünersek, doğada yaşayan bir insan ile yüksek psikokognitif bir uğraş içinde olan diyelim ki bir akademisyen - entelektüel insanın (burada bir değer atfetmeden bu örnek verilmiştir, sadece insanın yaşamındaki unsurlar - farklılıklar ortaya konmak istenmektedir; zaten bunu serimleyen pek çok sanat eseri de örneklenebilir) hayatı kavrayışı, yaşam tarzı, kendini ifade ediş biçimi, sağlık ve hastalık kavramları ile ilişkisi çok farklı olacaktır (bu demektir ki hayat çok çok farklı biçimlerde yaşanabilir – farklı coğrafyalarda ve farklı kültürlerde çeşit çeşit yaşamlar ortaya çıkmaktadır). Bir başka örnek, sosyo-kültürel yönden, diyelim ki A kişisi çok farklı bireylerle ve farklı özelliklerde sosyal çevrelerde çeşitli hayat biçimlerini deneyimlemekle hayata dair değerli birikimler kazanmakta ve yaşamını zenginleştirmektedir ki bu durum da sağlıklılık kavramına dâhildir. Öyle düşünebiliriz ki, sağlık kavramı, insanın hayatta fiziksel gücü, potansiyel olarak düşünmesi,

duygulanımı, yapabilecekleri - eylemleri, çevre ile etkileşimi ve özgürlüğünü de içeren topyekûn bir biyopsikososyotinsel – kültürel oluş ve bir tamamlanma olarak da ele alınabilir.

Birey, hayatta kendini ne kadar geniş bir alan(lar bütünlüğü) içinde ifade edebiliyorsa – varoluşunu ortaya koyabiliyorsa, o denli sağlıklı bir birey olarak düşünmek doğru olacaktır bizce (bu durum bir anlamda bireyin kendini gerçekleştirmesi, potansiyel özelliklerini aktüel hâle getirmesi olarak da düşünülebilir). Bu bakış açısıyla, sağlık kavramı ontolojik tümel anlamda belirli bir alana hapsedilebilir, sıkıştırılabilir, kuşatılabilir, sınırları çizilebilir bir kavram değildir, (açık yapılı bir varlık olan insanda) açık uçlu bir kavramdır ve her birey, -bir yönüyle de- kendi sağlığından sorumludur ve kendi sağlığını (bağlamı ve sınırları içinde) sürekli bir biçimde yeniden ve yeniden inşa eder.

Burada sağlık okuryazarlığı – sağlık bilincinden söz etmek yerinde olacaktır; çünkü sağlık okuryazarlığı son derece önemli ve toplumsal olarak üstünde durulması, geliştirilmesi lâzım gelen bir kavramdır. Sağlık, bu geniş kapsamlılığı nedeniyle yanlış yönetilmeye/ istismara açık bir özellik de kazanır. Bunu örnekle açık kılmak gerekirse, şöyle ki, sağlıklılık hep daha iyileştirilebilir (= *salutogenesis*) düşüncesiyle, diyelim ki A kişisi biyopsikososyotinsel var oluşunu olumlu bir çaba içinde ifade edebiliyor, fiziksel ve kültürel etkileşimini, ilişkilerini iyi düzenleyebiliyor, yaşam biçimini, yeme içme düzenini iyi kuruyor, doğal, dengeli ve ölçülü besleniyorsa doğru bir şey yapıyordur ama aynı amaca yönelik bir çok şey de yapılmaktadır, örneğin B kişisi sağlık için iyi, gerekli olduğu söylenen, formülü, kaynağı, üretim süreci ve etkileri çok açık olmayan destek (!) ürünlerinden kullanıyorsa; yanlış tarzda spor yapıyorsa; sağlığının bozulacağı endişesiyle yönlendirilmiş yanlış tıbbî girişimler - ameliyatlar gibi davranışlar çok riskli olabilir. Bunların doğru – yanlış ayrımı ancak toplum sağlığının etkin kılınması ve yaygınlaştırılması, bilim üreten bir toplumsal yapının organizasyonu ve gerçekleştirilmesi, toplumda bilimsel esasların temel alınması, denetleme mekanizmalarının iyi işlemesi, sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılması ve yükseltilmesi ile olanaklıdır.

4. **Sağlık durumu/ Sağlıklılık bir geçiş ve denge durumudur**; sağlık ve hastalık iç içedir, sürekli bir geçişlilik durumu söz konusudur ve sağlıklılık (zaman içinde) hep yeniden ve yeniden inşa olan bir durumdur. Bireye ve birey dışında pek çok faktöre - değişkene bağlı, bir bağlam içinde ortaya çıkan dinamik bir akıştır - oluşturun ve sonuçları tam olarak kestirebilmek her zaman mümkün olmayabilir, olumsaldır. Bu nedenle, -kuşkusuz bilimselleştirip nesnel bir düzlemde rasyonel olarak ele almanın yanında hayat içinde öngörülemez sayısız seyrin olabilirliğinde- sağlıklılık dengesi sürekli kurulan bir durumdur. Sağlıktan hastalığa geçiş bazen çok kolaydır. Bu bakımdan, sağlık – hastalık durumları düşünüldüğünde, bu dengeyi kuran, görünen/ anlaşılabilen faktörlerin dışında görünmeyen - bizim henüz çözemediğimiz ya da sıradan rastlantısal pek çok faktör de rol oynamakta, etkili olmaktadır.
5. Tıpta çok sayıda, çok yönlü, çok katmanlı, hiyerarşik, çok faktörlü, ağ yapısında etkileşim gösteren, birbirine eklemlenen karmaşık bir **nedensellik ilişkisi** vardır ve zaman içinde (= zamansallık gösteren) buna bağlı işleyen mekanizmalar ve ortaya çıkan süreçler izlenir. Tıpta bu süreçlerin seyri, yönü, derecesi, -çok fazla değişkene bağlı olması nedeniyle- zorunlu ve her zaman öngörülebilir değildir, (doğal olaylara benzer) kaotik bir işleyiş vardır. Bunlar sonucunda:
- Tıpta bilginin belirsizliği, süreçlerin seyrinin ve sonucunun tam olarak bilinemezliği, öngörülemezliği, esnekliği (*paraconsistent yapısı*) ... söz konusudur (ama kuşkusuz tıbbî yaklaşım içinde çoğu defa yaklaşık belirli bir olasılıkla seyir ve sonuçlar bilimsel olarak öngörülebilir),
 - Tıpta süreçlerin ikili mantık ile değil de daha çok puslu mantık ile ifadesinin gerçeklik ile uyumlu olması, sonuçların kesirli değerler/ derecelilik göstermesi durumu söz konusudur, sağlık ve hastalığın rengi ve renk skalası hep değişir,
 - Tıpta sürecin sonuçlarının belirli olasılık değerlerine sahip olması ile olasılıklar söz konusudur (*probabilistik durum*); seyir ve sonuç zorunlu değil olumsaldır,
 - Tıpta her durumun bir defaya mahsus olması, asla bir daha tekrar etmemesi; yâni, her hastalık her bireyde ve o ana/ defaya özgü bir şekilde yaşanır.

Dolayısıyla, hekim, her defasında farklı klinik tablolar ile karşılaşır durumu çözümlmek zorundadır; hekimliğin sanatsal tarafı da biraz buradan kaynaklanır,

- Tıpta – hekimlik uygulamalarında bilgi (= *episteme*) ve bilgi olmayanın sınırlarının/ ayrımının her zaman kesin olmaması ve bazen henüz bilgi olmayanın da işin içine katılmasıyla ama bilimsel bir zemine dayanmak için kanıt/ belge ortaya koymanın gerekliliği (*bilimsel yaklaşım*) ve hekimlik uygulamalarında bu tutumun esas alınması durumu vardır; felsefe ve bilim, bu ayrımı yapmada en güvenilir rehberler olmalıdır,
- Tıpta süreç ve sonuçların zaman değişkenine bağlı olması, dinamik bir işleyişle zamansallık göstermesi (*temporal değişkenlik*) durumu vardır, ... gibi felsefi değerlendirmelerde bulunmak mümkündür.

Sağlık durumunu anlamakta en önemli faktörlerden biri (belki en önemlisi), antik dönemlerden beri üstünde durulan -ve özellikle antik Yunan’da Hippokrates (Hippocrates) tarafından vurgulanan- beden bir bütün, -somatik ve mental- olarak **denge** içinde olmasıdır.^{154, 155, 156, 157} Çağdaş tıpta da kuşkusuz, sağlık için bedenin bir denge içinde olması yaygın bir şekilde kabul gören yaklaşımdır ve buradaki fizyolojik – bilimsel açıklama, dengenin bedende çok yaygın olan homeostatik mekanizmalar ile sağlandığıdır. Homeostatik mekanizmalar bedende son derece kapsamlı ve yaygın olarak işlevseldir; hiç kuşku yoktur ki, homeostatik mekanizmalar temelde bireyin yaşamda kalmasının yanı sıra gelişiminin de belirleyicisidir. Böylece, hem sağlığın tüm genişliği içinde kurulabilmesi, bir denge içinde sürdürülebilmesi, hastalıklara karşı koyabilmede ve fiziksel, mental, psikolojik, sosyal her alanda gelişebilmede homeostatik mekanizmaların rolü belirgindir. Homeostatik mekanizmaların kişiden

¹⁵⁴ Hippokrates, “**Hippokrates Külliyyatı**,” Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.

¹⁵⁵ Pasipoularides, A., “**Galen, father of systematic medicine. An essay on the evolution of modern medicine and cardiology**,” International Journal of Cardiology 172 (2014) 47–58.

¹⁵⁶ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

¹⁵⁷ “**Berne & Levy Physiology**,” Koeppen, B.M., Stanton, B.A. (Editors), Sixth Edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2010.

kişiy e farklılıklar göstermesi başlıca kişinin filo-ontogenetik yapısına, yaşam biçimine, çevresel faktörlere bağı olmaktadır. Dengenin önemine vurgu yapan bir başka yaklaşım ise, daha çok psikodinamik bir bakışa dayanır ve kişinin yetenekleri ile istek ve amaçlarının uyumlu – dengeli olması gerektiğini telkin eder.

Sağlığın göstergelerinden biri de kişinin herhangi bir yakınmasının, ağrısının olmaması ve olağan günlük işlerini rahatça yapabilmesi, kişinin herhangi bir sağlık sorunundan dolayı engellenmemesi durumudur. Bu tanım, kuşkusuz göreceli bir ifadedir, kişiye göre olağan işler, yapılmak istenen şeylerden engellenmemiş olmak değişebilir ve burada öznel bir bakış söz konusudur -örneğin bir olimpiyat sporcusu ile sıradan ve sedanter yaşayan birinin fiziksel, mental, ruhsal beklentileri çok çok farklıdır- ama sağlığın tam olarak anlaşılabilmesi - tanımlanabilmesi için öznel değerlendirme ve kişisel farklılıkları dikkate almak da şarttır. Bu anlamda, **sağlık durumu kişisel bir avara da tâbidir/ bağıdır**. Burada yine *normal* kavramı ile ilgili sorun karşımıza çıkmaktadır; çünkü “*normal*” genellenmiş fizyoloji ile belirlenebilir bir durum değildir, görel i ve bireyseldir; kişiye ait *normal*’i – fizyolojiyi ya patoloji ya da kişisel üstün - zorlayıcı çalışmaların sonucu gösterir.

Hekimlik uygulamasında karşılaştığımız bir gözlem, bazen ve bir ölçüde de olsa kişinin hastalığını – sağlık durumunu içten hissederek, sezgisel bir şekilde de olsa anlayabilmesidir ki bu hekim için değerli bir ipucu olabilir. Kişinin kendini iyi hissetmesi, mutlu ve memnun olduğu bir hayatı sürdürüyor olması, düşünce, duygu ve inançlarına uygun yaşıyor olması sağlık için şüphesiz gerekli ve çok değerli bir unsurdur. Ancak yine de, iyilik hâli (= *well-being*) öznel bir değerlendirmedir ve bireyin sağlıklı olup olmadığının kararı sadece öznel değerlendirmeler ile belirlenemez (ama öznel olarak iyiliğin olmadığı, yalnızca nesnel verilere dayanan bir sağlıklılık durumu da kabul edilemez, bu da eksik demektir). Sağlıklı olmak öznel ve nesnel her iki yönden de iyi olmayı gerektirir. Sağlık, öznel bir yaklaşımla, son tahlilde kişinin kendinden ve yaşamından memnun olmasıdır, yaşamında bir engelin olmamasıdır. Bir hekim (ya da herhangi bir kişi) bir insan ile empati kurabilir, belki onu anlayabilir ama onun hissettiklerini hissedemez. Kişiyi engelleyen bir sorunun olmaması ve kendini ifade edebilmesi, çevresi ile – hayat ile hiç olmazsa minimal ölçüde mutluluk sağlayan

bir bağının – iletişiminin olmasıdır ki bu, Lennart Nordenfelt’in sağlık kuramına denk düşer.¹⁵⁸ Bu son derece insanın öznel alanı içinde kalan duyarlılıkları ve dengeleri dikkate almadan doğru bir sağlık – hastalık değerlendirmesi olanaklı değildir. Buna örnek olarak bazı film okumaları yapacağız:

Bu düşüncüyü açıklamak için uç bir örnek verirse, olağanüstü bir dram olan “*Shawshank Redemption*” filminde (*Shawshank Redemption*, Yönetmen: Frank Darabont, 1994 yapımı), ömür boyu hapse mahkûm olan Broke için, on yıllarca Shawshank Devlet Cezaevi’nde kaldıktan sonra, iyi hâlden tahliye kararı verilir. Shawshank’ta hapisanede kendine tamamen yalıtılmış bir dünya yaratmış ve normal hayata yabancılaşmış (âdeta unutmüş) olan Broke, aslında tahliye olmayı hiç de istememektedir; ancak, kurallar böyledir, yapılacak bir şey de yoktur ve bir ödül olarak, (ama Broke için gerçekte bir ceza gibi) Broke tahliye edilir (*dışarıdan bir kişi için olumlu görünen bir şey her zaman öyle olmayabilir, durum, o bireyin koşullarında ve dünyasında – öznelliğinde anlam bulacaktır*). Tabii, normal yaşamdan yıllarca uzak kalmış ve artık neredeyse sivil hayatı unutmüş olan Broke, dışarıdaki hayatın akışına adapte olamaz ve kaldığı otel odasında intihar eder, kendini asar. Geride hemen kendini astığı yerin üstünde duvara iliştirilmiş bir yazı bırakmıştır: “**Broke was here.**” Kendi hayatına kast ediyor olsa da, Broke, geride kendisine ait bir iz olmasını istemiştir ya da o yazı ile biraz daha hayatta kalabilmeyi arzu etmiştir. Yani, ölüm isteği hep ölümsüzlük isteği ile yan yana olmaktadır, insanda -biyolojik olarak gömülü- hep ben duygusu, hayata yönelmişlik/ yaşamak isteği vardır, ölürlen bile. Yine, İranlı yönetmen Abbas Kiarostemi’nin başyapıtı “*Kirazın Tadı*” filminde baş karakter Bay Bedii intihar etmeye karar vermiştir, intiharını planlamıştır ve ilaç içtikten sonra girdiği çukura/ mezarına yirmi kürek toprak atacak birini arar, sonunda Bay Bagheri ile anlaşır (?), ve ona sıkı sıkıya tembih eder: “*aman, geldiğinde bana iyice seslen, beni yakamdan tutup sars, belki uyuklu olup sana ses veremem, iyice kontrol et, ...*”; yine de, içinde bir umut vardır, hayat ışığı sönük de olsa yanmaktadır... filmin son sahnesinde, ölümün hemen köşede olduğunu hatırlatan bir Louis Armstrong parçası işitilir (yaşam ve ölüm aslında düşünce olarak hep biraradadır ve yaşamı anlamlı kılan da ölümün kesin olarak ama belli olmayan bir zamanda gerçekleşecek olmasıdır). Bay Bagheri’nin şiirsi öyküsü Bay Bedii üzerinde çok etkili olmuştur, öyle ya bazen bir dutun olgun ballı görünüşü, bir kirazın tadı bile yaşamı anlamlandırabilir ya da belki daha doğrusu tutunacak bir dal olabilir. Hayatın içinde olağan ile olağanüstü hep iç içedir ya da sizin perspektifinize, algınıza ve zihinsel işlemenize (= *processing*) tâbidir; tüm hücrelerinize yayılan bir müzik, bir çocuğun safiyane gülerek bakışı, hastalıktan kurtulmuş birinin neşesi ve yaşama sarılması, güneşin doğuşu, rüzgârın esisi, ... insanı deruni bir şekilde etkileyebilir. İnsan hep *ben*’ini yaşatmak istiyor, onu ayrıcalıklı/ biricik kılmak istiyor, sevmek ve sevilmek, saygı duyulmak istiyor.

¹⁵⁸ Nordenfelt, L., “Health and disease: two philosophical perspectives,” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1986, 41, 281-284.

Tıbbî olarak ele aldığımızda, insan hep yaşamaya dönük olarak, yaşamı sürdürmeye donatılıdır; yâni, yaşam aslında bir seçim değildir hiçbir zaman, zaten bize içkin biyolojik bir nitelik (tıp literatüründe fizyolojik işleyiş ve “*homeostasis*” vd. mekanizmalar hep yaşamı en iyi şekilde sürdürmek üzerine kuruludur; şöyle söylenebilir ki *conatus*, *güç istenci*, *libido*, *elan vital* vd. biyolojik içkin bu özelliğin felsefî karşılıkları olarak düşünülebilir); esasen anormal olan yaşamı bırakmaktır. Wittgenstein’in da ifade ettiği gibi, “*Ölüm, yaşanmaz. Ölüm, bir yaşam olayı değildir.*” Freud, yaşam güdüsünden (= *eros*) hareketle ölüm güdüsünün (= *thanatos*) olması gerektiğini ileri sürüyor. Bir başka bakışla, insan doğal – biyolojik olanın ötesinde kültürel bir varlıktır, en başta yaşamda kalmaya çabalayan ama aynı zamanda anlamlar oluşturan ve anlamlar bulduğunu düşünen bir varlıktır ve bu yönüyle de doğasının çok dışında da eyleyebilmektedir, kültürel olarak doğasına karşı gelebilmektedir. Ancak, yaşamda direnmektir hayatı sürekli kılan ve değiştiren güdü; kişinin bireysel özelliklerini ve hayatla kurduğu bağı dikkate almadan sağlıklılıktan söz edilebilir mi? Bu örnekler, sağlık ve hastalık tanımı için nesnel – bilimsel yaklaşımımızın (= biyomedikal yaklaşım ön planda somatik unsuru içerir; ancak, insan çok daha kapsamlı bir varlıktır) vazgeçilmez olmasının yanında, kişinin öznel – biricik dünyasının içinde olup biteni – kendiliğini (= *self*), bireyin dirimselliğini, etrafı ile ilişkisini - uyumunu ve kendi kendini kabulünü, insanın o naif yapısını hep göz önünde tutmak gerekliliğini ve sağlık – hastalık kavram çiftini daha geniş kapsam ve derinlikte ele almak lâzım geldiğini ortaya koymaktadır. Hekimin, böylesine karmaşık bir varlık olan insana, alışkanlığın verdiği körlükle değil samimi bir merakın ve kavramaya çalışmanın diri tuttuğu bir zihinle ve çok yönlü bilgi ve donanımla bakması ile doğru ve etkili bir hekimlik praksişi geliştirilebilir diye düşünmekteyiz.

Hastalık deneyimi ve bunu aşmak, -bireyin organizmasının farklı bir durumda sıradışı mücadelesi ve denge arayışı- ve böylece, bireyin bedenini daha farklı durum(lar)da ve bağlamda duyumsamasıyla muhtemeldir ki içgörüsü ve hayat ile olan ilişkisinin kapsamı, derinliği ve niteliği değişecektir; hastalık bilinci, sağlık kavramının niteliğinde de bir dönüşüme yol açar. Belki bunu da sağlığın bir parçası/ katmanı gibi düşünmek doğru olabilir; hastalık deneyimi ile sağlık kavramı sanki daha bir çoğalmış, derinleşmiş, yeni anlamlar kazanmış olmalıdır. Bu etkileşimde,

hastalığın/ patojenin, sağlığın – fizyolojinin sınırlarını zorlamasını görürüz ve ortaya çıkan yeni durum, hastalık, artık içeriği ve boyutlarıyla sağlıktan çok farklı bir durumdur. Hastalıkta da yine – yeniden denge oluşturmaya yönelik bir çaba/ homeostasisi yeniden kazanma hiperaktivitesi vardır; hastalık, kişiyi biyopsikososyogeist bütünlüğünde tüm yönleriyle etkiler. Hastalıklar, fizyolojinin/ sağlığın sınırlarını göstermesine karşın sağlıktan hastalığın içeriğini ve dinamiklerini çıkaramayız; hastalık, sağlıktan daha çok boyutlu ve derinlikli bir süreçtir. Peyami Safa'nın bir ölçüde otobiyografik eseri “*Dokuzuncu Hariciye Koğuşu*”nda¹⁵⁹ anlatıcı (Peyami), kronik bir diz hastalığı (muhtemelen tüberküloz artriti) yaşamaktadır, hem ağrılı hem de kısıtlayıcı bir durumdur hastalığı, üstelik bacağının amputasyonu bile konuşulmaktadır (ama tedaviyle iyileşir ve amputasyona gerek kalmaz, anlaşıldığı kadarıyla artrodez yapılır). Peyami, romanın sonunda durumunu şöyle ifade eder, “*Büyük bir hastalık geçirmeyenler, her şeyi anladıklarını iddia edemezler. İki hasta kadar birbirine yakın hiç kimse yoktur. Hasta olmayanlar bizi ne kadar az anlayacaklar!*” Peyami iyileşmiştir ve taburcu olurken (tıbbî pratikte rutin olarak kullandığımız “*taburcu olmak*” lâfı askeri hekimliğin süregelen bir terimidir) son not olarak ise, “*Bu odada başkaları inleyecekler. Onları şimdiden gayet iyi tanıyorum. Üstümden çıkarıp yatağa attığım robdöşambr içinde, ebediyen aynı insan bulunacak: Hasta.*” Gerçekten, hastalıklar hayatın sınırlarının zorlandığı durumlardır (ve bazen hasta kaybedilebilir de) ve bu yönüyle hastalıklar sağlığın değerini ve anlamını ortaya koyarlar, bireyin hayata başka bir açıdan da bakabilmesi olanağını verirler, belki o zamana kadar yapmadığı hayatı ve kendini sorgulamaya ve farklı bir şeyler yapmaya yöneltebilirler. Hastalığın, hastalığı deneyimleyen kişi üzerinde yaptığı etkinin, birinci-kişî perspektifinden, hekimin bilimsel – rasyonel yaklaşımının ve kavramlarının tamamen dışında ve fenomenolojik kavramlar ile ele alınması yaklaşımı, tıpta, özellikle son zamanlarda yaygınlaşan ama her daim ilgi toplayan bir alan olan öyküsel tıp/ *narrative medicine* alt başlığı altında işlenebilir; bu, hem tıbbî ontoloji ve epistemoloji yönünden hem hekim – hasta iletişimi açısından hem de sağlık okuryazarlığı bakımından yararlı olabilir. Örnek olarak, yönetmen Randa Haines'in 1991 yapımı “*Hekim (The Doctor)*” filminde, hastalanan (ve artık hekim kimliği ile

¹⁵⁹ Safa, P., “*Dokuzuncu Hariciye Koğuşu*,” 93. Basım, Ötüken Neşriyat, İstanbul, 2019.

değil hasta olarak) Dr. Jack MacKee ile kemoterapi seanslarında tanıştığı habis beyin tümörlü hasta June Ellis'in birlikte Nevada Çölü'ne yaptıkları gezi, mutlu olmaları ve Laurie Anderson'un *Strange Angels* şarkısını dinlemeleri ve dans etmeleri, hastalıkların nasıl güçlü ve temel bir ortak alan oluşturduklarına ve insanları nasıl birbirine yaklaştırdığına, bunun yanında hastalıkların üstü örtülmüş sorunları ortaya çıkartabilmesine, kişilerin daha önyargısız ve inhibisyonlardan arınmış bir tutum sergileyebilmesine iyi bir örnektir. "Hekim (*The Doctor*)" filmi, aslında hekim - hasta ilişkisi, Foucault'cu bir perspektiften tıpta iktidar ilişkileri; hastalığın öznel olarak yaşanması/ deneyimlenmesi ve hastalığın değiştirici, dönüştürücü etkileri konularında çok şey söyleyen bir filmidir. Filmde, zengin ve başarılı kalp cerrahı Dr. Jack MacKee bencil, kibirli, küstah, kaba saba espriler yapan, empatiden yoksun, hastalarına yalnızca mekanik olarak yaklaşan ve onların kendilerine ait ve biricik hayatları, duygusal ve düşünsel varlık alanları, psikodinamik yaşam deneyimleri, algı ve izlenimleri olduğundan tümüyle bihaber bir hekimdir. Ameliyatlarında mottosu, "*gir, tamir et ve çık*" şeklindedir ve iş tümüyle budur, hastanın insanî boyutu onun görüş alanının tamamen dışındadır (felsefî değerlendirmeyeyle, O'na göre, hasta ve hastalık aynıdır ya da hasta yoktur, hastalık ve hastayı tümüyle hastalığa indirgemektedir). Dr. Jack MacKee, bir gün kanser hastası olduğunu öğrenir; işte bundan sonraki süreçte, Dr. Jack MacKee hekim – hasta ilişkisinde güçlü ve iktidar sahibi hekim tarafında değil çok kırılğan – başına gelecekleri bilmeyen ve ne olacağını korku ile bekleyen – edilgen hasta tarafındadır. Jack MacKee ufacık bir aksaklıktan canı sıkılacak, öfkelenecek, hiçbir hatayı affetmeyecektir; işini iyi bilmesi ve yapmasının yanında, hekimin şefkatli, kibar, yumuşak olmasını, hastasına empati ile yaklaşmasını, fedakâr olmasını bekleyecektir. Hastalık ile birlikte hayatın dinamikleri değişmiştir, aslında hastalık öncesindeki hayatında onu mutlu eden şeylerin gerçekte ne kadar uçucu ve yalancı şeyler olduğunu, sanki iyi gidiyormuş gibi olan ama patolojik bir denge hâlinde seyreden pek çok şeyin, örneğin eşi Anne ile karı – koca ilişkilerinin, çocuklarıyla ilişkilerinin ne kadar da derinliksiz, zayıf ve köksüz olduğunu, can derdine düştüğü anda en temel hüznünü eşiyle paylaşmakta zorlandığını (çünkü empati ilişkisine zaten çok yabancısıdır, empati hâlinin hangi tarafında olursa olsun) görür – yaşar. Habis beyin tümörü hastası olan (ve yakında ölümü beklenen) June Ellis ile konuşmaksızın hastalıklarında buluşurlar, nereye gideceklerini planlamadan arabayla alıp başlarını

giderler, koşarlar, gülerler, dans ederler, mutlu olurlar... ruhlarının en derininde yer alan gereksinimlerini açığa çıkartırlar, bilemedikleri bir şey -ki hastalık- onları birbirine yaklaştırmıştır.

Elbette hasta hastalığını deneyimler ve bu deneyim kişiye has, biriciklik gösteren bir durumdur, bu bir başkasına tam olarak aktarılamaz, çünkü bir durumu kendi bedeni içinde (bedenine ve hayatına ait özellikler çerçevesinde) deneyimleme - *embodiment, embodied cognition*- tam olarak aktarılamaz [hastanın öznel deneyimi, rahatsızlık, (İngilizcede *illness* ya da *sickness*)]. Hekim ise, durumu bilimsel – nesnel olarak ele almak zorundadır ama bu şüphesiz hastanın durumuna empati göstermesine ve insanî tutum sergilemesine engel değildir.

Sağlıklı olmak kavramı/ durumu, mutlaka diğer unsurlarla, örneğin nesnel – bilimsel iyilik durumu ile tamamlanmalıdır. İyilik hâli (iyi olma = *well-being*), DSÖ'nün tanımında da merkezi bir kavram olarak karşımıza çıkar. İyilik hâli içinde olmak, mutlu olmak bir başka terim ile, *pozitif sağlık* olarak da ifade edilir; ancak, sağlık zaten pozitif bir durumdur ve ayrıca pozitif sıfatı alması belki *salutogenesis* ya da *geliştirilmiş sağlık* yönünde bir vurgu olarak düşünülebilir. DSÖ'nün 1948'de kuruluş bildirgesindeki sağlık tanımı, 1996'da yapılan "Sağlığın Geliştirilmesi" konferansında genişletilmiştir:

1948'de: "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*" – "Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlık olmama durumu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir."

1996'da: "*Health is a dynamic state of complete physical, mental, social and spiritual well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*" – "Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlık olmama durumu değil, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam ve dinamik bir iyilik hâlidir."

1996'da sağlık kavramının dinamik yönüne dikkat çekilmesi ve ayrıca ruhsal iyilik hâlinin de eklenmesi çok yerindedir; böylece, hem biyolojik bir özellik (dinamik yapı, aslında insanın tüm varlık alanlarını içerir) hem de insanın varlık alanlarından biri (ruhsal alan) tanıma dâhil edilmiştir. Bu tezde, "İnsanın temel anatomofizyolojisi" bölümünde de açıklandığı gibi, sağlık (ve hastalık) durumları, biyolojik olarak son derece dinamik, değişken, zamansallık gösteren durumlardır ve buna koşut olarak bu kavramların tanımlarında ve felsefî temellendirmelerinde de bu özellikler dikkate alınmalıdır.

Sağlık kavramının kültür ile bağlantısı, felsefî temellendirmede mutlaka önemli bir özellik olarak ortaya çıkar. Şöyle ki, bir toplumun (ve ya da o toplum içindeki bir bireyin) kültürel yapısı ve felsefî arka planı sağlık kavramına bakış biçimini, algısını ve yaşam içinde sağlık (ve hastalık) ile ilişkili tutumunu doğrudan belirleyen bir durumdur. Kültür, bilindiği üzere, hayatın tüm alanlarını kuşatan kapsamlı bir yapıdır; kültür yemek yeme – içme alışkanlıklarından tüm yaşam biçimine, davranışlara, dinsel, düşünsel, bilimsel, sanatsal, coğrafi özellikler – iklim gibi tüm etkileşimleri barındırır. En basitinden Akdeniz bölgesinde yaşayan bir kişi ile Kuzey Avrupa'da ya da ABD'de yaşayan bir kişinin/ topluluğun, -her ne kadar küreselleşme ile yerel özellikler azaldıysa da- kültürü farklı olacaktır. Böylece, bu kültürel farklılıklar da (diğer faktörlerle birlikte) her iki toplum bireylerinin hem sağlık ve hastalıklarının farklı olmasına yol açacak hem de sağlık (ve hastalık) kavramlarına olan bakışlarını ve tutumlarını belirleyecektir.^{160, 161}

Sağlıklı olmayı sağlayan ya da sağlığın göstergesi olarak insana dair pek çok özelliği düşünebiliriz; bu bakımdan sağlık, kapsamında pek çok niteliği barındıran açık bir kavramdır, insanın "*açık bir varlık*" olması sebebiyle. Burada aslında son derece geliştirilebilir bir durum olmakla birlikte, ciddi sorunları da çağırabilecek bir özellik

¹⁶⁰ Payer, L., "Medicine & Culture – Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France," Owl Book, New York, 1996.

¹⁶¹ Galanti, G., "Caring for Patients from Different Cultures," Third Edition, PENN University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2004.

vardır. Sağlığa (ve hastalığa) yönelik yapılacak her girişimin bilimsel yönden kanıtlanmış ve kabul edilmiş olması ve insanî nitelikler taşıyor olması gerekmektedir.

Sağlık ve hastalık kavramları son derece karmaşık, farklı yönleri ve bileşenleri olan kavramlardır ve bu kavramlar ancak her iki kavramın birlikte analitik ve diyalektik bir sorgulama ile ele alınmasıyla daha iyi ortaya konabilir. Hastalık durumunun içeriği ve dengesi ile sağlık durumunun içeriği ve dengesi farklıdır; organizmada patolojik durumun ortaya çıkması ile işleyiş ve boyut değişerek farklı bir denge durumu ortaya çıkar. Sağlık kavramı (ya da *sağlıklı olmaklık*) ve sınırları, ancak patolojik durumların etkisi altında olmakla belirlenebilir (*ama bunun tersi doğru değildir; yâni, sağlıktan patolojik durumun içeriği ve sınırları belirlenemez -bu özellik tezde çokça irdelenecektir-*); fizyolojinin olanaklarının ne kadar olduğu yalnızca patolojinin insan organizmasını zorladığı hâllerde ortaya çıkacaktır; buna psikiyatri alanından bir örnek vermek gerekirse, Süleyman Velioğlu'nun, -özellikle “*Psikopatolojik Sanat Laboratuvarı*”nı kullanarak- çalışmaları sonucunda ulaştığı düşünce, ancak şizofrenik yapıdan hareketle insanın doğru olarak ve *ne*'liğinin anlaşılabilceği – tanımının yapılabileceği şeklindedir.^{162,163} Velioğlu, “*Psikopatolojik Sanat Laboratuvarı*”nda hastaların yaptığı resimler ile psikiyatrik tanımlarını, süreç içinde tedaviye verdikleri yanıtları değerlendirmiştir (ve bu resimler daha sonra gerçekleştirilen bir sergide sunulmuşlardır). Kuşkusuz, günümüzde somatik mekanizmalardaki rezervi öngörebilmenin tıbbî yöntemleri vardır ama yine de günlük yaşam içinde bu içerik hep görünmez planda kalır. Bir bireyin bedeninde, en küçükten -moleküler yapıdan- başlayarak tüm organizmaya uzanan hiyerarşik yapılar birbirleriyle uyum ve birbirlerini destekler şekilde çalışırken aksayan bir durum olduğunda diğer yapılar ve koruyucu mekanizmalar etkinleşir, örneğin yüksek bir irtifaya çıkıldığında havadaki oksijen parsiyel basıncının düşmesini kompanse etmek için solunum şekli değişir, kemik iliğinde eritrosit yapımı ve kanın gerekli diğer değişimleri harekete geçer ya da herhangi bir kanama durumunda (kanamanın akut ya da kronik olmasına göre de değişen) lokal ve sistemik pek çok koruyucu/ kompanse

¹⁶² Velioğlu, S., “*İnsan ve Yaratma Edimi*,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.

¹⁶³ Velioğlu, S., “*İnsanın Resmi*,” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2010.

edici mekanizma çalışır ve -en azından- belli bir seviyeye kadar organizmanın olumsuz etkilenip zarar görmesi engellenir (örneğin genç ve sağlıklı birinde büyük bir atardamarın kesici yaralanması gibi majör bir travmada bile, atardamarın lokal kas spazmı ve diğer koruyucu mekanizmaların harekete geçip etkinleşmesiyle büyük bir kanama, -bedenin kendi olanakları içinde/ homeostasis ile- durdurulabilir) ve böylece, gerekli homeostatik mekanizmalarla dokuların oksijenlenmesinin bozulmadan en uygun - optimal düzeyde devam etmesi sağlanır. Tikel bireydeki homeostatik mekanizmaların kapasitesinin – gücünün ne olduğu ise, ancak bunları gerektiren hâllerde, bu mekanizmaların işlevsel olmasıyla anlaşılabilir ya da manifest hâle geçecektir [hekimlik uygulamaları içinde bu durumun simüle edildiği/ test edildiği çeşitli inceleme yöntemi vardır ama bu incelemeler, açıktır ki, tam bir doğruluk içinde yapılamaz; örneğin çeşitli hormonların yedeğinin anlaşılabilmesi için incelenen hormonun zorlanma durumunda ne kadar daha üretilebileceğinin (hormon stimülasyon testleri) ya da hormonun yüksek olması durumunda -yine normal homeostatik sistemin çalışıp çalışmadığını anlamak için- baskılanabilirliğinin ortaya konması için çeşitli testler (hormon supresyon testleri); kardiyolojide, kalbin yüksek performans gerektiren durumları ne ölçüde karşılayabileceğini gösteren eforlu testler; beyin fonksiyonlarının analiz edilebilmesi için çeşitli “fonksiyonel incelemeler”, örn. fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme - fMRG, ya da beyin damarlanmasının - kanlanmasının durumunu ve rezervini incelemek için çeşitli teknikle yapılan Anjiyografiler, balon oklüzyon testi (BOT) vb. Bu ise şu anlama gelir: biz her ne kadar hastalıkları taklit ederek, -patolojiden fizyolojiye bir yönelimle- bedeni/ fizyolojiyi anlamaya çalışıyorsak da, aslında, hastalıklar doğal klinik deneysel çalışmalar gibidir ve biz hekimlere çok şey öğretirler; her bir hastalık vak’ası insan organizmasının türlü özelliklerini ortaya çıkaran gerçekte empirik bir veri kümesidir]. Hegel’in, diyalektik bir yaklaşımla belirttiği, kötü ile karşılaşmamış iyiliğin eksik-tamamlanmamış iyilik olması kavramı, buraya da uygun düşmektedir. Bedene yönelik bir zorlamanın olması homeostatik mekanizmaları harekete geçirerek bedenin yeni bir dengeye kavuşması çabasını ortaya çıkarır; bu zorlamanın her zaman hastalık yapıcı bir süreç olması şart değildir; beden, günlük yaşam içinde sıklıkla zorlamalarla karşılaşır ve bunlara uyum gösterme çabası ile daha da güçlenebilir (örneğin sportif faaliyetler ile) ya da zayıflayabilir, hastalık gelişebilir, ... ya da ölüm olabilir. Dolayısıyla, normal yaşamda

beden sürekli bir devinim ve kuvvetlerin mücadelesine zaten mâruz kalır. Bu aynı zamanda, sağlık ve hastalık arasındaki -hastalık kategorilerine göre değişen- iç içeliği, birbirlerini var etmelerini - diyalektiği, akışkanlığı da göstermektedir.

Birey yönünden sağlık kavramı (“*sağlığın öznel yanı*” ya da “*öznel sağlık*” kavramı), işlevsel - yaşayan bir organizmada/ kişide, bedenin algısı ve değerlendirmesi – yorumudur; dolayısıyla, bu algı ve yorum, bireye ait fiziksel, psişik, sosyal, tinsel, çevresel etkileşim gibi pek çok bileşenin ortak bir sonucudur. Normalde, (bizim dışarıdan değerlendirme sınırlarımız içinde) yapısal ve işlevsel sorun olmadığında kişinin sağlığı ile ilgili herhangi bir yakınmasının olmaması beklenir (yine de bu ifadede psikosomatik hastalıkları ayrı tutmak gerekir). Örneğin bedende sağlıklı çalışan bir organda/ dokuda bir sesleniş yoktur, yâni düzgün çalışan organ sessizdir; diyelim ki kalp – damar, mide – bağırsak sisteminiz (ya da karaciğeriniz, prostatınız) normal işlev görüyorsa, siz bu organlarınızın hiç farkında bile olmazsınız [ama bu ifadenin belirtilen şekilde karşıtı her zaman doğru değildir; şöyle ki, “bireyin herhangi bir yakınması olmadığında bedenindeki dokularda/ organlarda/ sistemlerde/ ... işlevsel bir bozukluk olamaz, yoktur” diyemeyiz çünkü bu kesin değildir (asemptomatik/ henüz belirti vermemiş hastalıklar da mümkündür ya da her patoloji semptom vermeyebilir)]. Nesnel sağlık yaklaşımında, bilimsel bir kavrayışla normal beden işlevlerinin durumunu değerlendirmek olanaklıdır; hasta bireyi muayene ederek ve tetkikler ile (büyük ölçüde) tüm somatik anatomofizyolojik - patolojik işleyiş ortaya konabilir; bununla birlikte, bireyin psikodinamik yaşantısı – bilişsel ve davranışsal süreçleri, içinde yer aldığı çevre ile ilişkisi, intrapsişik süreçler, hastanın stres ile başa çıkma tutumu ve buna karşı geliştirdiği reaksiyonlar/ savunma mekanizmaları, ... ancak bir ölçüde hekim tarafından anlaşılabilir; ve yalnızca belki bir ölçüde anlaşılabilir/ soyutlanabilir ama hiçbir şekilde hissedilemez ama acısına ortak olunabilir, empati kurulabilir. Burada, hasta – hekim ilişkisinde “*öznellik*”, “*nesnellik*” ve “*hemhâl olmak*” kavramları üzerinde durmak yararlı olabilir. *Hasta*, hastalığını doğrudan duyuları aracılığı ile ve ya da çeşitli kısıtlanmalar, işlevsel bozukluklar, bedeninde değişiklikler şeklinde algılar ve duyulanır; yâni, hasta hastalığını *öznel* olarak yaşar (ancak hasta bu süreçte hem *özne* hem de *nesne*dir). *Hekim*, hasta bireyin yakınmalarını ve durumunu gözlemler, dinler, muayene eder, gerekliyse tetkiklerini

yaptırır ve tüm verileri belirli bir paradigmanın rasyonel – bilimsel ışığı altında ve o birey çerçevesinde değerlendirerek bir yargıya varır ki bu *nesnel* bir değerlendirmedir; ancak nesnel değerlendirmenin yanı sıra hekim, hastasının yaşadığı acıyı da hisseder ve onunla empati kurar, sezgilerini de devreye sokar, fenomenolojik olarak hastasının *görünür* belirti ve bulgularından *görünmez* olanı da okur (= *sens clinique*) ki bu, hekimin hastası ile hemhâl olması demektir, artık burada hekim olarak hem nesnel hem öznel hem de sezgisel bilincimiz vardır. Kuşkusuz, hekimlik bilimsel rasyonel/ nesnel tutumu şart koşturmakla birlikte hasta bireyin içinde bulunduğu psikik durumunu da dikkate almayı, acısını paylaşmayı, empati kurmayı, dolayısıyla hastaya nesnel, öznel ve sezgisel bir biçimde yaklaşmayı gerektirmektedir. Çünkü, hasta hekime çeşitli yakınmalar ile gelmekte ve sorununa bir çözüm aramaktadır; hekim, hastanın yakınmalarını ve tıbbî durumunu değerlendirip karar verirken teorik bilgisi, deneyimleri ve insanî tüm donanımını kullanarak bir çözümleme yapıp yargıya varmaya çalışmakta, tanı koymakta ve tedaviye yönelik ve sonrasında da her aşamada kararlar vermektedir.

Aaron Antonovsky, 1960’lardan başlayarak *sağlık* üzerine yoğun olarak çalışmış ve salutogenez kavramını geliştirmiş bir sağlık sosyoloğudur (bu alandaki ilk önemli klasik kitabı “*Health, Stress and Coping*” 1979’da çıkmıştır, 1987’de çıkan “*Unravelling The Mystery of Health*” adlı kitabı ise, ilk kitabın geliştirilmiş hâlidir denilebilir). Antonovsky çalışmalarında, sağlık ve hastalık kavramlarını ele alırken, pozitif kavram olan *sağlık* üzerinde yoğunlaşmış ve sağlığın orijinini anlamaya ve böylece sağlığı geliştirmeye yönelmiştir; salutogenez (= *salutogenesis*, *salus*: sağlık, *genesis*: geliştirmek, oluşmak; *sağlığın oluşu*, *sağlığın gelişmesi*) anlamına gelmektedir. Geliştirdiği “Sağlığın Salutogenik Modeli [*Salutogenic Model of Health (SMH)*]” ile sağlığı geliştirici etkenleri ortaya koymaya çalışmıştır. Antonovsky’nin çalışmaları daha çok psikik alanda yoğunlaşmış olup, sağlığın kültürel bağlantılarını araştırmıştır, şöyle ki, *i.* yaşam durumlarının ortaya konması, *ii.* stres oluşturan nedenler ve kaynakları, *iii.* öngörülebilirliğin, gerilim dengesinin ve anlamlı rollerin yaşam deneyimlerine katkısı, *iv.* birliktelik duygusunun geliştirilmesi, *v.* sağlık ve iyilik algısının oluşturulması çalışmalarının halkalarını oluşturmaktadır. Antonovsky, kültürün, bireyin yaşam deneyimlerini ve sağlığını belirlediğini göstermiş ve kültürü,

Sağlığın Salutogenik Modeli'nin tamamlayıcı bir parçası olarak ele almıştır. Antonovsky, sağlığı ele alırken, yaşam deneyimlerinde bireyin algısının son derece belirleyici olduğunu, stresin yaşamda kaçınılmaz olduğunu ve stresin algı ve yorumuna göre patogenik, nötral ya da salutogenik olabileceğini belirtmektedir.^{164, 165} Bu yaklaşım (= stresin algı ve yorumuna göre patogenik, nötral ya da salutogenik olabileceği düşüncesi) son derece verimli bir düşünce olup psikoterapide pek çok yeni tedavi olanağını ortaya çıkarmıştır, örneğin “*Bilişsel ve Davranışsal Terapi/ Cognitive and Behavioral Therapy*.” Antonovsky, hekim – hasta iletişimde (ya da hekimin hastaya yaklaşımında), patogenik yaklaşım yerine daha holistik bir kavrayış olan ve hastanın insanî yönünü öne çıkartan salutogenik yaklaşımı önermiştir. Nöropsikiyatr Viktor Emil Frankl tarafından ortaya atılan “*logoterapi*” yaklaşımı da çok benzer bir perspektife sahiptir; *logoterapi*de, insanın kendine anlam(lar) bularak algısını ve yorumunu (ve dolayısıyla davranışlarını) olumlu ve yapıcı yönde kurması telkin edilir. Frankl, bu kitabını Auschwitz toplama kampında yazmıştır ve bu kitabı yazmasında ve logoterapiyi düşünmesinde şu gözlemi son derece etkili olmuştur: toplama kampında “*niçin biz buradayız*” diye soranların hepsi yaşamını yitirmişlerdir ancak “*nasıl buradan çıkabiliriz*” diyenlerin hepsi sağ kurtulmuşlardır.¹⁶⁶ Bu yaklaşımlar (hem Antonovsky’nin hem de Frankl’ın yaklaşımı), olumlu ve olumsuz (ve yetersizliği, alternatif yaklaşımlar gibi) pek çok yönden, bizce, eleştiriye açıktır; ancak, primer konumuz olmadığı için bu tartışmayı burada yapmayacağız. Ayrıca, Antonovsky’nin ve Frankl’ın yaklaşımları, 1950’lerin ortalarında Amerika’da Albert Ellis tarafından geliştirilen (ve zaman içinde gelişim ve değişimler gösterip özellikle 1990’larda yaygınlaşan), felsefî temellerini Stoa felsefesinden (özellikle Epiktetos ve Marcus Aurelius’tan) alan “*Bilişsel ve Davranışsal Terapi, BDT (Cognitive and Behavioral Therapy, CBT)*” ile de çok yakınlık göstermektedir.

¹⁶⁴ Antonovsky, A., “*The Salutogeniz model as a theory to guide health promotion*,” HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL Oxford University Press Volume 11, No. 1, 1996.

¹⁶⁵ Becker, C.M., Glascoff, M.A., Felts, W.M., “*Salutogenesis 30 Years Later: Where do we go from here?*,” International Electronic Journal of Health Education, 2010; 13: 25-32.

¹⁶⁶ Frankl, V.E., “*İnsanın Anlam Arayışı*,” Çeviren: Selçuk Budak, IV. Baskı, İstanbul, 2009, Okuyan Us.

Salutogenez kavramı, Antonovsky'nin yaklaşımında primer olarak psikik alanda kalmış olmakla birlikte, esasen hekimlik praksisinin tamamına uygulanabilir ve son derece velût bir alan oluşturabilir. Bireyde sağlık ve hastalık durumu/ değerlendirmesi bir doğru üzerinde değişen bir nokta olarak düşünüldüğünde ki (bu, durumu basite indirgeyerek ve tamamen didaktik amaçlı bir düşüncedir), birey temelinde düşünüldüğünde, *tam sağlık/ %100 sağlık/ mutlak sağlık vb.* tanımlar (ki bilimsel ve olgusal olarak doğru değildir); çünkü insan organizması bir mücadele alanıdır, organizmada sürekli bir biçimde sayısız kuvvetin mücadelesi vardır ve bir ölçüde patolojik (ya da en azından normalin dışına taşan) durumları barındırır ama bunlar tüm organizmanın hasta düşmesi için yeterli değildir, organizma bu anormal durumları düzeltir ve fenomenolojik olarak da hastalık belirti ve bulguları izlenmez çoğu kere, bir anlamda normalin içinde anormal de vardır ama geçerli olan tüm faktörlerin dengesidir diye düşünmek gerekiyor. Hastalık tarafından bakıldığında ise, hastalığın bilimsel – nesnel, öznel, fenomenolojik tüm belirti ve bulguları olduğunda da yine organizma yoğun (ve hastalık durumunda daha şiddetli, daha çok boyutlu ve derinlikli) bir mücadele içindedir ve sağlıklı pek çok özellik ve çabayı gösterir; yâni, hasta birey için de *tümüyle sağlıksız/ %0 sağlıklı/ %100 hasta vb.* tanımları da kullanamayız. Sağlık ve hastalık hep bir gel-git içinde, birbirleriyle mücadele hâlinde, denge ve dengesizlik durumunda var olurlar, daima bir derecelilik gösterirler. Buradan felsefi ve pratik olarak şu çıkarımı yapabiliriz: sağlık – hastalık doğrusu üzerinde sağlıklı olmak yönünde yapılabilecekler ile sağlığı güçlendirmek -ki salutogenez budur- son derece rasyonel bir yaklaşım olacaktır. Salutogenezi, hem bireyin yapabilecekleri şeyler yönünden hem de birey dışında kalan, -örneğin çevre sağlığı, iş sağlığı, konut sağlığı, sağlıklı yaşam için eğitim çalışmaları, kültürel etkinlik imkânlarının oluşturulması, sağlık kontrolleri vd.- düzlemde düşünmek mümkündür.

Pozitif uca yaklaştıran (bireye ait ve ya da bireyin dışında) tüm girişimler, öneriler, uygulamalar salutogenezi yükselten birey ve toplum sağlığına yönelik çalışmalar, bilimsel ve sosyal normlar içinde hazırlanarak gerçekleştirilmelidir.

Tıp alanı, bilim ve teknolojiyen -denilebilir ki- en üst düzeyde etkilenen, bilim ve teknolojiyi en üst düzeyde kullanan, bilimselliği ve teknolojiyi içeren ama kendi

başına (= *per se*) bilim ve teknoloji olmayan; hastaların tedavi ve bakımını gerçekleştiren ve bunun için çok farklı (çok geniş bir yelpazede ilaç tedavisi - cerrahi girişimler, radyoterapi, onko/ kemoterapi, fizyoterapi, nükleer terapi, hidroterapi, yaşam biçimi önerileri vd. gibi pek çok) tedavi, bakım, iyileştirme girişimlerini - tekniklerini kullanan; sağlık ve hastalık kavramlarının bilimsel açıklamasını ve kavramsal çerçevesini daha iyi ortaya koyabilmek ve koruyucu girişimleri ve tedavi tekniklerini daha da geliştirmek ve yenilerini bulabilmek için bilimsel (klinik ve deneysel) araştırmalar yapan; sağlığın gelişimi ve hastalıkların önlenmesi için uygulamalarda bulunan ve bilimsel - teknik - bireysel - sosyal öneriler getiren çok geniş kapsamlı başlıca bilimsel, insanî (= *hümanistik*), etik - politik, *praxis*, *poiesis*, *techné*, *retorik* yönleri olan çok kapsamlı bir disiplindir. Tıp pratiğinde (= hekimlikte) bu uygulamalar, -her ne kadar- pek çok sayıda alt branşlara/ farklı uzmanlık alanlarına ayrılmışsa da, bu alanlar temel – doğa bilimleri (biyoloji, fizik, kimya, ... alanlarındaki tıbbî çalışma ve araştırmalar), temel tıp bilimleri (anatomi, fizyoloji, histoloji ve embriyoloji, biyokimya, biyofizik, patoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji, patofizyoloji gibi), klinik bilimlerde/ dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimleri olarak düşünülebilir. Aslında hekimlik içindeki tüm etkinlikler ve anlama ve etkili olma çabaları [ve diğer tüm bilimsel (doğa bilimleri ve hümanitas alanları) ile de bağlantılı olarak] hep etkileşim içindedir; yâni, aslında, doğadaki bir varlığa, sürece (tıp bağlamında düşündüğümüzde, amaç **insandır**; insanı anlamaya ve hastalıklarını bilimsel ve insanî çerçevede anlayarak tedavi etmeye) bakmak ve anlayabilmek için (günümüzün bilimselliğinin ileri kapsamlı yapısı içinde zorunlu olarak uç dallara ayrılması ile) çok farklı perspektiflerden bakıyor olsak da, her bir alt disiplindeki kazanım diğer disiplinlere de erişmekte ve bilimsellik ve anlama/ kavrama süreci - etkinliği âdeta bileşik kaplar misali birbirini etkileyerek (ve besleyerek) ilerlemektedir. Bu bakımdan, tıp alanında, örneğin deneysel araştırmalarda elde edilen bir bilgi hemen klinik uygulamalara ulaşp klinik pratikleri etkileyebilir, değiştirebilir (bu tarz bilgiye *translasyonel bilgi* denmektedir) ya da klinik uygulamalarda elde edilen empirik veriler araştırma konularını ve stratejilerini etkileyebilir, belirleyebilir; pratikte güncel olan olgular ve ihtiyaçlar bilimsel çalışma alanlarını belirlemede rehber olabilir, ... ki, amaç da zaten budur. Miriam Solomon “*Making Medical Knowledge*” adlı kitabında, “... *In other words, translational medicine “translates” pure science knowledge into*

effective health applications” diye belirtmektedir.¹⁶⁷ Tıbbın epistemolojisindeki bu özellik sağlık politikalarında da dikkate alınması gereken bir özelliktir; örneğin, hastane yapılanması olarak, -temelde- farklı basamaklarda hizmete yönelik hastaneler, hizmet ve eğitim amaçlı hastaneler ya da hizmet – eğitim – araştırma – bilgi üretme – vb. gibi pek çok fonksiyonu bir arada barındıran hastaneler vardır; bu hastanelerin tercihi, sayısı, yerleşimi, birbirleriyle bağlantıları gibi önemli kararlar, açıktır ki bilim alanında alınan kararlar olmaktan çok ekonomik ve politik sistem ve yapının alanında bulunmaktadır ama yine de ve doğrusu bizce şu olmalıdır ki bu konularda bilimin ve felsefenin dışında kararlar alınması büyük bir eksikliklerdir.

Bu tez, her ne kadar “*Tıp praksi’si’nin felsefî temelleri*”ni (Yunanca *praxis* yapmak, hareket, pratik anlamına gelir) konu olarak almış olsa da, tıpta pratiği teorik (/ kuram)’ten ayırmak -ya da tersi- yapay bir tutum olur; bu anlamda, tez içinde *praksis*’e (/ klinik pratiğe - uygulamalara) yoğunlaşmakla birlikte, konuyu daha iyi ortaya koyabilmek için tıbbın kuramsal, deneysel vd. alanlarının da felsefî - kuramsal, yöntemsel ve mantıksal analizleri yapılacaktır. Bu tez içinde “*tıp praksis*’i”, hem/ bazı yerlerde *tıp praksis*’i/ praksisi olarak hem de/ bazı yerlerde ise tıp pratiği ya da hekimlik uygulamaları olarak ifade edilecektir; bu adlandırmalar birbirine eşdeğer anlamda kullanılacaktır.

3.2.Sağlık ve hastalığın belirleyicileri:

Sağlık ve hastalık, çok bileşenli kavramlardır ve yalnızca birey ile ya da yalnızca sağlık kurum ve kuruluşları (tıp alanı) ile sınırlandırılmaz. Bu kavramlar, kişinin kontrolü dışında ama kişiye ait faktörler, kişiye ait ve kişinin kontrolü altında olan faktörler, çevresel - sosyal - kültürel - faktörler olmak üzere “*değiştirilebilir*” ve “*değiştirilemez*” pek çok değişken, kişinin sağlık ve hastalık durumunun belirleyicisidir.¹⁶⁸ Bunlar sistematize edilirse:

¹⁶⁷ Solomon, M., “**Making Medical Knowledge**,” p.157, Oxford University Press, Oxford, 2015.

¹⁶⁸ Masic, I., “**Determinants of Health and Health Concepts According to WHO Targets**,” IJBH – Volume 3 (2015), Issue 2, pp. 16-21.

1. **Kişinin yaş, cinsiyet ve genetik yapısı:** Bu özellikler, sağlık ve hastalığı belirleyen faktörlerin merkezinde yer alır; biyolojik bakımdan son derece önemli belirleyicilerdir; kişiye aittirler ve *değiştirilemezler*.
2. **Bireyin yaşam tarzı:** Beslenme tarzı, uyku, egzersiz – spor/ hareketlilik, tütün - alkol - toksik madde kullanımı, psikik durum – stres faktörü gibi kişiye ait ve büyük ölçüde kişinin kontrolü altında olan “*değiştirilebilir*” faktörlerdir.
3. **Bireyin sağlık bakımı ve tedavi edilebilir hastalıkları:** Bireyin sağlık kontrollerini yaptırması; çeşitli sistemik hastalıklar, örneğin hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, metabolik hastalıklar, immün sistem bozuklukları vb. yönünden erken tanı ve gerekli tedavilerin yapılması; genel hastalıklar yönünden erken tanı ve tedavi önemlidir; çünkü, birey olarak her zaman hastalık tehdidi altındayızdır ve en sağlıklı kişide bile zaman zaman basit ya da ciddi hastalıklarla karşılaşırız, örneğin çok sağlıklı diyebileceğimiz bir kişide basit bir furonkül, diş apsesi gibi basit hastalıklar bile zamanında ve doğru bir şekilde tedavi edilmezlerse son derece ciddi, katastrofik sonuçlara (ve ölüme dahi) yol açabilir. Bunun dışında elbette, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, metabolik hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları vb. sistemik hastalıklar tedavi edilebilir ve uzun dönemde zararlı etkileri önlenebilir hastalıklardır; bunlara yönelik uygun tedavileri almak da sağlık bakımından önemli bir belirleyicidir.
4. **Sosyal ve grup ağları:** İnsanın önemli ve vazgeçilemez bir yanı da “sosyal” yanıdır ve içinde bulunulan sosyal yapı/ ağ insan sağlığını belirlemede de önemlidir; sosyal etkileşim ve ilişkiler hayatta en başta öğrenmenin, iyi zaman geçirmenin, yapılan seçimlerin önemli bir belirleyicisidir.
5. **Bireyin geist/ manevi dünyası:** İnsan, anlam arayan, anlamlar yükleyen ve ölüm yazgısının bilincinde bir iz, eser bırakmak isteyen bir varlıktır; dolayısıyla, kişinin manevi yüksek değer – haz/ anlamlı bulduğu bir yaşam, sağlıklı olmanın en önemli, en üst düzeyde yer alan unsurudur.

6. Yaşam içindeki çeşitli durumlar:

- a. Yaşama ve çalışma koşulları,
- b. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, kalitesi ve organizasyonu, ...
- c. Tarım ve besin üretimi,
- d. Hava ve iklim koşulları, ultraviyole ışınları,
- e. Eğitim, sağlık okuryazarlığı, ...
- f. Ev – barınma ortamı,
- g. Çalışma ortamı, iş ortamındaki tehlike ve riskler,
- h. Su ve sanitasyon,
- i. Patojen mikro-organizmalar: virüsler, bakteriler, funguslar, parazitler, prionlar,
- j. Toksinler,
- k. Kentin (/ yaşanılan bölgenin) tasarım ve organizasyonu, mimari
- l. İşsiz olmak, ...

7. Genel sosyoekonomik, kültürel durum ve çevre koşulları.

Hekimlik praksişi, insanı biyopsikososyogeist bütünlüğü içinde anlama, ve bu bütünsel organizmayı fiziksel ve kültürel çevresiyle de birlikte düşünerek, sağlık ve hastalık durumlarını ortaya koymak, tanımlamak ve birey için en uygun tedavi girişimini yapmayı ve sonuçlarını izlemeyi gerektirmektedir. İnsanın son derece karmaşık, çok yönlü, çok katmanlı, çoklu varlık alanlı açık bir varlık yapısı nedeniyle, tıbbın kadim geçmişinden bugüne değin pek çok pratik ve teorik bilgi birikimi ortaya çıkmıştır. Yaklaşık son kırk elli yıl içinde / 1970'lerden başlayarak) ise, tıbbın bilimsel ve teknolojik unsuru çok parlak bir atılım sergilemiş ve baskın hâle gelmiştir. İnsanın karmaşıklığına koşut olarak sağlık ve hastalığın da çok yönlülüğü/ veçheliliği, çok bileşenliliği, çok katmanlılığı, çok eklemliliği, çok yönlü etkileşimi, hiyerarşik yapısı nedeniyle, sağlık ve hastalık kavramlarının belirli bir felsefi perspektife ve açıklamaya sığdırılabilmesi mümkün olamamaktadır. Bugüne değin oluşmuş bilimsel, teknolojik ve kadim tıp praksişi, felsefi perspektiften ele alındığında açıkça şu görülecektir: insan (ve insana dair teorik ve pratik – uygulamalı alan) hiçbir kalıba, hiçbir bilimsel metodolojiye, hiçbir felsefi düşünüşe, hiçbir tedaviye tam olarak sığmamaktadır; (uygulanagelmış pratiklerin ve elde edilmiş bilgilerin belki) her biri insana (bir ölçüde)

hitap etmekte, insana dair bir şey söylemekte, insanda bir yeri doldurmakta ama sonuçta hep eksik kalmaktadır. Bu tezde de, sağlık ve hastalığı ele alan çeşitli felsefi yaklaşımlar (normalizm, natüralizm – biyomedikal teori, biyoistatistik teori, normativizm – konstrüktif teori, fenomenolojizm vd.) ele alınacak ve her bir yaklaşımın sağlık ve hastalık kavramını en azından bir ölçüde ya da bir yönüyle kapsayıcılığı ama bir ölçüde de yetersiz kaldığı; sağlık ve hastalık kavramlarına dair bu teorilerin/ yaklaşımların bazen birbirleriyle bir ölçüde örtüştükleri ya da tamamen karşıt oldukları ama daha çok kavramın belirli bir alanına odaklandıkları serimlenmeye çalışılacaktır. Bu bakımdan, sağlık ve hastalık, ancak çok yönlü bir felsefi bakış ve sorgulama ile kuşatıcı bir şekilde ortaya konabilir. Tüm bu yaklaşımların tartışılması sonunda bizim tanımladığımız, hastalıkları felsefi temellendirmede açıklayıcı – kuşatıcı bir yaklaşım tanımlanacaktır.

Tıp praksi, hekim ile hastanın karşılaşmasıyla başlayan bir dizi uygulamayı (tanıma - tanı koyma, tedavi planlaması ve seçimi, tedavi uygulaması, tedavinin etkilerinin izlenmesi, ortaya çıkabilen yan etki ve/ ya da komplikasyonların tedavisi, hastanın yaşama yeniden adaptasyonunun sağlanması, hastanın takibi gibi etkinlikleri kapsayan karşılıklı insanî bir ilişki ve etkileşimi) içerir; açıktır ki, bu uygulamaların arka planında bilimsel – kuramsal, felsefi ve pratik temellendirilmesi olmalıdır. Ve tıp pratiğindeki her bir aşama/ adım, zamanının evrensel belirli standartlarını ve değişmezlerini içerse de, yine hasta ve hekim iletişiminden, hastanenin donanım ve insan kaynağı olanaklarına ve ülkenin ekonomi-politiğine uzanan çeşitli faktörlerin etkisi/ belirleyiciliği altındadır. Hekim, tıp pratiğini gerçekleştirirken, zamanının bilimsel ve teknolojik olanakları, bizatihi kendi bilimsel ve kişisel birikim ve becerileri, çalıştığı kurumun olanakları ve hastanın anlayış, uyum ve işbirliği çerçevesinde hareket etmektedir. Görülmektedir ki, insan – insan (= *özne – özne*) ilişkisi olan ve nesnel – bilimsel unsurları da barındıran tıp pratiğini -hastaya hizmet kalitesini maksimize etmeye odaklayan bir anlayışla- standardize etmek gereklidir ama bu hiç de kolay değildir ve ancak belirli koşullar ve çerçeveler dahilinde mümkün olabilir.

3.2.1.Hastalıkların *Tedavisi ve Prognoz* yönünden: Tam şifa (= *Cure*) ve İyileşme (= *Healing*) nedir?

Biyolojik bir yapıda - organizmada yaşamı sürdürebilme primitif ama son derece temel ve değerli bir canlılık niteliğidir, her canlı için en temel birincil/ primer (âdeta) görevdir. Bireyin âdeta birinci görevi yaşamı sürdürmek ise ikinci görevi de yaşam kalitesini yükseltmek biçiminde tezahür etmektedir. Biyolojik temel özellik olan yaşamda kalma, felsefede de pratik etik – politik önemli bir tartışma alanını oluşturur. İnsanın gelişmesi/ insanlaşabilmesi ise, daha üst bir basamağa, düşünme dünyasına geçerek insanî tamamlanmasını sürdürebilmesi (= *being*) aşamasıdır. Biyolojik bir zeminde biyopsikososyogeist-kültür ve tarihi bütünleşik bir varlık alanı olarak gördüğümüz insanda, hastalığın somatik düzlemde tam olarak tedavi edilmesi şifa/ *cure*, hasta insanın tüm varlık alanları düzleminde hastalığın tedavi edilmesi ise iyileşme/ *healing* olarak düşünülür.

3.2.2.Hastalıkların kavramsal yapısı ve klinik temellendirmenin mantık ve yöntemi:

Hastalığın tıbbî - bilimsel teorisinin kavramsal yapısı içinde hastalıkların tanımının yapılması ve (*patoloji, patolojik anatomofizyoloji, moleküler biyoloji ve genetik, mikrobiyoloji, klinik dahili bilimler, cerrahi bilimler, ...vd. gibi*) farklı bilimsel perspektiflerden açıklamalar ile klinik temellendirmenin mantık ve yönteminin ortaya konması, hem sağlık ve hastalık kavramlarının felsefî altyapısını oluşturacak hem de hekimlik uygulamaları ve bilimsel araştırmaların yönünü ve içeriğini belirleyecektir.

Tıpta hastalıkların –çeşitli disiplinlerde, örneğin patoloji, patofizyoloji vd. ile klinik bilimlerde- bilimsel ve empirik bilgisi sistematize edilerek yapılandırılmıştır (felsefî anlamda tümel kavramlar olarak tanımlanmış - belirlenmişlerdir). Hastalıkların kategorize edilmesi, sınıflandırılması, gruplandırılması, teorik ve pratik pek çok amaca yönelik olmak üzere, pek çok kritere/ faktöre göre pek çok biçimde ve sayıda yapılabilir, yeniden yeniden yapılabilir, eklenebilir, çıkarılabilir, değiştirilebilir.

Örneğin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) periyodik olarak tümörleri sistemlere göre sınıflandırır ve tıp dünyası güncel olan sınıflamayı kullanır, örneğin “*Santral Sinir Sistemi Tümörlerinin Sınıflandırılması*” ... 1993, 2000, 2007 ve en son 2016 yıllarında yapılmıştır ve biz en son moleküler biyoloji ve genetik bulguların da tanıyı belirlemede (çok katmanlı tanıda) kullanıldığı 2016 yılında yapılan sınıflamayı kullanmaktayız ama daha önce değiştirdiğimiz gibi ileride de güncel sınıflama değişecek ve bir sonraki sınıflama kullanıma girecektir. Tıp bilimlerinde genel ve (örneğin beyin cerrahisi, kardiyojji, nöroloji, yoğun bakım, kalp cerrahisi, nefroloji, dermatoloji, genel semiyolojik gibi) her bir tıp dalına ait çok sayıda hastalık sınıflandırmaları vardır, zaman içinde bunlar sürekli olarak güncellenir; önemli olan, bu sınıflandırmaların – ayrımların klinik uygulamalarda ya da klinik ve deneysel araştırmalarda, tıbbî eğitimde hekime (hekimlik praxisine ve sonuçta esas amaç hastaya) yardımcı olması ve tıbbın bilimsel kavramsal – rasyonel çerçevesini (zamanının anlayışı/ paradigması içinde) belirli bir ontolojik ve epistemolojik perspektiften doğru bir biçimde ortaya koyabilmesidir. Hastalıkları merkeze alan sınıflamaların yanı sıra, örneğin “*ayırıcı tanı*” için her bir tıp disiplininde ya da genel tıpta kullanılan listeler de vardır, diyelim ki koma durumunda hangi patolojiler akla gelmelidir ya da acil yaklaşımda nasıl bir liste/ sınıflama yapılabilir, sarılık ile gelen hastada neler düşünülmelidir, öksürüğü olan/ hemoptizisi olan/ melenası olan, baş ağrısı olan, bel ağrısı olan, göğüs ağrısı olan bir hastada neler düşünülmelidir, tanı için nasıl bir yol izlenmelidir gibi teoriyi pratik yaklaşıma aktaran pek çok çözüm, algoritma, sınıflandırma vardır. Bu sınıflamalar esasen işlevselliği öne çıkaran bir ölçüde yapay, soyut (ontolojik) kavramsallaştırmalardır (bir yönüyle *Platonik realizm* ya da *Platonizm* anlayışı: tümeller vardır, zaman ve mekan dışı değişmezlerdir; realizme karşıt görüş ise *nominalizmdir*). Hastalıkların belirli bir düzen içinde sınıflandırılması (tümeller oluşturulması, düşünme güzergâhı ya da referans oluşturulması), düşünmeyi ve dilde ifadeyi, ortak kavramsal – rasyonel bir çerçevede konuşarak anlaşabilmemizi sağlarlar. Bu anlamda, hastalıklar tikel olarak hastada fiziksel bakımdan var olan durumlardır (çünkü, açıkça hastalığa ait neden(ler)i, klinik belirti ve bulguları; çeşitli inceleme - görüntüleme - tetkiklerde normal bulguların dışında ve hastalığın göstergesi somut verileri elde ederiz) ancak hastalıklar (tümel olarak) fiziksel bir nesneye karşılık gelmemektedirler (ancak ontolojik olarak ve soyut düzeyde vardırlar). Biz hekimler,

fiziksel olarak var olan tikel hastalık örneklerini barındıran/ etkileşen bedende - hastada, hastanın değerlendirmesini, fenomenolojik durumunu, bu (tümel) kavramsal başlıklar altında düşünür (tikelde tümeli ararız), tanı koyar, tedavi yapar, takip ederiz ve eğer bu hastalık kategorileri pratik ve kuramsal ihtiyacı karşılayamıyorsa, bir uyumsuzluk ya da yetersizlik varsa, bu durumda gerekli düzeltmeler yapılır ve bilimsel kümülatif değişim ya da gereksinim durumunda (ve bilimsel ve teknolojik altyapı zemininde) devrimsel dönüşümler ortaya çıkmış olur [Imre Lakatos'çu tarzda (*Bilimsel Araştırma Programlarının Metodolojisi*) ya da daha radikal biçimde Thomas Kuhn'un (*Bilimsel Devrimlerin Yapısı* eserinde çözümlediği) “paradigma değişikliği” biçiminde vd]]. Dolayısıyla, hekim, sağlık ve hastalıkları, -*tanı*, *tedavi*, *takip*, *prognoz* vb. tüm tıbbî durum ve süreçleri- belirli bir perspektif ve tıp praksisi modeli içinde, rasyonel teorik ve pratik birikimi içinde kavrar ve bu bakımdan tüm tıbbî durumları ve süreçleri belirli bir ontolojik - epistemolojik çerçeve içinde ele alır. Günümüzde Batı tıbbında bu yaklaşım yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak, Batı tıbbında, -aslında yapay bir ayrım olan- **bütün** (= *tüm dışsal/ eksojen fiziksel ve kültürel çevresi içinde ve hayatın dinamizmi içinde organizmanın dirimselliği ve anlam dünyası*) ve **parça** (= *organizmada hastalığın başlıca yerleştiği yapı – sistem*) ilişkisinin bazen kopması, bir başka perspektiften düşündüğümüzde **hasta** ve **hastalık** kavramlarının aynılaştırılması/ özdeşleştirilmesi sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Realizm, anti-realizm, konstrüktivizm ve nominalizm -ontolojik ve epistemolojik bağlamları içinde- bu bölümde ayrı bir yerde tartışılacak olmakla birlikte, burada kısaca, hekimliğin dinamik praksisi içinde aslında her bir bakışın/ anlayışın da yerine göre işlevsel olabileceğini belirtelim.

Hastalıkları bir takım başlıklar/ sınıflandırmalar/ şeklinde düzenlemek (= *realizm*), hem insan düşünme ve konuşmasına uygundur hem de -ve böylece- bilim yapabilmek mümkün olur. Bunun karşıtı olan *nominalizm*de ise her bir hastadaki durum ayrı görülür ve bir *tümel kavramı* içinde toplanmaz (tümellerin olmadığı düşünülür); bu, bilimi olanaksız kılar ancak tıpta kişiye özgü/ kişiselleştirilmiş tıbbın (= *personalized medicine, precision medicine*) da yolunu açar ve klinik pratikte daha rafine hekimlik uygulamasını (eskiden “*sens clinique*” ya da “*sense de clinique*” olarak adlandırılan hasta bireyi derinliğine görmeye-anlamaya da denk gelir) sağlar,

(“*Tıpta hastalık yoktur hasta vardır*” hipernominalist mottosunda olduğu gibi). Hekimi, belirli bir çerçevede bilgi ya da verileri belirli kurallara göre değerlendirip sonuçlar üreten bir makineden ayıran şey, hekimin, fenomenolojik olarak hastasının görünür belirti ve bulgularından görünmez olanı da okuması ve bunu insanî ve felsefî bir süreçte değerlendirmesidir. Ayrıca, kişisel farklılıkların dikkate alınması ve bilim - teknolojiadaki gelişmeler, tıpta son zamanlarda benimsenen bir paradigmaya “*önleyici tedavi*”ye yönelmeyi de olanaklı kılmıştır. Çok önemli bir hekim olan Sir James Paget’nin -1885’te- dediği gibi, “... *iki ayrı insan, sağlıklı koşullarda hiçbir surette birbirine benzemediğinden, hastalık hâlinde de benzer değildirler. O nedenle, kişisel karakteri veya hastanın yapısını hesaba katmayan hiçbir tanı tam ya da kesin sayılamaz.*” Tıbbın çok yönlülüğü ve esnekliği nedeniyle, hekimlik praksisinde her iki yaklaşımın (*realizm* ve *nominalizmin*) da kendine özgü yararları – gerekliliği ve kullanılabilirliği vardır. Tıpta hastalıkların çeşitli özelliklerine göre sınıflandırılmalarının içinde ayrıca, örneğin hiyerarşik bir düzen de dikkati çeker (şöyle ki bir ana grup, onun altında çeşitli alt gruplar, onların da altında daha da alt gruplar, çapraz gruplar gibi) ve hastalıkların yanında âdeta hastalıkların kümelendiği durumlar (= *sendromlar*) vardır.

3.2.3.Hastalıkların (ve sendromların, bozuklukların, ...) sınıflandırılmaları:

Hastalıklar, farklı amaçlara uygun olmak üzere çok çeşitli şekillerde kategorize edilip sınıflandırılabilirler; hastalıklar bu ayrımda tek bir grup/ kategoriye değil de birden çok gruba ait özellikleri içerebilirler ve böylece hastalığın ontolojik tanımı genişletilmiş olur (örneğin etyolojik bakımdan genetik bir hastalık aynı zamanda organizmada hangi sistemi tuttuğuna göre diyelim ki sinir - kas sistemini tutan, nasıl bir seyir gösterdiğine göre ilerleyici gibi özellikler gösterebilir, *heredofamiliyal juvenil müsküler atrofi* gibi ya da örneğin beyin atardamarlarında bulunan *anevrizmalar/ baloncuklar* hem doğumsal/ konjenitaldırlar hem de yaşamdaki çeşitli faktörlerden etkilendikleri için –örn. *hipertansiyon, sigara kullanımı vb.- dejeneratif*tirler, sinir sistemi yerleşimlidırlar ama aynı zamanda damarsal patolojiler). Bunun gibi pek çok özellik düşünülüp sınıflama/ kategorileştirmede dikkate alınabilir, ayırıcı kıstaslar olarak bazı özellikler (ama daha pek çok özellik de) aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Doğuştan ya da sonradan olmasına göre:
 - a. Doğumsal
 - b. Edinsel
 - c. Doğumsal bir defektin edinsel faktörler ile belirgin olması
2. Genetik hastalıklar ya da Hastalıkların genetik yönüne göre (bunlar da çeşitlidir):
 - a. Tek gene ait,
 - b. Mültigenetik (birdan çok gende taşınan),
 - c. Penetrans derecesine göre,
 - d. Hangi tip (somatik ya da cinsiyet) kromozomun tutulduğuna göre, ...
 - e. ... vd.
3. Ortaya çıkış (= prezentasyon) süresine göre
 - a. Hiperakut
 - b. Akut
 - c. Subakut
 - d. Kronik
4. Zaman içinde seyrine göre
 - a. İlerleyici (= progresif)
 - b. Stasyoner (= durağan)
 - c. Paroksizmal/ Düzensiz ataklar hâlinde
 - d. Relaps/ Atak ve remisyon/ düzelmeler ile seyreden (örn. *Multipl Skleroz/ MS*),
 - e. Hafifleyerek (= regresif) seyrir,
 - f. ... vd.
5. Ortaya çıkışına (= Klinik prezentasyonuna): Belirti ve bulgularına (/Klinik semptomatolojiye) göre; tek bir sisteme ya da çoklu sistem ya da yaygın sistemik, bir ya da çoklu belirti ve ya da bulgu ile, ... örneğin bu özelliğe göre “Ayırıcı Tanı” yapılabilir ve örneğin “*Komada Ayırıcı Tanı*” ya da “*Baş Ağrısında Ayırıcı Tanı*” başlığı altında düşünülebilir:

- a. Baş ağrısı
 - b. **KİBAS (Kafa İçi Basınç Artma Sendromu)** belirti ve bulguları
 - c. Bilinç kaybı, koma
 - d. Hemipleji
 - e. Hemipleji ve afazi
 - f. Afazi
 - g. Ağrı (boğaz ağrısı, karın ağrısı, göğüs ağrısı, ...)
 - h. Yüksek ateş
 - i. Solunum yetersizliği
 - j. Halsizlik, kilo kaybı
 - k. Gelişim geriliği
 - l. Kanamalar
 - m. Ve benzer pek çok durum, ...
6. Kök Nedenler (= Derin etyoloji)
- a. Genetik bozukluklar/ yatkınlıklar
 - b. Çevresel etkiler
 - c. Otoimmün
 - d. Beslenme
 - e. (Emosyonel) Psikik stres
 - f. Toksik ajanlar
 - g. Dejeneratif
 - h. Fiziksel travmalar
 - i. Senilite, geriatrik hastalıklar
 - j. Multipl faktöre bağlı (= mültifaktöriyel)
 - k. Ve benzer pek çok özellik, ...
7. Oluş mekanizmasına göre (ki burada hastalıkların çoğunda etyopatogeneizde aşağıdaki mekanizmaların pek çoğu devreye girebilir, ...):
- a. Doğumsal anomaliler, işlevsel bozukluklar, ..
 - b. Enflamatuvar

- c. Enfeksiyöz
- d. İskemik
- e. Hücresel – hücreiçi yapılarıdaki yapısal ve ya da işlevsel bozukluk – dejenerasyon
- hasar – genetik bozukluklar - ...
- f. Nörotransmitter üzerinden
- g. Endokrinolojik (hormonal)
- h. Nütrisyonel
- i. Metabolik – enzimatik
- j. Aterosklerotik
- k. Onkogenetik – neoplastik
- l. Toksik
- m. İmmünolojik - İmmünoalerjik...
- n. Oksidatif stres
- o. Dejeneratif
- p. Travmatik
- q. Psikik/ Emosyonel travmalar
- r. Geriatrik patolojiler

8. Nedenlerine (*Etyolojilerine*; = ve + Hastalıkların Natürü; Klinik Sonuç) göre:

- a. Neoplastik hastalıklar
- b. Enfeksiyon
- c. Travma
- d. Dejenerasyon
- e. Aterosklerotik
- f. Genetik hastalıklar
- g. Metabolik hastalıklar
- h. Nütrisyonel hastalıklar
- i. Hematolojik hastalıklar
- j. Psikiyatrik hastalıklar
- k. Ve benzer pek çok küme, ...

9. Hastalıkların oluş şekline göre (= *pathogenesis*; *çeşitli mekanizmaların işleyişi ile gelişen patolojik süreç*, ...) – Etiyopatenez olarak da söylenir (neden ve oluş):

- a. Enflamatuvar süreç
- b. Neoplastik süreç
- c. Metabolik süreç
- d. Oto-immün süreç
- e. Ve benzer pek çok süreç,

10. Tutulan yapıya göre (= Hastalıkların yerleşimi/ Lokalizasyonu)

- a. hücre içi bir yapıda tutulum; örn. DNA hasarı, hücre membranı, ...
- b. hücre
- c. interstisiyel aralık
- d. belirli bir dokuyu tutan (konektif doku, kemik iliği, organlarda belirli bölgeler, .)
- e. belirli bir organda (beyin, kalp, böbrekler, karaciğer, ...)
- f. belirli bir sistemde (ama o sistemde belirli bir lokalizasyonda,)
- g. dokuları/ sistemleri yaygın ve dağınık olarak tutan
- h. tüm organizmayı kuşatan, sistemik etkileyen,

11. Tıpta disiplinlere göre hastalıkların kodlanması, örneğin Nöroloji, Pediatri vd.

12. Laboratuvar – Görüntüleme – Elektrofizyoloji - Patoloji - ... gibi Belirli bir incelemedeki bulgu(lar)ya göre: sayısız örnek verilebilir, diyelim ki nöropatolog yaptığı bir boyamada tümörün reaksiyon verip vermemesine göre, örneğin GFAP'de pozitif reaksiyon veren, Ki67'de proliferasyon indeksi %12 olan ya da **Elektro Myo Grafi/ EMG'deki** ya da **Elektro Ensefalo Grafi/ EEG'deki** bulgulara göre, beyin **Manyetik Rezonans Görüntüleme/ MRG'sinde** sol frontal loptaki kitlenin İV kontrast tutup tutmamasına, ... dura reaksiyonunun olup olmamasına göre, ... gibi çok farklı incelemeler ile elde ettiğimiz veriler de belirli sınıflamalar oluşturur.

Üstte yapılan hastalık gruplandırmaları (= *nozoloji*), pek çok farklı değişkenin esas alınmasıyla, yâni hastalıkları çok geniş bir tarzda bilimsel ve klinik yönleriyle

olabildiğince kapsamlı ve derinliğine açıklamada kullanılan kriterlere karşılık gelir ve bu kriterler âdeta sayısız miktarda çoğaltılabilir; görüldüğü gibi, hastalıkların özelliklerini sistematik olarak pek çok bakımdan ortaya koymak ve böylece ontolojik ve epistemolojik – bilimsel yapılarını olabildiğince genişletebilmek hedeflenir. Daha önce de belirtildiği üzere, bu sınıflandırmalar, gruplandırmalar tamamen işleve/ bilimsel ve pratik amaca yöneliktir, yapaydır, istenildiği zaman (işlevsellik durumuna göre) yeniden düzenlenebilir, değiştirilebilir. Tabii, nozolojinin de optimal bir ölçüsü vardır/ olmalıdır, pratik yararlılığı hedefleyerek hastalıkları sınıflandırıp kategorize ederken bunu aşırıya vartırmak, -ki son zamanlarda biraz böyle olmaktadır ve buna nozologomani (= *nosologomania*) denmektedir- işleri daha da zorlaştırmaya sebep olmaktadır. Her hekimin, hastalıkları çeşitli yönlerden sınıflandırması, ilişkilendirmesi, kişisel deneyimlerine göre anlamlar ve önemler atfetmesi, günlük pratikte uygulaması zaman içinde oluşmaktadır ve dinamik bir seyir içinde de değişim göstermektedir, yeni bilgiler, deneyimler ile etkileşim içinde.

Sağlık ve hastalık durumunu farklı bakışlarla ele alalım: İlave açıklama ve örneklerle devam ederek durumu ayrıntılandıralım. Sağlık(lı olmak) ve hastalık durumunu ortaya çıkaran nedenleri, mekanizmaları, bağlantı ve ilişkileri, işleyişi, ortaya çıkışı, seyri, sonuçlarını, kısa ve uzun dönem etkilerini ontolojik bakımdan tasvir için farklı modeller, bakışlar, yaklaşımlar olabilir; diyelim ki, bir fikir/ bakış olsun diye birkaç örnek vermek gerekirse, “sağlık ve hastalık:”

1. işlevsel olarak sağlık ve hastalık,
2. yapısal olarak sağlık ve hastalık,
3. süreç olarak sağlık ve hastalık,
4. öznel olarak sağlık ve hastalık,
5. feomenal/ görünür yönden sağlık ve hastalık,
6. kanıta dayalı/ bilimsel – nesnel olarak sağlık ve hastalık, ...
7. düşünce, duygulanım ve davranışlar olarak sağlık ve hastalık,
8. sosyal iletişim – etkileşim ve uyum olarak sağlık ve hastalık,
9. holistisizm ya da sistemizm bakışından sağlık ve hastalık, ... vd.
10. vd.

Bu farklı model ve bakışlarda değerlendirmelerin birbirleriyle örtüşmeleri de şart değildir. Örneğin, işlevsel olarak (ve fenomenal olarak da) sağlıklı kabul edebileceğimiz bir organizmadaki durumu, kanıta dayalı/ bilimsel – nesnel yönden (ve yapısal olarak) sağlıklı olarak düşünmediğimiz durumlar olabilir: Örnek olarak, yavaş - kronik gelişen tek taraflı, yumuşak, *kazeifiye* aterosklerotik plağa sekonder %90 oranında (*kritik stenoz/* darlık aşamasında) bir “*arteria carotis interna* (= şah damarı)” tıkanıklığı (= *oklüzyonu*)’nda hiçbir belirti ve bulgu (*/septom ve sign*) olmayabilir; bu birey, işlevsel olarak ve fenomenal olarak sağlıklı görünse de aslında bilimsel – nesnel ve yapısal olarak sağlıklı değildir ve her an ciddi bir inme ya da ölüm riski ile karşı karşıyadır (ama ne hasta ne de dıştan bakan diğer insanlar, bu kişinin sağlıklı bir birey olmadığını ve ciddi bir risk taşıdığını düşünemezler). Başka bir bakış açısından bir örnek, bir insanda her gün binlerce tümör hücresi oluşabilir; ancak, tümör-supressör genler ve ilişkili koruyucu mekanizmalar iyi çalışıyorsa, bu bireyde tümör gelişmeyecektir; yâni, kişide tümör hücreleri oluşuyor olsa da (ki normalde herkeste olağan bir işleyişte tümör hücreleri oluşmakta ancak vücut tarafından temizlenmektedir ve etkisiz hâle getirilmektedir) bu birey hastalıklarla baş edebilme bakımından ve bilimsel olarak sağlıklı kabul edilecektir (tümöre ait hastalık durumu - çerçevesi yok demektir). Ya da bir başka örnek: Beyin damarında *anevrizma* (damar baloncğu) bulunan bir hasta yıllarca hatta on yıllarca hiçbir belirti ve bulgu olmadan normal yaşamını sürdürebilir (ve hatta nadir olsa da bazı kişilerde anevrizma hiç kanamayabilir), ama anevrizma yırtıldığında (= anevrizmanın *rüptürü*) bu hastaların önemli bir oranında kanama anında/ sırasında ölüm oluşabilir ya da çok ağır bir hastalık ve tedavi dönemi yaşarlar, sonrasında sağlıklarına kavuşabilirler ya da nörolojik sekeller kalabilir ya da kaybedilebilirler. Bir başka örnek olarak, son derece şiddetli yakınmaları, diyelim ki ağrısı vd. olan (öznel yönden hasta/ hastalığı olduğu düşünülen) bir kişide tüm muayene ve tetkikler normal bulunabilir (ama ağrı olup olmadığını yalnızca deneyimleyen söyleyebilir ve başka hiç kimsenin bu durum için bir iddiası olamaz). Buna benzer örnekler çoğaltılabilir ve sayısızdır. Ve aynı yaklaşımla sağlıklı ya da hastalıklı olmak durumunu sağlayan mekanizmaları, bağlantı ve ilişkileri, işleyişi ontolojik olarak tasvir için farklı modeller, bakışlar, ortaya koyuşlar da düşünülebilir. Burada felsefi olarak belirtilmesi ve ortaya konması gereken şey, “sağlık ve hastalık kavramlarının iç içe olduğu, çoğu kez birbirine karşıt durumlar

olmadığı, hem öznel hem de nesnel unsurlarının olduğudur. İnsan organizması tüm işlevselliği içinde son derece yoğun ve karmaşık bir yapıya sahip olduğu ve sürekli bir değişim içinde olduğundan, sağlık ve hastalığı, “belirli bir zaman içinde organizmayı oluşturan parçaların biraradalığının/ bütünlüğünün ve ilişkisinin ortaya çıkardığı bağlamsal bir durumdur” diye tanımlamak bir perspektif sağlayabilir. Sağlık ve hastalığın çok-yönlü, çok-kompartımanlı, çok-nedenli, hiyerarşik yapıda, çok-eklemli, birbirleriyle etkileşen ve sürekli değişim içinde dinamik bir yapı gösterdikleri ve her bir hastalığın (ve ayrıca her bir hastada ve aynı kişide de farklı zamanlarda) da ortaya çıkma olasılığının, olanaklarının, koşullarının, biçiminin değiştiği, farklı derecelerde ve farklı seyir gösterdiği” olacaktır.

Hastalıklar ile ilgili bir bilimsel – ontolojik kategori denemesini bu kez daha farklı bir analitik yaklaşımla yapalım ve başlıca aşağıdaki gibi gruplandıralım:

- A. Genetik bir mutasyonun (ki bunun belirli bir hastalıkla bağlantısı gösterilmiş ve belirli bir oranda bu hastalığı geliştirme olasılığı olan kalıcı değişiklik) ya da özelliğin saptanması ancak klinik olarak/ fenotipik olarak hiçbir manifest durumun olmaması [genotip (+), fenotip (–) durum], çoğu genetik bozuklukta genotipik mutasyon/ değişiklik olmakla birlikte bu özellik fenotipte görülmeyebilir. Bu, insan türünün gen havuzunda jenerasyonlar ile sürekli işleyen bir durumdur; kimi genetik özellikler zayıflayarak kaybolur kimi özellikler güçlenir kimi yeni görünümeler ortaya çıkar; bunların Mendelci geçiş özellikleri ile değişimler göstererek hayatta görünür hâle geçmeleri ya da silinip kaybolmaları doğal bir işleyiştir. Örneğin tümör gelişimi için kolaylaştırıcı – eğilimi gösteren birçok genetik bulgular olmakla birlikte kişide tümör gelişmeyebilir; burada genetik bozukluğun fenotipe yansımaları olasılığının derecesi ve ayrıca pek çok mekanizmanın karşılıklı etkileşim içinde işlemesi belirleyicidir.
- B. Genetik bir mutasyonun genotipik ve klinik olarak/ fenotipik olarak bulunması [genotip (+), fenotip (+)] durumu: bu durumlar genetik özelliğin fenotipik görünürlük oranının yüksek olduğu durumlarda sık rastlanır, örneğin Down sendromu 21. Kromozom trisomisisidir ve çok karakteristik somatomental belirti ve

bulgularla görünür; çok ilginçtir ki, bir kromozom değişikliği neredeyse tüm ırksal, coğrafi, kültürel farklılıkları âdeta silerek birbirine çok benzer bir insan bireyini ortaya çıkartırlar. Fenotipte ortaya çıkan durum çok silik, işlevsel kısıtlama ve yakınmaya yol açmayan bir durum olabildiği gibi organizmayı yaygın bir tarzda etkileyip bireyin tüm yaşamını değiştiren, bozan bir etki de yapabilir.

C. Hastalıkta, organizmada (herhangi bir düzeyde –hücre, dokuda, sistemlerde, ...- ve herhangi bir yapıda) yapı ve/ ya da işlev bakımından bir bozulma ya da farklılık vardır (anatomik/ fizyolojik etkilenme) ama bu durum klinik bir hastalığa yol açmamıştır – tolere edilebilmektedir, örneğin yapısal anomaliler, şekil bozuklukları, asemptomatik pek çok hastalık örneğin vasküler etkilenmelerin – aterosklerozun asemptomatik dönemi, basit kalp ritim bozuklukları, otonom sinir sistemi labilitesi, asemptomatik beyin tümörü, beyin atardamarının kanamamış – yırtılmamış, bası yapmamış anevrizmaları (ya da bir başka atardamarın, örneğin aort damarının anevrizması), organların tolere edilebilir işlevsel bozuklukları, ... vb. durumlar bu grupta ele alınabilir. Bu değişikliğin, ne tür bir hastalığı ve ne olasılıkta oluşturma riskinin olmasına göre durum, hastalık (hatta bazen tanı konusunda hiç beklenmeden müdahaleyi gerektirecek ölçüde acil ve ciddi bir hastalık olabilir, örneğin beyin atardamarında kanamamış bir anevrizma saptanması, bazı aort anevrizmaları) ya da basitçe ve belki sevimli bir farklılık (örneğin burun anatomisinin farklı olması, zararsız ve kabul edilebilir fizyonomik özellikler) olarak değerlendirilebilir.

D. Hastalıkta, organizmada (herhangi bir düzeyde –hücre, dokuda, sistemlerde- ve herhangi bir yapıda) yapı ve işlev bakımından bir bozulma vardır (anatomofizyolojik etkilenme), örneğin kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, Alzheimer hastalığı, hipofiz adenomuna bağlı akromegali, beyin tümörüne bağlı KİBAS, beyin kanamasına bağlı koma vb. durumlar buna örnektir. Hastalıklarda hiyerarşik düşünme durumu burada örneklendirilebilir, şöyle ki, hastada kalp yetmezliği olduğunda bu bir hastalıktır ve kendi başına tedaviyi gerektirir ancak bu duruma yol açabilecek birçok hastalık söz konusudur, örneğin kalp kapakçık hastalıkları, kalp damarı/ koroner arter hastalıkları, kalp kası/ myokard patolojileri/

kardiyomyopatiler, konjenital kalp hastalıkları, genetik ve ya da infiltratif kalp hastalıkları, endokrin kalp hastalıkları, virütik kalp hastalıkları vd. ve bunların tanısı konmalı ve her birine göre spesifik tedavi yapılmalıdır. Bu hiyerarşik ve farklı perspektiflerden ve farklı amaçlarla yapılan sınıflamalar/ taksonomiler tıp bilimlerinde ve pratiğinde çok yaygındır ve sürekli olarak yeni bilgi ve kavrayışlarla yenilenmekte, genişlemektedir. Dolayısıyla, tanı koyma süreci, esasen birçok katmanda ortaya çıkmaktadır, üstteki örneği düşünersek, hastada kalp yetmezliği olduğunu tanımak bir tanıdır ama kalp yetmezliğinin hangi patolojiye bağlı olarak geliştiğini anlamak da bir tanı koymadır, diyelim ki koroner hastalığa bağlı kalp yetmezliği gelişmiş olsun, koroner kalp hastalığının nedenlerine, ortaya çıkış biçimine, etkilerine bakmak da daha ayrıntılı ve süreci izleyen yeni tanı koyma aşamalarıdır; böyle olunca, pek çok hastalıkta tanı koymayı âdeta arkeolojik bir kazı gibi düşünebiliriz, daha genel/ geniş/ kaba bir tanıdan giderek daha ince, daha özgül, dar (ama en sonunda, tüm sorunların nedeni olan) bir tanıya ulaşmak biçiminde ilerleyen, hastayı hem ilişkili patolojide olabildiğince derinliğine hem de bu patolojinin tüm organizmadaki etkilerine - etkileşimine dair çözümleme yapmak olarak anlaşılabilir.

- E. Beden için zararlı etkisi bilinen bir durumun (ama bu durum kendi başına bir hastalık değildir) olduğu ancak bu durumun yol açtığı herhangi bir hastalığın oluşmadığı, örneğin obezite, sigara içmek, serumda lipidlerin yüksekliği (= *hiperkolesterolemi*, *hipertrigliseridemi*, ...), alkol kullanımı, sedanter yaşam, çevre kirliliği, kötü çalışma koşulları gibi hastalık yapıcı etkenleri ya da risk faktörleri mevcut olmakla birlikte bu durumların yol açabileceği olası hastalıklar (ateroskleroz, **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı**/ KOAH, akciğer kanseri, inme, koroner kalp hastalığı) oluşmamıştır (ve belki de hiç oluşmayacaktır). Bu durumda tanı koyma ve hekimin tutumu risk faktörü oluşturan durumu ifade etmek, bir öngörü, durumun açıklanması ve belki bir uyarı şeklinde olabilir. Burada, nedenselliğin zorunlu olmayan olumsal bir tarzı ile karşılaşıyoruz ki biyolojik bilimlerde bu çok yaygındır, diyelim ki (çok bilinen bir örnek verirsek) sigara içmek *akciğer kanserine* neden olabilir ama bu zorunlu değildir (olmaya dabilir) ve üstelik hiç sigara içmeyen birinde de *akciğer kanseri* görülebilir.

F. Kendi başına bir hastalık olmasının yanı sıra başka patolojiler için de olasılığı artırıcı faktör (= risk faktörü) olarak etki gösteren hastalıklar -ki, çoğu sistemik hastalık bu gruba girer-, örneğin hipertansiyon, diabetes mellitus (= DM, şeker hastalığı), gut, endokrin disfonksiyonlar (yetersizlik ya da aşırı hormon üretimi) gibi sistemik hastalıklar tüm vücutta ateroskleroza, çeşitli vital organlarda (beyin, kalp, böbrek, karaciğer) dejenerasyon ve işlevsel yetersizliklere, neoplastik – malign süreçlere, ... neden olarak ağır sakatlık ya da ölüme yol açabilirler. Bu örnekler ise, tıpta nedenselliğin zincirleme – birbirini izler tarzda – katmanlı ve hiyerarşik olduğunu göstermektedir.

Travmalar, hareketin belli bir olasılıkta kaçınılmaz sonuçlarıdır; hiperakut, akut, subakut, kronik ya da başka bir yönden lokal ya da yaygın, multi-sistemik pek çok erken ve geç komplikasyonları mevcuttur.

G. Öncesinde herhangi bir koşulu gerektirmeyen hastalıklar, örneğin akut intoksikasyonlar, bazen enfeksiyonlar, travmalar gibi,

H. Ortaya çıkması -öncesinde herhangi bir koşul/ risk faktörü – predispozan faktör, - olduğunda daha kolay olabilen hastalıklar, örneğin kronik intoksikasyonlar, bazen enfeksiyonlar, otoimmün patolojiler, damarsal patolojiler, bazı psikiyatrik hastalıklar gibi,

İ. Çeşitli psikiyatrik hastalıklar, duyu ve davranış bozuklukları,

J. Ve benzer şekilde farklı kalıplarda hastalıklar olarak ifade edilebilir.

WHO'nun klasifikasyonları daha çok epidemiyolojik amaçlıdır; bizim burada yaptığımız sınıflamalar ise felsefi-bilimsel amaçlıdır; tıp pratiğinde yaygın kullanılanlar ise bazen bilimsel bazen pratik uygulamayı kolaylaştırıcı, bazen terapötik, ... ya da genellikle çok amaçlı olabilir.

3.3. Tıpta Fenomenolojizm:

Aşağıda bazı hastalık modelleri oluşturularak fenomenolojik bakımdan ve ya da öznel ve nesnel bakımdan hastalıklar irdelenmeye – temellendirilmeye çalışılmıştır; bunlar, bir ölçüde üstteki ifadeler ile çok benzeşiyor olsa da buradaki amacımız, hasta ile hastalık etkileşimini (ve bunların farklılığını) ortaya koymaktır.

Hastalıklara çok farklı veçheleri ile bakmak ve değerlendirmek/ tasnif etmek mümkündür. Bunlardan sadece bir yönü esas alınarak, hastalıkların bir süreç olarak işleyişi (biyolojik hâlleri ve fizyopatolojisi ya da *etyopatogenezi*) ile (*septom*/ belirti ve *sign*/ bulgu ile; semiyolojik özellikleri/ görünürlükleri bakımından) görünür olmaları ele alınarak pek çok hastalık *pattern*leri/ kalıpları örnek verilebilir; bunlardan bazıları, tıpta fenomenoloji kavramı içinde tartışılmak üzere aşağıda sıralanmıştır:

- A. Genotipik (insanın hücresinin nüklusunda/ çekirdeğinde DNA’da bulunan genetik yapısı, genomu) pek çok anormallik fenotipte (ortaya çıkan – görünür yapıda) ortaya çıkmayabilir ve kişi bu bakımdan yalnızca bir taşıyıcı/ (bazen) aktarıcı olabilir. Bu durum, yüksek bilimsellik ve teknolojinin tıp etiğini ve belki yasal düzenlemeleri de etkilemesi anlamına gelir: Bu, genotipik olarak hastalık pozitif (ama fenotipik olarak hastalık tablosu göstermeyen) kişiyi nasıl kabul edeceğimiz sorusunu gündeme getirir, örneğin pek çok nörolojik heredofamilyal hastalıklar, genetik geçişli hematolojik hastalıklar, tümörler vb. Bunun yanında epigenetik bir mekanizma ile ortaya çıkan –genetik özelliklerin/ geçişin sadece kromozom yapısı ile de sınırlı olmadığı gerçeği-/ genotipte değişiklik olmaksızın farklı fenotiplerin ortaya çıkması durumu ise, insan sağlığının ve hastalığının mültifaktöriyel olması özelliğine bir örnek teşkil eder; yâni, genetik faktörler de (en azından bir ölçüde) diğer faktörlerle/ yaşam içindeki dinamik faktörlerle birlikte etki gösterirler.
- B. Pek çok hastalık aslında başlamasıyla birlikte klinik belirti ve bulgularını vermez, organizmanın kompensasyon mekanizmalarının kullanılıp tüketilmesi ve ya da hastalığın belirli bir aşamaya gelmesi sonrasında klinik belirti ve bulgular ortaya çıkar. Hastalık sürecinin başladığı ama henüz belirti ve bulguların başlamadığı

dönem, (eğer derinliğine inceleme yapılırsa ve her hastalığa göre değişmek üzere) hekim için “*hastalık dönemi*” ama etkilenen kişi için “*sağlıklılık durumu*” olarak tanımlanabilir, örneğin bazı beyin tümörleri (örnek olarak *meningioma* gibi iyi huylu olanları ve yerleşimine göre değişmek kaydıyla) çok büyük cesamete ulaşana kadar genellikle belirti ve bulgu vermeyebilirler. Ayrıca, bazı hastalıklarda hekim için de hastalık döneminin öncesi olabilir; bu durumda hastalık organizmada başlamıştır ama klinik ya da laboratuvar/ görüntüleme olarak henüz bir bulgu yoktur.

- C. Bazı hastalıklar ise hiç klinik belirti ve bulgu vermeden yıllarca sessiz kalabilirler ve klinik tablo bir anda dramatik bir biçimde tezahür edebilir, örneğin beyin damarlarının *anevrizma (baloncuk)*’ları, aort anevrizmaları, ... öncesinde hiçbir belirti ve bulgu vermeksizin -ama zaman içinde ve dinamik faktörler etkisiyle, örneğin atardamar yüksek basıncı/ hipertansiyonu, sigara kullanımı, ... ile, sürekli bir dejenerasyon gösterip belirli bir noktaya/ kritik eşiğe geldiğinde- ağır bir kanama ile ortaya çıkabilir ve sonuç ölümcül ya da ağır sakatlayıcı olabilir.
- D. Bazen hastalıklar hafif derecede ortaya çıkarlar ve herhangi bir ciddi işlevsel bozukluğa, belirti ve bulguya yol açmayabilirler (= subklinik seyir) -ama biyolojik yapıda bu yaşanmışlık izini bırakır, örneğin hafif geçirilmiş bir enfeksiyon hastalığı o hastalık için kişiyi immünize edebilir/ bağışık kılabılır ki bu da hastalığın ve sağlığın diyalektiğini gösteren bir örnek olarak düşünülebilir-.
- E. Bazen hastalıklar hiçbir klinik belirti ve bulguya yol açmaksızın başlayıp bitebilir ve (çoğunlukla rastlantısal olarak) sonrasında kişinin hastalığı geçirmiş olduğu anlaşılır (örneğin bazen hepatit ve diğer enfeksiyon hastalıkları, âdeta doğal immünizasyon olmaktadır) (bu, önceki maddenin daha uç/ derece bakımından farklı bir örneğidir).
- F. Bazı hastalıklarda tıbbî olarak spesifik bir tanı konamamakta ve ancak daha genel/ kaba tanı ve tanımlamalar olanaklı olabilmektedir; hekim, hastalık olduğunu bilir,

etkilerini tanımlar ve kabaca seyri öngörebilir; ancak, kesin ve spesifik bir etyo(pato)geneze ve tanıya ulaşamayabilir.

G. Bazı hastalıklar çok akut başlar, ağır ve ölümcül seyredebilir...

H. Hastalıklarda belirti ve bulguların şiddeti/ derecesi ile hastalığın ciddiyeti arasında her zaman kötü bir durum olmayabilir. Bazen çok ağır ve ölümcül bir hastalık çok silik, hafif belirti ve bulgularla ortaya çıkarken bazen çok basit ve prognozu iyi olan hastalıklar çok gürültülü patırtılı, ürktücü belirti ve bulgularla seyredebilir ama sonucu iyidir. Dolayısıyla, hastalıkların derecesini ve seyrini her zaman klinik belirti ve bulguları ile ölçmek doğru olmayabilir.

İ. Hastalıklar bu şekilde pek çok kalıp içinde formüleleştirilebilir.

Elbette bu kalıplar ve örnekler çok artırılabilir; ancak, burada önemli olan felsefi husus, biyolojik seyir ile fenomenal seyrin; nesnel seyir ile öznel seyrin; hekim ile ele alınan kişinin/ hastanın sağlık ve hastalık tanımlarının (= görülerinin/ ontolojilerinin) farklı olmasıdır. Hasta bireyin öznel deneyimi ile hastalığın doğası ve bilimsel yapısı arasında (hasta tarafından) ilişkilendirme çoğu zaman geç ve hatalıdır. Hekim (mesleği olduğu için) sahip olduğu geniş “*bilgi ve kavramsal donanım*” ve “*hekimlik pratiği deneyimi*”nin ışığında ve yüksek teknolojinin de kullanımı ile durumu analitik, bilimsel, diyalektik, nesnel ve pratik yönleri ile görecektir, görmelidir (ama bu da, ancak zamanının imkânları dahilindedir). Hasta (ya da söz konusu edilen kişi) ise, kendisinde herhangi bir yakınma olmadığında sağlıklı olduğunu düşünebilir; ya ağrı olduğunda ya herhangi bir işlevsel sorun olduğunda ya açık bir anormallik (yara, deformasyon gibi) ya da alışagelen durumun dışında ve yorumlayamadığı, anlayamadığı bir belirti – durum - süreç olduğunda “*sağlıklı olmayabileceği, hasta olabileceği*” kuşkusuna düşecektir. Bu da, “*birey/ hasta yönünden sağlık*” tanımına karşılık gelir; yâni, fenomenal düşünmek olarak alınabilecek herhangi bir işlevsel bozukluk, ağrı ya da bir belirti olmadığında sağlıklı olduğu ve bir belirti durumunda da hastalık düşüncesi, günlük pratikte çok gördüğümüz gibi, hasta yönünden (ya da dışarıdan kişiler tarafından) yapılan bir semantik değerlendirmedir. Benzer şekilde,

dışarıdan gözlemlenebilen ya da kişinin ifadesine göre sağlık ve hastalık değerlendirmeleri de “*bir başkasının gözünden/ hasta yakınlarının yönünden sağlık ve hastalık*” tanımlarıdır. Hekim ve hasta birey dışında birinin değerlendirmesinde ise ne öznel ne de nesnel görüş/ bakış vardır; dolayısıyla, “bir başkasının gözünden/ hasta yakınlarının yönünden sağlık ve hastalık” tanımlarının gerçekliği gösterme olasılığı oldukça düşüktür ve bu durum, âdeta bir hikâye yazmak ya da bir oyunun içinde yer almak gibidir, -insan için bir gereksinim, bir merak ve anlamlandırma güdüsüne karşılık gelen ve ayrıca yaşanan bağlamdaki arka planın da eşlik ettiği kültürel bir faaliyettir, âdeta bir katharsistir-.

Sağlık ve hastalık ayrımının nasıl yapılacağı ya da bir durumun hastalık olabilmesinin koşullarının ortaya konması, hekimlik praksisini belirleyici olması bakımından önemlidir. Bu noktada, öncelikle hastanın herhangi bir yakınmasının, ağrısının olup olmadığı, yapıp etmesini ve günlük yaşamını engelleyici fiziksel ve mental bir engel/ yetersizlik olup olmadığı, yaşamında biyopsikososyotinsel – kültürel var oluşunu nasıl ve ne ölçüde ifade edebildiği, sosyal etkileşim ve uyumu gibi öznel ve bağlamı içindeki durumu ile birlikte objektif – bilimsel muayene ve incelemelerinin nasıl olduğu önem kazanır. Bu kriterler esas alındığında:

1) hastalık olarak kabul edilmesi tartışmasız/ kesin olan durumlar vardır, örneğin tümör hastaları, örneğin beyin tümörleri, pankreas tümörleri gibi; damar(lar)ın yaygın ya da bir bölgede etkilendiği ve bu değişimin bireyin yaşamında görünür olduğu, örneğin koroner kalp hastalığı, myokard enfarktüsü, beyin damarlarının tıkanması ve inme durumları vb.; travmatik hastalıklar, örneğin kafa travmaları, travmatik beyin kanamaları, beyin hasarları, omurga kırıkları ve omurilik basıları, göğüs travmaları ve akciğer yaralanmaları, batin travmaları ve batin içi organların yaralanmaları, kemik travmaları gibi; enfeksiyon hastalıkları, örneğin pnömoni, hepatit, ensefalit-meningit, apseler gibi; otoimmün hastalıklar, alerjik hastalıklar, romatolojik hastalıklar gibi durumlar patolojik durumlardır ve tedavi gerektirirler. Bu hastalıklar kişiyi çok etkilemeyen ya da hafif derecede ve kısa süreli olarak kişiyi normal yaşamından alıkoyan ve kolayca tedavi edilebilen hastalıklardan masif, ağır ve uzun süreli tedavileri gerektiren, normal yaşamdan alıkoyan, kısıtlayıcı, ölümcül ve

belki de ani ölümlere yol açabilen ağır durumlara kadar geniş bir yelpaze içinde yer alırlar.

2) patoloji olarak kabul edilmemesi gereken -ve yaygın olarak da patolojik olmadığı düşünülen- ama kişinin hoşnut olmadığı durumlar olabilir ki bunlar basit bir burun/ kulak şekil bozukluğundan kişisel beden özelliklerine uzanan, işlevsel olarak kişiyi kısıtlamayan ancak onu rahatsız edebilen durumlardır ya da iç organ(lar)da (= *viscera*) fizyolojik işleyişi bozmayan basit farklılıklardır (= *varyasyon*), örneğin *cavum septum pellucidum* beyinde rastladığımız tedavi gerektirmeyen bir varyasyondur. Bu durumlarda, -farklılık eğer görünür ise- kişinin durumunu değerlendirmesi kültürel yapı ile yakın etkileşim gösterir. Bu gibi durumlar, bizce, bir hastalık değildir ve türün doğal çeşitliliği içinde ele alınmalıdır.

3) patoloji olarak kabul edilip edilmemesi (bazen) tartışmalı olan (ki bizce bunların çoğu -özellikle doğuştan olanları- hastalık değildir ama günümüz tıbbının bu gibi kişilere yardımı olabilir, olmalıdır) ama kişinin genellikle hoşnut olmadığı -ama yine de bu özelliği ile yaşamında çoğunlukla bir uzlaşım ve denge kurabilmiş gibi görüldüğü lâkin derin bir trajedinin içinde ıstırap çektiği- durumlar olabilir ki genel anlamda bu kişilere çirkin-ucube ya da daha ileri derecede “*hilkat garibesil/* yaradılıştan tuhaf kişi” denir; bu kişilerde genel fizyonominin oldukça dışında dikkat çekici vücut farklılıkları vardır, bazen vücut parçaları birbiriyle orantılı/ *proporsiyone* ama çoğu zaman orantısızdır/ *disproporsiyone*dir. Burada esasen, doğanın bir çeşitliliği söz konusudur, farklı/ alışılmışın dışında bir anatomik yapı vardır; eğer bir istisna varsa, bu, doğanın kanunlarına değil doğalcıların kanunlarına aykırıdır; çünkü, doğadaki bütün türler birlikte çeşitlilik ve çeşitlilikte birlik göstererek olmaları gerektiği gibidirler.¹⁶⁹ Bu anomalik durum, işlevsel olarak kişiyi kısıtlayabilir, yaşamında yetersizlikler, sıkıntılar yaratabilir, örneğin kamburluk solunum yönünden sıkıntı oluşturabilir ya da ciddi bir patolojinin görünür ya da eşlik eden belirtisi olabilir; diyelim ki cücelik çeşitli beyin ve/ ya da endokrin (= hormonal) hastalıkların belirtisi olabilir ve beraberinde infertilite, pek çok iç organ anomalileri ile birlikte bulunabilir.

¹⁶⁹ Canguilhem, G., “*The Normal and the Pathological*,” Translated by Carolyn R. Fawcett in collaboration with Robert S. Cohen, ZONE BOOKS • NEW YORK, 1991.

Bazen doğuştan değil sonradan ortaya çıkan bir hastalığın sonucunda da tuhaf görünüm/ *tuhaf*lık gelişebilir. Bu gibi durumlarda çok yönlü bir trajedi yatmaktadır: öncelikle etkilenen kişinin tüm varlık alanlarını etkileyen biyopsikososyogeist etkilenmesi/ yaralanması vardır (kuşkusuz bu durum çok geniş ve ayrıntılı çalışmayı gerektirmektedir). Örneğin Hermann Hesse'nin “*Cüce*” adlı masal öyküsünde, şatoda soylu Margherita Cadarin'in soytarısı cüce Filippo'nun iç - anlam dünyası, köpeği Filippino (kısaca Fino diyor) ile kurduğu duygusal ilişki ve ona bağlılığı - sevgisi, etrafı ile ilişkisi ve tüm bu bağlamda trajik yaşamı olağanüstü bir hassasiyetle (ve psikolojik iç çözümlemeleriyle) anlatılmıştır.¹⁷⁰ Bir başka örnek olarak, Amerikalı bağımsız sinema yönetmeni David Lynch'in “*Fil Adam – Elephant Man*” 1980 yapımı filminde, tuhaf bedeninin nasıl sömürü unsuru hâline gelebildiği, -ve hatta bunun sanki iyi niyet zarfı içinde de olabileceği, örneğin Dr. Treves'in tutumunda olduğu gibi- insanların zayıflığı ve sağduyu eksikliği, akıl, empati, merhametten yoksun şiddet içinde hareket edebildikleri ve John Marrick (/ Fil Adam)'in kendini ifade edememesi, deforme bedenine hapsolmak zorunda kalması, derin trajedisi anlatılmaktadır. Marrick'in bedeni/ *soma*'sı bir nesne olarak görülüp ruhu/ *psişe*'si dikkate alınmamış, göz ardı edilmiştir ve sosyal çevrenin vahşi ve acımasız davranışı ortaya çıkmıştır. Oysa Bayan Kendal, Marrick ile çok sıcak, sevgi ve empati içeren bir ilişki kurmuştur, Merrick ile konuşurken, -Dr. Treves'in aksine- göz teması kurmaktan kaçınmaz – ondan tiksiz, onun iç dünyasına girer, hatta yanından ayrılırken onu yanağından öper, “*Sen Elephant Man değilsin; sen Romeo'sun*” der. Bu davranış, insanın ilişkilerinde (öteki'nin değil!) *başkası*'nın da kavramlarını dikkate almak ve birlikte düşünüp duygulanmak – sempati, birlikte yaşayabilmektir.

4) psikolojik/ psikiyatrik hastalıklar, duygu ve davranış bozuklukları ki, bu grup/b(lar)a giren hastalıklar çok geniş ve çeşitlidir ve ayrıca çok geniş bir tartışmayı gerektirirler. Yine de kısaca değinmek gerekirse, bu grup hastalıkların en azından önemli bir grubunda genetik - biyolojik faktörler çok belirgindir ama ayrıca kültürel etkiler/ etkileşimler de önemli rol oynamaktadır (ama hastalık ya da bozukluk kendi içinde değer-yüklü değildir!). Örneğin şizofreni, depresyon, davranış bozuklukları gibi

¹⁷⁰ Hesse H, “*Masallar – “Die Marchen*” içinde “*Cüce*,” ss.11-32, Çeviren: İris Kantemir, 7. Basım, Can Sanat Yayınları, 2014.

hastalıklarda, ve hatta (normal olarak düşünölen) insan duygu ve davranışlarında, örneğin kimi insanın psikolojik etkilere daha açık ama kimilerinin daha dayanıklı (= *psychological resilience*) olması ya da her bir insanın farklı ruh hâli/*mood*'ları içinde olması gibi hayatın içinde bireysel farklılıklarda da genetik/ biyolojik etkilenme gösterilmiştir (özellikle son zamanlardaki nörobilimsel ve moleküler genetik çalışmaları ile) ancak bu durumlarda kültürel iklim de, kişinin etrafı ile kurduğu ilişkiler de etkili olmaktadır ya da tamamen kültürel yapının ürettiğı düşünölen algı ve davranış bozuklukları bulunmaktadır, örneğin “*Taijin kyofusho*” Japonlarda ve diğeri Doğu toplumlarında görölen bir sosyal fobik/ antropofobik durumdur; kelime anlamı olarak *taijin* kişilerarası ilişki, *kyofu* korku, *sho* hastalık anlamına gelmektedir. Bu durum, *Taijin kyofusho* uluslararası hastalık kategorilerine (DSM, ICD) de girmiştir. *Taijin kyofusho*'da kişi, kendi bedeninin görünüşünden, kokusundan, ifadesinden, hareketlerinden dolayı yoğun bir korku duyar ve insanlar ile iletişime girmekten imtina eder ve bu bozukluk çok belirgin bir kültürel ve coğrafi seçicilik gösterir; ama yine de, bu ve benzeri hastalıklarda dahi biyolojik bir yatkınlıktan bahsölmektedir.^{171, 172}

5) kompleks/ sistemik yaygın etkilenmeler gibi birden çok, örneğin tüm organizmayı etkileyen anatomofizyopatolojik ve (çoğu zaman ayrıca mental) etkilenme ile ortaya çıkabilir.

Hastalıkların bilimi patoloji (Yunanca *pathos* = hastalık, *logos* = çalışmak, incelemek), tıp terminolojisinde iki anlamda kullanılır:

1. Hücreyi ya da patolojik anatomik dokuları hastalık yönünden inceleyen bilim dalı, bu da ikiye ayrılır:

¹⁷¹ Vriends, N., Pfaltz, M. C., Novianti, P., Hadiyono, J., “**Taijin kyofusho and social anxiety and their clinical relevance in Indonesia and Switzerland,**” *Frontiers in Psychology*, February 2013, Volume 4 Article 3 pp. 1-9.

¹⁷² Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Iwasaki, Y., and Stein, D.J., “**Taijin kyofusho: a form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors?**” *International Journal of Neuropsychopharmacology* (2001), 4, 231–237.

- a. Genel patoloji: hastalık ile ilgili genel kavramların organizmadaki yansımalarını ele alır, örneğin iltihabi durum nedir ve nasıl ortaya çıkar, genel olarak tümör kavramının morfolojisi ve histopatolojisi, kanamalar vb.
 - b. Özel patoloji: insan organizmasını –didaktik ve bilimsel amaçla- sistemlere ayırarak çeşitli patolojilerini inceleyen patoloji yaklaşımı, örneğin sinir sistemi patolojisi/ nöropatoloji, akciğer patolojisi vd.
2. Tıbbın temel ve klinik bilimlerinin hastalık durumlarındaki bulgularını –değişiklikleri inceleyen bilim dalları, örneğin patofizyoloji, patolojik anatomi, patobiyokimya, beyin tümörlerinin semptomatolojisi (-nin mekanizmaları), spontan subaraknoid kanamadaki patofizyolojik süreç, trigeminal nevraljinin patolojik anatomisi, psikopatoloji, mitral kapak stenozunun hemodinamik patofizyolojisi vb.

Hastalıklar, insanın yaşam seyri içinde, çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilen ve sağlıklılık dengesini bozan, bir başlangıcı olan, süreç olarak seyreden, insan organizmasını focal/ lokal (belli bir bölgeyi, odağı) ya da organizmayı tümüyle (sistemik) etkileyen durumlardır. Hastalıklarda süreç, seyri ve sonuçları bakımından çok farklı olabilir;

- bazen belirtisiz/ asemptomatik.
- bazen hafif derecede belirti ve bulgular ile, subklinik seyirli hastalıklar, örneğin basit enfeksiyonlar, çok basit yaralanmalar, işlevsel bozukluklar gibi.
- bazen başlayıp biten, hafif seyreden ve iz bırakmadan iyileşen basit hastalıklar, örneğin enfeksiyonlar, yaralanmalar, basit alerjiler, kısıtlayıcı olmayan geçici işlevsel bozukluklar, basit ağrılar, örneğin basit baş ağrısı gibi.
- bazen hafif – orta ve bazen ağır derecede ancak tedavisi olan ve (en azından kısmen ya da büyük ölçüde) iyileşen ama tekrarlayıcı vasıfta ya da kronik olabilen hastalıklar, örneğin bazı romatolojik hastalıklar, bazı psikiyatrik hastalıklar, bazı alerjik reaksiyonlar, tümörler vd.

- bazen başlayıp biten, ciddi seyredebilen ve ağır, uzun süreli tedavileri gerektiren ancak iz bırakmadan (ya da kısıtlayıcı olmayan basit derecede iz bırakarak) iyileşen orta derecede ve ya da ağır hastalıklar, örneğin ağır enfeksiyonlar, ciddi travmalar, benign (= iyi huylu, selim) tümörler, örneğin benign beyin tümörleri, diyelim ki meningioma, pilositik astrositoma, damarsal hastalıklar, örneğin beyin atardamarı anevrizması ya da arteriyovenöz malformasyonu ameliyatı geçirmiş ve tam şifaya kavuşan hastalar gibi. Bu gibi hastalıklarda seyir ve prognoz, pek çok faktöre bağlı olarak tam bir iyileşmeden ölüme kadar farklılıklar gösterebilir.
- bazen ömür boyu değişen derecelerde seyreden – kalıcı olan ve bulunduğu süre içinde tüm organizmaya (sistemik) – çeşitli sistemlere (örneğin damarsal etkiyle önemli sistemlere, beyne, kalbe, ...) kronik bir tarzda ve kümülatif olarak zarar veren hastalıklar, örneğin hipertansiyon, diyabet, KOAH, metabolik hastalıklar, primer baş ağrıları vd.
- çoğu zaman kısıtlayan – zarar ve ya da ağrı veren hastalıklar, örneğin bel ve boyun fıtıkları, dejeneratif lokomotor/ hareket sistemi (omurga ve diğer kemikler, yumuşak dokular, eklemler vd.) hastalıkları, metabolik – endokrin hastalıklar vd.
- bazen kişinin hayatını tehdit eden ve hatta hayatına mal olabilen (= fatal, mortal) ya da sakatlıklar bırakabilen (= *morbid*) hastalıklar, örneğin ciddi enfeksiyonlar, travmalar, damarsal hastalıklar, tümörler vd.
- hastanın sakatlığına ve sonunda ölümüne neden olması (olasılık değil) kaçınılmaz olan (ancak gördüğümüz bir başka durum şudur ki, tedavi sırasında bambaşka bir hastalık araya girebilir ve önceki hastalıktan da ağır seyredebilir) ama tıbbî – cerrahi ve diğer tedavi modaliteleriyle hastaya -yaşam kalitesini ve süresini uzatabilmek bakımından yardımcı olunabilen hastalıklar, örneğin malign tümörler, diyelim ki malign beyin tümörleri, malign mide – bağırsak tümörleri, malign akciğer tümörleri gibi, transplantasyon gerektiren durum/ hastalıklar, diyelim ki kalp, karaciğer yetmezlikleri, bazı kronik hastalıklar vd.
- hastanın sakatlığına ve sonunda ölümüne neden olması (olasılık değil) kaçınılmaz olan ve tıbbî – cerrahi ve diğer tedavi modaliteleriyle hastaya -

sadece yaşam kalitesini artırmak ve ağrısını dindirmek bakımından kısıtlı tedavi yapılabilen ama yaşam süresini uzatabilmek bakımından yardımcı olunamayan hastalıklar, örneğin yaşlı ve genel durumu çok kötü olan hastalarda diyelim ki malign tümörler transplantasyon gerektiren durum/ hastalıklar ama transplantasyon şansı olmayan hastalarda yapılabilecekler ağrısını dindirmek, genel bakımını sağlamak ve destek tedavisi şeklinde yalnızca palyatif bir tedaviyle sınırlı olan hastalıklar vb.

- bazen hastalık sonrasında kişinin daha da sağlıklı - güçlü olmasına imkân veren, -ama bunlar da farklı tarzlarda olabilir- örneğin fiziksel olarak çeşitli enfeksiyon hastalıkları immünizasyon (bağışıklık) sağlayabilir ya da psişik zorluklar insanı olgunlaştırabilir vd. süreç tarzları (ancak, bu süreçlerin pozitif etkileri olabileceği gibi olumsuz - zarar verici ve kişiyi sakatlayıcı sonuçları da olabilir, tıpta hiçbir şey zorunlu değil olumsaldır. Diyelim ki bir enfeksiyon hastalığı iyi bir tedaviyle hiçbir âraz bırakmadan geçebilir ve hastada da immünizasyon oluşabilir; ancak bazen, hastalık ölümcül de olabilir).

Bazı hastalıklar son derece akut (= hiperakut) olarak ortaya çıkar; değil hastaya tedavi yapmak, tanı koymak bile mümkün olmayabilir, örneğin ani ölümler (pek çok nedeni vardır, diyelim ki masif beyin kanamaları, masif myokard enfarktüsü, büyük damar, örneğin abdominal aorta rüptürü, bazen hiperakut alerjik reaksiyonlar, travmalar, örneğin yüksek süratli trafik kazaları, yüksekten tepe üstü düşmelerde beyin sapı ve üst servikal omurilik lezyonları gibi sayısız nedene bağlı) bu grup hastalıklara örnek teşkil edebilir.

Hastalıkların etkileşimi de son derece ilginç olabilmektedir, örneğin bazı kronik sistemik ya da tümöral hastalıklar artık günümüzde çok erken safhada tanınmakta ve iyi bir şekilde tedavi edilebilmektedir; ancak, bu tedavi ile hastanın organizmasında yeni bir denge ortaya çıkmakta ve bazen, diyelim ki kilolu bir hasta normal kiloya inmekte ve öncesindeki metabolik pek çok hastalık da hafiflemekte ya da kaybolabilmektedir. Bu gibi örneklerde de sağlık ve hastalığın hep iç içe olduğunu ve insan organizmasının sürekli bir denge oluşturmaya çalıştığını, her yeni denge durumunun kendi dinamiklerini geliştirdiğini görürüz.

Francis Bacon, “Denemeler” adlı eserinin *Sağlığın Korunması Üstüne* bölümünde,¹⁷³ sağlığı korumak ve geliştirmek üstüne bugün de geçerli ve önemli olan çeşitli önerilerde bulunur. Örneğin “herkesin sağlığına iyi gelen şeylerden senin sağlığına iyi gelen şeyi ayırdedebilmek güç bir iştir” diyerek ortak özellikleri/ özdeşlikleri ve bireysel farklılıkları ortaya koyar; çünkü her birey ya da hasta, türü ile ortak özellikler taşıdığı gibi bireysel farklılıklar da gösterir. Hekim yönünden, hastanın tüm insan türü içinde özdeş olan ve ayrıca kişiye has farklılıkların dikkate alınması ile hastaya özel çerçevenin oluşturulması sağlanarak daha rafine, kişiye özel/ kişiselleştirilmiş/ hassas tedaviler (= *personalized medicine/ therapy, precision medicine/ therapy*) mümkün olabilir. Bu yaklaşımda hem realizm hem de nominalizm birlikte benimsenerek bir sentez yol/ yaklaşım oluşturulmaktadır. Dolayısıyla, aslında karşıt gibi görünen iki yaklaşımın da kendi içinde kabul edilebilir (belki daha doğrusu kabul edilmesi gereken) doğrular vardır; **realizm** tür içindeki ortak özellikleri ele alarak bilim yapabilmeyi, zorunlu tümel (= *universal*) kavramları ortaya koyarak düşünmeyi ve konuşmayı mümkün kılabilmektedir; **nominalizm** ise her bir olgunun bireysel farklılıklarından doğan özellikleri ve empirik verileri ile o birey çerçevesinde geçerli olan özelleştirilmiş – hassas yaklaşım ve tedavinin ortaya konmasını sağlamaktadır. Tıp camiasında çok yaygın olan ve âdeta tartışılmaz bir *motto* olarak benimsenen “*tıpta hastalık yoktur hasta vardır*” deyişi hipernominalist bir yaklaşımı sergiler; kısmen doğrudur -ki belirtildiği üzere- kişiselleştirilmiş tıp için yol açıcıdır ama tıbbın bir bilim olabilmesi de ancak zorunlu tümel kavramların (= tıpta hastalıkların) – realizmin kabulü ile olanaklıdır. Hastalıklar, düşünmeyi ve dilde anlamayı – konuşmayı olanaklı kılabilmesi için kategorize edilir – sınıflandırılırlar. Böylece, hastalıklar için tümeler oluşturulur, örneğin hastalıklar alt başlıkları içinde *neoplastik hastalıklar* kategorisi, bunun alt başlığı *sinir sisteminin neoplastik hastalıkları*dır, bunun alt başlığı diyelim ki *nöroepitelyal dokunun tümörleri* olsun, bu grubun alt kümesi *astroitik tümörler* olsun, bu kümede de diyelim ki “*glioblastoma multiforme*” tümörünü seçelim. Bu tümör için genelde (= tümel bakımdan) söylenebilecek pek çok şey vardır; çünkü, uzun zamandır bilinen ve empirik çok sayıda verinin – bilginin (fenomenolojik bakımdan pek çok değişken ile

¹⁷³ Bacon, F., “Bütün Denemeler,” içinde ss.152-154, Çeviren: Akşit Göktürk, Cem Yayınevi, İstanbul, 1974.

ilişkilendirilmiş ve bilgi (= episteme) değeri kazanmış bir rasyonel çerçevemiz mevcuttur; ama yine de, *glioblastoma multiforme* her hastada farklı seyreder, cerrahisindeki bulgularımızda ortaklıklar/ özdeşlikler vardır ama o bireye özgü farklılıkları da görürüz, tümörün patolojik incelemesindeki bulgular da, sitogenetik ve moleküler bulgular da ve belki en önemlisi hastanın prognozu (= önündeki yaşam) da çok farklı seyreder. Ama biz, bu hastaları [ve dolayısıyla hastalıkları belirli bir düşünme ve düzen içinde – sistematik olarak iç içe bir grup içine dahil ederiz; tüm empirik veriler mültidisipliner bir biçimde (klinik tablo: belirti, bulgular, klinik seyir, - görüntüleme/ radyolojik vd.; laboratuvar; patolojik inceleme bulguları; nekropsi bulguları; vd.)]. Ve böylece, empirik ve rasyonel bir değerlendirmeye bu konunun bilimini yapabiliriz.

3.4.Hastalıkların tanımını yapabilmek:

Tıpta belirli etyolojik faktörler yaklaşık olarak belirli bir hastalık tablosuna yol açarlar; bu durum, empirik olarak gözlemlenen – saptanan ve bilim ve teknolojinin tüm olanakları ile çok yönlü bir biçimde (moleküler biyoloji ve genetik, patoloji, mikrobiyoloji, radyoloji, nükleer tıp, biyokimya, patolojik anatomi vd. + klinik dahili ve cerrahi bilimler, bazen pozitif doğa bilimleri ile) araştırılarak ve tüm verilerin analitik ve ilişkisel bir biçimde bir süreç olarak değerlendirilmesiyle hastalıkların nedenleri (etyoloji), oluş biçimleri (patogeneze) ve klinik olarak ortaya çıkış (klinik prezentasyon) özellikleri tanımlanır ve adlandırılır. Böylece:

1. **Nedensel ilişkinin kurulabilmesi** (= etyolojik faktör),
2. **Hastalığın tipi:** Hastalığın temel olarak çeşidi - doğası/ natürü, örneğin bir enfeksiyon hastalığı, metabolik bir hastalık, kalp – damar hastalığı, dejeneratif beyin hastalığı, davranış bozukluğu, neoplastik bir hastalık, dejeneratif kas – eklem hastalığı gibi.
3. **Hastalığı patolojik yapan özellik nedir, bu durumu neden hastalık olarak değerlendiriyoruz?** Diyelim ki beyin tümörü, bir *Medulloblastoma*, ilerleyici, çok

ağır nörolojik fonksiyon kayıplarına yol açarak hastaya ağrı veren, hastanın hayatını kısıtlayıcı ve ölümcül bir hastalık olması nedeniyle hastalık olarak kabul ettiğimiz bir durumdur; beyin kanaması, örneğin bir *Spontan Subaraknoid Hemoraji/ Kanama*, yüksek ölüm ve ya da nörolojik sakatlık riski taşıyan (*mortalitesi/ fatalitesi* ve *morbiditesi* yüksek) bir hastalık olması ve ağır bir nörolojik tablo ile ortaya çıkması gibi sebepler durumu bir hastalık/ patoloji olarak düşündürür. Dolayısıyla, bir durumu hastalık yapan özellikler olarak hastayı normal yaşamından alıkoyması, kısıtlayıcı olması, ağrılı olması, organizmada anatomofizyolojiyi bozması, ilerleyici olma özelliği taşıması, yaşamsal riskinin olması gibi özellikler düşünülebilir.

4. **Patogenez:** Hastalığın oluşunun hücresel düzeyden başlanarak [hücreiçi yapı(lar), hücre, doku, organ, sistem ya da sistemler, tüm organizma] her düzeyde patolojik, patolojik anatomik, patofizyolojik, moleküler biyolojik – genetik, patobiyokimyasal, patobiyofiziksel, radyolojik, mekanik ve klinik – cerrahi, yönlerden oluş ve seyrinin aşama aşama analitik ve ilişkisel bir biçimde açıklanması (= *patogenez*, bazen etyolojiyi de içerecek şekilde, neden ve oluş olarak *etyopatogenez* terimi de kullanılabilir),
5. **Orijin ve Etiyolojik faktör:** Söz konusu hastalığın başlangıcı ve hastalığı yapan spesifik etyolojik/ nedensel faktör, örneğin enfeksiyon hastalığı içinde diyelim ki gram (+) koklardan *Streptococcus aureus* olan bir bakteri enfeksiyonu ya da bir RNA virüsü enfeksiyonu - *Coronavirüs* ya da bir fungus enfeksiyonu – *Candida albicans* gibi; metabolik bir hastalık olarak, örneğin diabetes mellitus (DM) hastalığı; ya da kalp – damar hastalığı, örneğin hipertansiyon ya da aort kapak darlığı (AS = *aort stenozu*); dejeneratif beyin hastalığı, örneğin Alzheimer hastalığı, ... Bu gibi hastalıkların dışında, hastalık olup olmadığı tartışmalı olabilen çeşitli davranış özellikleri ve psikolojik bozukluklar da vardır, örneğin homoseksüalite hatta (tıp felsefesindeki) bazı ekollerde istenmeyen gebelik bir hastalık olarak düşünülmektedir.

6. **Morfolojik ve Patofizyolojik Patogenez:** Hastalığın oluşu (Yunanca *pathos* ve *genesis*); hastalıkların önemli bir bölümü hücreden, daha da doğrusu hücre içindeki bir yapıdan (ki genellikle enzimlerin etkileneşmesi üzerinden) kaynaklanır; bu durum genetik – doğumsal olabilir, doğumla birlikte ortaya çıkabildiğı gibi yaşamın erken döneminde bir yaşta ya da ilerleyen dönemlerde belirti ve bulgu verebilir ya da hücre içinde enzimlerin ya da bir organelin etkileneşmesi edinsel olabilir, örneğın DNA yapısında hasar oluşması ile tümör ortaya çıkması gibi. Hücrede ya da hücre içindeki bir organelin, yapının etkileneşmesiyle (= *etyolojik faktör*) başlayan süreç, -hastalığa özgü olarak- belirli doku – organ – sistem(ler)in etkileneşmesi ve kendine özgü bir akış – seyir (yapıların anatomofizyolojik olarak etkileneşmesi) içinde gelişecek (= *patogenez*), morfolojik (= yapısal) ve patofizyolojik (= işlevin bozulması biçiminde) etkileneşme ile klinik belirti ve bulgularını gösterecektir (= *klinik semptomatoloji*).
7. **Hastalığın tanısı:** Klinik semptomatoloji esas alınarak ve gerekli laboratuvar, radyolojik vd. testler yardımıyla tanı konacaktır.
8. **Semiyoloji:** Hastalığın tanısı için klinik ortaya çıkışta görülen belirti (= *semprom*) ve ya da bulguların (= *sign*) belirli bir düzen içinde sistematik olarak serimlenmesi; hastalığın tanısı için *gerekli* ve *yeterli* koşulların açıklanması (gerekli koşullar zorunludur ama tanı koydurucu değildirler, bir başka ifadeyle *gerekli/ zorunlu* belirti ve ya da bulgular hastalığın tanısı için ön koşuldurlar; yeterli koşullar tanı koydurucudurlar ama o hastalık için her durumda gerekli değildirler; bunun dışında *patognomonik* belirti ve ya da bulgular vardır ki –seyrek görülmekle birlikte- belirli bir hastalık için tanı koydurucu kesinlik gösterirler); hastalıkların tanımında *zorunlu/ gerekli* ve *yeterli* koşullar/ özellikler/ bulgular ile birlikte *patognomonik* özellikler de belirtilir. Tıpta hastalıkların tanısı, bu bölümde başka bir yerde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.
9. **Hastalığın epistemolojisi:** Hastalığın tanısında klinik verilerin (belirti ve ya da bulguların) ve ya da laboratuvar/ görüntü gibi verilerin, söz konusu hastalıkta

duyarlılığı (= *sensitivity*) ve özgüllüğü (= *specificity*) gibi öngörücü değerler önemlidir (ki bu değerler, tıbbî bilimsel araştırmalarda da kullanılır).

Sağlık bir yönden de içsel bir enerjidir, örneğin “**İkiru**” filmindeki¹⁷⁴ kızın/ Toyo’nun doğal, sağlık dolu coşkusu adamı imrendirir ve ona bunun sırrını sorar ama Toyo bunu çok doğal olarak, -belki ayırdına bile varmadan- yaşamaktadır; bu, hem sağlığın gerekli bir komponenti/ bileşeni hem de önemli bir sağlık göstergesidir. Sağlığın içsel ve dışsal belirleyicileri, hayatın oluşu içinde birlikte etkin hâle geçmektedirler. Cahit Külebi “*İstanbul*” şiirinde, “*Yine kamyonlar kavun taşır/ Fakat içinde şarkı bitti*” der, insanın kendindeki/ içindeki şarkıyı, iç enerjisini-coşkusunu- yaşam sevincini ifade eder şekilde; hayat akıp gider ama hayatı yakalayacak olan insandır, önemli önemsiz, sıradan sıradışı olguları işleyip anlamlandıracak ve üzerine koyacak, kendine ve hayata sunacak, hayatı ortaya çıkartacak olan yine insanın kendisidir. (Yaşamı tehdit eden ağır) Hastalıklar, hayatı ve tabii en önemlisi kendimizi -geçmişimizi, neleri niçin ve nasıl yaptığımızı, yanlışlarımızı ve doğrularımızı, değerlerimizi gibi pek çok kavramı- sorgulamamızı sağlayabilir; eğer, yaşam devam ederse değişebilmemizin imkânlarını sunabilir.

Sağlık ve hastalık kavramlarının ontolojik olarak temellendirilmesi - *ne’liği* (sağlık nedir? hastalık nedir?) ve çok perspektifli tanımları hekimlik praksisini doğrudan etkileyici ve belirleyici nitelik taşır. Tıbbî tedavi – cerrahi girişim yapmayı meşru kılacak (tıbbin uygulama alanını belirleyecek) açıklama ve temellendirme her iki kavram üzerinden de yapılabilir; aslında, sağlık ve hastalık kavramlarının her ikisinin birlikte tanımını gerektirir:

¹⁷⁴ Japon yönetmen Akira Kurosawa’nın 1952 yapımı “**İkiru**” filminde baş karakter Watanabe, her günün birbirinin aynısı olduğu renksiz, verimsiz bir hayat sürdürmektedir, âdeta bir mumyadır. Basit bir yakınması için hekime gittiğinde mide kanseri hastası olduğunu öğrenir ve muhtemelen çok da uzun bir ömrü yoktur. İşte, ölümcül hastalığını öğrendiği andan itibaren Watanabe, -tüm ömrünü anlamsızca harcayan ve hiçbir şey üretmemiş olan etrafıyla insanî ve sıcak bir ilişkiye girmemiş olan bu kişi-varoluşsal sancılar, kalan ömrünü anlamlı bir şekilde yaşama arayışı ve çabası içine girer, ... ardında bir şeyler bırakmak istemektedir. Kurosawa, yine bu filminde de olağanüstü sinema teknikleri geliştirip uygulayarak ve son derece yalın anlatımı içinde ama çok katmanlı bir şekilde pek çok hayat sorununu, insan hakikatini, insan – toplum – devlet/ bürokrasi ilişkilerini, dönemi içinde muhteşem bir biçimde sergiler.

- Sağlığın tanımı üzerinden, eğer sağlıklı bir insan için tıbbî tedavi - cerrahi girişim yapılıyorsa bu sağlığın genişletilmesi - *salutogenez* kavramı ile, daha sağlıklı olmak hedefi üzerinden felsefi olarak meşrulaştırılabilir.
- Hastalık üzerinden meşrulaştırmak ise, bir durumu hastalık olarak adlandırmak/ tanımlamak ile olabilir.

Bu yönden bakıldığında, sağlık ve hastalık tanımının önemi ortaya çıkmaktadır; aksi hâlde, gereksiz tedaviler ve/ ya da tedavisi yapılmayan hastalık durumları – eksik tedaviler ortaya çıkacaktır. Sağlık ve hastalığın *ne*'liği üzerine felsefi tartışmalar, pek çok gerekçe ile Antik dönemden beri hep yapılmakla birlikte, 1960'larda "*anti-psikiyatri*" hareketi ile içerik ve yön değiştirerek ivme kazanmıştır.

Aslında, sağlık ve hastalığın normativizm ve natüralizm yaklaşımlarında ele alınması, somatik ve psikiyatrik hastalıklara göre de, bizce, bir ölçüde farklı perspektif ve düşünme biçimini gerektirmektedir. Psikiyatrik hastalıklar için 1960'larda başlayan anti-psikiyatri hareketinde, psikiyatrinin ne bilim olduğu ne de meşru hastalıklar ile ilgilendiği ve aslında psikiyatrinin yaşamda sıradan sorunları tıbbileştirdiği, kişileri işaretlediği ve sosyal kontrol aracı olarak kullanıldığı iddia edilmiştir. Anti-psikiyatri hareketinde **Thomas Stephen Szasz** (1920-2012) öncü bir isimdir (ve psikiyatrinin içinde bir isim olması etkiyi daha da pekiştirmektedir).¹⁷⁵ Thomas Stephen Szasz, bir Macar-Amerikalıdır, psikiyatri ve psikoanaliz profesörüdür ve psikiyatrinin sosyal yönünü, moral ve bilimsel temellerini sorgulamış, bu alanda eserler vermiş ve anti-psikiyatri çalışma ve aktiviteleri ile psikiyatri ve ilişkili alanları etkilemiştir.

Thomas S. Szasz, 1960 tarihli "*The myth of mental illness*" adlı yazısında¹⁷⁶ ve 1961 yılında yayımlanan aynı adlı, "*The Myth of Mental Illness*" kitabında,¹⁷⁷ mental hastalıkların biyolojik olarak var olmadığını ve bunun bir söylence olduğunu iddia

¹⁷⁵ Szasz, T. S. (1960). "**The myth of mental illness**," *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>.

¹⁷⁶ **A.g.e.**

¹⁷⁷ Szasz, T. S. (1961). "**The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct**," First Edition, Hoeber-Harper Book.

eder. Bunun üzerine “*hastalık*” dediğimiz şeyin ne olduğu üzerine felsefi görüşler belirginleşmiştir. Bir yanda “*hastalık*” dediğimiz şeyin gerçek/ *real* olup olmadığı, doğal/ doğada bulunan/ doğadan gelen (= *natural*) özelliği var mıdır, bilimsel midir yoksa tamamen değer-yüklü sosyal ürünler midir? gibi pek çok yönden sorgulamalar ve temellendirmeler ile ortaya farklı felsefi yaklaşımlar çıkmıştır. Gerçekte anti-psikiyatri hareketi, tıbbî olmanın yanında/ ve onunla birlikte pek çok farklı kaynaktan da beslenmektedir. Burada **Michel Foucault**’nın felsefi katkılarını ve rolünü öne çıkarmak gerekir; şöyle ki, Foucault, “*Akıl Hastalığı ve Psikoloji*”, (1954), “*Deliliğin Tarihi*”, (1961), “*Kliniğin Doğuşu*” (1963) adlı eserlerinde toplumsal – kurumsal yapının (iktidar aygıtlarının) özneyi (kendi amacı doğrultusunda) oluşturduğunu, bu amaçla psikiyatrinin de kendini toplumsal düzenin sürekli işleyişinde aracı/ araç olarak gördüğünü, tımarhanelerin en rahatsız edici vak’aları tedavi etmenin yanında ve belki daha öncelikli olarak kapatma mekânları/ yöntemi olarak kullanıldığını ve böylece esas amacın üstünün örtüldüğünü iddia etmektedir; Foucault’ya göre “*delilik*” biyolojik değil tümüyle toplumsaldır – ideolojiktir. Hastane adı verilen kapatma mekânı tımarhane, bilimin/ psikiyatrinin teminatı altında meşruiyet kazanmaktadır.¹⁷⁸

¹⁷⁹ Aslında, buradaki itiraza, dünyadaki toplumsal, politik, ekonomik, kültürel değişikliklerin, eskiden beri süregelen ve bir ölçüde büyük haklılığı da olan bir uygulamaya başkaldırı olarak bakmak yerinde olacaktır. Altmışlı yıllardaki toplumsal çalkantılar, daha fazla özgürlük talep eden öğrenci hareketleri, kültürel değişimler, ekonomik yapı ile düşünürler ve hatta psikiyatrinin içinden insanlar, psikiyatrideki depo hastanelere dikkat çekmekte ve sanki bu hastaneleri damgalanmış psikiyatrik bireyleri (?) toplumdan uzak tutmaya yönelik kapatma yerleri olarak değerlendirmekte ve psikiyatriyi de buna alet olmakla itham etmektedirler. Psikiyatrik yönden “*normal*” ve “*anormal*” kavramlarının tanımına yönelinmekte ve bu ayrımın sanki çoğunluk olmanın normal, azınlık olmanın anormal olması gibi yanlış bir değerlendirme yapıldığına ve “*anormal/ psikiyatrik hasta*” olmanın kültürel olarak üretildiğine/ üretildiğini işaret/ iddia etmektedirler. Böylece, anti-psikiyatri hareketinde “*deli*”

¹⁷⁸ Akay, A., “**Michel Foucault**’da İktidar ve Direnme Odakları,” 3. Baskı, 2016, Ankara, Doğu Batı Yayınları.

¹⁷⁹ Peters, Michael A., Tesar, M., Locke, K., “**Michel Foucault**,” Michel Foucault - Philosophy - Oxford Bibliographies, <http://oxfordbibliographies.com>

psikiyatrik hasta” kavramının tıbbî bir duruma karşılık gelmediği ve tamamen sosyokültürel - ideolojik olduğu iddia edilir; psikiyatrinin, toplumda bireysel farklılıkları yontarak tek tipte, farklılığından arındırılmış, itaatkâr insanlar oluşturmaya hizmet ettiği düşünülür. Üstte de belirtildiği üzere, **Thomas S. Szasz**, 1960 tarihli “*The myth of mental illness*” adlı yazısında ve 1961 yılında yayımlanan aynı adlı, “*The Myth of Mental Illness*” kitabında, psikiyatrik hastalıkların biyolojik olarak var olmadığını ve bunun toplum tarafından üretilen bir söylence/ mit olduğunu iddia eder. **David Graham Cooper** (1931-1986), 1967 yılında “*Psychiatry and Anti-psychiatry*” kitabını yayımlar ve görüşlerini kapitalist sisteme karşı muhaliflik olarak ifade eder; Cooper, şizofreniyi kapitalist toplumun ürettiği bir hastalık olarak düşünür ve hatta kendi adlandırmasıyla şizofreniyi “*sociosis/ sosioz*” olarak ifade eder; *norm* ve *normal* kavramlarını sorgular. Cooper’a göre, psikiyatri, iktidarın *norm*’larına göre insanları düzene sokan bir aygıt olarak kullanılmaktadır.¹⁸⁰ **Ronald David Laing** (1927-1989) ise, kendisini anti-psikiyatri tarafında görmediğini söylemekte ancak yine de psikiyatrinin dışlayıcı yapısı olduğu düşüncesine katılmaktadır; Laing, şizofreniyi hastalık olarak görmemektedir ve bu durumu tehlikeli insanların sahne dışına atılması olarak yorumlamaktadır.^{181, 182} Anti-psikiyatri akımının temsilcilerinden **Franco Basaglia** (1924-1980, İtalya), psikiyatri hastanelerini kademeli olarak boşaltıp hastaları otonom mahallelere yerleştirerek, biyolojik olmayıp toplumsal olarak üretildiğini düşündüğü psikoz hastalarının normal yaşam düzeni ve insan ilişkileri içinde olması gerektiğine vurgu yapmıştır.^{183, 184}

Ne var ki, psikiyatriye karşı geliştirilen bu hareketin sosyokültürel ve psikiyatri disiplini ve uygulamaları yönünden haklı nedenleri olmakla birlikte, anti-psikiyatri hareketini yürütenlerin, psikiyatrik hastalıkların tamamen kültürel olduğunu ve bilimsel olarak bir dayanağının olmadığını iddia etmeleri, hem döneminde hem de

¹⁸⁰ Chapman, A., “Re-Coopering anti-psychiatry: David Cooper, revolutionary critic of psychiatry,” *Crit Radic Soc Work*. 2016 November; 4(3): 421–432.

¹⁸¹ Roberts, R. and Itten, T., “LAING AND SZASZ: Anti-psychiatry, Capitalism, and Therapy,” *Psychoanalytic Review*, 93(5), October 2006.

¹⁸² Clar, Anthony W., “Ronald David Laing 1927-1989: an appreciation,” *Psychiatric Bulletin* (1990), 14, 87-88.

¹⁸³ Foot, J., “Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78,” *Crit Radic Soc Work*. 2014 August 1; 2(2): 235–249.

¹⁸⁴ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) “*Handbook of the Philosophy of Medicine*,” Springer, 2017.

geçen on yıllar içinde nörobilimsel olarak yanlışlanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların önemli bir bölümünde biyolojik temel gösterilmiş ve ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (ama yine de psikiyatrik hastalıkların biyolojik temelinin olması, psikiyatrideki yaklaşımı ya da anti-psikiyatri hareketinde itham edilen yaklaşımı haklı çıkarmaz; sadece anti-psikiyatride iddia edilen tamamen kültürel düzlemde oluşturulması tezini çürütür) ancak elbette bireyin psikodinamik deneyimleri ve kişisel tarihi de hastalığın etyopatogenezinde ve seyrinde çok önemli rol oynamaktadır.^{185, 186, 187, 188} Anti-psikiyatri teorisi, neredeyse yalnızca bir muhalif duruşa dayanması ve ikna edici argümanlar sunamamış olması nedeniyle zaman içinde zayıflamıştır (ama hâlen süregelmektedir). Biz, anti-psikiyatri hareketinin, psikiyatrinin kendi içinde rolünü ve yapıp etmelerini sorgulaması için kuşkusuz yararlı olmuştur diye düşünüyoruz. Çünkü, hiçbir şey/ düşünce - eylem kuşkusuz mutlak doğru değildir, sorgulanamaz değildir, kendi içinde hataları, eksikleri barındırmaktadır ve (felsefi bir platformda ve yapıcı anlamda olmak kaydıyla) karşı tezler - temellendirmeler – duruşlar yararlı ve geliştirici etkiler gösterirler. Psikiyatrik hastalıklar, somatik hastalıklardan hem (*biyolojik temeli olmakla birlikte*) etyopatogeneze olarak farklılığı hem kültürel etkilenim ve yansımalarının da olması nedeniyle ayrı bir dikkati, merhameti, özeni haklı olarak gerektirmektedir. Yakın yıllarda yazılmış bir yazıda da, Thomas S Szasz üzerinden, “*The Myth of Mental Illness*” yazısındaki (ve kitabındaki) iddiaların bugün ne anlama geldiği ve geçen süre içindeki etkileri gözden geçirilmiştir.¹⁸⁹ Kuşkusuz, Szasz’ın iddiası önemli bir tartışmaya, değişim ve dönüşüme yol açmıştır; Szasz’ın iddiasına pek çok koldan, -pozitivistler, Kartezyen düalistler ve Aydınlanma felsefesinden kişilerden- yanıtlar, karşı çıkışlar olmuştur. Ancak, bugün anti-psikiyatri

¹⁸⁵ Zamanpoor, M., “Schizophrenia in a genomik era: a review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights,” *Psychiatric Genetics* 2020 Vol 30 No 1, pp.1-9.

¹⁸⁶ Kumar, A., Pareek, V., Singh, H.N., et al., “Altered Expression of a Unique Set of Genes Reveals Complex Etiology of Schizophrenia,” *Frontiers in Psychiatry* December 2019 Volume 10 Article 906.

¹⁸⁷ Kaltenboeck, A., Harmer, C., “The Neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future,” *Brain and Neuroscience Advances* Volume 2: 1-6, 2018.

¹⁸⁸ Pies, R., “The anatomy of sorrow: a spiritual, phenomenological, and neurological perspective,” *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2008, 3:17.

¹⁸⁹ Kelly, B.D., Bracken, P., Cavendish, H., et al., “The Myth of Mental Illness: 50 years after publication: What does it mean today?,” *Ir J Psychol Med.* 2010 Mar;27(1):35-43.

hareketini savunabilmek çok anlamlı değildir ama öte yandan bu karşı çıkışın arka planını ve mevcut işleyişi de gözden geçirmek lâzım gelmektedir.

Burada, konuyla tam olarak örtüşen ve görsel - anlatımsal - kavramsal - dramatik - sinematografik olarak bu konudaki kavramları âdeta canlandıran iki sinema filminden söz etmek yerinde olacaktır. Bunlardan ilki yönetmenliğini Miloš Forman'ın yaptığı 1975 yılı yapımı *Guguk Kuşu/ "One Flew Over the Cuckoo's Nest,"* ikinci film ise, Amerikalı yönetmen Sydney Lumet'in, İngiliz oyun yazarı ve senarist Peter Levin Shaffer'in eseri ve senaryosundan 1977 yılında çektiği (İngiliz-ABD ortak yapımı) *"Equus/ At ya da Küheylan"* filmidir. Her iki film de pek çok yönden, - özellikle insan kavrayışı, insan ilişkileri, iktidar ilişkileri, psikiyatrinin konumu ve rolü bakımından- çok değerli felsefî düşünceleri - mesajları - kavramları olan filmlerdir. Equus, bizce, *Guguk Kuşu/ "One Flew Over the Cuckoo's Nest,"*e göre bile daha katmanlı, derinlikli, çok yönlü, psikanalitik sofistike bir filmidir/ eserdir (filmde Alan Strang, Martin Dysart, yargıç, anne-baba vd. kişilerin rolleri ile sembolleştirilen kavramlar). İnsanın başlıca akıl ve duygu varlığı olması (/ biyolojik zeminde biyopsikososyogeist varlığı), insanın pek çok varlık alanı arasındaki kompleks ilişki, insanın varoluşsal yapısı, hayatın gerçekleri, naif ve etkilenmeye çok açık gençlik süreci, bozulmuş toplumsal - aile ilişkilerindeki riyakâr tutum ve söylemler, psikodinamik etkiler psikanalitik seansların - sürecin taraflardaki etkileri, hayatın tam olarak öngörülemezliği ve insan ruhunun derinliği - ulaşılamazlığı insanın öznelliğinin hiçbir şekilde tam olarak ortaya çıkartılamayacağı - anlaşılamayacağı, her insanın kendince sırlarla dolu olduğu, insanı anlamamanın ve hekimliğin bilimin yanında, çok samimi ve gayretkeş bir empati, iyi - hâlisane niyet ve merak, kültürel - entelektüel derinlik, hayatı çok yönlü kucaklama ve kendini adama gerektirdiği gibi konuları alabildiğine irdeleyen sert bir filmidir.

Bizim bakış açımızdan, pek çok yanı olan hastalıklar, öncelikle, insanda doğal olarak ve hayatın akışı içinde ortaya çıkan (/doğadaki sayısız etki, etkileşim, süreç, neden - sonuç ağı içinde doğal yasalar ile oluşan) durumlardır (= *natüralist yaklaşım*) ve doğadaki akış içinde hastalıkların bir değer karşılığı/ değer-yükü olmamalıdır. Çünkü, insan olmadığında doğa, -yasaları gereğince işler bir hâlde- ve sadece var'dır,

ona bir değer atfedebilmenin temeli tamamen insanda - insan zihnindedir. Burada, karşı çıktığımız bir husus da, -hastalıkların olmasına atfen- doğanın kusurlu olup olmadığı sorusudur ki, bu noktada, hekimliğin bakışı ve amacı ile bu soru ilişkisiz görünmektedir ve hekim açısından absürd bir soru ve sorundur. Hekimlikte bakılan ve dikkate alınan sadece **hasta olan birey**dir, bireyin o andaki sorunu – hastalığı, yakınmaları, ağrısı ve kaygılarıdır; hekim, hastasının hastalığını tedavi etmekle, yaşamının kurtarılması, hastalığının ve yaşamının iyileştirilmesi ile ilgilidir. Tüm doğa içinde, bireyin - hastanın bedensel durumunun sorgulaması son derece ilginç bir bakış olabilir ama bu apayrı bir konudur ve bu tezin (ve hatta tıp felsefesinin de) kapsamının dışındadır.

Aslında anti-psikiyatri hareketinin ortaya çıktığı ve zirve yaptığı dönem (çünkü anti-psikiyatri hareketi hep olagelmıştır ve bu karşı duruş, yoğunluğu ve etkisi zayıflamış olsa da halen devam etmektedir) sosyolojik bakımdan ele alınırsa, iki büyük savaşın yıkımını yaşamış bir dünyada pek çok yönden şiddetli protestoların, sosyal memnuniyetsizliğin, daha fazla özgürlük talebinin ve devrimsel hareketlerin olduğu dönemdir. (Hemen öncesinde) Felsefede Husserl’in fenomenolojisiyle *öznelararasilık* kavramının öne çıktığı; resim sanatında ekspresyonist/ dışavurumcu ve kübist akımın ortaya çıktığı; senfonik müzikte atonal müziğin etkilerini sürdürdüğü, senfonik/ progresif protest rock müziği tarzında birçok grubun ortaya çıktığı ve etkin olduğu, örneğin olağanüstü bir grup olan *Pink Floyd*’un şaheseri olan ve özellikle eğitimin / – her bireyin eğitim ile kendine ait o çok değerli farklılığının budanıp herkesin aynılaştırıldığı, tek tipte, farklılıktan arındırılmış, yaratıcı olmayan ama itaatkâr insanlar oluşturma’nın yoğun bir eleştiriye tutulduğu “The Wall” albümü, 1979 vd. ve diğer grupların albümlerinin coşkuyla karşılandığı bir dönemdir. Bu dönemde yine aynı karşı duruş ve hareketlerin/ akımların edebiyatta ve sanatın diğer dallarında da olduğu görülür; dolayısıyla, anti-psikiyatri hareketini de daha geniş ölçekte ve bu bağlamda ele almak doğru olur. Her şeyin karşıtı ile birlikte var olması, galiba *oluşun* daha diri, daha gerçekçi ve daha sağlıklı gelişmesini sağlaması gibi, anti-psikiyatri hareketi de böyle bir işlevi yerine getirmiştir/ getirmektedir diye düşünülebilir.

Her ne kadar hekim, hastanın şikâyetlerini dinledikten ve gerekli tetkikleri yaptırdıktan sonra kendi teorik ve pratik birikiminden kalkarak olası hastalığın tanısına mantıksal bir akıl yürütmeye varıyor olsa da tüm hastalıkların belirlenmesinde olduğu gibi tek tek vak'alarda da hastanın şikâyetini ifadede nasıl bir betimleme biçimi yol gösterici olmaktadır diye durum ele alındığında, bu bakımdan apriori bilinç yaşantılarını betimleme bilimi olarak fenomenolojinin yardımcı olabileceği düşünülebilir. Nitekim her hastalık kendini kimi semptomlar/ belirtiler ve bulgular üzerinden yine bir tasvir edici belirti ve bulgu ile hekime vermekte, bu tasvir edici resim sayesinde hastalığın olası tanısı ortaya konulabilmektedir. Hastalık belirtileri kendisini her bir organizmada farklı biçimde gösterebileceği gibi sinsice, kendisini açıkça duyurmaksızın/ latent olarak da ilerleyebilmekte ve bu durumda, hekimin, hastanın sağlıksızlık hâlini saptaması, aynen bir şimşeğin çakması veya bir flaşın patlaması gibi dolaysız bir sezgi ile de gerçekleşebilmektedir (bu durum belki *sens clinique* içeriği olarak da düşünülebilir). Bir hastada herhangi bir belirti (= *sempptom*) ve/ ya da bulgu (= *sign*), -hekimin çok yönlü donanımı – bilgisi – sezgisi – ilgisi ile- gösterge hâline geçebilir (aksi hâlde belirti ve bulgular tamamen havada ve anlamsız bir biçimde kalacaktır); bu, bizce, yorumlanmış – düzenlenmiş – yapılandırılmış değerlendirme olarak *Barthes'in gösterge tanımı* üzerinden de okunabilir ya da Merleau-Ponty'nin kavramlarıyla bakarsak *görünür olandan görünmez olam* çıkarmak şeklinde de okunabilir ki hekimin bu tutumu, iyi hekim olmak/ *sens clinique* ile örtüşür. Husserl, bilincin her daim bir şeyin bilinci olduğunu ve bilincin kendisine konu kıldığı şeylere yöneliminin apriori bir dolaysızlığa sahip olduğunu söyleyerek fenomenolojisini, bilincin kendisini de kendisine konu edebildiği transendental bir zemine taşımış ve bu saf transendental zeminde bilincin, başka bilinçleri idrak edip kavramasını, onların bedenlerinin algısıyla mümkün olduğunu söylemiştir. Dolayısıyla her ne kadar Husserl, şeylerin binbir farklı görünüşlerine karşın her defasında o görünüşlerin her birini aynı şeyin farklı görünüşleri kılan özü yakalamamızdan anladığı şey, tüm spekülâtif, metafizik, psikolojik, empirik, rölatif vb. ön-varsayımlarımızdan kurtulmamız sonucunda elde edilen saf eidetik anlamlar olsa da başka Ben'lerin varlığı hakkındaki idrâkımız, onların bedenlerinden bağımsız olarak gerçekleşemediğinden, Husserl fenomenolojisi hâlâ empirik temellerinden (yaşama dünyasından) kopamamış olmakla suçlanmaktadır. Hâlbuki Husserl yaşama

dünyasından kalkarak fakat yaşama dünyasını aşan bir transendental zeminde eidetik özleri yakalamakta; başkasının Ben'ini de kategorik bir yaşantı içinde görülemediği (*anschauen*), ancak kendi bedenine dair apriori görüşünden hareketle deneyimlediği başkasının bedenini -ki burada Husserl doğrudan başkasının bedenini değil, bilincin başkasının bedenine dair saf transendental anlama yönelimini kast etmektedir- idrak etmekte ve kendi varlığından ona aktardığı bir anlam aktarımı yoluyla o bedene ait bilincin varlığını dolaysız bir görüsellik içinde yakalamaktadır. İşte bu dolaysız ve görüsel/ sezgisel zemin, bilince verilenlerin apriori özünü yakaladığımız saf transendental zemin olarak kategorik yaşantılar alanıdır.

3.5.Tıp Pratiğinin Yöntemsel ve Felsefî Sorgulamalarında Başlıca Yaklaşımlar

3.5.1.Naif normalizm, Normalizm:

Bu yaklaşım, genellikle akademik tutum içinde ve çevrelerde (*örneğin üniversite hastanelerinde*) benimsenmiş bir yaklaşımdır; buna göre, sağlık normallik hastalık ise anormalliktir. Bu bakışa göre normallik tanımı (belirli bir ırk, yaş aralığı, cinsiyette) sıklıkla görülen değerlerden – verilerden istatistiksel olarak oluşturulmuş bir aralığa karşılık gelir. Diyelim ki –*belirli bir yaş grubunda*- erişkin nüfusunun arteriyel kan basıncı (= AKB), sistolik AKB için 110 – 130 (ortalama 120) mm Hg ve diyastolik AKB için 70 – 90 (ortalama 80) mm Hg olarak bulundu ise, bu değerler arasında AKB değeri olan kişiler normal, bu değerler aralığının dışına taşan kişiler ise anormal yâni hasta kişiler (patoloji taşıyan birey) ve bu durum da hastalık olarak kabul edilecektir. Bu düşünce tarzı, empirik veriler üzerine kurulmuş ve aynı zamanda epidemiyoloji ve istatistikten yararlanan bir yaklaşımdır. Sağlık ve hastalık kavramlarını, felsefî olarak bu matematiksel ve kavramsal temele oturtan yaklaşım

Christopher Boorse’de görülür.^{190, 191, 192, 193} Bu bakımdan, normalizm, natüralizm ile bazı yönlerden büyük ölçüde örtüşür olsa da natüralizm çok daha başka kavramları da dikkate almayı gerektiren bir kavrayıştır.

(**Naif**) **normalizm**de tümüyle nicel – bilimsel bir tutum vardır; kişisel/ tikel farklılıklar, içinde bulunulan bağlam ile ilişkilendirme bir ölçüde ihmal edilir. Normalizm, hekimin izlediği tıp praksisinin empirik - bilimsel yönden temellendirilmesini, tanı ve tedavide hangi yolları izlemesi gerektiğini gösterir (*örneğin algoritmalar ile, Kanıta-Dayalı Tıp pratiğinde olduğu gibi*); burada, yapılan işin çerçevesi empirik - bilimsel olarak analiz edilip formülleştirilmiş, şablonlar oluşturulmuş ve yapılacak şeyler – izlenecek yollar standardize edilmiştir.¹⁹⁴ *Norma* sözcüğü gönye gibi ortada olanı işaret eder ki böylece *normal* sözcüğü, bir özelliğin belirli bir popülasyonda en çok görüldüğü değer/ aralık durumunu gösterir. Bu yaklaşımda *norm*’ların oluşturulması, tıbbın epistemolojisinde de görülebileceği gibi, güvenilirlik derecesi/ düzeyi değişen ve tıbbi bilginin oluşumu aşamalarında kullanılan (bu yapıda giderek güvenilirliği artan ve “**1. Düzey**” kanıtta en güvenilir dereceyi sağlayan çalışmalar - aşamalar söz konusudur; çünkü, tarafsız bir yaklaşım ve değerlendirme vardır) empirik çalışmaların sonuçlarının kanıt olarak tanınması ile oluşturulur. Aşağıda kanıt düzeyi ve güvenilirliği verilmiştir:

- ✓ “*Temel*” kanıt, hayvan deneylerini, *in vitro* (= laboratuvar) araştırmalarını, çeşitli spekülasyonları ve düşünceleri içerir,
- ✓ “*5. Düzey*” kanıt, deneyimli uzman görüşlerini, vak’a sunumlarını, kişisel gözlemleri içerir,
- ✓ “*4. Düzey*” kanıt, kontrollü olmayan kohort çalışmaları, vak’a serilerini içerir,
- ✓ “*3. Düzey*” kanıt, retrospektif kohort çalışmaları içerir,

¹⁹⁰ Boorse, C., “On the Distinction between Disease and Illness,” *Philosophy & Public Affairs*, Vol 5 No.1 (Autumn 1975), pp. 49-68.

¹⁹¹ Schramme, T., “Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 565-571, 2014.

¹⁹² Kingma, E., “What is it to be healthy?,” *Analysis*. 2007 April ; 67(294): 128–133.

¹⁹³ Sadegh-Zadeh, K., “*Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*,” Second Edition, Springer, 2015.

¹⁹⁴ A.g.e.

- ✓ “2. Düzey” kanıt, 2. Düzey meta-analizi, heterojen 1. Düzey kanıtı, prospektif karşılaştırmalı çalışmayı içerir,
- ✓ “1. Düzey” kanıt, homojen randomize kontrol çalışmasının meta-analizini içerir.

Bu sıralamada, tabii ki, **1. Düzey kanıt** en güvenilir ve klinikte uygulanabilir bilgiyi verir. Böylece, son derece kapsamlı, çok aşamalı, defalarca sınınanarak, tarafsız bir yaklaşımla elde edilmiş ve sonrasında geniş klinik serilerden, meta-analizlerden elde edilen sonuçlar değerlendirilerek **norm**’lar elde edilir. Bu bilimsel bir yaklaşımdır, çok değerlidir ve şarttır; ancak, bizim yorumumuza (ve eleştirimize) göre, insanı sadece bu bilimsel normlar ile de sınırlamamak ve her bireyi kendi bağlamında, yaşam bütünlüğünde görebilmenin olanaklarını geliştirmek ve hekimlik praksisini holistik bir kapsam içinde düşünmek gerekmektedir. Canguilhem’in anıtsal “*Normal ve Patolojik*” adlı eserinde ifade ettiği şekilde, “*Yaşamın mekanik ya da kimyasal süreçlerde değil, canlının ortamı ile kurduğu yaratıcı ilişkide aranması gerekmektedir.*”¹⁹⁵

3.5.2. Natüralizm: [Tanımlayıcı yaklaşım, C. Boorse’nin Biyoistatistik Teori (= BST)’si]

Bu yaklaşım günümüzde/ çağdaş tıp pratiğinde son derece yaygın olarak benimsenmiş bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda esas belirleyici olan kriterler bilimsel normlara göre hareket etmek (natüralist, tanımlayıcı yönü) ve sosyal – kültürel değerlerden arınmış olmasıdır; böylece, sağlık ve hastalık, (kültürel) değerler içermeyen bilimsel kavramlardır şeklinde tanımlanır.^{196, 197} Hastalık, tümüyle (kültürel) değer-taşımayan bir içeriğe sahip olup biyoloji ve tıp bilimleri zemininde keşfedilip anlaşılabilinecek - bilimsel, doğal, empirik, gerçek-dünya kategorisi içinde

¹⁹⁵ Canguilhem, G., “*The Normal and the Pathological*,” Translated by Carolyn R. Fawcett in collaboration with Robert S. Cohen, ZONE BOOKS • NEW YORK, 1991.

¹⁹⁶ Boorse, C., “*Health as a theoretical concept*,” *Philos Sci* 44:542-573, 1977.

¹⁹⁷ Schramme, T., “*Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine*,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 565-571, 2014.

kavramlardır. Christopher Boorse'ye göre, "fizyolojik sub-sistemlerin/ alt-sistemlerin (organların, dokuların, hücrelerin vd.) doğal görevi sağkalım ve üremeye katkıda bulunmaktır. Eğer bir alt-sistem hastalanırsa, görev(ler)ini yapamaz ve organizmanın fonksiyonları referans sınıfındaki norm değerlerin dışına düşer (bu yaklaşım, natüralistler içinde biyolojik fonksiyonun tanımlanması bakımından ileriye doğru bakış çizgisini temsil eder). Görüldüğü gibi Boorse, sağlıklı olmayı, sağkalım ve üreme üzerinden kurmakta ve temellendirmektedir. Boorse, BST'yi aşağıdaki şekilde tanımlar:

a) Referans sınıfı, yaş grubu, cinsiyet ve tür-ırk olarak aynı şekilde fonksiyon gösteren bireylerden oluşturulur,

b) Referans sınıfının üyeleri içindeki, herhangi bir yapının ve sürecin sağkalım ve üremeye tipik katkısının istatistiksel verisi **normal fonksiyon** olarak kabul edilir,

c) Hastalık, ya normal fonksiyonun etkilendiği içsel bir durumdur, örneğin bir ya da daha çok fonksiyonun beklenen etkinliğin altında olması ya da çevresel etkenlerin neden olduğu fonksiyonel bir kısıtlamadır,

d) Sağlık, hastalık durumunun olmayışıdır.^{198, 199}

BST'de bilimsel kuramlar sıklıkla istatistiksel analizleri de kapsar, matematik modeller kullanılarak sağlık ve hastalık birbirinden ayırt edilmeye çalışılır. Tüm organizma ve/ ya da sistemler - altsistemler vd. için bilimsel ve teknolojik incelemeler ile olabildiğince nicelleştirilmiş veriler elde edilir. Hastalık durumlarını ortaya koyabilmede geçerli standartları oluşturabilmek için, büyük demografik ölçekli veri toplanarak formal yöntemler ile istatistiksel çıkarımlar sağlanır. Çeşitli durumlar için, örneğin hormon ölçümleri, kan sayımı ve kan biyokimyasal ölçümleri vb. sayısız değişken için değer eğrileri oluşturulur ve normal aralık ve standarttan sapmalar belirlenir.

¹⁹⁸ Tresker, S., "Theoretical and clinical disease and the biostatistical theory," Studies in History and Philosophy of Biol & Biomed Sci 82 (2020).

¹⁹⁹ Boorse, C., "A second rebuttal on health," Journal of Medicine and Philosophy, 39, 683-724, 2014.

Tanımlayıcı yaklaşım (= *Natüralizm*, *Boorse'nin BST'si*)'nde tek belirleyici olarak tıbbın bilimsel ve teknolojik yönü dikkate alınıp tıbbın hümanistik yanı elimine edilmiştir/ çok dikkate alınmamıştır; bu ise, ortaya tamamen mekanik bir tıp anlayışını çıkarmıştır. Bu yaklaşımda hekimlik uygulaması sadece teknik – mekanik bir ilişkidir. Aslında bu anlayış, R. Descartes ile başlayıp Spinoza, Locke, Leibniz, Newton ile devam eden mekanik evren tasavvuru sürecinin tıba ve hekimlik pratiğine yansıyan hâlidir. Bu anlayışta madde ve ruh, -Aristoteles'in organistik-teleolojik anlayışından farklı olarak- birbirlerinden başka şeylerdir; böylece, madde (insanın maddi yönü/ *res extensa*) bilimsel olarak araştırılıp nasıl çalıştığı ortaya konabilir. Tanımlayıcı (= *BST*) yaklaşımda tıp pratiğinin *nasıl* anlaşılabilceği, bu pratiklerin, -örneğin *tanı* koyarken, *tedavi kararı verirken vb.*- kararının *nasıl* bir düşünce akışı – düşünme sistemi ile verildiği irdelenir. Bu yaklaşımda, örneğin “tanı” ele alınırken tanı koymak için tıbbî süreçlere yönelik yalnızca “*nasıl*” sorusu ile düşünüldüğü ve bir hekim tarafından *tanı koyma işinin* nasıl gerçekleştirildiği ele alınır. Bu yaklaşım tarzında, bilimin soru kipi olan “*nasıl*” sorusu ön plandadır ve felsefî – hümanistik bir soru kipi olan “*ne'dir*” sorusu yoktur (örneğin “tanı nasıl konur” diye sorulur, “tanı ne'dir” diye sorulmaz).²⁰⁰ Tanımlayıcı yaklaşım, empirik bir dünya tasarımı yapar ve empirik bulgular üzerinde çalışır; bu yaklaşımda pozitivizm, kartezyen düalizm ve aydınlanma felsefesi hâkimdir; bu yaklaşımda ortaya çıkan tıbbî dil de yaklaşımın felsefî arka planına uygun gelişen bir terminolojidir.

Bizim eleştirimize göre, Boorse'nin BST yaklaşımı, tıpta bilimsel ve teknolojik unsuru esas almasıyla (ki bazı yaklaşımlar buna tamamen itiraz ederler, örneğin normativist yaklaşım) çok önemli doğru bir adım atmıştır. Ancak, insanın yalnızca *soma*'dan (maddeden, *res extensa*) ibaret görülmesi ve -bir yanıyla- bunun sonucunda bu kuramın bilimsel yaklaşımının katı bir genelleme biçiminde olması ve kişisel farklılıklara yeterince yer vermeyişi daha rafine bir tıp uygulamasının önünde engel oluşturmaktadır. Ayrıca, sağlık kavramının hastalık durumunun olmayışı olarak tanımlanması, sağlığın içeriğinin tanımını ve pozitif yönünü oldukça daraltmaktadır. Bu özellikleriyle, Boorse'nin BST yaklaşımı, (bilimsel esaslara dayanan ama)

²⁰⁰ Sadegh-Zadeh, K., “*Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*,” Second Edition, Springer, 2015.

mekanik bir tıp uygulamasını getirmektedir. Tıp praksisinde hasta ve hastalığa yaklaşımda “*nasil*” sorusu ile natüralist bir perspektiften ama yalnızca hastalığa bakmakta, hastaya bakmamakta, hastayı görmemektedir.

Genel olarak Natüralist yaklaşıma yönelik Eleştirimiz:

Burada sağlık ve hastalık anlayışı içinde natüralist unsuru içeren yaklaşımlar, örneğin normalizm, BST belirtilmektedir.

- İstatistiksel değerler – veriler (formal yöntemler olarak) elbette bir (genel, kaba) yaklaşım/ değerlendirme sağlasa da, her zaman biyolojik – fizyolojik yapılarda ayırt ettirici olmayabilir, sağlık ve hastalık ayrımına denk düşmeyebilir.
- Her ne kadar değer-yüklü olmadığı söylene de, yine de, normal aralığı belirlemede doğaya/ insan fizyolojisine bir değer atfetme ya da belki daha doğrusu yalıtılmış – indirgeyici ve dayatılmış bir *normal değer aralığı* belirtilmektedir; üstelik, istatistiksel olarak elde edilmiş olan ortalama değerler değişmez *norm*’lar değildirler. Bireyin biyolojik durumu bağlamı – koşulları içinde belirleyicidir; bu demektir ki *normal* kavramı değişmez değildir, normal dinamik - değişken ve polemik bir kavramdır. Dolayısıyla normal – anormal değerlendirmesi (kaba anlamda bile) sürekli takip ve hep yeniden değerlendirmeyi gerektirir.
- Her bireyi, istatistiksel eğrinin gösterdiği anlamda *normal – anormal* olarak değerlendirmek uygun düşmeyebilir; normali sabitlemek için yaşamı görmezden gelip neredeyse iradî bir seçim yapmak zorunda kalınır; bireylerin, diğer özellikleri ve bağlamları da dikkate alınmayı gerektirir. Pek çok değişkenin birarada ve tüm yaşam dinamikleri ile birlikte ve bireye özgü “*özel çerçeve*” oluşturularak normal – anormal ayrımının yapılması, daha rafine/ ince bir hekimlik praksişi sağlayacaktır. Örneğin farklı irtifalarda yaşayan insanların kan sayımı farklılık gösterecektir, müdahaleyi gerektirmeyen

bozukluklar normal değerleri etkileyebilir, bireylerin yaşam içinde kullandıkları nitelikleri farklıdır.

- Bireyin değerlendirilmesi, klinikte hiçbir zaman yalnızca tanımlayıcı ve normatif içerikle tamamlanamaz; mutlaka, bireyin öznelliğini dikkate alan genel klinik izlenim ve değerlendirme, bireyin koşulları, beklentileri vd. de karar vermeyi etkiler.
- BST’de sağlıklı olmak bedendeki organların – sistemlerin fonksiyonlarının normal olması ve sağlık belirteçlerinin – verilerin normal aralıkta olması ile eş anlamlıdır; organizmanın bütünlüğü ve kendine özgüllüğü dikkate alınmamaktadır; bireyin öznelliği, intrapsişik yapısı, psikodinamik deneyimleri, sosyal çevre-yapı içindeki bağlamı ihmal edilmektedir. Sağlık, sadece sağkalım ve üreme işlevleri üzerinden inşa edilmiştir; bu ise, insanı son derece indirgeyen bir bakıştır. Bu anlamda BST yaklaşımı sağlık ve hastalık kavramları için yeterli değildir.
- İstatistiksel normatif eğriler ve bunların işaret ettiği normal - hasta ayrımı, hastalık sınıflamalarına/ kategorilerine göre de farklılıklar gösterir ve spesifik olarak hastaya özel çerçeveler oluşturulmalıdır.
- “*Normal aralığın dışında olmak*” her zaman bir patolojiye mi işaret eder? Basitçe “*normal değil*” denilebilir (özellikle bu yaklaşımda normallik çoğunluk ile ortaya konuyor ve bu tutum çok temel sorunlar oluşturabilir) ama normal olmamak mutlaka patolojik olmayı gerektirmez. Dolayısıyla, normal - anormal ayrımını gösteren istatistiksel eğriler, ancak ayrıntılı ve derinliğine klinik inceleme - muayeneler eşliğinde değerlendirmeye tâbi tutulmalıdır; aksi hâlde, katastrofik hatalar ortaya çıkabilir. Çünkü her canlı türünün doğadaki sayısız çeşitliliği gibi ama üstelik insanda ayrıca kültürel çeşitliliğin de etkisiyle, insanın son derece farklılık taşıyan biyopsikososyotinsel – kültürel yapısı, yalıtılmış normal – anormal eğrilerine göre basitçe verilmiş kararları – yorumları çok aşabilir, aşacaktır.
- Hastalıklar eğer doğal ise, özellikle mental hastalıklar ve davranış bozukluğu grubundaki patolojilerde- sosyal normların geçerliliği sarsılabilir; bu nokta tartışmaya açılmalıdır.

- Tanımlayıcı yaklaşım, empirik bir dünya tasarımı yapar ve empirik bulgular/ veriler üzerinde çalışır; ortaya çıkan tıbbî dil de buna uygun gelişen bir terminolojidir. Oysa hekimlik çok daha kapsamlı, bütüncül ve insanı odağa alan bir yaklaşımı gerektirir.
- BST'nin hastalıkların bilimsel – tıbbî keşfedilebilirlik iddiasını savunuyoruz. Ama her hastalığın bilimsel olarak doğru ve eksiksiz tanımlanmış olduğu – bilindiği de elbette söylenemez; bu bilimsel buluşlar, hiç bitmeyecek bir çaba ve emek ile aşama aşama ortaya çıkarılacaktır, zaman içinde çok olasıdır ki (minör ya da majör) paradigma değişiklikleri olacaktır ve az ya da çok öngörülenin dışında bir bilimsel – teknolojik gelişim izlenecektir. Bununla birlikte, hastalık ile hasta ayrımını mutlaka yapmak gerekir; çünkü tıp praksisinde hekim, hastayı teşhis ve tedavi eder, hastalığı bilmek şarttır/ kaçınılmazdır ama yeterli değildir.
- BST'nin hastalıkların değer-taşımadığı iddiasını savunuyoruz. Elbette, şizofren olan, beyin tümörü tanısı konan ya da beyin damarındaki anevrizması kanayan bir insanda söz konusu hastalığa ya da kişiye kötü olduğu söylenemez/ bir değer yüklenemez. Sağlık ya da hastalık, bizatihi kendinde barındırdığı/ kendine içkin bir değer taşıyor olmalıdır. Hekimlik pratiğinde de hekimin, sağlık – hastalık durumlarına bir değer atfetmesi olağan ve doğru değildir. Ancak, pek çok hastalığın, toplumda metaforik bir içeriği vardır; sağlık ve hastalık durumları, insanlararası ilişkide – iletişimde, sosyal algıda ve yaşamın içinde pek çok alanda değer-yüklüdürler; ancak, bilimsel ve felsefî yaklaşımla hastalıkların değerden uzak olduklarını düşünmekteyiz. Bu değer yüklenmiş olmak, bilim alanına geçmemelidir; çünkü, bilim dilinde -günlük konuşma dilinden farklı olarak- evren/ doğa akıl yoluyla anlaşılacak/ kavranmak istendiği için, dilin, kavramların ve kavramlararası bağların gevşek, duygulara açılan yapısı uzaklaştırılmış ve dil tamamen mekanist ve determinist bir yapı kazanmıştır; burada artık sıfatlara, metaforlara yer yoktur; kavramlararasıda matematik dil aracılığıyla kurulacak ilişkiler sıkı mantıksal bir özellik taşıyacaktır. Böylece, kavramların semantik içerikleri çok daha sınırlı, yâni tek-anlamlı olacaktır ki, bilimde yanıtlar (belirli bir zamanda) yalnızca bir tanedir ancak, anlatım tıp praksisine/ uygulamaya, -yâni insana- geldiğinde

mitoslar, öyküler, edebiyat gibi kültürün kurucu unsurlarında anlatımın içeriği ve semantik yapısı değişecektir. Böylece, bilim insanı metaforlara itibar etmez, bilim insanı zorunlu olmadıkça sıfatları dahi kullanmaz; bilim insanı durumu en yalın, kesin bir bilimsel anlatım ile ifade etmelidir. Peki, hekim bilim insanı mıdır? Evet, hekim bir bilim insanıdır ama yalnızca bilim insanı olmakla yetinemez. Hekim hem bir bilim insanı hem de insan ve toplum bilimleri bakımından eğitilmiş ve donanımlı biri olmalıdır. Edmund D. Pellegrino'nun dediği gibi, "*Medicine is the most humanistic of the sciences, and the most scientific of the humanities*" – "Tıp bilimlerin en insanî olanı, insan ve toplum bilimlerinin de en bilimsel olanıdır."^{201,202}

3.5.3. Normatif (= *kural koyucu*) yaklaşım – konstrüktivizm (= *yapılandırma*)

Normatif yaklaşım, natüralist yaklaşımın karşıtı/ rakibi denebilecek özellikler taşır. Bu yaklaşımda, hastalığın görüngülerinin belirli kategoriler hâlinde sınıflandırılması değer yargıları üzerinden oluşturulur.^{203, 204, 205} Normativist görüşte, sağlık ve hastalığın esas olarak bir değerlendirme kavramı olduğu ve biyolojik bir tanımının olmadığı (= *antroposentrik olduğu*) düşünülür. Engelhardt'a göre,²⁰⁶ hastalıklar hem deskriptif/ tanımlayıcı hem de normatiftir. Normativizm, natüralizme göre tanımı daha belirsiz bir kavramdır; çünkü, (sosyal – kültürel) değerler çok değişkendir. Bunu açıklamaya – belirginleştirmeye ve sorunu çözmeye yönelik, yaklaşımın kendi içinde farklı gruplar ortaya çıkmıştır.^{207, 208} Öyle ki, bu yaklaşımdaki hastalık tanımını organik – fiziksel hastalıklara uygulamak pek olanaklı

²⁰¹ Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., "A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions," Oxford University Press, New York, 1981.

²⁰² Thomasma, David C., "Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine," The Journal of Medicine and Philosophy 15: 245-267, 1990.

²⁰³ Engelhardt, H.T., "Ideology and etiology," J Med Philos 1:256-268, 1976.

²⁰⁴ Cooper, R., "Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences," *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol 33, No. 2, pp. 263-282, 2002.

²⁰⁵ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) "Handbook of the Philosophy of Medicine," Springer, 2017.

²⁰⁶ Engelhardt, H.T., "Ideology and etiology," J Med Philos 1:256-268, 1976.

²⁰⁷ Megone, C., "Aristotle's function argument and the concept of mental illness," Philos Psychiatry Psychol 5:187-201, 1998.

²⁰⁸ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) "Handbook of the Philosophy of Medicine," Springer, 2017.

görünmemektedir; bu yaklaşımın, belki daha çok mental hastalıklar ve davranışlara/ davranış bozukluklarına uygulanabilirliği var gibi görünse de, günümüzde, -özellikle 1990'lardan itibaren (çünkü, 1990'lardan bu yana nörobilim çalışmaları çok büyük bir önem ve ivme kazanmıştır)- nörobilim çalışmalarında psikiyatrik hastalık ve bozukluklarda, kognitif/ bilişsel - davranış sorunlarında biyolojik bir temelin bulunduğu (ve belirleyici olabileceği) ortaya konmuştur.^{209, 210, 211, 212, 213, 214}

Cooper'in,²¹⁵ normativist yaklaşım içinde geliştirdiği maksimal değer-yüküklü yaklaşıma göre, hastalık diyebilmek için aşağıdaki üç koşulun karşılanması gerekir:

1. Hastalığa yakalanmak kötü bir şeydir,
2. Hastalığa yakalanan insanın şanssız biri olduğu düşünülür,
3. Hastalıklar tıbbî olarak tedavi edilebilirler.

Reznek'in önerdiği yaklaşımda ise, ilk iki koşul aynı olmakla birlikte üçüncü koşul zorunlu tutulmamıştır.²¹⁶ Her iki düşünür de, örneklerini hep yaşam içindeki durumlardan, davranış bozukluklarından seçmektedirler. Örneğin, Cooper'in düşüncesine göre pedofili bir hastalık değildir, çünkü üç koşulu da karşılamamaktadır (Cooper bu durumun başkaları için kötü bir şey olmasına karşın kişi için kötü olmadığını iddia eder); psikoz mental bir bozukluktur ama hastalık değildir, mutsuz

²⁰⁹ Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), "**Principles of Neural Science**," Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.

²¹⁰ Zamanpoor, M., "**Schizophrenia in a genomik era: a review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights**," Psychiatric Genetics 2020 Vol 30 No 1, pp.1-9.

²¹¹ Kumar, A., Pareek, V., Singh, H.N., et al., "**Altered Expression of a Unique Set of Genes Reveals Complex Etiology of Schizophrenia**," Frontiers in Psychiatry December 2019 Volume 10 Article 906.

²¹² Kaltenboeck, A., Harmer, C., "**The Neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future**," Brain and Neuroscience Advances Volume 2: 1-6, 2018.

²¹³ Pies, R., "**The anatomy of sorrow: a spiritual, phenomenological, and neurological perspective**," Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2008, 3:17.

²¹⁴ Bear, M.F., Connors, B.W., Paradiso, M.A., "**Neuroscience, Exploring the Brain**," Fourth Edition, Wolters Kluwer, 2016.

²¹⁵ Cooper, R., "**Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**," *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol 33, No. 2, pp. 263-282, 2002.

²¹⁶ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) "**Handbook of the Philosophy of Medicine**," Springer, 2017.

bir evlilik Cooper için bir hastalık değildir; ama Rezek için hastalıktır. Bir başka örnek, istenmeyen bir gebelik Cooper için bir hastalıktır; ama natüralistler, istenmeyen bir gebelik durumunu, -bizim de düşündüğümüz şekilde- asla bir hastalık olarak düşünmezler; bu durum, yaşam içinde sorunlu bir durumdur ama hastalık değildir.

Normativizm yaklaşımı için Eleştirilerimiz:

1. Hastalığı tanımlamada değerler/ sosyal normlar belirleyici olduğu için (çünkü bu yaklaşıma göre, hastalıklar sosyal olarak üretilmiş değer-yüklü kavramlardır), belirli hastalık kategorileri ve geniş çaplı kabul gören tümeller oluşturmak olanaksızdır, hastalık tanımı değişken ve tamamen toplumun ne düşündüğüne ve nasıl yorumladığına bağlı olarak belirsizdir, havadadır. Hastalıklar, toplumdan topluma değişiklik gösterir, aynı toplum içinde zaman içinde kültürel değişime koşturarak değişebilir. Hastalığın değer-yüklü olma temeli üzerinde kurulması, hastalıklar için son derece belirsizlik – değerlendiren kişiye göre farklılık sonucunu doğuracaktır. Belirli hastalık tümelleri olmaksızın bilimsel bir yaklaşım olanaksız hâle gelecektir (ki zaten normativistler bilimsel bir unsuru da reddetmektedirler). Bilimsel bir referans - dayanak olmadan verilen kararlar ve yapılacak tedaviler keyfi olacaktır; bu durum, hem mental hastalıklar hem de somatik hastalıklar için (ki, biz bu ayrımı da son derece yapay ve yanlış bulmaktayız), günümüzde tıbbın geldiği bilimsel ve teknolojik düzeyde ve kavrayışta kabul edilemez bulmaktayız.
2. Normativist anlayışta hastalık grupları sistematik değildir, kendi içinde bir hiyerarşi göstermezler, bilimsel bir tanımlamadan ve nesnellikten yoksundurlar; dolayısıyla, normativistlere göre hastalıklar bilimsel değildirler ve zaten normativistlerin böyle bir iddiaları da yoktur.
3. Tıp eğitimi almış ve hekimlik praksi içinde olan birinin, hastalıkların bilimsel bir temelden uzaklaştırılmasını ve bizzatı hastalığa bir değer-yüklenmesini ve pratiğin bunun üzerinden gerçekleştirmesini onaylaması tümüyle bir paradoks olacağı için, bu felsefi yaklaşımın (bilimsel) tıp camiasında onaylanması pek

düşünülemez. Çünkü hekim, her yaptığını bilimsel bir temele oturtmaya çalışır ve hastalıklara nesnel – bilimsel yaklaşmak zorundadır.

4. Elbette, insanlarda/ toplumda sağlık ve hastalığa karşı bir algı oluşabilir, benzetmeler yapılabilir, sıfatlar verilebilir, metaforlar ortaya atılabilir, bu konular edebiyatta ve sanatın pek çok alanında çokça işlenebilir vb.; bu etkinlikler duyguları harekete geçirir, konuyu canlı tutar, toplumsal bir farkındalık ve duyarlılık sağlayabilir, hayatı zenginleştirir. Bunlar hep olmuştur, (gerçeği saptırmamak koşuluyla elbette) olmalıdır ve hep olacaktır.

Felsefe tarihinde mitoslar aşıp sonrasında logos başlamıştır; ama kuşkusuz, hayatın içinde mitoslar ya da mitosların yerini tutan söylenceler, metaforlar, yakıştırmalar, hikâyeler hep olmuştur, hep olacaktır ve bu da kültürün kurucu unsurlarından biridir. Ama, bu hikâyeler, bilimsel ve mesleki olarak uygulanan tıpta karar verdirici değildirler. Hekimin karar verme süreci, bilimsel bilgi üzerinden olacaktır ve bunun yanında -ama bu söylence, öykü, inanç da hekime bir veri gönderecekse- bu, hekimin, insanı ve toplumu kavraması yönünde/ anlamında olacaktır.

Ancak, bilimsel anlamda hastalık mitik ifadeler değildir; bu, hastalığın toplumsal algısıdır ve -hastalığın felsefi olarak kavramsallaştırılması ile hastalığın toplumsal algısı olmak üzere- bu iki kavram birbirinden tamamen farklıdır. Ontolojik olarak temellendirilebilmesi için, öncelikle hastalıkların bilimsel ve teknolojik olarak açığa çıkartılarak – tanımlanmaları gerekmektedir. Bu, -tıpkı diğer doğa olaylarında da olduğu gibi- aşama aşama doğanın ifşa edilmesidir, insan zihni ile çözülmesidir; ancak, insanın hastalıklarında, diğer doğa olaylarında olduğundan daha farklı ve fazladan bazı özellikler vardır ki, bu da sürecin insanda zuhur etmesidir. Bu bakımdan, hastalık ile insanın etkileşimi ve insanda ortaya çıkışı süreci çok daha çetrefil bir hâle getirmektedir (böylece *hastalık* ve *hasta* kavramları birbirinden farklılaşmaktadır). Bu durum, hastalığın *ne*'liği/ mahiyeti – felsefi yönden ontolojisi, bilimsel ve teknolojik bakış ile inşa edilmesi üzerine

felsefe - insan ve toplum bilimleri (hümanitas) donanımı ile çok yönlü bir yaklaşım içinde gerçekleştirilebilir, argümantasyonu yapılabilir.

5. Kuşkusuz, hekim - hasta ilişkisi ve iletişimi en temelde **güvene** dayanan; bilim, teknoloji ve mahareti en üst düzeyde gerektiren; yoğun insanî anlayış – kavrayış, empati, sempati, nezaket, şefkat, hassasiyet, ilgi ve yardım edebilme isteği içinde gerçekleşen bir ilişkidir; hayat şiirinin içinde hassas ve çok kırılgan bir alandır ve bu bakımdan kültür-yüklüdür, sosyal – kültürel tüm yapılardan etkilenir; ama bu, sağlık ve hastalığın kendisinin (kültürel) değer-yüklü olması demek değildir. Dolayısıyla, hastalığın ne olduğunu felsefî olarak temellendirirken, hastalığın değer-yüklü olmasını, hekim – hasta ilişkisi bağlamından tamamen farklı anlamak icap etmektedir. Şöyle örneklendirelim, hastayı muayene ederken belki bazen saniyeler içinde ya da en fazla üç dakikada tanıyı koyabilirsiniz ve yapılacakları kafanızda belirlemişsinizdir ama hastaya çok daha fazla zaman ayırmanız gerekir; çünkü, hastanın da size söyleyecekleri vardır, muayene öncesinde görüşmeyi düşünerek bir kurgu – plan yapmıştır, sizinle paylaşması gereken soruları vardır; belki kendisine dahi söyleyemediği bazı şeyleri size söyleyecektir, dolayısıyla o da sizi tanımak istemektedir. Hekim, ilk andan itibaren hastayı her şeyiyle inceler ve tanı için ipuçlarını yakalamaya ve hastasını tanıyıp anlamaya çalışır, tetkikleri planlayacaktır, spesifik bir tanı koyacaktır, tedavi stratejisi yapacaktır; bunun yanında, hasta da, belki çok daha ayrıntılı bir biçimde hekimi gözlemler ve ona güvenip güven(e)meyeceğine karar vermeye çalışır. Naif bir iletişimdir hekim – hasta ilişkisi. Turgut Uyar, hayatın içindeki duygusallığı ve hassasiyetleri aşağıdaki şiirinde şöyle dile getirmektedir...

“ne değişir

ben kan diye başlamak isterim oysa gülün derdi başkadır
lale bahardan yanadır çiğdem güneşten konu değişir

hepsine pekala amma bilirim gülün derdi uydurma
kıpırmızı en çok yakışırken kendine onu değişir

lale mayıs ayıdır mora turuncuya filan boyanır
pek güvenmem yabancıdır bakarsın yönü değişir

çiğdem cefaya katlanır alışmıştır kendi yeşiline
haklıdır bakımsızdır yağmurun durmadan günü değişir

hoş olsun bütün verdikleri aldıkları şu çiçeklerin
gül susar çiğdem uyanır tüfek başlar konu değişir

hep böyle süreceği sanılır bu gül hikayesinin
hep böyle sürer gerçi amma bir gün sonu değişir”²¹⁷

Turgut Uyar, “Divan”

Normativizmin revizyonist bir örneğini Lennart Nordenfelt’in yaklaşımında görmekteyiz; bu yaklaşımda hastalık, kişinin yaşamsal amacına ulaşabilmesinde yetersizlik olarak tanımlanır. Bu yaklaşımda, “*bireyin yaşamsal amacı, o bireye minimal mutluluk sağlamak için gerekli ve yeterli amaçlardır*” şeklinde bir temellendirme yapılır.²¹⁸ Burada hemen dikkat çeken şey, kuşkusuz, minimal mutluluk ve yaşamsal amaçların yeterince tanımlanmamış, kapalı, eksik, muğlak, kişiye bağlı/ öznel olmasıdır ve en önemli handikap bu tanımın bilimsellikten uzak/ bilimsel kıstaslarının olmayışı ve manipülasyona açık olmasıdır. Kuşkusuz sağlık kavramının tanımı yalnızca bilimsel temeller üzerine de kurulamaz ama muhakkaktır ki durumun tanımı olabildiğince bilimsel nesnel temeller üzerine inşa edilmelidir. Buradan hareketle, diyelim ki beyin kanamalı bir hastanın durumu elbette bir hastalıktır, çünkü bu durum yaşamı tehdit eder niteliktedir ve öne sürülen koşulları karşılar, kalpte koroner damarları tıkanmış ve belki myokard enfarktüsü geçirmiş bir hastada hastalıktan söz edebiliriz, üriner sisteminde taş olan ve idrar yollarında tıkanmaya yol açarak hidronefroz ile böbrek fonksiyonlarını bozan/ tehdit eden durumdaki bir hastada tabii ki bir hastalık vardır, karaciğerinde siroz olan bir kişi kesinlikle hastadır (ve siroz bir hastalıktır), şeklinde örnekler çok sayıda artırılabilir. Ya da diyelim ki aşırı miktarda alkol – sigara – toksik madde alan ama amaçları için normal bir performansla çalışan ve hayatından da memnun olan (ya da öyle sanan, öyle görünen) biri için hastalık durumundan söz edecek miyiz, sağlıklı mı kabul edeceğiz; bir başka örnek, ileri narsistik kişilik yapısı olan çok başarılı bir gösteri - sahne sanatçısı sağlıklı mıdır, hasta mıdır? Ya da fenomenal olarak hiçbir sorun görünmeyen ve

²¹⁷ Turgut Uyar, “*Divan*,” 1. Baskı, 2019, Yapı Kredi yayınları, İstanbul.

²¹⁸ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) “*Handbook of the Philosophy of Medicine*,” Springer, 2017.

yaşamını normal olarak idame ettiren birinin her an ağır hatta ölümcül olabilecek sessiz bir patolojisi varsa, örneğin henüz asemptomatik organ yetmezlikleri, latent vasküler/ damarsal patolojiler, sessiz konjenital anomaliler gibi, bu kişiyi sağlıklı mı hasta mı kabul edeceğiz? Ayrıca, bazı durumlar vardır ki, toplumda idol olarak öne çıkartılan bazı figürlerin belirli özelliklerini âdeta bağımlılık düzeyinde benimseyip, ona benzemeyi, örneğin dudaklarının Angelina Jolie’ninkiler gibi olmasını çok isteyen ve bunu âdeta yaşam amacı hâline getiren bir genç kız için durum nasıl anlaşılmalıdır? Bu durum bir hastalık mıdır? Estetik bir girişim yapılması ne derece etik ve bu hangi temelde açıklanabilir? İşte belki bu gibi durumlar toplumsal olarak oluşturulmuş olgular kategorisinde düşünülebilir ama burada sorun, toplumsal/ kişisel algıların manipülasyonudur, sağlık ve hastalık kavramlarının yapay bir konstrüksiyonudur, yanıltıcı bir durumdur, insanların varoluş ifadeleri için kurgulanmış hazır alanlar açılmasıdır, yalancı bir hastalık kurgusudur, hastalık değildir, “aşırı tıplaşma” ve “aşırı tıpkılaştırma”dır.

Tıbbın –tanı ve tedavi yönünden- olanakları günümüzde hayli artmıştır ve çok olasıdır ki bu artış daha da hızlanarak sürecektir; bu son derece sevindiricidir, insanlığın yararına. Ancak burada, tıbbın amacının dışına çıkılması (peki, tıbbın amacını kim belirleyecektir ve hangi temeller üzerinde kurulacaktır) ya da bu gelişimin istismarı bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Pellegrino’nun çok haklı tespitinde olduğu gibi, “*bilim ve teknoloji daima insanın hizmetinde olmalıdır.*”²¹⁹ Tıbbın alanını taşıması iki şekilde olabilir: 1. Sağlığın tanımını genişleterek (son derece gerekli ve anlamlı bulduğumuz salutogenez üzerinden hareket edilerek; yâni, olumlu bir düşüncenin içeriğini, yönünü ve amacını değiştirerek), 2. Hastalık olmayan durumlar hastalık kategorisine alınarak. Böylece, her iki durumda da (tıbben gereksiz olan) müdahale sanki meşru hâle getirilmiş olacaktır. Bizim görüşümüz şudur ki, burada kriterler olarak bilime uygunluk ve “insanın her zaman bir amaç” olduğunun düşünülmesi esasları çerçevesinde karar vermektir. Bu yaklaşım ile “aşırı tıplaşma” ve “aşırı tıpkılaştırma”nın haklılığı kalmayacak ya da daha doğru bir açıklama ile,

²¹⁹ Francis, G., “**Medicine: art or science?**” The Lancet, PERSPECTIVES[THE ART OF MEDICINE] VOLUME 395, ISSUE 10217, P.24-25, JANUARY 04, 2020.

sağlık ve hastalık kavramlarının – durumlarının sınırları daha doğru bir biçimde ortaya çıkacaktır.

Hastalığı tanımlamada pek çok kriter esas alınabilirse de, ön planda belki aşağıdakileri düşünmek uygun olacaktır:

1. Bilimsel – nesnel bulgular,
2. Öznel durum,
3. Değer-yüklü olma durumu ya da olmama durumu,
4. Morfolojik & Patofizyolojik bulgular,
5. Yaşamı kısıtlayıcılık,
6. Ağrı durumları,
7. Mutsuzluk durumları (hastalık mı, hayatın bir rengi mi?),
8. Belirti ve/ ya da bulguların olup olmaması,
9. Uyum bozuklukları,
10. Ve kuşkusuz pek çok başka özellikler dikkate alınmalıdır.

3.5.4.Rekonstrüktif yaklaşım (Yeniden yapılandırıcı yaklaşım)²²⁰

Rekonstrüktif yaklaşım, var olan kavramları, yöntemleri, bilgiyi ve kuramları, -örneğin sağlık, hastalık, tanı, tedavi vb.- felsefî bir üstdil - sorgulama ile gözden geçirir ve bu kavramları daha iyi bir tıp pratiği -örneğin klinik tanı, tedavi kararı, tıbbî araştırma ve sağlık bakımı gibi konularda- sağlayabilmek, yeni fikirler geliştirebilmek ve tıp pratiğine yeni araçlar sunabilmek için geliştirir; burada, sanki Hegel'in “*aufhebung*” kavramı/ içererek aşmak, bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşımda empirik veriler, hekimlerin nasıl bir düşünme sistematigi içinde davrandıkları – karar verdikleri ve normatif değerler dikkate alınmamaktadır. Bu yaklaşımın, kuşkusuz, felsefî bir değerlendirmeyi, sorgulamayı, eleştiriyi içermesi ve kararların bu doğrultuda verilmesiyle, kavramsal çerçeveyi son derece geliştirici ve

²²⁰ Sadegh-Zadeh, K., “*Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*,” Second Edition, Springer, 2015.

yapılan pratiği daha etkin kılması beklenir; ancak, burada yalnızca felsefi yaklaşımın kullanıldığını belirtmekle birlikte, hangi koşulların temel alındığı, örneğin bilimsellik, değerler, öznellik gibi belirtilmemektedir; kaldı ki, empirik verilerin ve hekimlik praksisinin konuya dahil edilmeden -bir anlamda nesne kullanılmaksızın- felsefi çıkarımların nasıl yapılacağı da tartışılabilir.

Bu noktada, önemine binaen bir sorun irdelenmelidir: Kişi(ler)in sağlık ve hastalıklar konusunda daha sistematik ve doğru bilgilere sahip olmaları ve doğru kaynaklara ve merkezlere ulaşabilmeleri yâni “sağlık okuryazarlığı,” toplumsal ve bireysel sağlığın geliştirilmesi bakımından son derece önemli ve gereklidir. Günlük sağlık hizmetlerinde görülen mediko-legal sorunlara baktığımızda da, önemli bir bölümünde, temelde hekimin ve hastanın/ hasta yakınlarının sağlık ve hastalık kavramlarına ilişkin ontolojik ve epistemolojik tanımlarının farklı olmasının yol açtığını görürüz, örneğin beyin atardamarlarında anevrizma (= baloncuk) olan bir hastada (ya da beyinde henüz belirti ve bulguya yol açmamış bir tümör saptanabilir, aort damarında anevrizma tanısı konabilir vb.) her an anevrizmanın yırtılarak ağır bir beyin kanaması (= *Spontan Subaraknoid Kanama*) geçirmesi ve buna bağlı olarak hayatı/ ölüm riski ya da ağır bir nörolojik durum tehlikesi (kuşkusuz tedavisi olan ama ağır bir süreçtir) vardır ve henüz yırtılmamış bir anevrizma saptandığında (ki bu yine de şanslı bir durumdur, hem hasta hem de hekim için) diyelim ki ameliyat kararı verildi ve hasta ameliyat edildi: dışarıdan görünen durum sanki hiçbir sorunu olmayan bir kişi ameliyata alındı ve hele bu ameliyatta bir komplikasyon olursa (ki bu olasılık her zaman düşük bir oranda da olsa vardır, ölüm riski dahil), sanki durduk yerde hiçbir şeyi olmayan bir insan ameliyata alındı ve olmadık sorunlara maruz bırakıldı ve neticede kişi hayatını kaybetti diye düşünülebilir; burada şüphesiz, hasta – hekim ilişkisinde kilit nokta olan “**güven**” duygusunun olmasıdır. Dolayısıyla, burada en akılcı çözüm iyi ve doğru bir hekim – hasta iletişimi ve toplumun sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi ve hekim - hasta (ve hasta yakınlarının) doğru iletişimi ve işbirliği olarak düşünülebilir.

Sağlık ontolojisine bakışımızı daha da derinleştirdiğimizde, “görünür ya da fenomenal sağlık - hastalık” ile “gerçeklikteki sağlık - hastalık” durumlarının pek çok

özellik bakımından birbirlerinden ayrıldıklarını görürüz: Yalnızca klinik belirti ve bulguların olması esasına dayanan “görünür/ fenomenal sağlık - hastalık” yüzeysel bir durumu gösteriyorken “gerçeklikteki sağlık - hastalık” tanımı ancak profesyonel – ileri uzmanlaşma ve yüksek bilgi ve teknolojinin imkânları çerçevesinde sağlanabilen bilimsel bir ontolojik tasvir olacaktır ve aşikârdır ki, bu tasvir de hep gelişmeye açıktır. Çok kısa bir süre öncesine kadar tanı koyamadığımız, açıklamasını yapamadığımız pek çok patoloji, örneğin moleküler genetik bozukluklar vd. günümüzde sıradan konular hâline gelmiştir. Bilim ve teknolojinin olanaklarıyla sürekli bir gelişim gösteren tıp bilimi ve hekimlik hem devrimsel hem de kümülatif bir tarzda sürekli olarak gelişmektedir.

“Sağlık ve hastalık nedir” sorusu, esasen hem (bilimsel tabanlı) “*nasıl*” hem de (felsefî tabanlı) “*nedir*” sorularının içeriğini taşıyor olmalıdır ki, tam olarak kavram açıklanabilsin; çünkü, hekimlik praksi (ve dolayısıyla sağlık ve hastalık kavramları da) hem bilimsel (/nicel, ölçülebilir, tekrarlanabilir, nedensellik ilişkisi kurulabilir) ölçütleri hem de (*hasta bireyin iç dünyası, değerleri, inançları, rasyonel çerçevesi, birikimi vb. kapsayan*) zihinsel-psişik-felsefî-sosyal bir alanı/ unsuru/ komponenti taşır. Bu ise, tıp pratiğinde -muhakkak ki her alanda olduğu gibi ama belki daha belirgin olarak- felsefî (ve insanî) bakışın vaz geçilemez/ şart olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık ve hastalık durumlarının nesnel, nicel, mekanik bir yönü elbette olmakla birlikte sadece bu nitelikleri ile tanımlanamazlar, bu tanıma indirgenemezler; insan yalnızca *soma* değil *biyopsikososyogeist* varlığı olarak düşünüldüğünde, sağlık ve hastalık kavramlarını da daha geniş bir çerçevede düşünmek gerekmektedir. Örneğin bir hastada muayene ve bilimsel bir yaklaşım ve nicel/ kantitatif ölçümler ile yaptığımız tüm incelemeler “normal aralıklar içinde” bulunabilir; birey yine de kendisini hasta olarak değerlendirebilir, kişinin iç görüşü/ kendi tanısı son derece önemlidir ve bunun arka planında da bireysel özellikler ve toplumsal-kültürel bir yapı söz konusudur. Psikiyatrik hastalıklarda ise, sağlık ve hastalığın ontolojisi çok farklı boyutları içermektedir.

3.5.5.Holistik teori (*Nordenfelt'in kuramı, Sağlığın Bütüncül Kuramı*)

Bu yaklaşımda, bireyi somatik, psişik-mental yapısı ile bir bütün kabul ederek ve çevresi ile etkileşimi içinde yâni bütüncül/ holistik bir kavrayışla ele alarak sağlık ve hastalığın tanımlanması önerilmektedir.^{221, 222} Esasen holistik sağlığı daha çok hayata yaklaşım tarzı olarak düşünmek gerekir; sadece hastalığa ve bedenin sorunlu organına/ parçasına değil, bireyi biyopsikososyogeist-kültürel ve tarihi bütünselliği ve bulunduğu fiziksel ve kültürel ortamı içindeki yaşantısıyla ve uyumuyla ele alarak insanı anlamaya çalışmak bu yaklaşımı farklı ve tercih edilir kılan özelliğidir.

Felsefî bakışımıza göre, üstte yazılan her bir yaklaşımın kendine özgü avantajları ve yetersizlikleri vardır; tıp pratiğinin uygulanmasında önemli olan, daha önce de belirtildiği üzere, tıbbın teorisinin – ontoloji ve epistemolojisinin, pratiğinin – klinik uygulamasının, araştırmasının vd. hep birbiriyle bağlantılı ve birbirini besleyici, geliştirici nitelikte olduğunu bilerek bu alanlar arasındaki bağlantıyı ve etkileşimi açık tutmak; tıbbın hem bir bilimsel etkinlik olması nedeniyle “bilimsel sorularla – **nasıl** soru kipi ile” hem de hümanistik unsurunu, insanî değerleri içermesi nedeniyle “felsefî sorularla – **nedir** soru kipi ile” ve insanı odaklayan bir kavrayış ve tutumla tıp pratiğinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, hekim – hasta ilişkisini ve tıp praksisini aşağıdaki bileşenler ile birlikte düşünmek gerekmektedir:

- Hasta birey, bireyin (fiziksel ve kültürel) çevresi dahilinde ele alınması
- Hastalık
- Hekim
- Hekimlik praksisinin çağdaş durumu.

²²¹ Nordenfelt , L., “**Action theory, disability and ICF**,” Disability and Rehabilitation 25 :107 –79, 2003.

²²² Solli, H.M., Silva, A.B., “**The Holistic Claims of the Biopsychosocial Conception of WHO 's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Conceptual Analysis on the Basis of a Pluralistic – Holistic Ontology and Multidimensional View of the Human being**,” Journal of Medicine and Philosophy, 37: 277–294, 2012.

Öncü ve büyük bir beyin cerrahı olan **Harvey Cushing**, 1926'da, "... hekim, hastalıklı bir organdan daha fazlasını düşünmekle mükelleftir; üstelik, bütünsel bir insandan bile daha fazlasını ..." demektedir. Muhakkak ki hasta bireyi/ insanı çevresi ile birlikte ve bizatihi kendi dünyasında değerlendirmek gerekmektedir.

Bireyde sağlık ve hastalık genel anlamda, potansiyel ve aktüel olarak aynı zamanda belli ölçülerde birlikte içerilen, endojen ve eksojen çok bileşenli, çok yönlü, çok katmanlı biyopsikososyotinsel bir denge - dengesizlik durumudur. Dengenin ne yönde ve ne düzeyde olduğu, sürekli var olan - işleyen sayısız kuvvetin mücadele alanı olan bedende sağlık ve hastalığı belirler. Beden daima pek çok faktör ile etkileşme içindedir; genetik yapı, fiziksel ve kültürel çevre – psikodinamik, sosyodinamik ve biyolojik süreçler/ karşılaşmalar ve etkileşimler, coğrafya – iklim vd. bağlamın (öngörülebilir) olasılığı ve (mantıksal dizgeye uymayan, öngörülemez) rastgeleliği içinde denge hâli her an için yeniden kurulmakta ve sürekli dinamik bir seyir göstermekte ve böylece sağlık ve hastalık durumları ortaya çıkmaktadır.

Tıp pratiğinin insanı odaklaması, hasta bireyin biricik tekil insan özellikleri üzerinde hastalığın tezahür ettiğinin bilinmesi ama bunun yanında mutlaka tümele ait özdeşliklerin de yadsınmaması, aksi hâlde nominalizme – hipernominalizme varılacağı ve bu şartlarda da bilim yapılamayacağı, tıp pratiğinin bilimselliğini kaybedeceği düşünülmelidir; örneğin, tıpta çok yaygın bir söylem vardır: "*hastalık yok, hasta vardır*" anonim deyişi hemen her kuşaktan hekimin âdeta sorgulamaksızın benimsediği ve doğru kabul ettiği bir ifadedir - mottodur. Evet, bu ifade bir ölçüde doğru olmakla birlikte tümüyle doğru kabul edilemez ve bu ilke üzerinde bilimsel bir bakış ve eylem/ pratik geliştirilemez.

Tıp pratiği – hekim hasta ilişkisi, insan üzerinde gerçekleştirilen, hem öznesi hem de nesnesi insan olan bir etkinliktir ve bu anlamda bir özne – özne ilişkisidir; ancak, bir taraftan da bir varlığı (bilimsel olarak) tanımak onu nesneleştirmeyi de gerektirmektedir. Bu yönüyle, belki şunu söylemek ontolojik – epistemolojik bakımdan ve hekimlik praksisine uyar tarzda daha uygun olabilir: hekim hasta ilişkisi, birbirinden ayrılamayan hem bir özne – nesne ilişkisi hem de bir özne – özne ilişkisidir. Bu deneyim, hasta yönünden en dirimsel ve öznel olan bir yaşantıdır, bazen

(özellikle yaşamı ya da yaşam kalitesini/ olanakların tehdit edecek boyutta olduğunda ya da hasta birey öyle algıladığında) yaşamı ve tüm hayatını gözden geçirdiği ve ciddi değişim ve dönüşüm yaşadığı bir süreçtir. Bu deneyime hekim yönünden bakıldığında, öznel unsurundan daha belirgin olmak üzere nesnel – bilimsel ve teknolojik – insanî – (bilimsel düşünme ve eyleminin gereği olarak bir ölçüde) nicel – (bir ölçüde) kanıta dayalı algoritmalar; bir ölçüde sezgisel unsurları olan karmaşık bir deneyim/ eylem/ karşılaşma olmak zorundadır; bu süreçte, -özellikle uzun bir süreci kapsayan ağır ve hastayı zorlayan hastalıklarda- hastanın gözlerinde okuduğunuz hüznün, kaygı, bilinmezlik hissinin ve ya da hastalığı aşma ve kurtulma sevincinin sizin yüreğinize düşmemesi olanaksızdır. Bu hastalıklarda hekim – hasta ilişkisi âdeta birlikte bir yolculuğa çıkmak gibidir. Hekimin düşünce – davranış – karar verme ve her türlü ifade ve iletişimde hastayı anlama ve ona yardımcı olma gayesi belirleyicidir. Hasta, her şeyden önce acı/ dert çeken bir insandır ve yardıma gereksinimi vardır. Biyolojik - fiziksel olarak türü ile çok büyük bir benzeşim/ özdeşlik gösterse de, her bir tekilin/ bireyin apayrı bir filo-ontogenetik mirası, hayat deneyimi/ spesifik psikodinamik özgeçmişi, fiziksel ve kültürel koşulları, içinde yer aldığı bir yaşam çevre ve çerçevesi ve bireysel tarihi vardır. Hastalıkta semiyolojik olarak ortaya çıkan ve hastanın ifade ettikleri (ve hekimin muayene ve laboratuvar bulguları) – klinik prezentasyon, esasen hastanın kapsamlı biyopsikososyotinsel – kültürel ve tarihi yapısı içinde söz konusu hastalığı yaşama şeklidir. Bu anlayışla, karşımızda *birey* ve *hastalık* birlikte (ve hasta bireyin çevresi/ ortamı ile) vardır. Tıp praksisinde bu kavramları ayrı kavramlar olarak ama birlikte düşünmek gerekmektedir. Tıp praksisinde en önemli unsur olan hekim – hasta ilişkisinin mekanikleştiği modern tıp ve hastalığın onu deneyimleyen kişi üzerindeki değiştirici, sorgulayıcı, düşündürücü, dönüştürücü etkileri üzerine çok iyi bir örnek olarak yönetmenliğini Mike Nichols’ın yaptığı 2001 Amerikan yapımı “*Wit*” filmi verilebilir.

Filmin ana karakteri İngiliz Edebiyatı profesörü Vivian Bearing (*Emma Thompson*), -çok da önemli bir şey değildir diye düşünerek- karnındaki bir ağrı nedeniyle doktoruna gittiğinde, oldukça ilerlemiş evrede *over Ca*/ yumurtalık kanseri hastası olduğunu öğrenir. Hekimi olan Dr. Kelekian kanser hakkında bir araştırma yürütmektedir. Vivian Bearing ilerlemiş bir vak’a olduğundan, ona kendi tâbiriyle tam doz kemoterapi uygular, immün sistemini baskılayan ilaçlar

verir ve böyle yaparak onu aynı zamanda araştırması için bir denek - nesne hâline getirir. Film boyunca doktorlar Bearing'e duygusuz, yapmacık ve kapalı bir iletişim ile yaklaşırlar ve ona âdeta ve sadece bir araştırma konusu olarak davranırlar. Vivian Bearing çok ağır olan tam doz ilaç tedavisini aldıça genel sağlık durumu bozulur, ilaçların ciddi ve katlanılması güç yan etkilerini yaşar, katabolik fazda olduğu için günden güne erir. Dr. Kelekian arada sırada Vivian Bearing'in yanına gelip immün sistemini baskılayan tam doz ilaç tedavisini almaya devam etmesi gerektiğini ısrarla söyler ama hastası böylesine ağır bir durumdayken ona empatisini gösteren hiçbir davranış, söz, mimik, jest göstermez; asistanı Dr. Jason, Vivian Bearing'e vajinal muayene yapar ama durumu hakkında hiçbir bilgi vermez, yapılan sanki çok sıradan bir işlemmiş gibi, muayene sonrası çıkıp gider ve her gün kontrole gelip hastasının çok kötü bir durumda olduğunu gördüğü hâlde yapmacık bir "bugün nasılsınız?" sorusunu kayıtsızca tekrarlar. Profesör Vivian Bearing hasta olmasına rağmen onun duygularını önemsemeyen hastane çalışanlarının tutumunu düşünür, derinden üzüldür, kendisini oldukça yalnız hisseder, sürekli durumunu analiz eder, sorgular (... bir vizit sonrası kendi kendine düşünür ve der ki, *"biz yüksek lisans derslerinde kitaplar okurduk, hekimler biz hastaları okuyor..."*), ölüm fikrini aklında tutarak sanki bir günlük tutar, babasıyla ilişkisinde kitapların araya girişini, kelimelere olan ilk aşkını hatırlar, okuduğu edebiyat yazılarını, özellikle de İngiliz şair John Donne'un ölümle ilgili şiirlerini, -örneğin *"Gururlanma Ey Ölüm"* sonesini²²³ düşünür, zaman algısı değişir, zaman ağırlaşır, zaman havada asılı kalır. Yine de kendisini anlayan ve onun duygularını önemseyen Susie Monahan adında bir hemşiresi vardır. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının aksine, Hemşire Monahan, profesör Bearing ile empatik, şefkatli, saygılı bir ilişki içindedir. Hemşire Monahan, Bearing'in son anına kadar, hemşirelik bakımını özenle sunar ve Bearing'in savunuculuğunu yapar. Bearing'in özellikle etkilendiği John Donne'un sonesi aşağıdadır (ağır bir hastalığın yıkıcı etkileri içinde olan entelektüel bir hastanın afektif ve kognitif durumunu göstermesi bakımından son derece anlamlıdır):

"DEATH BE NOT PROUD!"

DEATH be not proud, though some have called thee
Mighty and dreadful, for, thou art not so,
For, those, whom thou think'st, thou dost overthrow,
Die not, poore death, nor yet canst thou kill me.
From rest and sleepe, which but thy pictures bee,
Much pleasure, then from thee, much more must flow,
And soonest our best men with thee doe goe,
Rest of their bones, and soules deliverie.
Thou art slave to Fate, Chance, kings, and desperate men,
And dost with poyson, warre, and sicknesse dwell,
And poppie, or charmes can make us sleepe as well,
And better then thy stroake; why swell'st thou then;
One short sleepe past, wee wake eternally,

"GURURLANMA, EY ÖLÜM!"

Kimi kudret buldu sende vaktiyle, kimi de azamet
Gururlanma, ey ölüm! Gerçekte yok bir keramet.
Toprak ederim dediklerin bak ölmediler ki hâlâ,
Zavalı Ölüm! Beni de beklemesen hani boşuna.
Uyuduk ve dinlendik de bir dem huzur bulduk,
Bu dostlarından fazlasını senden bekler olduk.
Yakındır en yiğitlerimiz de göçer gider seninle,
Kurtulurlar elinden ruhları ve kalan kemikleriyle.
Kadere, talihe, güce ve umutsuzlara köle oldun,
Savaşlarda ve hastalıklarda hep çadır kurdun.
Bizi uyutmaya fazlaca yeter, eski büyüler ve esrar,
Bu havan kime böyle; güçlüler en az senin kadar.
Bir kısa uykunun ardından uyanacağız sonsuza,

²²³ Bozkurt, B., John Donne: *"Seçilmiş Şiirler,"* Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1994.

And death shall be no more; death, thou shalt die.”

Kimseler ölmeyecek artık, seni vereceğiz toprağa.”

John DONNE (1572-1631, London)

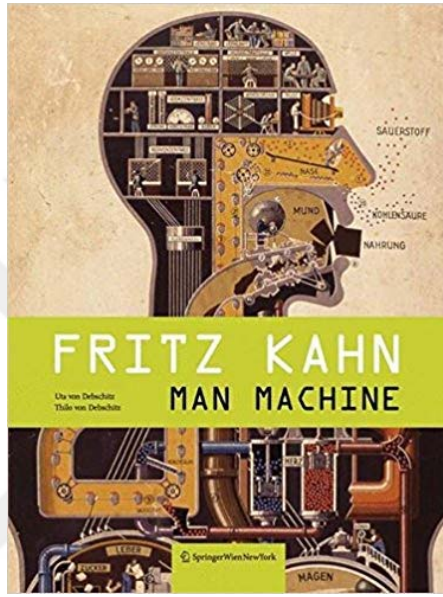
John DONNE (1572-1631, Londra)

Japon büyük yönetmen Akira Kurosawa’nın 1952 yapımı “Ikiru” filminde baş karakter Watanabe, ölümcül hastalığını öğrendiği andan itibaren varoluşsal sancılar, kalan ömrünü anlamlı bir şekilde yaşama arayışı ve çabası içine girer. “**Ikiru**”, Japonca “yaşamak” anlamına gelir; filmde, hastalık ve ölüm gerçeği ile baş karakterimizin hayatının nasıl büyük bir değişim ve dönüşüme uğradığını, hastalık ve ölüm kavramlarının değiştirici, dönüştürücü etkisini, insanın hayatta bir iz bırakma – ölüm yazgısına insanca bir karşı koyma eylemini/ güdüsünü şiirsi bir anlatımla ustaca veren bu film, felsefe ile sanatın kaynaştığı bir örnek olarak düşünülebilir.

Tıp bilimi, üstte de belirtildiği üzere, 19. yüzyıldan itibaren parlak bir gelişim sergilemiş ve binlerce yılda kazanılan bilimsel bilgi kısa sürede katlanarak genişleyip derinleşmiştir ve bu süreç artarak süregitmektedir. Kuşkusuz bu çok değerli bilimsel kazanım, tıp pratiği içindeki insanı, -belki gereğinin çok ötesinde- güvenli, mekanik ve sadece bilimsel bilgiyi önemseyip insanın derinliğindeki metafizik yapıyı dışarıda bırakan bir tutuma yöneltmiştir. Burada elbette felsefe tarihine bakınca, söz konusu dönemdeki felsefi eğilimlerin de, tıptaki paradigmayı/ kavrayışı bu tutuma yönelttiğini söylemek uygun olur. Dr. Fritz Kahn (1888-1968),²²⁴ bir Alman hekim, grafiker, popüler bilim yazarıdır ve insan bedeni ile makine arasında bir benzeşim kurarak popüler (bilimsel) resimler yapar; ancak, bu benzeşim aynı zamanda tıpta/ hekimlikte geçerli paradigmayı ve insan kavrayışını da ortaya koymaktadır ki bu yaklaşım *biyomedikal model*’dir. Biyomedikal model, insan biyolojisinin/ insanın, sağlık ve hastalığının bilimsel çalışmalarla, deneysel (hayvan) araştırmalarıyla anlaşılabilceğini düşünür (= katı redüksiyonist anlayış ve mekanik yaklaşım); bu anlayış, kuşkusuz, bilimsel yönden bizce büyük ölçüde doğrudur ancak insanın sadece bilim ile anlaşılabilceği noktası hatalı – eksik görünmektedir. İnsan, yalnızca bir

²²⁴ Borck, B., “Communicating the Modern Body: Fritz Kahn’s Popular Images of Human Physiology as an Industrialized World,” Canadian Journal of Communication, Vol 32 (2007) 495-520, 2007.

makine olarak düşünülmemelidir; insan fiziksel yapısı yanında -ve onunla birlikte, iç içe- psişik, sosyal ve geist içeriği taşıyan çok yönlü ve açık bir varlıktır.



Resim 10: Dr. Fritz Kahn'ın "Makine İnsan"ı.

Tıp pratiğinin uğraşısı - nesnesi olan insanı anlamaya çalışalım ve üstte (:“İnsanın temel anatomofizyolojik özellikleri” alt başlığı altında yazılan bölümde) belirttiğimiz gibi insana ait temel biyolojik (/ biyolojik bir zemin üzerinde biyopsikososyotinsel kompozit – iç içe bir yapı) özellikleri anımsayalım ve buradan çıkan bilimsel temel özellikleri felsefi önerme ve argümantasyonda kullanalım: İnsan bireyi/ tikeli, çeşitli beden parçalarının basit bir toplamı değildir, belirli işlevleri üstlenmiş ama birbiriyle uyumlu, eşgüdümlü ve entegre/ holistik/ bütüncül çalışan çeşitli sistemlerin oluşturduğu son derece karmaşık, kompozit bir organizmadır; doğal yönden düşünüldüğünde, iç içe geçen en küçük yapıdan biyosfere uzanan ilişkiyel bütünsellik içinde her bir sistem/ yapı kendi içinde bir bütündür ama aynı zamanda daha büyük bir bütünün/ organizmanın parçasıdır.

Bu yaklaşımımız, yaygın uygulanagelen (bilimin parlak gelişimine koşut olarak ortaya çıkan ve 20. yüzyılın hâkim paradigması içinde bir) model olan hasta bireyi “biyomedikal model” ile ele almak yerine, G.L. Engel’in önerdiği,²²⁵ hasta bireyi sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutları ile ele alan ve daha gerçekçi ve etkin bir yaklaşım olan “*biyopsikososyal model*” ile yakınlık gösterir. Bizim yaklaşımımızın bilimsel ve felsefî alt yapısı, pratik bakımdan klinik deneyimlerimiz ile birlikte teorik bakımdan, -bir ölçüde- yirminci yüzyılın çok önemli bir kuramsal biyoloğu olan ve biyoloji, psikoloji, bilim felsefesi gibi çok farklı alanlarda çalışmış olan **Karl Ludwig von Bertalanffy** (1901-1972)’nin geliştirdiği “*Genel Sistemler Teorisi*” ile açıklanabilir.²²⁶ “*Genel Sistemler Teorisi*” (ya da *Genel Dizgeler Kuramı*), bütünün, tüm parçalarının birbirleriyle ilişkiselliği içinde genel bilimi olarak söylenebilir. Bu kuramda, bütünün, parçaların toplamından daha fazla bir şey olduğu düşünülür ve bilimlerin birliği önerilir. Bu yaklaşım, kuşkusuz “*indirgemeciliğin* (= *redüksiyonizm*)” tam karşısında bir duruştur. İndirgemecilik, 19. yüzyılın sonlarında bilimlerin parlak gelişimi ile ortaya çıkan “bilimsel tıbbın” arka planındaki felsefî yaklaşımdır ama bilim yapabilmenin bir ölçüde ön koşulunu da sağlamaktadır; ancak, bu çalışmalardan çıkacak sonuçların gerçek dünyayı ya da tıp söz konusu olunca modellenen insan değil de “gerçek insan”ı (ve tıp praksisi söz konusu olduğunda teşhis ve tedavi ettiğiniz hasta bireyi) ne kadar temsil edeceği dikkate alınmalıdır, sorgulanmalıdır. Gerçekten de, hekimlik praksisinde gördüğümüz durum, *in vitro* sonuçlar (laboratuvar sonuçları) ile *in vivo* sonuçların (insandaki sonuçların) belirli bir ölçüde mütakabiliyeti olsa da/ örtüşse de her zaman birbiriyle örtüşmediğidir – tam olarak uyummadığıdır.

Bertalanffy, bir dizgenin, çevresine açık ve onunla etkileşim içinde, kendini düzenleyen bir kompleks olduğunu; sürekli bir niteliksel evrimsel değişim geçirdiğini düşünür. Dizge düşüncüsü, parçadan bütüne, bütünden parçaya birbirleriyle bağlantılar kuran ve var oluşu uyum içinde bir bütün olarak ele alan bir kavrayıştır. *Biyolojide*

²²⁵ Engel, G.L., “The clinical application of the biopsychosocial model,” Am J Psychiatry 1980 May;137(5):535-44.

²²⁶ Bertalanffy, L., “General System Theory - Foundations, Development, Applications,” Second Printing, GEORGE BRAZILLER, New York, November 1969.

genel dizgeler kuramı'na göre, doğada her canlı birbiri ile bağlantılı hiyerarşik bir düzen ve süreklilik içindedir. En az karmaşık ve küçük birimler (alt dizgeler, alt-sistemler) daha karmaşık ve büyük birimlerle (üst-dizgeler, suprasistemler) aşamalı sıralanan/ hiyerarşik bir düzen ve etkileşim içinde çalışırlar. Her düzeydeki birim kendi içinde dinamik bir bütündür; aynı zamanda üstündeki ve altındaki birimlerle bağlantısı düşünülmeden varlığı da düşünülemez. Doğal dizgelerin aşamalı/ hiyerarşik sırası şöyledir: *subatomik parçacıklar, atomlar, moleküller, organeller, hücreler, dokular, organ(lar), sinir dizgesi, kişi/ insan organizması, kişiler, aile, topluluk, kültür - alt kültür, toplum, canlılar evreni*. Her aşamada üst-dizgeler alt-dizgelerin basit bir toplamı değildir. Bu süreklilik içinde, her birim aynı zamanda hem bir bütün hem de bir parçadır; böylece, alt- ve üst-dizgeler dinamik etkileşimli bir denge, düzen ve süreklilik içindedir. Hiçbir şey yalnız ve tek başına değildir. Bu anlayışla bakıldığında, aslında, insanın sağlığının, tüm dünyanın ekosisteminin ve tüm biyolojik sistemin sağlığından ayrı olmadığı da açıkça görülecektir. Bu anlayışın etkilerinin, tıp eğitiminden politika – ekonomi – mühendislik – şehir düzenlemesi – mimari - gibi pek çok bilimsel ve sosyal alana uzanacağı öngörülebilir.

Kendi başına bir bütünlüğü olan ve hem kendi içinde (= *endogene*) hem de dış yapı ile (= *exogene*) çok yoğun etkileşim içinde bulunan ve kendi bütünlüğündeki stabil/ sağlam ve tutarlı yapıyı koruyan (= *homeostasis*) ve bu amaçla kendi içinde en küçük yapıdan bütün organizmaya (*subatomik parçacıklar, atomlar, moleküller, organeller, hücreler, dokular, organlar, organların oluşturduğu sistemler, organizmanın bütünü*) sürekli bir hareketlilik – karşılıklı ve çok yönlü matriks yapısı içinde, çok katmanlı etkileşim – değişim gösteren bir varlık olarak düşünülebilir. İnsan organizması, en küçük yapıdan tüm organizmaya uzanan çeşitli birimlerin – yapıların çok sayıdaki sistemleri oluşturarak -ve bu sistemlerin de altında çeşitli kademelerde alt-sistemler barındırarak-, çok katmanlı hiyerarşik, kimyasal – elektriksel – vd. mekanizmalarla sağlanan doğrudan ya da dolaylı çok yönlü işlevsel bağlantısallığın son derece yoğun bir iletişim – haberleşme – işlevleri düzenleme ve gerçekleştirme – denetim – gerektiğinde düzeltici mekanizmalar - gerçekleştirdiği, sayısız homeostatik (= iç ortamı optimum/ en uygun durumda tutmaya yönelik) mekanizma ile çeşitli işlevler gerçekleştirmek üzere birbirleriyle çok ince ve mükemmel organizasyon

içinde düzenlenmiş bir yapı gösterir. Bu geniş, karmaşık, mükemmel organizasyon gösteren organizmada; belirli işlevleri üstlenmiş ama birbiriyle uyumlu, eşgüdümlü ve bütüncül çalışan çeşitli sistemler çeşitli organları, dokuları ve bu yapılar arasındaki (ve bütün organizma ve çevresel durumlar ile) ilişkileri (ve böylece ortaya çıkan pek çok işlevi) kapsar. Bu işlevler, temelde organizma bütünü'nün (/bireyin) yaşamını en uygun koşullarda sürdürebilmesine yöneliktir ve belirli nedensellik/ yasalılık içinde işleyen farklı mekanizmalar ile ortaya çıkar. Bu işlevleri sağlayan mekanizmaların hemen hepsi öncelikli faktör(ler) olsa da, çoğunlukla birçok faktörün değişen derecelerde etkisiyle ve değişen derecelerde sonuçlara yol açarlar (*fuzzy*/ puslu, bulanık, dereceli etki ve sonuçlar).

Organizmanın (= tüm beden) bütünlüğünde başarılan işlevler, yalnızca o işlev dizgesi/ sistemi (örneğin sindirim işlevi için sindirim sistemini, kandan atılacak maddelerin boşaltılmasını böbrek fonksiyonları ile vb.) için öne çıkan sistem ile açıklanamaz; bu işlevler, tüm sistemlerin birlikte eşgüdüm (= *koordinasyon*) içinde çalışmasıyla başarılan işlevler olarak düşünülmelidir. Çünkü, bir bütün olarak beden fonksiyonları aksadığında, herhangi bir sistem mükemmel çalışsa bile -ki bu pek olası ve olanaklı değildir- o sisteme ait fonksiyonlar başarılamayacaktır, örneğin endokrin sistemin aksadığı bir durumda, diğer sistemlere ait hemen her fonksiyon aksayacaktır, -eksik ya da aşırı hormon(lar)a göre değişmek üzere- beyin fonksiyonları, metabolizma faaliyetleri, ürogenital sistem fonksiyonları vd. başarılamayacaktır. Her bir işlevi yalnızca belirli bir sistemin ürettiği bir işlev olarak düşünmek redüksiyonist/ indirgemeci bir yaklaşımdır; bu yaklaşım, bilimsel açıklama için -*didaktik amaçla*- bir ölçüde gerekli ve yararlı olsa da, yaşamın işleyişinin bütünselliğini/ holistik işleyişi gözden kaçırmaktadır ve gerçekçi/ (belki tümel doğruluk anlamını gösteren *hakikatçi* demek daha isabetli olur) değildir. Bu bakımdan, René Descartes'ın öne sürdüğü beden – zihin (res extensa = uzamsal şey, res cogitans = düşünen şey) ayrımı/ dualitesi günümüz bilimsel/ nörobilimsel anlayışı ile uyusmamaktadır.^{227, 228, 229} Beyin (daha

²²⁷ Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), “**Principles of Neural Science**,” Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.

²²⁸ Damasio, Antonio R., “**Descartes’ Error – Emotion, Reason, and the Human Brain**,” Avon Books, New York, 1994.

²²⁹ Damasio, A., “**Feelings of Emotion and the Self**,” Annals of the New York Academy of Sciences 1001(1):253-61, 2003.

doğrusu sinir sistemi = beyin, omurilik, sinirler ve bunlara bağlantılı yapılar), tüm psikokognitif – motor vd. (= zihinsel, duygusal, duysal, motor, koordinasyon, karar verme, muhakeme vb.) işlevlerden ön planda sorumlu olmakla birlikte, esasen bedenin bir parçasıdır ve ürettiği tüm fonksiyonlar da aslında bedenin bütüncül bir çalışma içinde ortaya çıkardığı işlerdir (ve diğer sistemlerin ürettiği sanılan hemen her fonksiyonda da sinir sisteminin rolü vardır) ki, bunlar çok sıradan basit yaşamsal işlevlerden (acıma, susama, üşüme, terleme, korkma, heyecanlanma gibi) en karmaşık ve süreç gerektiren felsefi soyutlamalara ve düşünce üretimine, bilimsel çalışmalara, sanat ürünlerine kadar kişinin ortaya koyduğu düşünsel, duygusal, eylemsel hayata dair her şeyi kapsar.

Hekimlik praksisinde nörobilimsel olarak ortaya koyduğlarımız (görüntülemeler, fonksiyonel – metabolik – anatomofizyolojik – vd. tetkikler) bilinci açıklamaya yeter mi? Bu sorunun yanıtı, natüralistlere göre nörobilimsel olarak neden – sonuç ilişkisi zihin ve bilinci ortaya koymaya yetiyor ve yanıt evet'tir. Bizce, yanıt hayır olmalıdır; örneğin Husserl bir neden – sonuç ilişkisiyle bilincin, zihnin açıklanamayacağını düşünmüştür. Bizce, bilimsel - biyolojik olarak bir takım ilişkiler, yasalar ortaya konabilir ama kişiye ait yaşanmış deneyimler, etkileşimler, kişinin öznelliği, kişinin anlam dünyası vb. durumlar bunların ötesinde bir şey/ apayrı bir düzlem olmalıdır; çünkü, bulguların elde edildiği düzlem (örneğin fMRG, elektrofizyolojik tetkikler gibi) ile söz konusu edilen fonksiyonun (bilincin) ait olduğu düzlem farklıdır ve böylece, aralarında bir korelasyon/ bağlantı bulunsa ve bu ilişki bilimsel olarak bir anlam ifade etse de, bilimsel veri ile kognitif fonksiyon/ bilinç arasında tam bir mütakabiliyet/ eş ölçülebilirlik (= *incommensurability*) iddia edilemez. Durum/ İlişki neden – sonuç açıklamasının dışında kalacaktır. Husserl'de *transandantal epoke* hep korunması gereken bir şeydir. Canlılık, tüm bilimsel – biyolojik bilgilerimiz ve teknolojiye karşın, yine de -en azından günümüzde- tam olarak bilebileceğimiz ve açıklayabileceğimiz bir durum değildir.

Hastalık, organizma içindeki yapıların (hücre içi organellerden sistemlere ve tüm organizmaya değin) fonksiyon bozukluğundan çok bütün organizmanın bu durumla baş edebilmesi ile ilişkilidir; ama elbette, organizma içinde disfonksiyonel

(fonksiyon bozukluğu gösteren) yapılar tanınır, gerekli önlem ya da tedaviler gerçekleştirilir ya da hasta izlenebilir. Hekimlik praksi içinde yapılması gerekenler ile bilimsel bilgi her zaman üst üste tam olarak örtüştürememektedir; örneğin, psikanalizin bilimsel bilgi olmadığı söylenmektedir (ve gerçekten de psikanalitik teori bilimsel bilgi koşullarını tam olarak karşılamaz) ama hekimlik praksi içinde kullanılır. Bu bakımdan, hekimlik praksiyi sadece bilim ve teknoloji alanına hapsetmek de yanlış ya da eksiktir; hekimlik praksi hekim – hasta işbirliği, iletişimi, etkileşimi ve hastanın iyileştirilmesi pratiğidir ve kapsamında hem bilim ve teknoloji hem hımanistik ilişki/ yaklaşım olmalıdır.

3.6. Tıbbî Epistemoloji:

Tıbbî ontoloji ve epistemoloji birbiriyle iç içe, birbirini etkiler ve tamamlar niteliktedir; bu bakımdan, birlikte ele alınmayı gerektirirler. Tıbbî ontolojinin ve epistemolojinin kurulması, bilimsel bilgi, teknoloji ve hımanistik bilgi ve tutumun yanında son derece titiz bir felsefî analizi, temellendirmeyi gerektirir. Tıbbî ontoloji - epistemolojinin kurulabilmesi için hastalıkların bilimsel ve felsefî tanımı yapılmalıdır, bu amaçla belirli felsefî ve bilimsel kavramlar kullanılır, bunlar aşağıda önce belirtilip sonrasında tartışılmıştır.

1. **Tıpta Bağlantısallık/ Bağıntı (= *correlation*):** iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki olması durumudur. Ancak, bağıntı nedensellik demek değildir.
2. **Tıpta Hastalıkların Nedensellik İlişkisi (= *causality*, *Etyolojik Faktör*):** Herhangi iki değişken ya da olay arasında neden – sonuç ilişkisinin olması; yâni, bir değişken ya da olayın diğerini üretmesi/ ortaya çıkarması, nedensel ilişkinin kurulabilmesidir [*tıpta etyolojik faktör(ler)e karşılık gelir*]. Görülebilir olay/ durum/ süreçlerin (etkinin) arkasındaki görülmez neden(ler)i ortaya koymak çok yönlü çalışma ve araştırmaların bulgularının değerlendirilmesi ile (bir mütekabiliyet ilişkisi içinde) açıklama/ kanıtlama mümkün olur ve bu

nedensellik ilişkisi yine de daha sonraki çalışmalar ve klinik bulgular ile hep sınılanır.

3. **Hastalığın Orijini:** Bazı hastalıklarda orijin/ başlangıç ile neden/ etyolojik faktör aynı olabilirken bazı hastalıklarda, -özellikle uzun süreç gerektiren ve çok katmanlı çok faktörlü ve bir ölçüde bilinmeyen hastalıklarda, örneğin aterosklerozda- ilişki daha kapsamlı ve daha karmaşıktır.
4. **Hastalığın Oluş'u (= Patogenez)**'nin hücresele düzeyden başlanarak [hücreiçi yapı(lar), hücre, doku, organ, sistem ya da sistemler, tüm organizma] her düzeyde moleküler biyolojik ve genetik, patolojik, patofizyolojik, patolojik anatomik, patobiyokimyasal, patobiyofiziksel, radyolojik, semiyolojik tezahür, klinik, cerrahi, mekanik yönlerden oluş ve seyrinin zaman içinde/ zamansallık faktörüyle de ilişkilendirilerek aşama aşama analitik ve ilişkisel bir biçimde, - nedensellik ilişkileri, süreci ortaya çıkaran mekanizmalar, çok yönlü ve çok katmanlı etkileşim, oluş/ değişim/ dönüşüm ve bu oluşun öz'ü ile dışarıdan görülen fenomenolojik yapısı farklı perspektiflerden farklı bulguların yakalanması - açıklanmasıdır (= *patogenez yerine bazen etyolojiyi de içerecek şekilde, neden ve oluş birlikte ele alınarak etyopatogenez terimi de kullanılabilir*). Burada anatomofizyolojik yapı – mekanizmaların tanımı, normalden patolojiye geçişin (ki bu, ancak patoloji ile sınıanan fizyolojiden ortaya konabilecek bir durumdur/ çizgidir) ve patolojik yapının (= *patolojik anatomi*) ve patolojik işleyişin (*patofizyoloji*) tanımlanıp kavramsallaştırılması yapılır.
5. **Hastalığın Tanısı** için klinik ortaya çıkışta görülen belirti (= *sempptom*) ve ya da bulguların (= *sign*) (bazen sempptom ve sign birbirinden ayrıdır, örneğin baş ağrısı bir belirtidir/ sempptom'dur, çünkü ağrı hastanın ifadesine dayanır ve bunu hekim ortaya koyamaz, hekimin muayenede saptadığı, diyelim ki derin tendon reflekslerinin sağda asimetrik artışı ve Babinski refleksinin ekstensör oluşu bulgudur/ *sign*'dir, bunu hasta bilemez ve ifade edemez ama bazen bir semiyolojik bir durum hem belirti hem de bulgudur. Yine, örneğin yüksek ateş

(hipertermi) hem belirti hem de bulgudur, çünkü yüksek ateşten hasta yakını hekim de bunu muayenede fark eder) – semiyolojik çerçevenin belirli bir düzen içinde sistematik olarak ortaya konması; bu semiyolojik yapının etyopatogenez ve inceleme (görüntülemeler, laboratuvar tüm tetkikler) bulguları ile birlikte ele alınıp açıklanması - ilişkilendirilmesi ve böylece hastalığın tanısı için bilimsel – rasyonel bir temellendirmenin kurulması ve hastalığın tümel özelliklerinin hasta bireyin tikel özellikleriyle de etkileşerek hastalığın kişiye özgü bir tabloda prezentasyonunun/ ortaya çıkışının yorumlanması; klinik tanı, belirli bir düşünme biçimini, bilimsel bir altyapı ve deneyim gerektirmesi ve bu süreçte etyopatogenez ile bağlantılı olarak hastalıkların tanımında ve tanısında *gerekli ve yeterli* koşullar/ özellikler/ bulgular ile birlikte *patognomonik* özellikler de belirtilir. Hipotetik – dedüktif/ Abdüktif akıl yürütmeye başlanan tanı koyma sürecinde pek çok akıl yürütme yolları kullanılarak tanıya ulaşılır (*tıpta hastalıkların tanısı, mantık bölümünde ayrıntılı olarak anlatılmıştır*).

6. **Tıpta/ Hekimlik Uygulamasında Karar Verme:** Hekimlik uygulamalarının her aşamasında karar verme vardır; örneğin tanı koyma, tedavi kararı, cerrahi sırasında sürekli karar verme durumları, tedavinin takibinde kararlar, eğer yan etki ya da komplikasyon gelişmişse kararlar, uzun dönem takiplerde kararlar olmak üzere hekimlik praksisinin son derece dinamik işleyişi içinde sürekli olarak tekli ya da süreçsel kararlar verilir. Bu karar vermede, hekimlik praksisinin yapıldığı model (*biyomedikal tıp, kanıta dayalı tıp, biyopsikososyal anlayış, holistik tıp, sistemik tıp*) çerçevesinde bilimsel ve teknolojik birikim ve deneyim ile birlikte ontolojik – epistemolojik yapı ve belirli mantık ve etik ilkeleri etkili olmaktadır.

Şimdi üstteki maddeleri genişleterek irdelersek:

3.6.1. Tıpta Bağlantısallık/ Bağıntı (= correlation)

Tıp bir şemsiye terimdir; bu kapsam içinde, **1.** saf bilim dememiz gereken pek çok disiplini, -örneğin *fizyoloji, anatomi, histoloji, embriyoloji, moleküler biyoloji ve genetik, patoloji, patofizyoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji* gibi tıp bilimlerini, **2.** hasta

üzerinde klinik praksi içeren ve (saf bilim değil) bilimsel dememiz gereken klinik disiplinleri, -dahili ve cerrahi tıp bilimlerini, *örneğin iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi gibi-* ve 3. saf bilimin çok önemli bir alanı olan ve çok farklı tarzlarda yapılanmış araştırma projelerini - laboratuvarlarını kapsar. Tüm bu alt disiplinleri de içerecek biçimde, tıbbın her alanında **bağıntı** (= *correlation*, bağlantısallık) ve **nedensellik** (= *causation*) ilişkisi ve her iki kavramın doğru bir biçimde tanımlanması, birbirinden ayırt edilmesi (*bağıntı ve nedensellik ilişkisi aynı şeyler değildir*) son derece önemlidir, elzemdir (*bu koşul tüm bilim disiplinleri –bilimsel bilgi- için de böyledir kuşkusuz*). Bağıntı, iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki olması durumudur; ancak, bu ilişki bir neden – sonuç ilişkisi değildir. Örneğin, yaz aylarında insanlar denizde yüzerler ve yaz aylarında dondurma satışları artar; öyleyse, insanların denizde yüzmesi ile dondurma tüketimi arasında bir bağıntı vardır (evet, bağıntı vardır ama nedensellik ilişkisi yoktur; çünkü, bağıntının arkasındaki neden, bu iki değişkenin dışında üçüncü bir değişkenin, havaların sıcak olması durumudur günlük yaşamdan da sayısız örnek verilebilir).

Bağıntı ile nedensellik ayrımı da tıpta önemlidir; öyle ki bazı hastalıklarda *bağıntıyı* kurmuşuzdur ama *nedensellik* durumunu tam olarak anlayamamış olabiliriz, örneğin **depresyon**un ortaya çıkmasında pek çok faktör ile ilişkiyi belirlemişizdir ama nedensellik kurabilmek için bilimsel bir tarzda depresyonun etyopatogenezi zamansallık içinde süreç olarak tanımlamış olmamız ve neden-sonuç/ etki bağlantısını göstermemiz gerekir.

Tıpta (ve bilimde), bilimsel ilerlemenin temelinde aslında gözlemlerin doğru bir *bağıntı* ve *nedensellik* içinde ele alınıp incelenmesi – çalışılması yatar. Felsefenin hekimliğe belki en önemli katkılarından biri bağıntı ve nedensellik ilişkisinin doğru kurulması ilkelerinin ortaya konması olabilir ki, felsefe burada durumlara ve süreçlere felsefece derinliğine bakmak, analiz yapmak, kategorize etmek, doğru ilişkiler kurmak ve kavramsallaştırıp ilke hâline getirmek biçiminde bir tutum sağlayabilir. Kuşkusuz, bilimsel bir ilişkinin kurulabilmesi ve bilimsel bilginin ortaya konabilmesi için, sadece gözlem değil, ilişkinin bilimsel pek çok çalışmayla (ki bunlar empirik meta-analizler, deneysel araştırma projeleri, temel bilimlerdeki doku, hücre, hücre-içi yapıların

çalışılması, gibi çalışmalar) ortaya konması ve klinik çalışmalarda ayrıca *üst düzey kanıt* (1. düzey kanıt) koşullarını karşılaması gerekir.

Bağıntı ve nedensellik dışında, aslında aralarında –belki aynı ya da ardışık zamanda olmaları dışında- hiçbir ilişki olmayan/ rastgele durumlar ve ya da süreçler arasında ilişki düşünülmesi de günlük yaşamda toplumda sıkça görülen bir durumdur ki, örneğin karga öttü ve hemen sonrasında A kişisi öldü, öyleyse karga ötmesi bir insanın ölüm habercisidir gibi yanlış ilişkilendirmeler gösterilebilir.

Burada, hekimlik praksisinde felsefenin gerekliliğini göstermesi bakımından Francis Bacon’ın düşüncelerini örnek verebiliriz. Bu tezde üstte, tıbbın bileşenlerinden (vazgeçilemez) birinin **bilim** olduğunu belirtmiştik. Francis Bacon, geleceğin insanının bilim yoluyla aydınlanacağını düşünmekteydi. Ona göre yaşamda bilgi önemliydi ve ünlü “*bilgi güçtür*” ifadesinde bunu ortaya koymuştur. Bacon’ın burada belirttiği “bilgi” bilimsel bilgidir ve bilimsel bilgi doğanın işleyişini ortaya koymaktadır. Bilmek ile insan doğaya egemen olacaktır Bacon’a göre, doğa yasalarını çözmek için sistematik ve doğru bir yöntem ve mantık ile yaklaşılmalıdır; aksi hâlde, buluşlarımız dağınık ve rastgele olacaktır. Burada Bacon’ın önerisi:²³⁰

1. Ussal bilimsel çalışma yönteminde tümevarım (= indüktif) mantık kullanılmalıdır; kullanılan Aristotelesçi tümdengelim (= dedüktif) mantık ile yeni bir şey söylenemez,
2. Bacon, bilim yapacak kişinin -her insanda olduğu gibi- zihninde çeşitli şekillerde oluşmuş önyargıların bulunduğunu ve bu önyargıların kişinin dünyaya bakışını ve algılayışını etkileyeceğini iddia eder; bu nedenle, bilim yapacak kişinin zihni bu önyargılardan (/ putlardan/ idollerden) temizlenmelidir. Bacon, bu önyargıları/ idolleri/ putları aşağıdaki gibi kategorize eder:

a. Soy (= *Tribus*) idolleri,

²³⁰ Bacon, F., “**Novum Organum**,” Çeviren: Kabadayı, T., Bilgesu Yayınları, Ankara, 2015.

- b. Mağara (= *Species*) idolleri,
- c. Çarşı-pazar (= *Fori*) idolleri,
- d. Tiyatro (= *Theatre*) idolleri.

Böylece Bacon’a göre, bilim yapacak kişi, yâni doğa olgularını gözlemleyerek hipotezler üretecek ve bunları tümevarımsal yöntemle araştırıp doğa yasalarını çalışacak kişinin, zihnini bu putlardan temizleyerek nesnel bir biçimde bilimsel inceleme ve çalışma yapması olanaklı olabilecektir. Bacon, bilimsel çalışmalarda amaca ulaştıracak bir tümevarım için, dört basamaklı bir işlem süreci öngörür:

1. Olgunun içinde bulunduğu şeylerin listelenmesi,
2. Olgunun içinde bulunmadığı şeylerin listelenmesi,
3. Olgunun içinde dereceli olarak bulunduğu şeylerin listelenmesi,
4. Olgunun içinde bulunmayanların dışta bırakılması aşamalarıdır.²³¹

Bacon, kuşkusuz bu düşünce ve önerileriyle çok büyük bir aşama sağlamıştır ve düşünceleri halen son derece önemlidir. Ancak, günümüzde (ve tabii bugüne değin) bilimde yalnızca tümevarım değil, beraberinde tümdengelim ve başka mantıksal yöntemler de kullanılmaktadır (bunlar, bu tezin “*tıpta mantık*” bölümünde işlenmiştir). Bilimsel bir çalışmada, çok basit ve kabaca bir örnek verirse, diyelim ki “*anevrizmal subaraknoid kanama*” hastalarında, Ca^{++} kanal blokerlerinin, vak’anın seyrinde gelişme olasılığı bulunan ve hastanın prognozunu olumsuz etkileyen, mortalite ve morbiditeyi artıran bir komplikasyon olan “*serebral vazospazm*” üzerine yararlı olabileceğini varsayalım (hipotez); bunun için elimizdeki kavramsal teorik bilgilerle tümdengelimsel yöntemle sonuçlar düşünmüşüzdür ve (hayvanlar üzerinde) uygun bir deneysel araştırma modeli oluşturarak empirik - deneysel olarak bulgularımızı kaydederek; empirik verilerimizi, tümevarımsal olarak değerlendirir ve varsayımımız ile uyuşup uyuşmadığına bakarız (henüz insanda değil). Bulgular değerlendirildiğinde, hipotezimiz doğrulanabilir ki bu durumda çalışmanın daha sonraki aşamalarına (= fazlarına) geçerek çalışma sürdürülür ve sonunda hipotezimiz yasalaşabilir, ... ya da

²³¹ A.g.e.

hipotezimiz yanlışlanır (yanlışlanabilir olması özelliği de yapılan işin bilim zemininde olduğunu gösteren parametrelerden biridir) ve çalışma daha farklı bir tarafa ilerler (aslında bir bilimsel çalışma programı çekirdeği etrafında pek çok katmandan oluşan ya da hiyerarşik olarak pek çok katmanda doğru ya da yanlış/ yetersiz açıklamalara, nedenselliğe sahiptir ve geniş bir çerçeve içinde ve bir süreklilik hâlinde program hep gözden geçirilip düzenlenerek devam edilir). Bilimsel çalışmalarda (tıpta son derece önemli olmak üzere) ele alınan durum, neden-etki (/ nedensellik) yönünden ve çok yönlü, çok bileşenli bir şekilde araştırılarak yasalılığa bağlanmaya çalışılır. Tıpta, bu nedenselliği açıklayan “mekanizmalar” anlaşılmaya çalışılır ve burada mekanizmalara ilişkin hem niteliksel hem de (matematiksel formüller bir dil kullanılarak) niceliksel pek çok özellik anlaşılabilir (ama yine de eksik kalmaya mahkûm) bir yasalılık ortaya konabilir.

3.6.2. Tıpta Hastalıkların Nedensellik İlişkisi (‘Etyolojik Faktör’ = causation)

Nedensellik, bilindiği üzere, gerçekleşen her olayın bir nedeni olduğunu ve aynı koşullar altında aynı nedenlerin aynı sonuçları doğuracağını belirten bir kavramdır. Öyle ki, bilginin edinilmesi, geçerliliği – güvenilirliği, sürdürülebilirliği ve meşruiyeti söz konusu olduğunda nedenselliğin önemi, onu basit bir kavramdan ziyade bir ilke olarak düşünmeyi gerektirmektedir. Nedensellik ilkesinde, neden ve sonuç arasındaki ilişki farklı tarzlarda olabilir.

Tıpta nedensellik, - *natüralist ya da normatif ontolojik anlayışa bağlı olarak değişmekle birlikte*- bilimsel ve teknolojik çalışmalar ile hastalıkların nedenlerinin anlaşılması ve bunların felsefi olarak analizini gerektirir. Tıpta hastalıkların nedenini bilimsel olarak doğru bir biçimde kavrama, tedavi için ilk adımı oluşturması ve sonrasındaki kararlar bakımından son derece önemlidir; çünkü, yanlış bir teşhis sonrasında doğru tedavi mümkün değildir. İbn-i Sina’nın söylediği gibi, “*hekimlikte*

önce teşhis, sonra tedavi gelir.”^{232, 233} Ancak, tıpta nedensellik ilişkisi sadece tanı koyma (etiyolojik faktörü bulma ve ilişkili durumları tanıma) ile de sınırlı değildir; nedensellik ilişkisi, (birbiriyle bağlantılı ve birbirine aktarılır bilgi oluşturmada klinik uygulama alanlarında, bilim disiplinlerinde ve deneysel araştırmalarda olmak üzere) tıbbın tüm alanlarında yapılan her işte ve alınan her kararda dikkat edilmesi gereken bir kavramdır. Felsefenin – epistemolojinin temel konularından olan “nedensellik ilişkisi”nin felsefe tarihinde uzun bir geçmişi vardır. İlk olarak Aristoteles’in “Fizik” adlı eserinde^{234, 235} “dört neden kuramı” olarak ortaya konan nedensellikte “ereksel/ erekbilimci/ teleolojik” bir anlayış vardır, bu anlayış çok kapsayıcıdır ve Newton’un “mekanistik” anlayışının ortaya konup benimsenmesine kadar yaklaşık iki bin yıl kadar etkili olmuştur.

Bir olayın ya da olgunun nedeninden söz edildiğinde, genel olarak bu olayın ya da olgunun meydana gelmesini açıklayan şey belirtilir, örneğin suyun kaynamasının nedeni ateştir/ sıcaklıktır, havaya atılan bir cismin yere düşmesinin nedeni yerçekimidir, güneş tutulmasının nedeni Ay’ın Dünya ile Güneş’in arasına girerek güneş ışıklarının dünya üzerine gelmesine engel olmasıdır. Bu olaylarda, felsefi dilde fail neden (= *causa efficiens*) ya da hareket ettirici neden (= *causa motrice*) olarak adlandırılan *neden*’dir. Bir başka tip *neden* ise, örneğin Sokrates’in hakkında verilen ölüm cezasından kaçmayıp, ölümü kabul etmesinin açıklayıcı *neden*’i olarak ereksel neden (= *causa finalis*) söylenebilir. Bu iki tür *neden*’in de özelliği, ortaya çıkan şeyin ya da olayın dışında olmaları ve onların meydana gelmelerini sağlamalarıdır. Aristoteles’e göre bilmek, ancak *neden* ile bilmek ya da *neden(ler)*’i bilmektir. Bu *nedenler*’i bilmek için, Aristoteles’e göre, fiziksel değişimde (ya da süreçte) rol oynayan faktörleri ya da unsurları gözden geçirmek gerekmektedir ve Aristoteles’in “Dört Neden Kuramı”nda bunlar : 1. Maddesel neden (= *causa materialis*), 2. Formal neden (= *causa formalis*), 3. Fail neden (= *causa efficiens*) ve 4. Ereksel neden (=

²³² Ünver, A.Süheyl, “İbni Sina, Hayatı ve Eserleri Hakkında Çalışmalar,” İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü, N. 49, İstanbul, 1955.

²³³ Öztürk Güntöre, S., “Tıp ve Felsefe,” Nobel Kitabevi, Adana, 2005.

²³⁴ Aristoteles, “Fizik,” Çeviren: Babür, S., 2. Baskı, 2001, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.

²³⁵ Arslan, A., “İlkçağ Felsefe Tarihi, 3, Aristoteles,” 4. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

causa finalis)’dir. Maddesel neden, değişme ya da oluşun kendisi üzerinde ortaya çıktığı şey’dir; formal neden, değişme ya da oluşun sonunda ortaya çıkan şey’dir, buna *Form* denir; fail neden, değişmeyi ya da oluşu sağlayan şey’dir; ereksel neden ise, değişme ya da oluşun ereği olan şey’dir. Dört Neden Kuramı’nı örneklemek gerekirse, bir heykel düşünelim, diyelim ki mermerden bir Afrodite Heykeli yapılacak, burada *causa materialis* mermer olacaktır, mermerin bir Afrodite Heykeline dönüşebilmesi için mermerde bir gizlilik olarak da olsa “Afrodite Heykeli” olabilme potansiyeli/ olanağının bulunması ve mermerin bu formu kazanması gerekir ki bu *causa formalis* olacaktır, bu işi yapacak/ yapan yontucu *causa efficiens*’tir, bu heykelin yapılma amacı ise -erekbilimci/ ereksel/ teleolojik neden ise- *causa finalis* olacaktır.^{236, 237} Burada açıkça görüleceği gibi, Aristoteles’in “Dört Neden Kuramı”ndan ilk ikisi (bir materyalin başka bir forma dönüşümü/ değişimi; *causa materialis* ve *causa formalis*) bilimin yanıt vereceği/ açıklayacağı nedenlerdir; üçüncü ve dördüncü nedenler (*causa efficiens* ve *causa finalis*) ise felsefi düşünmeyi gerektiren sorulardır. Hekimlik praksişi düşünüldüğünde, Aristotelesçi bir kavrayışla ele aldığımızda, elimizde hem bilim hem de felsefe olmalıdır.

Aristoteles, “Metafizik” adlı eserinde “Oluş/ Oluşun Analizi”ni yaparken (Aristoteles Metafizik VII. Kitap, 1032 b²³⁸):

“... Gerçekten karşıtlar bile, bir anlamda aynı forma sahiptirler: Çünkü bir yoksunluğun tözü, karşıt tözdür. Örneğin hastalığın tözü sağlıktır (çünkü hastalık, sağlığın yokluğu ile kendini gösterir). Sağlık ise hekimin zihninde olan kavram, bilginin konusu olan kavramdır. Çünkü sağlıklı olan şu türden bir düşünceler dizisinin sonucu olarak meydana gelir: Sağlık filanca şey olduğuna göre eğer sağlıklı olmak istiyorsak, zorunlu olarak şu diğer şeyi, örneğin dengeyi gerçekleştirmek gerekir. Bu dengeyi meydana getirmek için de sıcaklık gerekir. Hekim böylece adım adım düşünce aracılığıyla, meydana getirilmesi bizzat kendisinin elinde olan nihai bir şeye kadar çıkar ve bu noktadan itibaren başlayan harekete, yani sağlığı meydana getirmek üzere başlatılan süreç “yapma, gerçekleştirme” denir. O hâlde bundan mantıki olarak, bir anlamda, sağlığın sağlıktan, evin evden, maddi olanın maddi-olmayandan çıktığı

²³⁶ Aristoteles, “Fizik,” Çeviren: Babür, S., 2. Baskı, 2001, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.

²³⁷ Arslan, A., “İlkçağ Felsefe Tarihi, 3, Aristoteles,” 4. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

²³⁸ Aristoteles, “Metafizik,” Çeviren: Arslan, A., Üçüncü Baskı, ss.329-330, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 2010.

anlaşılmaktadır. Çünkü hekimlik ve yapı sanatı, sağlığın ve evin formudurlar (maddi-olmayan tözden de mahiyeti kastediyorum). Meydana getirme ve hareketler içinde bir aşamaya “tasarlama, düşünme”, diğerine “yapma, gerçekleştirme” denir. İlkeden ve formdan çıkan şey, düşünmedir. Düşüncenin en son adımından doğan şey, yapma, gerçekleştirmedir. Diğer aracı şeylerin her biri de bu şekilde meydana gelir; örneğin sağlığın dengeyi gerektirdiğini söylüyorum. O hâlde bu denge nedir? Filanca şey. Bu şey de eğer sıcaklık olursa, ortaya çıkacaktır. Bu sıcaklık nedir? O da filanca başka şey. Bu son şey, kuvve olarak vardır ve kuvve olarak var olan şey, hekimin gücü içindedir. O hâlde sağlığın, sanatın ürünün olması durumunda, fail neden, yâni sağlıklı olma sürecinin ilkesi, zihinde bulunan formdur. Sağlığın rastlantının ürünü olması durumunda ise neden, sanata dayanarak eylemde bulunan insanın asıl anlamında “yapma, gerçekleştirme” sürecinin hareket noktasını oluşturan her şeydir. Örneğin iyileştirmede ilke, hiç şüphesiz, sıcaklığın meydana getirilmesidir ve hekim sıcaklığı, ovma ile meydana getirir. O hâlde bedendeki sıcaklık, ya sağlığı meydana getiren bir parçadır veya (ister doğrudan), ister birkaç adım aracılığıyla, sağlığın bir parçası olan aynı türden bir şey tarafından takip edilir. Ve bu en son aracı, sağlığın parçasını gerçekleştiren şeydir: dolayısıyla sağlığın parçasıdır. Aynı durum bir ev (evde en son aracı, taşlardır) ve bütün geri kalan şeyler için de söz konusudur” derken, hekimlik praksi içinde pek çok ontolojik açıklamanın yanında tıbbın çok aşamalı, çok katmanlı nedenselliğine ilişkin epistemolojik bir açıklamayı da getirmektedir. Aristoteles, bunun yanında çok temel bir çözümlemeyi yapmaktadır: “... meydana getirme ve hareketler içinde bir aşamaya “tasarlama, düşünme”, diğerine “yapma, gerçekleştirme” denir. İlkeden ve formdan çıkan şey, düşünmedir. Düşüncenin en son adımından doğan şey, yapma, gerçekleştirmedir ...”

ifadesiyle, hekimlikte yapılan bir uygulamanın arkasında kuramsal – kavramsal bir içeriğin olduğunu, dolayısıyla hekimlik uygulamalarında teori/ episteme, praxis, poiesis, techne, phronesis içeriğinin iç içe ve birlikte var olma şartını göstermektedir.

Pierre-Simon Laplace (1749-1827), katı bir mekanist determinist görüşü savunur ve şöyle ifade eder, “Evrenin şu andaki durumuna daha önceki bir durumunun eseri ve daha sonraki bir durumunun nedeni olarak bakmamız gerekir.”^{239, 240} Laplace, bilim yasalarının evrensel ve mutlak olduğuna inanıyordu. Yazdığı “Evrenin Yasaları” adlı beş ciltlik eserinde, döneminin en ünlü matematikçisi olan Laplace, geliştirdiği “olasılık kuramı” ile, sorulabilir her soruya (kadim bir gizem olan insan özgürlüğü de

²³⁹ Arslan, A., “İlkçağ Felsefe Tarihi, 3, Aristoteles,” 4. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

²⁴⁰ Strien, M., “On the origins and foundations of Laplacean determinism,” Studies in History and Philosophy of Science, 45(1), March 2014, pp. 24–31.

dahil) yanıt bulabileceğini düşünüyordu.²⁴¹ Ancak, biyolojik bilimlerde (ve en belirgin olarak insanda) öngörülemeyen değişiklikler ve dolayısıyla rastgelelilik olağan bir işleyiştir (bilimsel olarak baktığımızda *varyasyon, mutasyon vd. şeklinde ya da biyolojik organizma sürekli çevresiyle etkileşim içinde olduğundan adaptasyon/ uyum yasaları ile değişim göstererek –ve üstelik bu bilgiler sonraki jenerasyonlara da aktarılacak- varlığını sürdürürler*^{242, 243}); böylece yaşam, düzensizliğe karşı değil galiba düzensizlik ile işlemekte, çeşitlenmektedir; türler ve tür içindeki çeşitlilik, yaşamdaki yeni tezahürler, etkileşimler bir bakıma bu nedenlerle, bu işleyişle gerçekleşmektedir. İnsan tikelinde filo-ontogenetik yapı kişinin her türlü özellikleri için son derece önemlidir ancak tamamen/ nihai belirleyici değildir; bireyin deneyimleri/ psikodinamik kültürel ve fiziksel yaşantısı – bireysel tarihi, genetik yapı ile sürekli bir etkileşim göstererek insanın (birey olarak da) hep bir oluş içinde olmasını, tamamlanmasını sürdürür ve bu yapı, genetik bilgi olarak sonraki kuşaklara da aktarı(labı)lır. Böylece, insanın sürekli oluş içinde olan açık bir varlık olduğunu düşünebiliriz. Genetik yapının kuşkusuz belirleyici bir yanı vardır, bir olanaktır (ya da kısıtlılıktır) ve yaşam içinde -deneyimlerle- sürekli bir fiziksel-biyolojik, psikolojik, sosyal etkileşim ile değişim gösterir ve insan türünde çeşitliliğin bir üyesini/ örneğini oluşturur. Bu demektir ki insan sabit/ değişmez yanıtı olan, kapalı bir varlık değildir, aksine açık bir varlıktır. Ve bu yönüyle de hayat (ve insan) bir ölçüde gizemini, bilinemezliğini hep korur. İnsan, tümüyle bilim tarafından kapsanabilir olamaz ve hekimlik praxisindeki epistemoloji -bu nedenle- tam olarak belirli bilgi değildir, tıptaki bilgi bir ölçüde belirsizdir, bulanıktır ve tam değildir. Aristoteles de “**Metafizik**” adlı eserinde²⁴⁴ varlığın, var olmanın çokluk olduğunu öne sürerek, bu çokluğun, çeşitliliğin nasıl açıklanabileceği problemi üzerinde durur; tümel anlamda varlıktan söz etmenin “anlamsız” ve “saçma” olduğunu, tikel örneklerden bağımsız olarak varlıktan söz edilemeyeceğini belirtir. İnsan tümelinin her bir örneği, tikel, genetik yapısı ve bu yapının hayatta açılıp deneyimlerle mecz olması ile kendini

²⁴¹ Lehrer, J., “**Proust Bir Sinirbilimciydi**,” Çeviren: Aydar, F.B., Birinci Basım, 2009, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

²⁴² Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

²⁴³ Turnpenny, P.D., Ellard, S., “**Emery’s Elements of Medical Genetics**,” Edition 15, Elsevier, 2017.

²⁴⁴ Aristoteles, “**Metafizik**,” Çeviren: Arslan, A., Üçüncü Baskı, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 2010.

göstermektedir ve bu hep bilinebilir ve bilinemez/ öngörülemez unsurları bünyesinde birarada taşır.

Daha sonra Francis Bacon (1561-1626), bilindiği gibi, Aristoteles'in dört neden kuramını *materyal* (Aristoteles'teki *causa materialis*) ve *etki* (Aristoteles'teki *causa formalis*) olarak iki nedene indirmiştir ki bu yaklaşım, bilimi öne çıkaran bir tutumdur. Francis Bacon, geleceğin insan dünyasının bilim yoluyla aydınlanacağını düşünmüştür ve “*bilgi güçtür, bilmek doğaya egemen olmaktır*” diyerek bilimselliğin ve aklın yolunu açmıştır denilebilir.²⁴⁵

David Hume (1711-1776), nedenselliği evrenin çimentosu olarak tanımlamış ancak iki olay arasında neden ve sonuç anlamında gerekli bir bağlantı görmemiştir. Hume da Locke ve Berkeley gibi (empirist çizgi), tüm zihin içeriğinin duyular ve deneyler aracılığıyla verildiğini düşünmekteydi. Zihnimizde bulunanların tümü algılardır (= *perceptions*) ve bu algılar, 1. izlenimler (= *impressions*) ve düşüncelerdir/ fikirlerdir (= *ideas*). İzlenimler, zihinsel yaşantının temel unsurlarıdır ve bugünkü nörobilimsel terminolojiyle “*duyum*” ve “*algı*”ya benzerler. Düşüncenin ham maddesi bir *izlenim*dir ama yine de her düşüncenin bir izlenimi olmayabilir (öyle ya, biz uçan at görmediğimiz hâlde bunu imgelemde düşünebiliyoruz; ancak, Hume buradan Tanrı düşüncesinin temellendir(ileme)mesine gidecektir). Zihinde izlenimler çeşitli şekillerde/ değişikliklerle düşüncelere dönüştürülürler. Düşünceler arasında da çeşitli bağlantılar ve etkileşimler mevcuttur. Her iki zihinsel içerik de -izlenimler ve düşünceler- basit ya da karmaşık olabilir. Çok kısaca ifade ettiğimiz bu işleyişle, Hume, zihnin birbirini izleyen izlenimler arasında, -çağırışım mekanizmasıyla- alışkanlık olarak neden-sonuç bağı kurduğunu söyler. Çağırışım mekanizması, üç farklı ilişki biçimi gösterir, 1. yakınlık ya da ard ardalık, 2. zamanda öncelik, 3. sürekli birliktelik; ancak, bunların hiçbiri neden ve sonuç arasında zorunlu bağlantının olduğunu göstermez. Hume’a göre, düşünceler/ ideler arası ilişkilere dayanan bilgi, mantık ve matematik bilgileridir. Hume, olgulara ilişkin bilgi için, doğadaki olgular arasında zorunlu bir neden sonuç ilişkisi olduğunu gösterir bir kanıt bulunmadığına

²⁴⁵ Bacon, F., “**Novum Organum**,” Çeviren: Kabadayı, T., Bilgesu Yayınları, Ankara, 2015.

göre bu alanda kesin bilgidен söz edilemeyeceği sonucuna varmıştır; çünkü, bu alandaki tüm bilgilerimiz deneyime ya da algıya dayanmaktadır ve nesnelerin bizden bağımsız var olduğunu duyarımız bize göstermez.²⁴⁶ Nedensellik ilkesinin tüm bilgi türleri için belirleyici ve merkezi bir kavram olduğunu Hume bilmektedir; ancak, nedenselliğe ilişkin kuşkucu tavrı, doğa bilgisinin olanağını zorlaştırmaktadır. Immanuel Kant (1724-1804), Hume'un yaklaşımından etkilenir (Kant, "*Hume, beni dogmatik uykumdan uyandırdı*" şeklinde ifade eder bu etkilenmeyi); nesneler arasında verilmiş bir bağlantının olmadığını ve bu ilişkiyi özenin kurması gerektiğini temellendirir; ve Kant, nedenselliği, özellikle doğayı kavramak ve bilimsel anlayış olmak üzere "salt/ arı" anlama için temel kategorilerden biri olarak düşünür. İnsan anlaması, bilimsel bir kanıt olarak nedensellik ilişkilerini arar ve nedensellik ilişkisi, bilimsel yasaların geçerliliğini sağlar.²⁴⁷

John Stuart Mill, "... tek bir nedene bağlı sonuç varsa da nadirdir. Genellikle çok sayıda nedenin toplamına bağlı bir sonuç ortaya çıkar ve nedensellik için her bir nedenin sorgulanmasını gerektirir" demektedir.²⁴⁸ Görüldüğu gibi, felsefe tarihinde zaman içinde nedensellik ilişkisinin spesifikleşmesi izlenmekte ve nedensellik ilişkisinin Mill ile dinamik bir yapı kazandığı görülmektedir. Tıpta, sonraki pasajlarda de yazıldığı gibi son derece dinamik, çoklu, çok yönlü, çok katmanlı, karmaşık, çok eklemlı bir nedensellik ilişkisi işlemektedir. Hep bir akış içinde olan süreç, fenomenolojik olarak kendini göstermektedir/ ortaya çıkmaktadır; bu işleyişte hekimin görevi, sürecin görünebilir tarafından bakarak görin(e)mez olan sürece (/nedensellik ilişkilerini ortaya koyarak kendi içindeki işleyişe) vâkıf ve etkin olmaktır.

Bağıntı ve nedensellik farkını açık bir biçimde ortaya koyabilmemiz gerekmektedir: Bağıntı nedensellik değildir; iki değişken/ faktör bağıntılı olabilir ama bu, her zaman aralarında bir neden – sonuç ilişkisi olduğunu göstermez. Bağıntı ve

²⁴⁶ Hume, D., "*İnsanın Anlama Yetisi Üzerine Bir Soruşturma*," Çeviren: Aydar, F.B., IV. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

²⁴⁷ Kant, I., "*Arı Usun Eleştirisi*," Çeviren: Aziz Yardımlı, Üçüncü Baskı, 2010, İstanbul, İdea Yayınevi.

²⁴⁸ Mill, John S., "*A System Of Logic, Ratiocinative And Inductive*," January 31, 2009 [Ebook 27942].

nedensellik üzerine tartışma 18. yüzyıla değin uzanır. Biraz önce belirtildiği üzere, Hume, “biz kesinlikle nedenselliği gözlemleyemeyiz, belki sadece iki nesnenin sürekli birlikteliğini gözlemleyebiliriz” der.²⁴⁹ Bağntı ve nedensellik, bilimlerin parlak gelişimi ile 1920’lerde üzerinde daha çok durulan bir kilit konu hâline gelmiştir. Burada en tehlikeli durum, özellikle günümüzde çok büyük ölçekli verinin (= *big data*, büyük veri) kullanılmasıyla, yanlış/ sahte bağntıların ve nedenselliğin kurulması riskidir. Çünkü, günümüzde tıp giderek mühendislik tarafına kaymaktadır; bunun için, *bilgi-odaklı* epistemolojik yapı *veri-odaklı* hâle dönüştürülerek matematiksel-bilgisayar modellemeler yapılmaya çalışılmaktadır ki, burada, *bilgi* ile *kanıt* ya da *veri*’nin birbirinin yerine konması yapılmaktadır. Bu bölümde *kanıt*’tan (ve Kanıt Dayalı Tıp’tan) bahsedeceğiz; orada da görüleceği gibi, bilgi ile kanıt aynı değildir, farklıdır ve bu yaklaşım (/ kanıt dayalı tıp) bazı yararları yanında pek çok handikapı ve metodolojik bir sorunu içinde barındırmaktadır. Bilimsel çalışmalarda (*istatistiksel anlamlılığı -derecelendirerek- gösteren*) istatistiksel hesaplama yapılarak ***p-değeri*** kullanılmaktadır ve kurulan nedenselliğin doğruluk derecesi, güvenilirliği gösterilmektedir. İstatistik değerlendirme yaparken dikkatli olunması gereken başlıca iki öge vardır: 1) ilişkinin doğru kurulup tanımlanması, 2) bilgi empirik veriler üzerine kurulacağı için gözlem (denek) sayısının yüksek olması. İlginçtir, son derece prestijli bir bilimsel dergi olan *Nature* dergisinde 1999’da çıkan bir çalışmada, gece lambası ile uyutulan iki yaş altındaki çocuklarda ileride miyopi görülme olasılığının (= *insidensinin*) daha yüksek olduğu iddia edilmektedir;²⁵⁰ oysa, daha sonra başka araştırmacılar, bu iddianın doğru olmadığını, aslında miyopisi olan ebeveynlerin görme zorlukları nedeniyle gece lambasını açık tuttıkları ve bu çocukların ileri yaşlarında miyopi geliştirme insidensinin daha yüksek olmasının sadece genetik penetransa/ geçişe bağlı olduğu belirtilmiştir. Bizim buradaki analizimiz, kuşkusuz ikinci araştırmacı grubunun iddiası daha rasyonel görünse de, gerçekte bu tıbbî önermenin sadece gözlemsel açıklamalarla değil mutlaka oluşun bilimsel etyopatogenezinin – mekanizmalarının açıklanması temelinde olması gerektiğidir. Bu

²⁴⁹ Hume, D., “İnsanın Anlama Yetisi Üzerine Bir Soruşturma,” Çeviren: Aydar, F.B., IV. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

²⁵⁰ Quinn, G.E., Shin, C.H., Maguire, M.G., Stone, R.A., “Myopia and ambient lighting at night,” *Nature* 399, pages113–114(1999)

örnekte de, bağıntı/ korelasyon ile nedenselliğin farklı olduğunu görmekteyiz; bu karışıklığa yol açan durum, hem bağımsız değişkeni (*neden, ebeveynin miyopi olması*) hem de bağımlı değişkeni (*etki/ sonuç, çocukta miyopi insidensi*) etkileyen şaşırtıcı bir neden (= *gece lambasının açık tutulması*) yüzünden yanlış bir bağıntı – nedensellik kurulmasıdır. Ancak, retrospektif bakışla bu örneklerde ilişkinin çok aşıkardığı (gibi) görülmekle birlikte, aslında hiçbir açıklama tam olarak ikna edici bulunmamalıdır; çünkü insan zihni, hazır bulduğu ya da kolayca açıklayabildiği şekilde ilişkileri tanımlama eğilimi içindedir; insan, hayatı kolaylaştırmak, hesaplar – planlar yaparak sanki çok belirli, çerçevelenmiş bir hayat süreceğine inanır; ama bu inanç ancak kanıtlanarak bilgi hâline geçtiğinde değer/ geçerlilik kazanıyor. Bu, insanın nörobilimsel yapısı ile de bir ölçüde ilişkilendirilebilir, şöyle ki, beyin çok çok yüksek enerji ile çalışır ve her zaman kolay olanı seçme eğilimindedir ve ayrıca psikonekognitif olarak hep bir plan yapmak, kategorize etmek, düzenlemek güdüsü taşır ve böylece hayatı planlayıp kolaylaştırdığı zannına kapılır.

Günümüzde de tıpta ve bilimde nedensellik ilişkilerinde felsefi sorgulama ve tartışmalar süremektedir, farklı tarzlarda olmak üzere:

- Nedenlerin ve etkilerin/ sonuçların ne tarz şeyler olduğu: işler, şeyler, tikeller, olaylar,
- Nedenler ve etkiler arasındaki ilişkinin tarzı: doğa yasaları, probabilistik nedensellik,

Mellor, nedensellik kriterleri olarak dört önemli kavram üzerinde durur: *zamansallık* (zamansal ilişki, neden ve sonrasında etki), *bitişiklik* (neden ve etki arasındaki bağlantı), *doğrulama* (neden ve etkinin birbirini desteklemesi) ve *açıklayıcılık* (neden etkiyi açıklayıcıdır). Görüldüğü gibi, Mellor'un nedensellik kriterleri halen Hume'un açıklamalarına çok benzerlik göstermektedir.²⁵¹

²⁵¹ Marcum, J.A., "Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine," Springer, 2008.

Tıpta hastalıkların nedenselliği hasta birey üzerinden yapılır (çünkü hekimin konusu ve yönelimi hasta bireyi tedavi etmektir) ve bu ilişki daha çok doğa bilimlerine uygun olarak bilimsel ve teknolojik araçlar ve yöntemler kullanılarak tesis edilir. Sosyal bilimlerde ise, birey değil de toplumun bir kesiti ele alınarak incelenir. Ancak, tıp doğa bilimlerini kapsamakla birlikte aynı zamanda insan ve toplum bilimlerini de kapsar. Tıbbın doğa bilimsel yapısı ile sosyal bilimlere kaynaştıran epidemiyolojinin, halk sağlığı ve tıpta genel olarak bilimsel nedenselliğin anlaşılmasındaki katkısı çok önemlidir. Tıpta hastalıkların neden(ler)ine/ nedenselliğine baktığımızda, en önemli özelliğin birbirine eklenmiş çok faktörlü bir nedensellik ilişkisi ya da ağı dikkat çekicidir ki (*John Stuart Mill'in nedensellik konusunda dikkat çektiği gibi*), bu durum, insan organizmasının çok bileşenli karmaşık yapısından, hastalık nedenlerinin çok fazla sayıda ve nitelikte olmasından, hastalık nedenleri ile insan tikeli arasındaki ilişkiden ve çevre koşullarının farklılığından kaynaklanmaktadır. Hemen hemen tüm hastalıklarda, nedensellik ilişkisi pek çok faktörün dahil olduğu, çoğunlukla çok aşamalı; formüleştirmek gerekirse, örneğin A'dan B'ye + B'den C'ye + C'den D'ye + D'den E'ye + E'den sonrakilere gibi ve ayrıca bir sıra izlemeksizin de nedensellikleri kapsayarak vb. ve belki diyelim ki A nedeni ile başlayan bir süreç E nedenine dönüşerek devam edebilir ve çoğunlukla süreç gösteren, çok katmanlı (örneğin farklı katmanlarda A, B, C, ve sonrakiler ve bunların etkileşimleri olabilir). Nedenler arasında karşılıklı etkileşim içeren, bazen bir ya da birden fazla nedeni mutlaka gerektiren bazen pek çok faktörün birarada olmasının ancak yeterli olduğu, neden(ler)/ etyolojik faktörler ile hasta birey ve tür arasında ilişkili, çevresel etkileşim içinde (Bunge'nin "sistemizm" kavramı ile ilişkili), yapılan tedavi ile ilişkili ve zamansallık gösteren bir yapıdadır. İlk bakışta tek bir nedene bağlıymış gibi görünen nedensel ilişkilerde bile pek çok etkenin rol oynadığı ve sonucun tüm nedenler ve etkileşimler sonucunda ve bir süreç içinde ortaya çıktığı anlaşılabilir. Bunun yanı sıra, hastalıkların (ya da insan organizmasındaki süreçlerin) nedenselliğini düşündüğümüzde, nedensel ilişkinin yönü de önem kazanır. Değişkenlerden hangisinin *neden* hangisinin *etki/ sonuç* olduğu her zaman çok açık olmayabilir, örneğin şöyle bir önermeyi ele alalım, "spor yapan kişilerde psikonörokognitif fonksiyonlar daha iyi seyretmektedir/ yüksek kalmaktadır ya da Alzheimer insidansı daha düşüktür..." eğer ifadedeki gibi düşünürsek spor yapmayı *neden*,

psikonörokognitif fonksiyonların daha iyi seyretmesini *etki* olarak ele almamız gerekecektir ama bunun tersi de doğru/ geçerli olabilir, yâni psikonörokognitif fonksiyonları daha iyi olan kişiler (ya da Alzheimer olmayan kişiler -çünkü Alzheimer'in manifest olması ile başlangıcı farklı zamanlardadır) spor yapıyor olabilir ki bu durumda *neden* ve *etki* yer değiştirecektir; hatta bir üçüncü açıklama ise, her iki değişkenin de karşılıklı etkileşim içinde olmalarıdır, yâni birbirleri üzerinde pozitif etkilerinin (pozitif geri-bildirim) olduğu, neden ve sonucun iki yönlülüğüdür.

Nedenler etkilerini mekanizmalar üzerinden gerçekleştirirler. Bunlar da çoğunlukla tek yol üzerinden ve lineer/ çizgisel olmamaktadır; çoğu örnekte, bir neden pek çok yoldan ve pek çok mekanizmayı harekete geçirerek -ama bu mekanizmaların da belirli bir eşik değeri gerektirdiği ve bir tavan değeri de olduğu- etkilerini gösterdiği söylenebilir. Kuramı açıklamak için, en aykırı denebilecek bir örnekle başlayalım, diyelim ki trafik kazasına bağlı bir kafa – beyin travması (= *kranyoserebral travma*) olgusunda, nedensel ilişki basitçe trafik kazası (neden) ve kafa travması (etki) biçiminde okunabilir ve sanki bu hastalık durumu (kaza ve beynin etkilenmesi) tek bir nedene bağlıymış gibi görülebilir; ancak, burada –travmanın dışında- hastanın genetik yapısı, vücut özellikleri, psikokognitif durumu, o anki psişik durumu, hava koşulları gibi trafik kazasının oluşunu kolaylaştırıcı ya da önleyici pek çok faktörden başka, kazada ortaya çıkan dinamik mekanik işleyiş (örneğin kazanın şekli, aracın hızı, vurma yeri ve tarzı, yere düştüyse zeminin özellikleri, hastanın giysileri vd.) ve bu travma ile ortaya çıkan beyin yaralanmasının prognozunu (seyir ve sonucunu) belirleyen hastanın genetik yapısı (ki, gerçekten beyin yaralanmasının seyrini etkileyen genetik duyarlılık derecesini gösteren genetik polimorfizm mevcuttur,²⁵² cytokinler, apolipoprotein E genotipi vd.). Böylece, belki ilk planda tek bir neden gibi düşünülen anlık bir travmada bile kazanın oluşundan beynin etkilenmesine ve hastanın prognozuna kadar (kazanın kendi içinde olmasından ayrı hastaya ait faktörler, çevre faktörleri, mekanik nedenler olmak üzere) birbirleriyle etkileşim gösteren mültifaktöriyel bir işleyiş görülür. Bunun

²⁵² - Kurowski, B., Martin, L.J., and Wade, S.L., "Genetics and outcomes after traumatic brain injury (TBI): What do we know about pediatric TBI?," J Pediatr Rehabil Med. 2012; 5(3): 217–231.

yanında, diyelim ki bir ateroskleroz (= damar sertliği), kalp enfarktüsü, inme ya da Alzheimer gibi bir nörodejeneratif hastalık ya da bir neoplastik süreç/ tümör hastasında kronik sürece âdeta sayısız faktörün katıldığı, bu faktörlerin birbirlerine çok yönlü eklenerek etkileşim gösterdikleri ve bu etkilerin farklı niteliklerde ve farklı katmanlarda olması (*risk faktörleri*, *predispozan faktörler*, *presipitan faktörler*), bunun yanı sıra çoğu kez ilişkisiz durumların da etken gibi görülmesi, belirli bir zamana yayıldıkları izlenebilir. Hastalıkların nedenlerine baktığımızda çoğu hastalıkta hastalık faktörleri - etkenleri ile birlikte bireyin genetik yapısı ve yaşam biçimi (bireyin yaşamında hep yapageldiği davranışlar; beslenme tarzı, hareketliliği – spor yapması, psikik stres durumu, uyku süresi ve kalitesi, toksik madde kullanması gibi); hastalık etkenleri; fiziksel çevre koşulları (ikamet ettiği yerin iklimi, coğrafi koşullarından kentin mimari özelliklerine kadar pek çok faktörün), kültürel çevre/ sosyoekonomik-kültürel yapı gibi çok sayıda bileşenin bir nedensel ağ oluşturduğu görülür.²⁵³

Epistemolojik olarak tıbbî analizde – düşünme biçiminde, hastalıkların nedenleri başlıca iki tipte, “*gerekli*” ve “*yeterli*” nedenler olarak düşünülür; ayrıca, “*predispozan*” (zemin hazırlayan) faktörler ve “*presipitan*” (hızlandıran, ağırlaştıran) faktörler de dikkate alınmalıdır:

1. **Gerekli neden(ler):** bu nedenler hastalığın ortaya çıkabilmesi için şarttır, mutlaka olmalıdır; ancak, bu neden(ler) olduğunda hastalığın oluşup oluşmayacağı yine de kesin değildir, zorunlu değildir.
2. **Yeterli neden(ler):** hastalıkların oluşması için çoğu defa tek başına gerekli nedenin varlığı da yetmemekte, diğer bazı faktörlerin de birlikte bulunmasını gerektirmektedir. Hastalık oluşma riskini artıran, hastalığı ortaya çıkaran ya da etkenlerin kişiyi yenmesini sağlayan nedenlerin tümüne “*yeterli neden*” denir.

Bu duruma göre, tıpta hastalıkların nedensellik ilişkisi aşağıdaki dört ayrı biçimde kurulabilir:

²⁵³ Rovetto, R.J., Mizoguchi, R., “Causality and the ontology of disease,” Applied Ontology 10 (2015) 79-105.

1. Bir neden (diyelim ki **a** nedeni) X hastalığının ortaya çıkması için hem gerekli hem de yeterlidir; yâni, **a** nedeni yoksa hastalık ortaya çıkmayacak, **a** nedeni varsa hastalık mutlaka görülecektir. Hastalıklarda bu tarz bir nedensellik ilişkisi çok düşük orandadır; belki, bazı penetransı çok yüksek genetik hastalıklarda, örneğin 21. kromozom trisomisinde -Down sendromu-, bulaşı oranı çok yüksek viral hastalıklarda bu tipte nedensellik bulunabilir.
2. Bir neden (diyelim ki **a** nedeni) X hastalığının ortaya çıkması için gereklidir ama yeterli değildir; yâni, **a** nedeni yoksa hastalık ortaya çıkmayacaktır ama **a** nedeni varsa da hastalığın ortaya çıkması bir olasılık gösterir ama yine de kesin değildir, hastalık oluşabilir ya da oluşmayabilir. Hastalıklarda bu tarz bir nedensellik ilişkisi çok yüksek orandadır; örnekleme gerekirse, -güncel olması nedeniyle- Coronavirüs (Covid-19) enfeksiyonu için bu virüs ile bulaş olması gerekli nedendir, bu olmazsa enfeksiyon oluşmaz ama Covid-19 ile bulaşı olması (hastalık gelişmesi olasılığı çok yüksek oranda olsa) da her zaman bu enfeksiyonun ortaya çıkacağını göstermez, hastalık hiç gelişmeyebilir, subklinik/ asemptomatik seyredebilir ya da çok ağır seyredebilir hatta ölümcül olabilir; çoğu enfeksiyon hastalığı için de aynı durum söylenebilir, örneğin Mycobacterium tuberculosis bir dönem tüm dünyada çok yaygın bir biçimde görülmüş, büyük zararlara, kayıplara yol açmış, üzerinde edebiyatta, resimde vd. hemen her türlü sanatta çok konuşulup yazılmış işlenmiş bir hastalıktır. Hastalıklarda gerekli şartın bulunmasına rağmen yine de yeterli nedenlerin bulunması ihtiyacı vardır.
3. Bir neden (diyelim ki **a** nedeni) X hastalığının ortaya çıkması için *gerekli* değildir ama (çok yüksek oranda) yeterlidir; yâni, **a** nedeni yoksa hastalık ortaya çıkar ya da çıkmaz (**a** nedenine bağımlı değil) ama **a** nedeni varsa hastalığın ortaya çıkması kesin ya da çok yüksek olasılıktır Bu durumlarda nedensellik ilişkisi kesine yakındır ya da derecesi çok yüksek – kesin olmakla birlikte yine de kullanım süresi, dozu, genetik yatkınlık gibi nedenlere de bağlıdır; tıpta bir özellik de hiçbir zaman **tam/ %100** ya da **hiç/ %0** diyememektir, -kullanmaktan imtina etmeye rağmen- tam gibi ifadelerimiz

asında çok yüksek olasılığı hiç ise çok düşük olasılığı gösterir. Hastalıklarda bu tarz bir nedensellik ilişkisi yüksek oranda görülür (yaşam biçimi, bazı genetik hastalıklar/ eğilimler gibi); örneklemek gerekirse, sigara içiciliği ile akciğer kanseri arasındaki ilişki ya da ağır alkolizm ile karaciğer yetmezliği/ siroz ve hepatoma arasındaki ilişkidir, sigara içiciliği akciğer kanserinin olması için gerekli bir faktör değildir, hiç sigara içmemiş insanlarda da akciğer kanseri görülebilir; çünkü, akciğer kanserinin sigara içiciliği dışında da, genetik mutasyonlar, iş ortamında tehlikeli kimyasallara maruz kalmak, yaş gibi pek çok nedeni vardır; ancak -kişinin enzim yapısına göre farklılık göstermekle birlikte- sigara dumanına belirli bir süre, belirli bir dozda maruz kalmak çok yüksek oranda akciğer kanseri yapabilmektedir ya da alkol ile siroz arasındaki ilişki de benzerdir.

4. Bir neden (diyelim ki **a** nedeni) X hastalığının ortaya çıkması için ne gereklidir ne de yeterlidir; bu gruptaki nedensellik ilişkisi psödo/ yalancı bir nedensellik ilişkisidir ve bunlar mantıksal bakımdan hatalı akıl yürütmelerdir, safsata/ mugalatadırlar ancak toplumsal işlerlikleri çok yaygındır. Bu grupta, üstte de değinildiği gibi, bağıntı olabilir (ya da tamamen ilişkisiz de olabilir); ancak, bağıntının olması aralarında nedensellik ilişkisi olduğunu göstermez, -çokça verilen bir örneği verirsek- yaz mevsiminde denizde boğulmalar çok görülür, öyleyse yaz mevsimi ile boğulma arasında nedensellik ilişkisi vardır gibi.

Üstte görüldüğü şekilde, hastalık süreçlerinde *gerekli* neden(ler) ve *yeterli* neden(ler) vardır ama yeterli nedenler bile hiçbir zaman tek başlarına yeterli değildirler [yine de belirli koşulları gerektirirler, örneğin zaman, miktar/ doz/ derece, kişinin (genetik) yapısı ve homeostatik kapasitesi, çevrenin etkileri gibi]. Bu aşamada **risk faktörleri**'nden söz etmek uygun olur; şöyle ki, bir hastalığın ortaya çıkması için -gerekli neden(ler) olsun ya da olmasın- bu hastalığın gelişmesi olasılığını artıran her şey risk faktörüdür; ancak bunların bulunması hastalığın olacağı anlamına gelmez (risk faktörleri her zaman yeterli faktörleri karşılamaz) ama hastalık oluştuğunda da risk faktörü dediğimiz nedenler artık aynı zamanda yeterli nedenler olmuştur. Böylece, her bir hastalığın aslında pek çok neden(ler) kümesi ile ve belirli bir zaman sürecinde

oluşabileceği ama bu olasılığın da kesin olmadığı, nedenselliğin çizgisel olmadığı, etkileşimlerin çok yönlü, çok eklemli ve farklı niteliklerde – katmanlarda – etki derecelerinde olduğu gibi bir nedensellik ağını:

1. **hastalık nedenleri/** etkenleri (= etyolojik ajanlar/ faktörler),
2. **hastalık** (= patoloji),
3. nedenlerin tüm organizma içindeki etkileşimi ve etkisi, -etkilenen kişi- **hasta birey**,
4. **çevre koşulları** etkileşimi içinde (*sistemizm* kavrayışına uygun tarzda),
5. **tıbbî yaklaşım – tedavi – girişimler** - arasındaki bir mücadele olarak düşünebiliriz.

Bu başlıkların her birini –birbirleriyle etkileşimleri içinde ama- ayrı düşünmek gerekiyor; tıp pratiğinde çok sık yapılan yanlışlardan biri bu temel özellikten kaynaklanmaktadır.

Hastalıklarda nedenselliği açıklayabilmek için başka kavramlara da gereksinimimiz vardır, bunlar:

a) Risk faktörleri: Biraz önce de yazıldığı üzere, bir hastalığa yakalanma olasılığını artıran nedenler risk faktörleridir. Risk faktörleri önlenabilir/ değiştirilebilir ya da önlenemez/ değiştirilemez olabilir. Risk faktörleri çok çeşitlidir ve başlıca dört grupta toplanabilir:

- *Davranışsal risk faktörleri:* Beslenme tarzı, sigara içiciliği, egzersiz – spor yapma, toksik madde - alkol tüketimi gibi değiştirilebilir risk faktörleridir,
- *Biyolojik risk faktörleri:* Yaş, cinsiyet ve ırk gibi değiştirilemez fiziksel özelliklerdir,
- *Çevresel risk faktörleri:* Fiziksel her türlü çevre koşulları,
- *Genetik risk faktörleri:* Bunlar, aileden kalıtsal olarak geçen genlerle ilişkilidir ve değiştirilemez risk faktörleridir; ancak, günümüzde mevcut genetik bozuklukları henüz manifest hâle geçmeden saptayarak bazı önlemler almak mümkün olabilmektedir.

b) Predispozan faktörler: Belli bir hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştıran, hastalığa zemin hazırlayan faktörlerdir, örneğin mikroorganizma bulaşının olduğu bir kişide immün sistemi zayıflatan sistemik bir hastalığın olması durumunda, diyelim ki HIV + olması, KOAH, diyabet vb. olması ile başka bir hastalığın oluşma olasılığının artması.

c) Presipitan faktörler: Belli bir hastalığın seyrini ağırlaştıran ve daha ağır bir prognoza yol açan faktörlerdir, örneğin majör bir cerrahi girişim uygulanan hastada ayrıca diyabet ve solunum yetmezliği olması durumunda postoperatif dönem daha sorunlu ve komplikasyonlara açık geçebilir.

Bu noktada hastalıkların birbirleriyle ilişkisinden ve katmanlı, hiyerarşik yapısından ve bu yapı içinde **risk faktörlerinden** tekrar söz etmek gerekir; şöyle ki, hastalığın ortaya çıkma/ gelişme olasılığını artıran her neden risk faktörüdür ve bu ilişki çeşitli hastalık/ sendrom/ durum katmanlaşması içinde yer alır. Genellikle hastalıklar için risk faktörleri çok sayıdadır; örneğin, genetik yapı, beslenme biçimi, hareketsizlik vb. durumlar diyabet (= DM) için risk faktörleridir; -tartışmalı olmakla birlikte- DM kanserler için bir risk faktörüdür; DM ile birlikte ve buna ek olarak hipertansiyon, hiperlipoproteinemi, stres vb. yaygın ateroskleroz için risk faktörleridir; yaygın ateroskleroz başka risk faktörleri ile birlikte inme (SVH = SerebroVasküler Hastalık), koroner kalp hastalığı, böbrek yetmezliği gibi hastalıklar için risk faktörleridir. Görüldüğü üzere, yaşam içindeki her deneyim organizma için çok yönlü olumlu ve ya da olumsuz bir etki göstermekte ve organizmanın bütünlüğü içinde bir oluşa katılmaktadır. Var olan organizma (filoontogenetik yapı ve etkileşim) - etkiler – durumlar – deneyimler ile ortaya çıkan sağlık durumlarıysa çeşitli katmanlarda yer almaktadır ve birbirlerine dönüşüm gösterebilmektedirler; örneğin, (işlevsel ve ya da yapısal) bozukluklar, hastalıklar, sendromlar, duygu ve davranış değişiklikleri vd. her biri farklı ontolojik ve epistemolojik anlamlar taşımaktadır.

Bazı örneklerle durumu biraz daha berraklaştırmak gerekirse, örneğin DM hastalığı yönünden ailede diyabet hastası olması bir risk faktörüdür ve genetik bir

yatkınlığı gösterebileceği için anamnezde mutlaka bu durum sorgulanır ve gerekli ya da risk faktörü gibi düşünülebilir ya da yine diyabet için obezite, yanlış beslenme tarzı, hareketsizlik, psikiş stres, uyku bozukluğu gibi pek çok faktör de gerekli ya da risk faktörleri olarak düşünülebilir; ama, bunların hiçbirisi kişide DM olacağını kesin göstermez, sadece her bir faktör riski artırır; ancak, bu risk faktörleri yeterli nedenler hâline geçmeyebilir, ne zaman ki hastalık ortaya çıkar, bu durumda risk faktörleri yeterli olmuştur ve hastalık gelişmiştir denilebilir.

Tüm bunlara karşın, yine de bir hastalığın nedenselliğinin karmaşık ağını tam olarak çözebilmek çoğu kere mümkün olamamaktadır ya da süreç tam olarak öngörüldüğü şekilde olmamaktadır. Bu da, nedenselliği tam olarak çözmüş olmadığımızı (bilimsel bilginin ortaya konmasıyla aşama aşama gerçekleşecektir), üstelik bu nedenlerin ve organizmanın biyolojik olarak sürekli bir değişim içinde de olduğu ve nedensellik ilişkilerinin birey ve tür ölçeğinde değiştiği gerçeğini, yeni hastalık nedenlerinin ortaya çıktığını ve eldeki epistemolojik kavramlar ve paradigma çerçevesinde tıptaki nedenselliğin deterministik (ya da salt doğa bilimlerinde, örneğin fizikte olduğu gibi yüksek olasılıklı) değil çoğunlukla probabilistik (ve bir yönüyle de indeterministik, kaotik) olduğunu göstermektedir.

Pratik yararlılığı dikkate alınarak belki hastalık nedenleri 1. önlenabilir nedenler, 2. önlenemez nedenler olarak ikiye ayrılabilir; bu ayrım, epistemolojik yönden çok anlamlı değildir ancak hekimlik praksişi zemininde uygulanabilir ve yararlı olabilir.

Hastalıkların gelişimi sürecinde, patolojik lezyonlar bir çok koldan (*ana kol/ gövde ve ona eşlik eden dallar şeklinde*) ortaya çıkar; bu durumu, analojik olarak bir ağacın toprağın altında olan kökleri (*birbiriyle bağlantılı irili ufaklı pek çok kökten oluşan yapı biçiminde nedenler/ nedensellik durumunu göstermektedir*); ağacın ana gövdesi hastalığın ortaya çıktığını - geliştiğini ve temel/ *core* bulguları gösterecek; ağacın ana gövdeden çıkan çeşitli dallarını bir demet olarak kabul edip bu dallardan çıkan çeşitli dallar olarak hastalığa özgü farklı sistem(ler)e ait patolojik lezyonları, belirti ve bulguları düşünebiliriz. Hastalıkların nedenselliği için tarihsel ve bilimsel – felsefî önemi olan bazı postülatlar vardır; tıptaki nedensellik anlayışının zaman

içindeki açıklamalarını ve bugünkü durumunu izlemek hem tıbbın seyrini etkileyen anlayışları hem de tıptaki bilimsel gelişimi görebilmek için önemlidir, bunları kısaca gözden geçirelim:

3.6.2.1.Henle-Koch postülatı:

Bu postülat, enfeksiyon hastalıklarının mekanizmasında biyomedikal nedensellik için klasik örnek oluşturur. Bu postülat, 1. mikroorganizma ya da parazit hastalıklı her bireyde bulunmalı, varlığı gösterilebilmelidir, 2. etken başka bir hastalığa neden olmamalıdır/ başka hastalıklarda izole edilmemelidir, 3. konaktan izole edilmeli/ örnek alınmalı ve *in vitro* koşullarda (laboratuvarda) üretilmelidir (= mikroorganizmanın kültürünün yapılması), 4. kişiden izole edilip *in vitro* koşullarda üretildikten sonra, sağlıklı bir organizmaya/ deney hayvanına doğrudan verildiğinde hastalığa neden olabilmelidir.²⁵⁴ Bu yaklaşım, 19. yüzyıl sonları - 20. yüzyıl başlarına aittir ve bir gerçekliği işaret ediyor olsa da çok basittir ve tek aşamalı – tek faktörlü bir anlayış (= *tekil nedensellik*) vardır ve işleyiş her zaman böyle seyretmeyebilir, ama bilimsel bir yaklaşımdır ve klinik pratikte de halen belli ölçüde geçerli olmak üzere uygulaması devam etmektedir (enfeksiyonlarda kültür alınarak mikroorganizmanın izole edilmesi/ kültür ve sonrasında hangi antibiyotiğe duyarlı ya da dirençli olduğunun saptanması için antibiyogram yapılması uygulamasında) ve bu postülat enfeksiyon hastalıklarında bilimsel bir kavrayışı kazandırmıştır. Bilimsel çalışmalar ile daha sonra, konak ve mikroorganizmanın bulaşı dışında da pek çok faktörün etkili olduğu (= *çoğul nedensellik*) gösterilmiştir, örneğin her bulaş enfeksiyon ile sonuçlanmaz (konak ile ilişkili faktörler, bulaştaki mikroorganizma yükü gibi). Henle-Koch postülatında, nedensellik ilişkisi tekil nedensellik tipinde ve sadece enfeksiyon ile sınırlandırılmıştır; dolayısıyla, enfeksiyon hastalıklarının dışında kalan hastalıklarda bu açıklama yeterli değildir. Enfeksiyonların dışında kalan hastalıkların olası nedenleri çok geniş bir yelpazeye yayılmakta ve tek bir ilişki ile açıklanamamaktadır.

²⁵⁴ Marcum, J.A., “Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine,” Springer, 2008.

3.6.2.2. Hill kriterleri

Bu kriterler, biyomedikal bilimsel epidemiyolojik bir yaklaşımı ortaya koyar ve İngiliz tıp istatistik bilimcisi Austin Bradford Hill (1897-1991) tarafından geliştirilmiştir.²⁵⁵ Bu yaklaşımda, belirli bir faktör, örneğin sigara içiciliği ile belirli bir hastalık, örneğin amfizem ya da akciğer kanseri arasındaki nedensellik ilişkisi anlaşılmaya çalışılır. Hill kriterleri, potansiyel hastalık nedenleri ile insanın hastalıkları arasındaki bilimsel olarak geçerli bağlantıları kurmaya yönelik modern epidemiyolojik araştırmaların temelini oluşturur. Hill'in yaklaşımı, tıbbî nedensellik ile sosyal nedensellik yaklaşımlarını birleştiren bir yapıdadır. Hill kriterleri:

- a. *Güç (etki boyutu): Küçük bir ilişki nedensel bir ilişki olmadığı anlamına gelmez,*
- b. *Tutarlılık (tekrarlanabilirlik),*
- c. *Özgüllük,*
- d. *Geçicilik: Etki nedenden sonra ortaya çıkmalıdır,*
- e. *Biyolojik gradyan (doz – yanıt ilişkisi),*
- f. *Olasılık (neden ve sonuç arasında bir mekanizma),*
- g. *Tutarlılık: Epidemiyolojik ve laboratuvar bulguları arasındaki tutarlılık,*
- h. *Deney: Deneyel kanıtlara başvurmak,*
- i. *Analoji kurulması.*

3.6.2.3. Evans kriterleri, '1976'²⁵⁶

1. Hastalık varsayılan etkene maruz kalındıktan sonra ortaya çıkmalıdır,
2. Etkene maruziyet hastalık insidensini prospektif olarak artırır,
3. Etkene maruziyet hastalık prevalansını artırır,
4. Etkene maruziyet hastalık olanlarda "-diğer tüm durumlar sabitken, *ceteris paribus*-" daha yüksektir,
5. Doz – yanıt ilişkisi,

²⁵⁵ Hill, Austin Bradford, "The Environment and Disease: Association or Causation?," *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58 (1965): 295-300.

²⁵⁶ Evans, A.S. 1976. —Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited, *Yale Journal of Biology and Medicine*. 49: 175-95.

6. Hastalığın deneysel olarak oluşturulması mümkündür,
7. Etkene maruziyet sonrasında konağın yanıtının ölçülebilir olması,
8. Varsayılan etkenin eliminasyonu insidensi düşürür,
9. Konağın yanıtının değiştirilmesi ya da engellenmesi hastalığı hafifletir ya da elimine eder,
10. Tüm bulgular ve değerlendirmeler biyolojik ve epidemiyolojik tarzda yapılmalıdır.

3.6.2.4. Evrimsel nedensellik

Bu yaklaşımda, insanın “*niçin*” hastalığa karşı duyarlı olduğu gösterilmeye çalışılır. Nesse ve Williams,²⁵⁷ evrimsel nedensellik yaklaşımında altı kategori belirtirler:

1. Savunma ve defektler,
2. Enfeksiyonlar,
3. Yeni çevre,
4. Genler,
5. Yapısal kısıtlamalar,
6. Evrimsel miraslar.

Bu yaklaşımda, insanın evrim ile değişim içinde olduğundan hastalığın kaçınılmaz olduğu iddia edilir. Mel Greaves, örnekler vererek genetik bazı defektlerin ya da özelliklerin yaşam ve davranış biçimleri ile patojen bir özellik kazandığını göstermeye çalışır.²⁵⁸

²⁵⁷ Nesse, Randolph M., and Williams, George C., “Evolution and the Origins of Disease,” *Scientific American*, Vol. 279, No. 5 (NOVEMBER 1998), pp. 86-93.

²⁵⁸ Greaves, M., “A causal mechanism for childhood acute lymphoblastic leukaemia,” *NATURE REVIEWS | CANCER* Volume 18 | AUGUST 2018 | 471-484.

3.6.2.5. Russo–Williamson’un tezi/ RWT (Epistemolojik tez)

Russo-Williamson tezi (RWT),²⁵⁹ tıpta nedenselliği açıklamak için düşünülmüş bir tezdır; bu tezde, varsayılan neden ile varsayılan etki arasında doğru bir yöntemle bağıntı kurulmalıdır ve altta yatan mekanizma(lar) ile süreç ve bu nedensellik ilişkisi açıklanabilmelidir. RWT tıp alanında klinik çalışmalarda nedensel süreçleri kurduğu için iyi bir epistemoloji sunar ve genişletilmeye uygun bir kavramsallık taşır.

Tıpta bağıntı ve nedenselliğin iyi kurulması, günümüz tıbbı için daha büyük önem taşımaktadır; çünkü, son yıllarda giderek artan bir ivme ile tıpta modellemeler yapılmakta ve olası hemen her durum örneklenerek hazır çözümler oluşturulması ve tıp praksisinin daha mekanik – otomatikleştirilmiş (= *dehümanize*) bir biçimde yapılması ve büyük verinin kullanılması için bilgi-temelli epistemolojiden veri-temelli epistemolojiye geçiş çalışmaları izlenmektedir.

‘**Kanıt**’, epistemolojik çalışmalarda ve çözümlemelerde çok önemli yer tutan bir kavram olup, bilimsel iddiaları desteklemede kullanılan nedensellik, açıklama ya da öngörü olarak gözlem, her türlü veri vb. olarak düşünülebilir. İnsan bilgisi kanıt bilgisi üzerine kuruludur. İki olay/ faktör/ değişken/ süreç/ vd. arasında bağıntı – nedensellik ilişkisi düşünüldüğünde, bilgisel gerekçelendirmeler kullanılarak *doğru ve yeterli kanıtlar* ile durum değerlendirilir ve bir nedensellik saptanırsa epistemik süreç başlar/ oluşur. Buradaki nedensellik, açıklama ya da öngörü olarak gözlem, her türlü veri vb. çeşitli aşamalardan geçerek – test edilerek farklı güvenilirlik düzeylerindeki kanıtları oluşturur. Bu çalışmalarda elde edilen bulgular istatistiksel sınamalardan da geçirilmek zorundadır ve bunun için p-değeri kullanılır (tıpta istatistik, biyomedikal tıp ile başlamış olan, sonrasında biyopsikososyal tıp ile devam eden, hâlen devam edegelen ve bilimsel tıbbın geçerliliğini ölçmek için hep gereksinim duyulan bir alandır). Kanıt, hekimlik uygulamalarının (tanı, tedavi, takip gibi) her aşamasında bulmak istediğimiz, kararın bilimsel bir bilgi üstüne oturduğunu gösteren, tıbbî

²⁵⁹ Russo and Williamson [2007], “**Interpreting Causality in the Health Sciences**,” *International Studies in the Philosophy of Science* 21: 157–170.

kararlar için temel oluşturacak veriler-bulgulardır. Ancak burada çok önemli bir ayrımı gözden kaçırmamak gerekiyor: bilgi/ kuram ve kanıt/ veri aynı şey değildirler. Kanıt/ veri, kuramsal bilgiyi gösteren bulgudur, epistemoloji içinde farklı bir hiyerarşik katmanda yer alırlar. Örnekleme gerekirse, beyinde damar yumağı (= *serebral arteriyovenöz malformasyon*, AVM) bulunan bir hastada genç yaşlarda, diyelim ki otuzlu yaşlarda başlayan epilepsi atakları, hekime böyle bir tanıyı düşündürür (ama, otuzlu yaşlarda başlayan epilepsi ataklarında, hekim, serebral AVM'den önce tümör, apse, primer epilepsi, metabolik bozukluk gibi çok sayıda hastalığı da ayırıcı tanıda düşünür) ve bunun için muayeneler ve tetkikler yapılır, beyin MRG'sinde AVM'nin görülmesi, süreç içinde "*kanıt*" olarak ortaya çıkar ve araştırmayı bilimsel bilgiyi/ *episteme*'yi bulma durumuna getirir; ancak, bağlam içinde, *serebral* AVM'ye ilişkin bilimsel bilgi ile MRG'de AVM'nin saptanması/ kanıt aynı şey değildir ve aynı kategori içinde yer almaz; ancak her iki yapı da aynı ana küme içinde bulunurlar. Bu ayrım son derece belirleyicidir; çünkü, kanıt/ veri ile bilgi aynı kategori içine alındığında bilimsel – rasyonel çerçeve son derece daraltılmış ve genişlemeye açık niteliği de kısıtlanmış olacaktır. Ama bu, *kanıt*'ın elimine edilmesi demek değildir; sadece, her iki kavramın niteliksel – kategorik farklı oluşları ve dolayısıyla kullanım alanlarının ve işlevlerinin farklı olduğuna dikkat çekmek demektir. Teorik bilgi ve kanıt birlikte işlevseldirler; hekim, alanının teorik bilgisine sahiptir ve bununla ilgili kanıtları da hekimlik pratiği içinde değerlendirecektir. Şöyle ki: Bilimsel tıp yaklaşımında *norm*'ların oluşturulması (ve böylece bilimsel "*normal*"ın ortaya konması), tıbbın epistemolojisinde güvenilirlik derecesi/ düzeyi değişen ve tıbbî bilginin oluşumu aşamalarında kullanılan (*bu yapıda giderek güvenilirliği artan ve "1. Düzey" kanıtta en güvenilir dereceyi sağlayan*) çalışmalar - aşamalar söz konusudur. Ancak yine de, bu kanıtlar hekimlik praksisinde her bir uygulama ile yeniden ve yeniden test edilirler, bilinen ve beklenenden farklı bir sonuç görülürse, kanıt (ve dolayısıyla bilgi) tekrar değerlendirilir, değişebilir, dönüşebilir. Tıbbî bilgide ortaya çıkan yeni bir bilimsel buluş ve bunun bilgisi, hekimlik pratiğini çok radikal olarak – bazı noktalarında metodolojik olarak- değiştirebilir ve bambaşka bir yol açılarak yeni yaklaşımlar/ bakışlar, kavramlar, bilgiler, kanıtlar, yöntemler vb. kullanılmaya başlanabilir; örneğin, *ulcus duodeni* (= on iki parmak bağırsağı ülseri) için 1980'lerde düşünülen etyopatoloji şimdikinden çok farklıydı ve bu hastalık için neredeyse

1990'lara kadar çeşitli majör ameliyatlar yapılıyordu ancak hastalığın *Helicobacter pylorii* ile ortaya çıktığı ve etyopatogenezinin farklı bir açıklaması tedavi yaklaşımını tamamen değiştirmiştir. Başka örnekler vermek gerekirse, klinik nörolojik bilimlerden (= beyin ve sinir cerrahisi, nöroloji, psikiyatri) verilebilir, örneğin Bilgisayarlı Tomografi (= BT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) gibi beyin ve omuriliği çok iyi görüntüleyen (ilk dönemlerinde yalnızca anatomik görüntüleme sağlamalarına rağmen zaman içinde büyük bir teknolojik gelişmeyle aynı zamanda fonksiyonel görüntüleme de sağlamasıyla) incelemeler bu alandaki klinik praksişi, -tanısal, terapötik ve takip protokollerinde- radikal bir biçimde değiştirmiştir; ayrıca, nörolojik bilimlerdeki bilgilerimizi de test etme ve yeni bilgiler edinme olanaklarını kazandırmıştır; ve bu gibi örnekler tıp praksisinde çok yaygındır ve olağandır.

Ludwik Fleck (1896-1961, *bakteriyolog ve immünolog hekim, felsefeci*),²⁶⁰ gerçeğin felsefi kuramında bilginin mutlak ve nesnel kriterlerini reddetmiştir ve bu yanılla “*Kaos teorisi*”nin öncülerindendir denilebilir. Fleck, bu görüşünü tıp/ tıbbî bilgi üzerinden yapmıştır. Fleck, nesnel ve mutlak bir hakikat (= *truth*) olmadığını, bilimde hakikatin bir grup bilim insanının belirli bir düşünme tarzının fonksiyonu olduğunu iddia etmektedir. Fleck, tıpta, hastalıkların esasen doğada var olmadığını ancak hekimlerin didaktik amaçlarla oluşturduğunu söylemektedir. Şöyle ki, bir hastayı tedavi etmenin onun hastalığının ne olduğunu bilmekten daha kolay olduğunu söylemektedir; bu yönüyle de, tıbbın bir bilim olmaktan çok bir sanat olduğunu ifade etmektedir. Biz bu görüşe katılmıyoruz; çünkü, hastalıklar doğada vardır, ancak hastalıkların sınıflandırılması didaktik amaçlar içindir, çok çeşitli ve çok farklı tarzlardadır ve bunun yanında bir hastayı tedavi etmenin belki ilk koşulu hastayı ve hastanın hastalığını tanımak – bilmektir. Hippokrates de, -ve pek çok filozof ve hekim de- doğru bir tedavi için önce doğru teşhis gerektiğini vurgulamıştır.

‘Kanit’, rastgele bir gözlem değildir, teorik olarak ve/ ya da klinik uygulamada dikkate alınabilmesi için son derece dikkat ve özen gerektiren çeşitli bilimsel aşamalardan geçmesi gerekmektedir. Bu aşamalar:

²⁶⁰ Mößner, N., “Thought styles and paradigms—a comparative study of Ludwik Fleck and Thomas S. Kuhn,” *Studies in History and Philosophy of Science Part A*, Volume 42, Issue 2, June 2011, Pages 362-371.

- a. *Temel kanıt*, hayvan deneylerini, *in vitro* (= laboratuvar) araştırmaları, çeşitli spekülasyonları ve düşünceleri içerir,
- b. “5. *Düze*y” kanıt, deneyimli uzman görüşlerini, vak’a ve vak’a serisi sunumlarını, kişisel gözlemleri, hastalık hikayelerini, ... içerir,
- c. “4. *Düze*y” kanıt, kontrollü olmayan kohort çalışmaları, vak’a serilerini içerir,
- d. “3. *Düze*y” kanıt, retrospektif kohort çalışmaları içerir,
- e. “2. *Düze*y” kanıt, 2. *Düze*y meta-analizi, heterojen 1. *Düze*y kanıtı, prospektif karşılaştırmalı çalışmaları, test tedavilerini içerir,
- f. “1. *Düze*y” kanıt, homojen “Randomize Kontrollü Çalışmalar”ın²⁶¹ (=“Randomized Controlled Trials” RCTs) meta-analizini ve sistemik değerlendirmeleri içerir.

Bu sıralamada, kuşkusuz 1. *Düze*y kanıt en güvenilir ve klinikte uygulanabilir nitelikte bilgiyi verir. Bu aşamadaki kanıtlardan oluşan bilgiler ile hekimlik pratiğinde klinik rehberler, algoritmalar, sınıflamalar vd. oluşturulur. Böylece, son derece kapsamlı, çok aşamalı ve defalarca sınanarak ve sonrasında geniş klinik serilerden, meta-analizlerden elde edilen sonuçlar değerlendirilerek *norm*’lar elde edilir. Bu bilimsel bir yaklaşımdır, çok değerlidir ve şarttır; ancak, tıp praksisinde insanı sadece bu bilimsel normlar ile de sınırlamamak ve her bireyi daha pek çok değişken ile kendi bağlamında, yaşam dirimselliğinde - bütünlüğünde, çevresi ile ilişkisi içinde görebilmenin olanaklarını geliştirmek gerekmektedir.

3.6.3.Hastalığın Orijini

Bazı hastalıklarda orijin/ başlangıç ile neden/ etyolojik faktör aynı olabilirken bazı hastalıklarda, -özellikle uzun süreç gerektiren ve çok katmanlı çok faktörlü ve bir

²⁶¹ *Randomize Kontrollü Çalışma (Randomized Controlled Trial, RTC)*, yeni tedavilerin etkinliğini test ederken nedenselliği ölçmeyi amaçlayan bir tür bilimsel deneydir; bu, denekleri iki veya daha fazla gruba rastgele ayırarak, (tarafılığı önlemek amacıyla, hangi örneğin hangi grupta olduğunu bilmeksizin – randomize) farklı şekilde tedavi ederek ya da bir uygulamayı deneyerek ve daha sonra ölçülen bir yanıtla karşılaştırarak gerçekleştirilir.

ölçüde bilinmeyenleri olan hastalıklarda, örneğin aterosklerozda- ilişki daha kapsamlı ve daha karmaşıktır.

3.6.4. Tıpta Hastalıkların Oluşu (= Patogenezi)

Tıpta belirli etyolojik faktörler yaklaşık olarak belirli bir hastalık tablosuna yol açarlar; bu durum, empirik olarak gözlemlenen – saptanan ve bilim ve teknolojinin tüm olanakları ile çok yönlü bir biçimde (moleküler biyoloji ve genetik, patoloji, mikrobiyoloji, radyoloji, nükleer tıp, biyokimya, patolojik anatomi vd. + klinik dahili ve cerrahi bilimler ve bazen pozitif doğa bilimleri ile) araştırılarak ve tüm verilerin analitik ve ilişkisel bir biçimde bir süreç olarak değerlendirilmesiyle hastalıkların nedenleri – nedensellik ilişkileri, oluş biçimleri (= patogenezi) ve klinik olarak ortaya çıkış özellikleri (semiyolojisi) tanımlanır ve adlandırılır. Dikkat edildiğinde, esasen bu aşamaların her birinde (hem durumu gözlemek ve bir hipotez kurabilmek, ilişkilendirebilmek, empirik verileri değerlendirmek – analiz etmek hem daha sonraki aşamayı seçmek hem de tablonun tümel – tikel ilişkisini kurmak tümüyle felsefi bir etkinliktir; tüm bu süreci âdeta uygulamalı felsefe çalışmasıdır diye düşünmek yanlış olmaz). Böylece, hastalıkların tanımında pek çok perspektiften derinliğine pek çok sorunun yanıtı aranır:

- **Hastalığın tipi:** Hastalığı pek çok yönüyle sorgulama, daha önce ontoloji bölümünde yapılmıştı; öyle ki çeşidi - doğası/ natürü, örneğin bir enfeksiyon hastalığı, metabolik bir hastalık, kalp – damar hastalığı, dejeneratif beyin hastalığı, davranış bozukluğu, neoplastik bir hastalık, dejeneratif kas – eklem hastalığı, ... gibi pek çok perspektiften hastalığı adlandırmaya – tanımlamaya yönelik pek çok kategoriler, sınıflandırmalar, gruplandırmalar gibi (taksonomi) yapılır; bu, klinik uygulamada hekime bir ilk izlenim ve daha sonraki düşünme yönü/ yolu için ipucu sağlar.
- **Hastalığı patolojik yapan özellik:** Bu, klinik praksipte önemli bir yol ayrımı noktasıdır; hekim, yapacağı işin rasyonelliğini, *ne*'liğini, argümantasyonunu yanıtlayabilmelidir -ki bu aşama da hekimlik praksisinin felsefe ile bulunduğu/

felsefeden yardım istediği aşamalardan biridir-. Diyelim ki beyin tümörü, bir *Medulloblastoma*, ilerleyici, çok ağır nörolojik fonksiyon kayıplarına yol açarak hastaya ağrı veren, hastanın hayatını kısıtlayıcı ve ölümcül bir hastalık olması nedeniyle hastalık olarak kabul ettiğimiz bir durum; beyin kanaması, bir *Spontan Subaraknoid Hemoraji/ Kanama*, yüksek ölüm ve ya da nörolojik sakatlık riski taşıyan bir hastalık olması ve ağır bir nörolojik tablo ile ortaya çıkması gibi (bir durumu hastalık yapan özellikler açıktır; bu temel özellik tıp felsefesinde yine bu bölümde tartışılmıştır, hastaya zarar vermesi, normal yaşamını bozması, ağrılı olması, kısıtlayıcı ya da ölümcül olması) gibi kriterler, bir durumun hastalık olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir.

- **Orijin ve Etyolojik faktör:** Söz konusu hastalığın başlangıcı ve hastalığı yapan spesifik etyolojik/ nedensel faktör, örneğin enfeksiyon hastalığı içinde diyelim ki gram (+) koklardan *Streptococcus aureus* olan bir bakteri enfeksiyonu ya da bir RNA virüsü enfeksiyonu - *Coronavirüs* ya da bir fungus enfeksiyonu – *Candida albicans* gibi; metabolik bir hastalık olarak, örneğin diabetes mellitus (DM) hastalığı; ya da kalp – damar hastalığı, örneğin hipertansiyon ya da aort kapak darlığı (AS = aort stenozu); dejeneratif beyin hastalığı, örneğin Alzheimer hastalığı. Bu gibi hastalıkların dışında, örneğin homoseksüalite gibi hastalık olup olmadığı tartışmalı olabilen çeşitli davranış özellikleri ve ya da psikolojik bozukluklar da vardır.
- **Morfolojik ve Patofizyolojik Patogenez:** Hastalığın oluşu (Yunanca *pathos* ve *genesis*); hastalıkların önemli bir bölümü hücreden, daha da doğrusu hücre içindeki bir yapıdan (ki genellikle enzimlerin etkilenmesi üzerinden) kaynaklanır; bu durum genetik – doğumsal olabilir, doğumla birlikte ortaya çıkabildiği gibi yaşamın erken döneminde bir yaşta ya da ilerleyen dönemlerde belirti ve bulgu verebilir ya da hücre içinde enzimlerin ya da bir organelin etkilenmesi edinsel olabilir, örneğin DNA yapısında hasar oluşması ile (*radasyasyon, çevre koşulları, yaşlanma vd. neden olabilir*) tümör ortaya çıkması gibi. Hücrede ya da hücre içindeki bir organelin, yapının (= *etyolojik faktör ile*) etkilenmesiyle başlayan süreç, etkilenen bölge ve etkilenme tipi çok değişebilir ve *-hastalığa özgü olarak-*

çok sınırlı bir bölgede/ dokuda kalabilir ve belirti ve bulgular çok silik olabilir, hiç olmayabilir ya da sınırlı bir alanı tutmuş olsa da çok şiddetli – ağır olabilir ya da çok belirli doku – organ – sistem(ler)in, tüm organizmanın etkilenmesi ve kendine özgü bir akış – seyir içinde gelişecek (= *patogenez*), morfolojik (= yapısal) ve patofizyolojik (= işlevin bozulması biçiminde) etkilenme ile klinik belirti ve bulgularını gösterecektir (= *klinik semptomatoloji*). Tüm bu sürecin tanımlanması, tıpta temel bilimler, araştırma laboratuvarları, temel doğa bilimleri, klinik bilimler, cerrahi bilimler ve intraoperatif bulgular, postmortem (*nekropsi*, otopsi) çalışmaları, hastaların uzun süreli takibi ile çok yönlü olarak yapılır; ve aslında bu süreç hep işleyen bir etkinliktir, hiçbir hastalık için “*bu tümüyle anlaşıp tanımlanmıştır ve nokta konmuştur*” tarzında bir tutum izlenemez, hem kuramsal hem de empirik veriler ile hastalıkların tanımı sürekli bir biçimde kapsam ve derinliğine sürdürülür; tıptaki bu tutum da felsefî bir tutum olarak düşünülebilir; her şeyi sorgulama, nokta koymaksızın tekrar ve tekrar düşünme, yeni bulguları, empirik verileri rasyonel – bilimsel çerçevede değerlendirme gibi.

3.6.5. Tıpta Hastalıkların Klinik Tablosunun Açıklanması,

Klinik Tanı

Hastalığın tanısı için klinik ortaya çıkışta görülen belirti (= *septom*; hastanın ifade ettiği, yakındığı durum) ve ya da bulguların (= *sign*; hekimin muayenede saptadığı hastalığı gösteren patolojik durum) belirli bir bilimsel düzen içinde sistematik olarak serimlenmesi, açıklanması, ilişkilendirilmesi (bir durum ya sadece belirti ya da sadece bulgu olabilir ama hem belirti hem de bulgu olan durumlar da vardır, örneğin baş ağrısı sadece bir belirtidir, hekim baş ağrısını doğrudan gözlemleyemez, saptayamaz, belki baş ağrısına yol açan hastalığın tanısını koyarak baş ağrısının da olması gerektiğini düşünebilir; hastada yüksek ateş olması, deride renk ve doku değişikliği gösteren lekeler bulunması, sol kolunu hareket ettirememesi hem belirti hem de bulgudur, çünkü hem hastanın hem de hekimin fark ettiği durumlardır; bunun yanında bir başka özellik, diyelim ki hastanın karaciğerinin bir parmak büyümüş olması ise sadece bulgudur çünkü hasta genellikle bunun farkında olmaz); hastalığın tanısı için semiyolojik bilginin kurulması ve bir hastalık başlığı altında

toplanıp, tercihen kanıtlar da elde ederek tanı konması; hastalıkların tanımında *zorunlu/ gerekli ve yeterli* koşullar/ özellikler/ bulgular ile birlikte *patognomonik* özellikler de belirtilir. Klinik tanıda aşağıdaki aşamalar izlenir:

1. Hastanın *anamnez*'inin alınması,
2. Fiziksel muayene,
3. Tanısal testler,
4. Tanısal temellendirme.

3.6.6. Tıpta/ Hekimlik Uygulamasında Karar Verme

Hekimlik uygulamalarının her aşamasında karar verme etkinliği vardır; tanı koyma, tedavi seçenekleri ve her bir seçenek içinde karar verme, tedavi aşamaları – süreci içinde, ortaya çıkan sonuçların değerlendirilerek kararı gözden geçirme ve yeni kararlar verme, yan etki ve komplikasyonların değerlendirilmesi aşaması, hastanın/ hastalığın takibi, seyir – sonuç/ prognoz süreçleri daima bilimsel bilgi, deneyim ve hastanın bireysel özellikleri çerçevesinde karar verme etkinliğini kapsar. Hekimlik praksişi, daha önce de belirtildiği üzere, çeşitli bileşenler üzerinde inşa edilir; bunlardan mutlak gerekli olan bileşen “*bilgi*”dir.

Tıpta bilgi türleri:

- ***Yüzeysel Bilgi:*** Tek katmanlı, nedensel bilgi içermeyen basit elemanter bilgidir.
- ***Nedensel/ Derin Bilgi:*** Bu bölümde üstte de yazıldığı gibi, tıpta (bilim olarak ve uygulama olarak) oluşu, nedenselliği içinde açıklama bilgisidir.
- ***Deneyisel Bilgi:*** Tıp, tümüyle empirik bir bilgi alanı olmamakla birlikte, deney önemli bir bilgi kaynağıdır. Tıp alanındaki çeşitli gözlemler, hipotezler, düşünceler doğruluğu yönünden, çeşitli hayvanlar üzerinde, redüksiyonist (/ indirgeyici) yaklaşımla ve *ceteris paribus* (incelenen değişken dışındaki tüm değişkenlerin sabit olması kaydıyla) (*ceteris paribus, aslında ilk olarak iktisatta kullanılmış Latince bir terimdir*) yapılan laboratuvar çalışmalarıdır. Burada birçok sorun vardır: 1. kullanılan hayvanın fizyo(pato)lojik özelliklerinin insan organizması ile ne derece aynı/ benzer olduğu, 2. diğer sistemlerden ayrı tutularak

yapılan/ tek başına, izole deneyin gerçek işleyiş ile ne ölçüde uyumlu çalışacağı (ve farklı koşullarda farklı *norm*’ların/ *normal*’in ortaya çıkacağı), ... gibi. Ancak yine de, pek çok laboratuvar deney çalışmaları birlikte değerlendirildiğinde önemli bilgiler sağlayabilmektedir. *İn vitro* ve *in vivo* çalışmaların doğasındaki kısıtlama ve yapaylığı gözardı etmeden bulgular değerlendirilebilir, klinik veriler ile karşılaştırılabilir.

- **Kuramsal Bilgi:** Hastalıklara ait bilimsel bilgiyi içerir.
- **Pratik Bilgi:** Hekimlik praksisinde bir şeyi yapabilme, bir süreci gerçekleştirebilme bilgisidir, örneğin bir beyin tümörü ameliyatını yapma bilgisi pratik bir bilgidir (ancak kapsamında elbette diğer pek çok bilgi türünü de, - örneğin kuramsal bilgi- barındırır).
- **Klinik Bilgi:** Hastalıklara ait bilimsel bilgiyi içerir.
- **Tıbbi Meta-Bilgi:** Bilginin analizidir ki tıbbî ve felsefî bir düzlemde yer alır.

Bu bölümde Aristoteles’in Bilgi Sınıflamasını vermek uygun olacaktır.

Aristoteles, “*Metafizik*” adlı eserinin VI. Kitabında, varlık türüne ilişkin özel problemleri inceleyen “*bağımsız bilimler*” kavramını ilk kez ortaya atan filozof olarak, konu, yöntem ve amaçlarından hareketle bu bilimlerin sınıflamasını da yapmıştır. Aynı zamanda, bu bilimlerde içerilmiş olan bilginin, bu bilgiye yönelen ya da onu üreten aklın ya da düşüncecinin de sınıflamasını yapar. Buna göre Aristoteles, insanın sahip olduğu bilim, bilgi ya da akıl: 1. *görmeye, temaşa etmeye (teoretik, teorik, nazari)*, 2. *yapmaya, meydana getirmeye, üretmeye (poietik, sinai)* ve 3. bir eylem ya da davranışı gerçekleştirmeye (*praksis*’e ait, **pratik, ameli**) dayanan bilim, bilgi, düşünüş tarzı ya da akıl türleri olarak sınıflandırır. Böylece, bir şey üzerine düşünmek “*teorik bilim*”leri, bir şey üzerine eylemek “*pratik bilim*”leri, bir şeyi meydana getirmek “*poietik bilim*”leri oluşturur. Teorik alanda biz, bizden bağımsız olan ve müdahale edemediğimiz varlıkları temaşa ederiz, onlar üzerine düşünürüz ve bu şekilde onların özünü bilmeye çalışırız. Bu gruba giren bilimlerde, örneğin doğa bilimi olan *fizikte* oluş ve yok oluş içindeki varlıklar yâni bağımsız tözsel bir varlığa sahip olup değişime tabi olan varlıklar nesne olarak incelenir; *matematik* biliminde çeşitli geometrik şekilleri, üçgenleri, daireleri, sayılar gibi yâni bağımsız tözsel bir varlığa sahip

olmayan ve değişime de tabi olmayan varlıklar nesne olarak incelenir; *teolojide* ise, ilk hareket ettirici ele alınır, bağımsız tözsel bir varlığa sahip olan ve değişime tabi olmayan varlıklar konu edinilir. *Pratik alanda* (etik, politika) biz, bir eylem ya da davranışta bulunuruz ve bu eylem ya da davranış iyi ya da kötü olabilir. Poetik alanda ise, yararlı ya da güzel bir şey yaratmak için bir şeyler meydana getiririz ya da bir şeyleri taklit ederiz. Teorik bilgide/ bilimde düşünmek, pratik bilgide/ bilimde eylemek ya da irade, poetik alanda ise, yaratım ya da ürün söz konusudur. Aristoteles, teorik alanı *zorunlu*, pratik ve poetik alanı *olumsal* olarak düşünür. Aristoteles, bu bilimleri ayrıca evrensel bilim ya da ilk felsefe ve özel bilimler olarak da ayırır: teoloji ilk felsefe/ evrensel bilimdir, diğerleri ise özel bilimdirler. Özel bilimler gözümüzü açabilir ama önümüzü aydınlatmaz; evrensel bir bilim olan metafizik ise tek başına önümüzü aydınlatmaya yeter.²⁶²

Hekimlik praksisinde “*bilgi*” esash kararlar verirken, bilgiyi ortaya çıkaran/ doğrulayan *kanıt*’tır. Kanıt, üstte tıbbın epistemolojisinde de görülebileceği gibi, güvenilirlik derecesi/ düzeyi değişen ve tıbbi bilginin oluşumu aşamalarında kullanılan empirik çalışmaların sonuçlarının kanıt olarak tanınması ile oluşturulur. Bunlar, en az güvenilirlerden en güvenilir kanıta olmak üzere aşağıda sistematize edilmiştir, en güvenilir veri **meta-analizler**dir:

- 1) Altyapı veriler, kanıta-dayalı olmayan rehberler, uzman görüşleri,
- 2) Gözlemsel çalışmalar:
 - a. Kişisel olgu bildirimleri,
 - b. Olgu serileri ya da çalışmaları
 - c. Grup/ kohort çalışmaları,
- 3) Deneyssel çalışmalar:
 - a. Randomize olmayan kontrollü çalışmalar,
 - b. Randomize kontrollü çalışmalar,

²⁶² Aristoteles, “**Metafizik**,” Çeviren: Arslan, A., Üçüncü Baskı, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 2010.

- 4) Kritik Değerlendirme:
- a. Kritik olarak değerlendirilmiş literatür/ Kanıta-dayalı pratik rehberler,
 - b. Sistematik incelemeler/ gözden geçirmeler,
 - c. Meta-analizler.

3.6.7.Tıbbî Epistemolojide (ve Ontolojide) Diyalektik Özellikler:

3.6.7.1.Nicelik değişimlerinin nitelik değişimine yol açması yasası

İnsan organizmasının fizyo(pato)lojisinde nicelik değişimleri nitelik değişimlerini büyük ölçüde belirlemekle birlikte bu her zaman işleyen bir yasa değildir ve/ ya da bazen nicelik değişimlerinin nitelik değişimlerine yol açıyor (gibi) görünmesi, aslında arka planda işleyen ve görülmeyen bir derin nedensellik üzerine kurulmuştur. Niceliksel değişimin tek belirleyici olmayışı, açıkça, tıpta nitelik değişimlerinin arkasında da çoklu nedenlerin ve değişimlerin yatıyor olması nedeniyledir. Bazı örneklerle üstteki özellikler daha açık hâle getirilebilir, örneğin bir enfeksiyon hastalığını ele alırsak, enfekte olma (bulaş) miktarı enfeksiyonun gelişip gelişmeyeceğini belirleyicidir, yüksek miktarda mikroorganizma yükü (niceliksel özellik) enfeksiyon gelişme olasılığını (sağlıktan hastalığa niteliksel değişim) artıracaktır (ama burada da yine pek çok başka özelliklerin de etkisi ortaya çıkmaktadır, örneğin hastanın immün durumu, yaşam tarzı gibi); bir travma olgusunda travma derecesi ile oluşan hasarın derecesi ve sonuçları büyük ölçüde koşutluk gösterecektir; yaşam tarzındaki tutumların nicelik derecesi ile pek çok dejeneratif hastalık, örneğin ateroskleroz, malign tümörler, senil hastalıklar, lokomotor sistem hastalıkları, mental patolojiler gibi niteliksel değişimler çok yakın ilişkilidir. Bunun yanında bazen nicelik değişimlerinin nitelik değişimlerine yol açıyor (gibi) görünmesi yanıltıcı olabilir ya da yüzeysel bir yorum olarak kalabilir, örneğin obsesif kompulsif bozukluğu olan biri aslında fenomenolojik olarak herkesin (ve kendisinin de) normalde yaptığı davranışı niceliksel olarak daha fazla yapıyor ve böylece niteliksel (sağlıktan hastalığa) bir değişiklik oluyormuş gibi düşünülebilirse de, aslında arka

planda işleyen ve görülmeyen bir duygu ve düşünce sapması durumu vardır ve bir şeyi normalden daha fazla niceliksel olarak yapıyor olması tamamen bir sonuç, hastalığın fenomenolojik yanıdır.

3.6.7.2. Karşıtların birliği ve savaşımlı yasası

İnsan organizmasında karşıtların birliği ve savaşımlı, homeostatik mekanizmaların en çok kullandığı yapı biçimidir, çok basitçe örneklersek, kan glikoz düzeyinin regülasyonu, solunum şekli, kalbin çalışması, kan hücrelerinin yapım ve yıkımı, sıvı ve elektrolit dengesi gibi vücudumuzdaki işlevler büyük oranda karşıt sistemlerin bir denge içinde ve gereksinime göre aktif olması ya da geri çekilmesi ile sağlanır.

3.6.7.3. Olumsuzlamanın olumsuzlanması yasası

İnsan, biyopsikososyotinsel bütünlüğü içinde, filo-ontogenetik yapısı ile deneyimlediği fiziksel ve psikodinamik yapının etkileşiminde hep süregiden/ sürekli oluş içinde açık bir varlıktır. Dolayısıyla, insanın bireysel tarihi içinde deneyimlediği her olay, bir kartopunun büyümesi misali, sonraki(ler)i hazırlayıcı niteliktedir, aralarında hep bir etkileşim vardır; şimdiki zaman (ve durum), geçmiş zamanın hazırladığı bir durumdur, ve şimdiki zaman (ve durum) da gelecek zamanın hazırlayıcısıdır. Böylece, bireyin hayatı bir süreç ve bağlam içinde oluşur. İnsan, bir hâlden olumsuzlanarak ya da olumlanarak başka bir hâle ve daha sonra da o başka bir hâlden olumsuzlanarak ya da olumlanarak daha başka bir hâle geçerek oluşunu ve yaşamını sürdürür. Bir insanın fiziksel – mental büyümesini, eğitim ve öğretimini, mesleki uğraşısını vb. düşündüğümüzde, tüm bu süreçlerin belirli bir yükselme ve iniş eğrisi gösterdiği görülür. Hekimlik praksisinde, bir insanın sağlıklı olması, hastalanması, tanı ve tedavisi gibi süreçler de büyük oranda bu diyalektik yasaya uygun seyreder.

3.7. *Ontolojik ve Epistemolojik Zeminde ‘Redüksiyonizm’, ‘Holizm’, ‘Sistemizm’*

Burada, daha çok Kanada’da yaşamış ve akademik kariyerini de Kanada’da yapmış olan Arjantinli bir filozof ve teorik fizikçi olan *Mario Augusto Bunge* (1919–2020)’nin tıp epistemolojisi (ve bağlantılı olarak ontolojisi) ile ilişkili bazı görüşlerini, önemli bir durumu ortaya koyduğu için tartışmak istiyoruz.²⁶³ Bunge, tıp uygulamalarından “*bilimsel tıp/ scientific medicine*” ve “*tamamlayıcı ve alternatif tıp/ complementary and alternative medicine*” karşılaştırmasını hem ontolojik hem de epistemolojik yönden yapar. Bunge, tamamlayıcı ve alternatif tıp’ta bilimselliğin olmamasını eleştirir ve böylece bu yaklaşımı, şarlatanlığa çok açık ve son derece tehlikeli görerek reddeder. Bunge, çağdaş bilimsel tıbbı, -Randomize Kontrollü Çalışmalar/ Randomized Controlled Trials = RCTs ve bunlardan çıkan Kanıta Dayalı Tıp (= *Evidence Based Medicine – EBM*) modeli içinde- olumlar ve insan fizyolojisinin “*mekanizmalar*” üzerinden (nedenselliğin ortaya çıktığı zeminde) tanımlanmasının ve bilimsel açıklamalar yapılmasının önemine vurgu yapar; ancak, Bunge’nin yaklaşımıyla söylersek, mekanizmaların, tıbbi araştırma pratiği (metodolojisi) ile açığa çıkartılmaları, bilimsel çalışmalarda redüksiyonist (= indirgeyici) bir tutum ile yapılmaktadır. Burada, Bunge’nin sistem teorisi ya da *sistemizm yaklaşımı* ile ters düşen bir anlayış varmış gibi görülse de, aslında Bunge’nin felsefesi, epistemolojik bakımdan redüksiyonist bir duruş sergiler. Çünkü, Bunge her bir sistemde ortaya çıkan özelliklerin daha alt-seviyedeki yapılar ve onlar arasındaki bağlantılar ile açıklanabileceğini düşünür ki bu *redüksiyonist* bir duruştur. Bunge, “Kanıta Dayalı Tıp (= *Evidence Based Medicine – EBM*)”ta olduğu gibi, tıbbi kanıt ve araştırma metodolojilerinin hiyerarşik bir yapısı olduğunu ve “Randomize Kontrollü Çalışmalar (= *Randomized Controlled Trials - RCT’s*)”ın tıbbi hipotezler için en üst düzeyde kanıt sağlayacağını düşünür. Bunge’nin bu analizi, “*sistemizm anlayışı*” ile çelişkili gibi dursa da, Bunge’nin “*sistemizm anlayışı*” ontolojik bakımdan düşünülmelidir: Bunge, belirli sistemik özelliklerin evrimsel özellikler olduğunu (sistemin parçalarının bu özelliği paylaşmayacağını) ve bunların daha temel özelliklere

²⁶³ Bunge, Mario, “*Medical Philosophy – Conceptual Issues in Medicine*,” World Scientific Publishing, 2013.

indirgenemeyeceğini düşünür; bu anlayış, Bunge'nin ontolojik bakımdan *anti-redüksiyonist* olduğunu gösterir ancak Bunge epistemolojik olarak, üstte belirttiğimiz düşüncesine/ temellendirmesine istinaden redüksiyonisttir. Ayrıca, Bunge'nin epistemolojik bakımdan redüksiyonist olmasının nedenlerinden biri de, tıp uygulamasında bilimsel dışı bir yaklaşıma açık kapı bırakmak istememesi olarak düşünülebilir.

Redüksiyonizm (= indirgeycilik)'de organizma sistemlere, alt sistemlere, organlara, dokulara, hücrelere ve hücre içi organellere bölünmüştür ve tıbbî araştırmanın tasarımına göre, mekanizmayı araştırmak için çalışılan sistemdeki değişkenin (ilişkili mekanizmanın göstergesinin) belirlediği bir fizyoloji ya da patofizyoloji (/ hipotez) öngörülür ve bu durumun işlerliği deneylerle araştırılır. Her ne kadar organizmadaki işleyiş birbiriyle etkileşimli ve bütüncül bir süreç gösterse de, analitik bir yaklaşımla en küçük yapıdan organizmaya mekanizmaların araştırılması, organizma bütünlüğü içindeki işlevinin anlaşılması anlamlıdır. Ancak, her ne kadar organizmanın küçük bir parçasındaki fizyoloji tüm organizmaya (her zaman için) genellenemez olsa da, bilimsel araştırmalarda indirgeyici yaklaşımın öğrettiği çok şey vardır ve bu yaklaşım bu tarz çalışmalarda neredeyse kaçınılmazdır. Ve tüm bu indirgenmiş deneysel çalışmalardan elde edilen sonuçların, bir bütünün/ organizma bütünlüğünün fizyolojisi ve patofizyolojisi zemininde ele alınıp yorumlanması gerekmektedir. Bunun çok açık gerekliliğini *in vivo* ve *in vitro* çalışmaların sonuçlarının her zaman birbirini tutmayabileceği gerçeği göstermektedir (ki bu durum tıp pratiğinde sıklıkla görülebilir). Tıpta bilimsel bilgi pek çok kaynaktan, pek çok farklı perspektiften, empirik ve rasyonel yaklaşımlarla deneysel araştırma çalışmalarından, temel tıp ve doğa bilimleri çalışmalarından, kişisel deneyimlerden, olgu bildirimlerinden, olgu serilerinden, çok merkezli çalışmalardan müteşekkil meta-analizlerden sürekli eklenerek, yenilenerek, değişim geçirerek, dönüşüm geçirerek ve hep sınanarak -uygulanan tıp pratiği modelinde gerekli olan bilgiler çerçevesinde- ortaya çıkmaktadır; bu bilginin oluşumu/ yenilenmesi/ gerekliliği/ vb. tıpta uygulanan teknoloji ile de çok yakından ilişkilidir.

Redüksiyonizm aynı zamanda epistemolojik olarak kişiselleştirilmiş/ hassaslaştırılmış tıp (= *personalized/ precision medicine*) için de uygun zemin hazırlayıcıdır (ontolojik olarak ise *nominalizm* kişiselleştirilmiş/ hassaslaştırılmış tıp için yol açıcudur). Ontolojik indirgeycilik, Bunge'nin sistemizm yaklaşımı ile karşısında durulan bir kavramdır ancak Bunge epistemolojik olarak indirgeycidir.

Bizim bakışımıza göre, *bütüncül* (= *holizm*) ve daha kapsamlı yaklaşım olan *sistemizm* doğanın işleyişini ve konumuz olan insanı tanımlamada -bilimsel olarak da- çok kapsayıcı ve uygun görünmektedir. Kuşkusuz bu denklik ontolojik zeminedir ve Bunge'nin *ontolojik anti-redüksiyonist* ya da *ontolojik sistemizm* yaklaşımı bizim de benimsediğimiz bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın arka planında Paul Henri Thiry d'Holbach'ın "*Système de la Nature*" (basım tarihi 1770) ve Ludwig von Bertalanffy'nin "*General System Theory*" (basım tarihi 1968, ikinci baskısı 1969²⁶⁴) bulunmakla birlikte bize ayrıca Hegelci bir kavrayış olarak da gelmektedir. Epistemolojik bakımdan ise, tıpta, hem sistemizm hem redüksiyonizm hem de belirimcilik gibi bir çok perspektiften bakarak ve buradan çıkacak (klinik ve deneysel) empirik ve rasyonel bulgu/ sonuç/ verilerin birarada değerlendirilerek insan gerçeğine uyan bilgilerin elde edilmesi uygun görünmektedir ve gerçekten tıp teori ve pratiğinde de işleyiş bu yapı içinde süregelmektedir. Bunge de, ontolojik olarak anti-redüksiyonist/ sistemist olmakla birlikte epistemolojik olarak, *-sahip olduğu özellikleriyle her sistemin daha alt-sistemin özellikleri ve bağlantıları ile açıklanabileceğini düşündüğü için-* redüksiyonisttir. Bizim duruşumuz ise, insan özelliklerini/ sağlık ve hastalık durumlarını epistemolojik olarak tanımlayabilmek/ anlayabilmek için tıpta redüksiyonist yaklaşımın da gerekli olduğu tarzındadır, ama pür/ saf redüksiyonist değil, araştırma sonuçlarının klinik empirik bulguların da ışığında yeniden ve yeniden karşılaştırılarak, değerlendirilerek bir yorum ve yargıya varılması şeklindedir.

Bunge, sistemleri kabaca somut/ materyal (yıldızlar, organizmadaki sistemler, hücreler, sosyal sistemler, ... vd.) ve soyut (olaylar, düşünceler, duygular vd.) olarak

²⁶⁴ Bertalanffy, L., "*General System Theory - Foundations, Development, Applications*," Second Printing, GEORGE BRAZILLER, New York, November 1969.

sınıflandırır. Genel olarak, kapsamlı somut sistemin, -atomlardan hücreye, organa, sistemlere, bir insan bireyi organizmasına, toplumlara- kavramsal ve empirik analizinde yapı, bileşik, mekanizma, çevre gibi unsurlar ortaya çıkar. Bu kavramları basitçe aşağıdaki gibi düşünebiliriz:

- ➔ **Yapı:** Parçalar arasındaki bağların oluşturduğu bileşim, örneğin endokrin sistem, kaslar, ligamentler vb.
- ➔ **Bileşik:** Belirli bir düzeyi, örneğin moleküler, hücresel vb. oluşturan içerik.
- ➔ **Mekanizma:** Bir sistemi sürdüren süreçleri yürüten ve belirli bir nedensellik ile ortaya çıkan işleyiş, örneğin hücre bölünmesi, metabolizmanın pek çok özellikleri, nöronlar arasındaki sinaptik geçişler gibi sayısız işleyiş tarzı özellikleri. Mekanizmalar, bir sistemin farklı düzeyleri arasında ve farklı yönlerde hareket ederler; nedensellik gereğince işleyişi sağlarlar.
- ➔ **Çevre:** Belirli bir sistemi saran yapı; bir sistemin çevresi, o sistemin bir parçası değil, o sistemi saran ve onunla etkileşen bir topluluktur, örneğin aile, çalışma ortamı, vb.

Üstteki yapı, bileşik, mekanizma, çevre gibi unsurların analizi ile farklı ontolojik kuramlar ortaya konabilir, bunlar başlıca:

- **Çevrecilik:** Çevre omnipotenttir, her şeyi belirleyicidir, örneğin hastalıklar çevresel – sosyal durumlardan kaynaklanır gibi.
- **Yapısalcılık (= *Structuralim*):** Bütün, parçaları arasındaki bağlantı yapısı olan ağdan oluşur, örneğin sadece iletişim ağlarının önemli olduğunu söyleyen sosyoloji tezleri gibi.
- **Süreççilik:** Bu bakış açısına göre, somut şey bir demet/ dizi süreç demektir. Alfred North Whitehead'ın metafiziği bu bakışın tipik bir örneğidir.
- **Holizm/ Bütüncüllük:** Bütün, parçalarından önde gelir ve parçalarını yönetir, örneğin Aristoteles'in metafiziği, Doğu tıplarındaki anlayış gibi.
- **Bireyselcilik:** Bütün, parçalarının toplamıdır. Bu yaklaşımın örneklerini Antik Yunan'da atomcu anlayışta ve günümüzde sağlığın yalnızca kişinin alışkanlıklarına bağlı olduğunu iddia eden yaklaşımda görürüz.

- **Sistemizm:** Evren, ayrı ayrı tüm sistemlerden oluşan birbiriyle bağlantılı bir sistemdir. Bunge'nin sistemizm anlayışının kökleri Paul Henri Thiry d'Holbach'ın "*Systeme de la Nature*" (basım tarihi 1770) ve Ludwig von Bertalanffy'nin "*General System Theory*" (basım tarihi 1968)'ye uzanır.

İlk sıradakilerden dört yaklaşım (*çevrecilik, yapısalcılık, süreççilik, bireyselleşme*) bilimsel olarak doğru kabul edilemez; bütüncüllük ise eksiktir (çünkü daha geniş kapsamda ele alınıp düşünülmelidir). Bunge'nin "**sistemizm anlayışı**", dünyanın, çeşitli sistemler ve parçalardan oluşan nesnel gerçeklik olduğu düşüncesidir ve böylece dünya küçükten büyüğe (ya da tersi) iç içe – farklı düzeylerde katmanlı bir yapı oluşturur; bu anlayış, ontolojik olarak *sistemizm*'dir. Sistemizm anlayışı:

- Somut ya da soyut her şey ya kendi başına bir sistemdir ya da bir sistemin aktüel ya da potansiyel bir parçasıdır;
- Sistemler, kendilerini oluşturan parçaların sahip olmadığı sistemik özelliklere sahiptir.

Bunge, çağdaş bilimlerle uyum sağlayan yegâne ontolojinin *sistemizm* olduğunu iddia eder; çünkü sistemizm, belirimciliği (= *emergentism*) kapsar/ sağlar ve redüksiyonizmi çeşitli biçimlerde aşar. Bunge, bir sistemin yalnızca çeşitli parçalarının etkileşiminden ortaya çıkan özelliklere sahip olmasından temellendirerek sistemizmin ontolojik belirimciliği kapsadığını vurgular. Bu vurgusunu, tıp alanı içinde ortaya çıkan özellikleri örneklendirmede, hücre düzeyinde apoptosis (= programlı hücre ölümü) ya da tüm sistem düzeyinde canlı olmak ile gösterir. Bunge, sosyal çevre ile (hastalar) bireyler arasındaki etkileşime de değinir; ve şöyle bir örnek verir: sosyal düzeyde işsizlik ya da cinsiyet ayrımı bireysel düzeyde kronik strese/ gerilime yol açar ve bu durum bireyin gen düzeyinde epigenetik bir modifikasyona neden olur; epigenetik modifikasyon bireysel düzeyde, diyelim ki Tip II Diyabete ve bu da sosyal düzeyde üretimde azalmaya yol açar. Sonuç olarak, (mekanizmalar aracılığıyla işleyen nedensellik ile) etkileşim farklı yönlerde ve düzeylerde olabilmektedir; Bunge, burada açık ya da kapalı sistemler ayrımı yapmaz. Bizim görüşümüze göre, bu işleyiş, evet

böyle de olabilir ama gerçekte büyük ölçüde kaotik/ indeterministik, çok daha fazla bileşenli, bireye özgü, bireyin homeostatik yapısı (ve psikodinamik dünyası) ile çok yakın alakalı vb. nedenlerle seyir çok farklı güzergâhlarda da ilerleyebilir.

Gerçekten, insan organizmasında (en ufak birimden üst yapılara) her bir yapı, -örneğin hücre- tüm organizma bütününe hizmet eder, altındaki ve üstündeki yapılar (hücreiçi yapılar/ organeller, hücre, doku, organ, sistem, sistemler, organizma) ile etkileşim, haberleşme, denetleme ve denetlenme, duruma göre tutum geliştirme içindedir; yalın hâlde işlevleri tanımlanabilir, diğer sistemler ile birlikte işlevleri -daha farklı özelliklerde- tanımlanabilir, organizma bütünlüğü içinde işlevleri yine -daha farklı özelliklerde- tanımlanabilir. Örneğin, homeostatik işleyiş gereğince tüm organizmanın (bireyin bütünlüğünün) stabil ve optimum durumda olabilmesi için sistemler, alt-sistemler, yapılar sürekli bir esneklik - değişim - hareketlilik - labilite - / oluş - bozuluş içindedirler. Mükemmellik, organizmada parçaların ayrı ayrı her birinin mükemmel olmasında değil yalnızca; ama, bir arada uyumlu ve dengeli bir bütünlük oluşturmasındadır, bizce... Bu özellikleriyle insan organizmasının işleyişi, hem redüksiyonizm hem belirimcilik hem de (holizm ya da daha geniş anlamda) sistemizm içinde kendine yer bulur (ya da bu yaklaşımların hiçbiri insan organizmasını tanımlamada tek başına yeterli değildir), ve belki daha doğrusu, insan organizmasının işleyişini kavramada tüm bu yaklaşımlardan istifade edilmelidir.

Ancak, tıp praksisinde *bütüncül* (= *holizm*) ve daha kapsamlı yaklaşım olan *sistemizm* yaklaşımlarında, bizim düşüncemize ve deneyimlerimize göre, teorisi ile tam bir paradoks oluşturan ve çok tehlikeli olabilen bir tuzak da bulunmaktadır. Holizm ve sistemizm, bilimsel olarak günlük dilde/ uygulamalarda/ hekimlik praksisinde, analiz ve neden(sellik)i kenara koyarak kolayca psödo/ yalancı-bilime dönüştürülebilir ve sanki bilimselmiş gibi sunulan ama kesinlikle bilim temeli olmayan, hasta için tehlikeli olabilen pek çok şarlatanlıklara yol açabilir. Şarlatanlık tıpta/ hekimlik uygulamalarında ne yazık ki her daim var olmuştur, bunun örnekleri hayatta ve hayatı remz eden sanatta oldukça yoğun bir biçimde işlenmiştir. Bunun nedenleri, elbette sayısız denecek kadar çoktur (ama insanın kimlik – kişilik/ *ego* – kendilik/ *self* yapısı burada çok belirleyicidir) ve belki hiçbir zaman da tümüyle

ortadan kaldırılamayacaktır. Genel olarak bakıldığında, tıbbın konusunun, yâni sağlığın ve hastalığın ödün verilemez yaşamsal bir durum olması, tıpta sağlık ve hastalığın fenomenolojisinde etkileri deneyimleyebilir ve ya da gözlemleyebilirken (belirtiler, bulgular, ağrı olarak ancak *etkiler latent de olabilir*) ama bu etkilere yol açan nedenleri deneyimleyememek – gözlemleyememek – bilememek durumunda (*bize kapalı ve gözlemlenemez olduğunda*) yanlış nedensellik ilişkilerinin kurulması, eğitimin ve halkın sağlık okuryazarlığının eksikliği, toplumsal düzenlemelerin ve hukuki yapının yeterli olmaması, insanda mitoslara eğilim, insanın basiti ve hemen kolayca anlayabildiği (doğrusu anladığını sandığı) şeylere temayülü, ... istismarı artıran başlıca nedenlerdir. Epistemolojik olarak, bilimsel tıbbı benimsemek (ve hekimlik uygulama modeli olarak “Kanıtı Dayalı Tıp” uyarınca tutum almak) bizce de son derece anlamlı ve ödün verilemeyecek bir durumdur; ama, insanın bilimsel olarak tümüyle kapsanabilir bir varlık olmaması ve ayrıca kanıtı dayalı tıbbın metodolojik sorunları da bu yaklaşımın içinde bir kısıtlılık olarak durmaktadır. Hekimlik uygulamasında ve kavrayışında tek başına kanıtı dayalı tıp modeli, pozitivist – empirisist bir yaklaşımdır, ve insanı yeterince kapsayamamaktadır.

Yanlış nedensellik ilişkileri üzerine kurgulanan tıpta şarlatanlık tarih boyunca olagelmıştır. Hollandalı Rönesans ressamı **Hieronymous Bosch** (1450-1516)’nın “Aptallığın Tedavisi/ Delilik Taşının Çıkartılması - *The Cure of Folly/ The Extraction of the Stone of Madness*” adlı yağlı boya resminde, (görünenler – belirti ve bulgular; ama arkasında yatan görünmez olanlar – hastalıklar arasında) yanlış bağıntı ve nedensellik ilişkisi üzerinden yapılan kandırmacaları alegorik bir anlatımla resmetmiştir.



Resim 11: Delilik Taşı/ The Cure of Folly
(Delilik Taşının Çıkarılması/ The Extraction of the Stone of Madness),
Hieronymus Bosch (1450-1516), Museo del Prado, Madrid.

İnsan, ne yazık ki ya da ne mutlu ki, tümüyle bilim ile kapsanamıyor. Upuzun geçmişte içinde insan, kadim kültürlerden bu yana uygulanmış ve terk edilmiş ya da hâlen kullanılagelen çeşitli ilişkiler, yaşam pratikleri ve kadim bilgiler ile var oluyor. Hayatın her noktasını bilim ile açıklayamıyoruz ya da bilim de dinamik bir yapı ve bugünün bilimsel doğrusu yarının yanlış olabiliyor; ama bilim dışında sağlam ve güvenle sarılabileceğimiz, *-hele hele insan üzerinde bir şeye karar verip uygulayacaksak-* ne olabilir? Galiba, bilime sarılmak ve onun gösterdiği yoldan gitmek ama skeptik tutumumuzu da hep sürdürmek mi, en doğrusu? İnsanı nasıl daha derinliğine kavrayabileceğiz? İnsana dair nasıl genelgeçer ilkeler koyabiliriz? Bu açmaz durum tıp praksisinde “*Kanıt Dayalı Tıp*” ile Fransızca “*sens clinique*” olarak adlandırılan, Türkçede tıp pratiğinde de çok yaygın kullanılan (özellikle 1990 öncesinde, sans klinik olarak söylenen), belki klinik sezgi olarak söyleyebileceğimiz (bir bakımdan *tacit knowledge*’ın kullanılmasını da ifade eden fenomenolojik bir süreci), hekimin bireysel (bilimsel) bilgisini, mesleki ve hayat deneyimini, kültürel donanımını, zihinsel becerilerini (örneğin kavram ve görüşleri ilişkilendirme ve

mütekabiliyetini ortaya koyma, eşölçülemez/ kıyaslanamaz (= incommensurability) değerler - değişkenler arasında doğru ilişkiler kurabilme, tümel-tikel bağdaşıklar oluşturma, durumlar olgular-süreçler arasında benzerlikler yakalama ve böylece deneyimini ustaca kullanabilme, görünenden görünmeyeni çıkarma, farklı mantıksal çıkarımlar yapabilme, somut ile soyut ilişkisi kurabilme gibi aslında tümüyle felsefi olan bir düşünsel süreç ile birleşen belki güçlü bir bellek, hayal gücünün geniş olması, mesleki iştiağ gibi becerilerini) kullanarak hasta kişinin tanınması ve/ ya da tedavi süreci içindeyken sorununu bulabilmek olan yaklaşımın karşılaştırılması, her bir yaklaşımın yararlarını ve risklerini/ kısıtlılıklarını tartışmayı da beraberinde getirmiştir.

Kanıtı Dayalı Tıp (= *Evidence Based Medicine – EBM*) günümüz tıbbında yaygın olarak benimsenen bir tıp pratiği modelidir; bilimsel bilginin ve geniş deneyimin (= *kanıt*'ın) gösterdiği denenmiş-kanıtlanmış yolu/ algoritmayı izlemek şeklinde bilimsel temele dayanan bir yaklaşımı önerir; dolayısıyla, genel kabul görmüş belli standart ve deneyimleri esas almakla birlikte hekimin kişisel katkısını bir ölçüde dışlamakta ve ayrıca bazı metodolojik sorunları barındırmaktadır.

Sens clinique tıp praksisinde hekimin belki farkında olmadan edindiği bir niteliktir (pek çok yeti ve donanımı gerektirir) ve hekimi tebarüz ettiren/ öne çıkartan, mesleğinde başarılı kılan becerilerden biridir. Ancak, (özellikle cerrahlar olmak üzere) bazı hekimler, bu özelliklerini gerçekçi olmanın ötesine kolayca ve hiç farkında olmadan taşıyabilirler ve hasta için tehlikeli olabilecek kararlar verebilirler; dolayısıyla *sens clinique*, -son derece yararlı olabilecek üstün bir nitelik/ beceri olmasına karşın- kontrolü/ denetlenebilirliği zordur, yarar – zarar dengesi ve ölçüsü kayabilir, çok titiz dikkati ve kontrolü gerektirir.

Bunge'nin epistemolojisinin esasları:

1. Tüm problemlere sektöriyel tarzda değil sistemik olarak yaklaşılmalıdır;
2. Tüm düşünceler sistemler içinde biraraya getirilmelidir;
3. Düşünce ya da nesne olsun bir şeyin test edilmesinde, kıyaslanan diğer kabullerin/ başlıkların geçerliliğini –en azından bulunulan zaman içinde- varsaymak.

Bunge, biyomedikal araştırmalarda özellikle nedensel hipotezlerin test edilmesine dikkat çeker. Nedensel hipotezler, istatistiksel verilere dayanarak öngörülen nedensel mekanizmaları gerektirir. Bunge, *Hume’cu* bir filozof olarak, neden ve etkinin hep yapışık olduğu nedensellik kavramını benimser. Tıpta bu tarz bir yaklaşıma, daha önce benimsenmekle birlikte, 1950’lerde sorgulanmaya başlanmıştır; çünkü, tıptaki nedensellik, daha önce de belirttiğimiz gibi çok bileşenli, çok katmanlı, çok yönlü, çok eklemlidir ve çoğunlukla tek bir neden ve etki ilişkisini göstermek olanaklı değildir. Örneklenen olgulardan biri şöyledir: akciğer kanserinin oluşumunda sigara kullanmak ne gereklidir (asbestoz gibi akciğer kanseri yapan başka nedenler de vardır) ne de yeterlidir (her sigara içicisi akciğer kanserine yakalanmaz); dolayısıyla, tıpta nedensellik için daha farklı kavramlar da geliştirmek gerekmektedir; bunun için bizce, probabilistik nedensellik bir çözüm olarak öne çıkmaktadır.

Tanısal kesinlik için kullanılan kavramlardan biri de ngrsel değerlerdir (= *predictive values*). Tıbbi epistemoloji bakımından son derece önemli belirleyiciler olan bu kavramlar başlıca:

1. Duyarlılık (= *sensitivity*),
2. Özgüllük (= *specificity*),
3. İstatistiksel değerlendirmeleri kapsar.

- **Duyarlılık (= *sensitivity*)**, tıpta hem klinik semiyolojide – tanı koymada hem laboratuvar verilerinde hem de bilimsel araştırmalarda kullanılır/ dikkate alınır. Duyarlılık, klinik bakımdan bir belirti ve ya da bulgunun bir hastalıkta ne lde/ oranda görülebilir olduğudur; örneğin, baş ağrısı ile beyin tümörü ilişkisini düşündüğümüzde duyarlılık oldukça yüksektir; yâni, beyin tümörü olan hastalarda baş ağrısı görülme oranı yüksektir. Duyarlılık kavramını formlleştirdiğimizde:

$$\text{Duyarlılık} = \frac{\text{Gerçek pozitifler}}{\text{Gerçek pozitifler} + \text{Yanlış negatifler}} = \frac{a}{a + c}$$

- **Özgüllük (= specificity)** de, tıpta yine hem klinik semiyolojide – tanı koymada hem laboratuvar verilerinde hem de bilimsel araştırmalarda kullanılır/ dikkate alınır. Özgüllük, bir bulgunun bir hastalığı ne ölçüde/ oranda işaret ettiğini gösterir; örneğin, baş ağrısı ile beyin tümörü ilişkisini düşündüğümüzde, baş ağrısının beyin tümörünü gösterme olasılığı/ özgüllük değeri oldukça düşüktür; yâni, baş ağrısı yakınması olan hastalarda beyin tümörü görülme oranı çok düşüktür. Özgüllük kavramını formülleştirdiğimizde:

$$\text{Özgüllük} = \frac{\text{Gerçek negatifler}}{\text{Yanlış pozitifler} + \text{Gerçek negatifler}} = \frac{d}{b + d}$$

BAŞ AĞRISI	BEYİN TÜMÖRÜ	YORUM
+	+	Gerçek pozitif (a)
+	-	Yanlış pozitif (b)
-	+	Yanlış negatif (c)
-	-	Gerçek negatif (d)

Tablo 1: Veri ve hastalık ilişkileri.

- **Açıklama:** Baş ağrısı son derece yaygın ve popülasyonun yaklaşık %80-90'ında deneyimlenmiş bir yakınma/ belirtidir. Baş ağrısı çok basit – önemsiz nedenlerden çok ciddi ve ölümcül hastalıklara değişen çok geniş bir yelpazede yüzlerce durum/ hastalık nedeniyle ortaya çıkar. Beyin tümörlerinde baş ağrısı oranı çok yüksek olmakla birlikte, genel olarak baş ağrısı yapan nedenler arasında beyin tümörlerinin oranı çok düşük kalmaktadır. Bu nedenle, baş ağrısı ve beyin tümörleri arasındaki duyarlılık ve özgüllük değerleri yukarıda belirtildiği şekildedir.

Duyarlılık (= *sensitivity*) ve özgüllük (= *specificity*) değerlerinden ayrıca *pozitif öngörücü değer (PPV = positive predictive value)* ve *negatif öngörücü değer (NPV = negative predictive value)* elde edilir; PPV ve NPV değerleri epidemiyolojik değerlerdir, daha çok epidemiyolojik çalışmalarda kullanılır.

Duyarlılık (= *sensitivity*) ve özgüllük (= *specificity*) değerleri, her aşamada klinik karar vermede, bilimsel çalışmalarda son derece önemlidir.

Bilgi ve teknolojinin kapsamının ve derinliğinin olağanüstü artışı ve tıpta etkin olabilme olanaklarının çok gelişmesine bağlı olarak, hekimlik disiplinlerinin (20. yüzyılın son çeyreğinde ve) 21. yüzyılda (zorunlu olarak) çok sayıda dallanması ile, bir yönüyle, -metaforik olarak- hastanın “*sahipsiz kalma*”sına neden olduğu söylenebilir de, aslında duruma daha farklı bir perspektiften de bakılabilir ve bilimsel ve teknolojik olarak son derece gelişmiş olan 21. yüzyıldaki tıp “*çoksesli tıp – senfonik tıp*” olarak da düşünülebilir; ancak, buradaki tehlike, bütünlüğün kaybedilmesi ve yapılan şey’in mekanikleşmesi/ insansızlaşmasıdır (*dehümanizasyon*). Bu nedenle, çağdaş tıbbın, tüm olumlu ve övgüye layık bilimsel ve teknolojik gelişiminin, insanı, -ve aynı zamanda çevresiyle de birlikte- bütünlüklü görebilmeyi de gerçekleştirebilmesi şartı ortaya konmalıdır; belki her hekimin kişiliğinde bir orkestra şefi – maestro da olmalıdır. Bertalanffy’nin “*genel dizgeler kuramı*” gereği parçadan bütüne ve bütünden parçaya bağlantılar kurabilmenin/ kopmamanın ya da Bunge’nin “*ontolojik sistemizm*” kavrayışı gereğince sistemik yaklaşımın imkânları geliştirilmelidir biçiminde düşünülmelidir. Bu ise, hekimlik praksisinin organizasyonunda dönemin koşullarına uygun düzenlemelerin yapılmasını, belki düzenleyici yeni dalların tesis edilmesini ve ya da tıp eğitiminin revizyonunu, hastanelerin organizasyonunda farklı uygulamalara, düzenlemelere gidilmesini, ... gerektirebilir.

3.8. Tıbbî Dil

Tıbbî dil/ Tıbbî terminoloji, tıp alanındaki (bilimsel) terminolojiyi içeren, *sağlık – hastalıklar* ile ilgili (anatomik, fizyolojik, patolojik, farmakolojik klinik,

cerrahi, uygulamalar gibi) ve tıbbî tedavi ve uygulamalara ait kavramsal birikim ve donanımın – paradigmanın taşıyıcısı ve ifade edildiği/ aktarıldığı anlatım ve terim yapısını, sembolleştirmeleri kapsamaktadır. Bu bakışla düşünüldüğünde, tıbbî dilin yalnızca terminolojisinin değil esas olarak taşıdığı/ içerdiği kavramsal – bilimsel yapının ve düşünme tarzının/ mantığının daha temel belirleyici olduğu görülür. Tıbbî dilin başlıca unsurları:

1. Tıbbî epistemolojik dilde kavramlar ve bunların karşılığı terimler vardır; her terim ve kapsadığı kavramsal içerik, anlatılmak istenen durum ve bağlam çerçevesinde belirlenir, anlam kazanır.

2. Tıbbî epistemolojik terimler: 1. Gözlemsel terimler, örneğin sarılık, ciltte yara ya da çeşitli lezyonlar, epileptik atak gibi, 2. Kuramsal epistemolojik terimler, örneğin kan-beyin bariyeri, hücre membran kanalları, hücre membran potansiyeli, hücre membranındaki reseptörler, antikorlar, antijenler, DNA yapısı, genomik yapı, nörotransmitterler gibi aslında fiziksel içeriği olan kavramlar ya da nesnelerin dışında soyutlamalar da, örneğin baş ağrısı, epilepsi, Oedipus kompleksi, nöroz, şizofreni, kendilik gibi olabilir.

3. Tıbbî dil, nesnel ve nicel/ ya da olabildiğince nesnelleştirilmiş ve nicelleştirilmiş ve böylece ifadesi kişisel yargıyı gerektirmeyen ve iletişimi, işlem yapabilmeyi kolaylaştıran bir dildir.

4. Bilimsel ve teknolojik donanım çerçevesinde soyutlanmış, kavramsallaştırılmış, örneğin başka alanlarda kullanılan kavramlar/ terimler tıpta alana özgü bir içerik kazanabilme özelliğine sahiptir.

5. Bilimsel ve teknolojik kavramlar ve semantik ile birlikte alana özgü bilgi-tabanlı ifadeden veri-tabanlı ifadeye dönüşümleri de barındıran, modellemelere açık olabilen bir dildir.

6. Bilimsel ve teknolojik olmanın yanı sıra hekimlik praksisinin uzun – köklü tarihsel ve kültürel geçmişi içinde oluşan pratik durum, hâl, yorum ve sonuçları da kapsamı, metaforlar ve metonimiler, tarihsel – mitolojik içerik/ algılar/ kavramlar, kelimenin anlamsal içeriğinin zenginleşmesi (denotasyon ile birlikte konotasyonun da derinlik kazanması) bakımından oldukça kapsamlıdır.

7. Kodlanmış/ sembolleştirilmiş olması nedeniyle aktarımı kolay ve hatasız bir dildir.

8. Kendinde, uç ve ara değerleri barındırmakta; hem iki değerli hem de puslu mantık yapısını kapsamaktadır.

9. Alana spesifik sentaks ve semantik olması (jargonunun gelişmiş olması), tıbbî dilin temel özelliklerinden biridir.

10. Neredeyse her ifade/ önerme, zamansallık faktörü ile ilişkilendirilmiştir.

11. Epistemik kinematikleri gösteren bir yapıdadır, çünkü hekimlik pratiğinde hem doksastik hem de epistemik veriler, değişkenler vardır.

12. Probabilistik öngörü ve önermeleri ifade eden bir yapıda olduğu söylenebilir.

Burada amaç, tıbbın teorik ve pratik tüm yapısı içinde ortaya çıkabilecek hemen her durumun (kullanan kişiye göre değişmeyen, olabildiğince yalın ve kısa) basit, nesnel – nicel bir şekilde (ama kavramsal içeriği taşıyan) ifadesidir (hem yerel hem de evrensel ifadeleri içerir). Örnek olarak bir hasta sunumunu gösterirsek: “*iki saat önce akut olarak başlayan baş ağrısı nedeniyle getirilen 48 yaşında erkek ve sağ eli hastada, ES – MİB 2+, BT’inde Fisher grade 3 SAK, klinik olarak WFNS grade 3 bulundu. Hastaya DSA planlandı ve erken anevrizma cerrahisi için hazırlıklar başlatıldı...*” dediğimizde, oldukça komplike bir hastayı çok kestirmeden – çok kısa ve hiçbir tartışmaya/ yanlış anlamaya yer bırakmayacak nesnel bir şekilde ifade etmiş

oluruz. Bu ifadedeki (tıbbî dildeki) sentaks, semantik ve pragmatik bileşenler, uygulanan hekimlik praksisinin tüm ontolojik, epistemolojik, mantıksal, etik unsurları ile birlikte bilimsel – teknolojik ve pratik yapısını taşırlar.

3.9.Tıpta Mantık Uygulamaları

Tıbbın her alanında, -gerek hekimlik praksi (kuramsal ve praxis alanı) gerek bilimsel araştırmalar gerek akademik - eğitim vd. alanlarında- tıbbın doğasının ortaya çıkardığı ve binlerce yıldır süregelen hekimlik uygulamaları ile gelişen bir matematik ve mantık, oldukça kendine özel – spesifik bir yapıdadır. Bu spesifik matematik ve mantık, -tıbbın, hemen hemen hayatın bilimsel – teorik ve toplumsal – pratik her alanından kendine gerekli unsurları alıp kendisi için uyarladığı biçimde- tıbbın teorik ve pratiğine özgü değişiklikleri içerir ve bu yapı anlaşılma-sızın tıbbî süreçleri çözümlmek çok mümkün değildir.

3.9.1.Tıpta Düşünme Tarzı ve Hekimlik Praksisinde Puslu Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi

Tıp bilimleri alanında (/Biyolojide), doğadaki sayısız biyolojik çeşitlilikte canlının, (tıp ve hekimlik söz konusu olduğunda insanın), sürekli bir değişim (*genesis*), *apoptosis* (= programlı hücre ölümü) – rejenerasyon/ yenilenme, -organizmanın kendi içinde, aynı zamanda doğa içinde, bir doğa varlığı olarak ve doğa ile- etkileşim – iç içelik, süreklilik, geçiş – derecelenme, olanak/ potansiyel (*dunamis*) – aktüellik/ etkinlik/ tezahür/ ortaya çıkma (*energeia/ entelecheia*), oluş – bozuluş, eklenme – eksilme – değişim - dönüşüm, ... ölüm ile süregiden; sayısız parçanın bir organizmada bütünlük gösteren son derece dinamik dünyasındaki varlıkları/ nesneleri, organizmanın bütünlüğünde yaşamın sürekliliği ve optimizasyonu için kendi iç yapısında katı bir düzenleme gösteren yapıları, durumları, olguları, süreçleri, yasaları açıklamak için, “puslu mantık (*fuzzy logic*)” tanımlayıcı ve kullanışlı bir nitelik taşımaktadır (*fuzzy logic* için Türkçede puslu mantık, bulanık mantık ya da saçaklı mantık terimleri kullanılmaktadır). Ancak, (konumuz itibarıyla) tıbbın (ama daha geniş anlamda canlılar dünyasının) çok geniş çerçevesi içinde ortaya çıkan çok çeşitli

durumlar – süreçler, tanı – tedavi uygulamaları ve araştırma programları yapıları nedeniyle farklı analiz ve çıkarımları gerektirdiği için, aslında düşünme sistematığı içinde bazen klasik iki-değerli mantık sistemini, bazen de çok-değerli mantık tarzlarını, örneğin puslu mantık düşünme tarzını ve pek çok düşünme tarzını girift bir biçimde uygun oldukları yerlerde ve bazen birlikte kullanmak mantık bakımından daha doğru ve uygun bir yaklaşım olmaktadır. Bu gereksinimi somutlaştırmak için en basitinden, tıpta sağlık ve hastalık ayrımının/ sınırlarının bile her zaman çok net olmayabileceği gerçeğini belirtmek önemlidir. Bunun yanında, hastalıkların klinik tablolarının da değişen ölçülerde ortaklık gösterdiğini/ benzeştiğini; ayırıcı tanının hekimin düşünme dizgesinde önemli bir yer tuttuğunu ve bu süreçte -daha önce epistemolojide belirtildiği üzere- bilimsel bilgi, teknoloji, deneyim, hayal gücü gibi pek çok faktörün/ dinamiğin etkileştiği mantıksal bir tasarım yapıldığını söylemek gerekir.²⁶⁵

Puslu mantık (*Fuzzy logic*), 1921 yılında Bakü’de doğmuş olan Lütfi Ali Askerzade (daha sonraları kısaca Zadeh adıyla bilinecektir) tarafından kurulmuştur. Zadeh’in, Berkeley Üniversitesi’nde “*Electrical Engineering and Electronic Research Laboratory*”de çalışırken teknik bir problemin çözümüne yönelik olarak yazdığı “*Fuzzy Sets*” yazısı, 1965 yılında “*Information and Control*” adlı dergide çıkmıştır; bu yazıda Zadeh, devrim sayılabilecek fikirler öne sürmüştür. Bu fikirler, mantığın ve fizik dünyanın yeni bir kavrayışla görülmesini ve buna bağlı olarak da yeni felsefi yorumları doğurmuştur.^{266, 267}

Puslu mantığın anlaşılabilmesi için önce klasik mantığın anlaşılması gereklidir. Klasik mantıkta temel yapı, bir önermenin “**doğru**” ya da “**yanlış**” olmasıdır. Önergeler, tipik olarak VE, VEYA ve DEĞİL ile eklenlendirilir – bağlanır; bazen

²⁶⁵ Bozbuğa, M., “**Tıpta ve Tıbbi Uygulamalarda Puslu Mantık (Fuzzy Logic in Medicine and Medical Applications)**,” *VII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2017, ISBN: 978-605-66311-2-2, ss: 121-144.

²⁶⁶ Ural, Ş., “Puslu (Fuzzy) Mantık”, **Mantık, Matematik ve Felsefe**, I. Ulusal Sempozyumu 26-28 Eylül 2003, Assos – Çanakkale, Ed: Ural, Ş., Özer, M., Koç, A., Şen, A., Hacıbekiroğlu, G., T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2004, s.43-60.

²⁶⁷ Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic**”, in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

başka bağlantılar kullanılsa da, bunların hepsi söz edilen üç bağlantıdan türetilir. Klasik düşüncede (klasik/ kesin/ *crisp* kümelerde) tam(amen) doğru ve tam(amen) yanlış (1 veya 0) geçerlidir: Bir önerme doğru ya da yanlış olabilir; aynı anda her ikisi olamaz ya da her ikisinin de olmaması olamaz; ya biri ya da ötekidir; yâni, bir A kümesi ve onun değillesi vardır (1 veya 0); bir eleman ya A kümesine ya da A değil kümesine ait olacaktır (*özdeşlik* ve bunlardan çıkarılan *çelişmezlik* ve *üçüncü hâlin imkânsızlığı* ilkeleri gereği).

Klasik mantık, 1 ve 0 değerleriyle olaylara/ durumlara bakmaktadır. *Puslu mantık*, 1 ve 0 değerleri arasındaki bölgeyi/ kesirli sayıları da doğruluk değeri olarak kabul etmekle, klasik mantıktan çok daha zengin ve farklı bir anlatım olanağı sağlamaktadır. Puslu mantık, bu geçişli ve çok-değerli özelliğiyle de insan düşünüşüne ve yorumuna benzerlik gösterir. *Puslu kümeler ve onun matematik anlatımı*, özellikle teknoloji ve mühendislikteki uygulamalarda puslu mantığa geniş bir kullanım alanı sağlamaktadır; çünkü, 1 ve 0 arasındaki ara değerleri de kullanmak olanaklı olmaktadır. *Puslu mantık*, bir derecelenmeyi, bir geçişi ve sürekliliği ifade etmektedir; bu anlayış ve yaklaşım, biyolojik süreçlerin, dolayısıyla tıbbın – tıp bilimlerinin doğasına uymaktadır. Bunun yanında tıp, özellikle son zamanlarda ve giderek artan bir biçimde, mühendislik ve teknoloji ile bütünleşmekte ve (bunun sonucu olarak) tıp ve tıbbî uygulamalar bir ölçüde ve bir yanıyla da âdeta mühendislik uygulamalarına dönüşmektedir. Bu itibarla, puslu mantık, hem tıbbın doğasını ifadede hem de tıpta tanı ve tedavi uygulamalarını açıklamada ve tasarlamada kullanılabilir. 280

Puslu mantık düşünüş biçimi ve klasik iki-değerli düşünüş biçimi, temelde insan düşüncesinin iki ayrı yönünü temsil etmektedir.^{268, 269} Bu nedenle, genel anlamda ve tıpta mantık sistemlerini tüm olanaklarıyla birlikte düşünmek ve uygun yerde gerekli olanı kullanmak doğru olacaktır.

²⁶⁸ Ural, Ş., “Puslu (Fuzzy) Mantık”, **Mantık, Matematik ve Felsefe**, I. Ulusal Sempozyumu 26-28 Eylül 2003, Assos – Çanakkale, Ed: Ural, Ş., Özer, M., Koç, A., Şen, A., Hacıbekiroğlu, G., T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2004, s.43-60.

²⁶⁹ Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic**”, in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

Puslu mantık (*fuzzy logic*) yapısının/ düşünüş tarzının tıp bilimleri ile uygunluğu, gerçekten de bu uygulamaların ilk kez tıpta kullanılmasıyla açığa çıkmaktadır. Lütfi A. Zadeh, 1969 yılında gerçekleştirilen “*International Symposium on Biocybernetics of the Central Nervous System*” adlı etkinlikte ilk defa puslu uygulamaların (= *fuzzy applications*) tıpta kullanımı ile ilgili bir sunum yapmıştır.²⁷⁰ Zadeh, insanın hastalıklarını, örneğin diyabet (= *Diabetes Mellitus/ DM*)’i bir puslu küme olarak kabul etmekte ve farklı derecelerdeki tüm diyabet hastalarını bu kümeye dahil etmektedir; ve ayrıca Zadeh, hastaların (yine puslu karakterdeki) belirtilerini (= *septomlarını*) de ilişkilendirerek, -örneğin ateroskleroz belirti ve bulguları ile ilişkilendirerek- hastalığa özgü olabilecek puslu yapıda belirtileri de kümeye dahil edip diyabet kümesi ile belirti ve bulguları (puslu tarzda) ilişkilendirmektedir.

Hastalıkların ontolojik tasvirini yapmaya çalıştığımızda, ancak çok kısıtlı tanımı yapılabilen bu çok kapsamlı, karmaşık varlık alanında, -insanda- ortaya çıkan, “esasen çok-veçheli ve ya da her an birbiriyle iletişim içinde olan ve birlikte çalışan çok-kompartımanlı (biyo-psiko-sosyo-tinsel- +), çok-yönlü, kendi içinde hiyerarşik bir canlı organizmanın açık (manifest, belirti ve bulguları olan) ya da örtük (latent, belirti ve bulguları olmayan) işlevsel – yapısal bozuklukları, ağrı vd. durumlarının bilgi temeli (/bilimsel bilgi ve teknolojik veriler) üzerine kurulmuş rasyonel bir kurgusudur (natüralist bakışla)” şeklinde düşünülebilir (hastalıklar için belki *epistemontolojik* bir yaklaşım uygun olabilir). Ve bu tezahürün her bireyde (bireysel farklılıklara bağlı olarak) farklı bir fizyopatoloji içinde oluşması, hasta ve hastalık etkileşiminin her bireyin algısında farklı bir yapıda kurulması ile ortaya çıkan semiyolojik tablo kişiye göre farklılık gösterecektir; sonuç olarak, herhangi bir hastada ortaya çıkan herhangi bir hastalık tablosu yegânedir, tekrarlanamaz bir tablodur; dolayısıyla, aynı hastalık da olsa, hekim her hastada farklı bir klinik tablo ile karşılaşacaktır. Hekim, hasta ile karşılaştığında hem mevcut hastalığın ortak - tümel özelliklerini puslu bir oluşta hem de bireye ait özellikleri görecektir. Buna bağlı olarak, hekimin, sorunu çözmek için çok farklı düşünme biçimlerini geliştirmesi

²⁷⁰ Zadeh, Lotfi A.: “**Biological Applications of the Theory of Fuzzy Sets and Systems,**” In: *The Proceedings of an International Symposium on Biocybernetics of the Central Nervous System*, pages 199-206, Boston 1969.

gerekmektedir. Elbette hastalık ve sağığın rasyonel kurgusu, dönemin bilimsel yöntem – model ve paradigmasına, bilimsel – teknolojik düzeyine göre değışkendir. Hekimlik uygulaması ise, *bilgi ve uygulama temelli* olması nedeniyle muhakkak nesnel – nicel bir unsuru barındırmak zorunda olmakla birlikte, bir özne – nesne ilişkisinin ötesinde bir *özne-özne ilişkisi*dir ve bu anlamda her birey/ hasta için “*özel bir çerçeve*” söz konusudur. Yâni, hastalıklarda (ya da hasta bireyde) ve hekimlikte kaçınılmaz bir biçimde hem nesnel hem de öznel unsurlar bulunmaktadır. Tıp bilimlerinin bu özellikleri dikkate alındığında, tıp bilimlerinde, geleneksel bilimsel yöntemlerden farklı bir yöntembilim geliştirilmesi zorunluluğı da anlaşılmaktadır.

Hastalıkların nedenleri (= *etyolojileri*) son derece çeşitlidir; bu etyolojiler, belirli bir hiyerarşı ve etkinlik alanı – düzeyine sahiptirler ve her birinin etki biçimi ve etki mekanizması farklıdır ve (bireye ve nedenlere ait) pek çok etken ve mekanizma çoğul bir biçimde, iç içe, karmaşık ağ yapısı içinde ve değışken bir biçimde işlev görür. Yaşamın/ Canlılığın sürdürülmesi, canlı organizmanın (*endogene* ve *exogene*) çevre ile hiç bitmeyen etkileşimi, mücadelesidir (ancak bu, organizmadaki sayısız parçanın bütünü ya da organizmayı optimal düzeyde yaşatabilmek için birbirleriyle çok farklı biçimlerde etkileşimleri – birliktelikleri demektir ki, bu da, sinerji temelli olmakla birlikte bazen dış/ çevresel faktörlerin de etkisiyle yıkıcı/ ölümcül bir mücadeleye yâni hastalık durumlarına dönüşebilir, örneğın otoimmün hastalıklar gibi). Organizma, biyolojik yapısı çerçevesinde, bireyin en iyi durumda olmasına yönelik son derece donanımlı olmakla birlikte, organizmada her an değışen bir denge durumu vardır; organizmanın bütünlüğü içindeki sayısız parçanın ilişkilerinin dengesi hep değışkendir, kararsız/ labildir, yaşam kimi zaman dinamik bir polaritedir ve ya da karşıt uçlar arasında gidip gelmedir. Bireyin genetik özelliklerinin – somatik yapısının, kendi iç yapısında *homeostasis* (= *vücudun iç düzeni ve dengesinin sağlanması ilkesi*)’in sağlanması ve fiziksel çevre ile etkileşiminin ortaya çıkardığı durum sağık – hastalık çerçevesini belirlemektedir; bu, sürekli bir varyasyondur (*biyopsikososyotinsel bakımdan sürekli bir akış*). Homeostasisi sağlamaya yönelik, organizmada hiyerarşik olarak her düzeyde (hücre içi yapılardan sistemlere ve bütün bir organizmaya uzanan kademedede) çok sayıda ve tarzda kontrol mekanizmaları işlemektedir; ancak bu işleyişin, her bireyde ve her zaman kusursuz olmadığı,

olamayacağı da açıktır. Çeşitli nedenlere bağlı olarak, yapılarda farklı derecelerde bozukluklar, aksamalar bulunabilir; zaman içinde fizyopatolojik etkilenmeler oluşabilir ve bunlar da bireye göre farklı biçimlerde ortaya çıkar; klinik görünüm bireye özel bir çerçeve oluşturur.^{271, 272, 273, 274}

Hastalıkların oluşumunda (= *etyopatogenezinde*), (genetik yapıdan yaşam biçimine, çevresel faktörlere değişen) çeşitli etkenler vardır (genellikle *kök nedenler*); bu etkenler, bireyden bireye farklı etkiler ve işlev bozuklukları yaparak (*çünkü, bu etkenler organizmada işleyen diğer faktörler ile etkileşime girerek etkilerini gösterirler*) ve farklı etki yollarından geçerler ve kişiden kişiye değişen sonuçlar geliştirirler. İşleyen bu süreç ve sonuç, organizmada hiç sorun oluşturmaz, belki organizmada hiç fark edilmeden çözülmüş bir süreç de olabilir, hafif ya da ağır ve farklı sistemlerde bir hastalık geliştirebilir ve hatta belki ölümcül sonuçlanabilir. Örneklendirirsek, şöyle bir metaforik açıklayıcı model kurulabilir: Hastalıkların *etyopatogenezinde* (= oluşumunda) “*kök nedenler*” diyebileceğimiz derin, çoğu kez görünmez ya da gözden kaçan ve tekrarlayıcı temel güçlü nedenler vardır (örneğin genetik özellikler/ yatkınlık ve bozukluklar, besinler, toksinler, enfeksiyonlar, travmalar, yaşam biçimi/ yaşam tutumu, akıl ve inanç dünyası, fiziksel çevre, iklim vd.) ve bunlar kişiden kişiye farklı etki dereceleriyle ve değişik *yolları, mekanizmaları ve bağlantıları* kullanarak (örneğin çoğunlukla hücre ve hücre içi yapılardaki süreçler; enflamasyon, hormonlar, enzimler, neurotransmitter’ler/ nöroaktarılar – nöromodülatörler, mitokondriyal işlev aksamaları, immün sistemin disfonksiyonları, sindirim, iskelet-kas sistemi vd.) ve farklı işlev bozuklukları yaparak yine farklı sistemlerde, organlarda farklı tezahürlere (örneğin diyabet, hipertansiyon, metabolik hastalıklar, kanser, demans, otoimmün hastalıklar, solunum bozuklukları, obezite vd.) yol açarlar. Ayrıca, bu süreç/ yol boyunca, farklı katmanlarda ve ağ yapısında farklı

²⁷¹ “**Berne & Levy Physiology**,” Koeppen, B.M., Stanton, B.A. (Editors), Sixth Edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2010.

²⁷² Adair, T.H., Dzielak, D.J., Hall, J.E., et al., “**Tıbbi Fizyoloji Cep Kitabı**,” Çeviren: Zeynep Solakoğlu, Onikinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.

²⁷³ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

²⁷⁴ Silbernagl, S., Lang, F., “**Color Atlas of Pathophysiology**,” Thieme, New York, 2000.

katılımlar ve reaksiyonlar da oluşur.^{275, 276, 277} Kaldı ki, organizmada olup biten her şeyi saptayabilmek de bilebilmek de olanaklı değildir; dolayısıyla, organizmada her zaman deterministik bir duruma indirgenemeyecek ve (en azından dışarıdan bakıldığında) kaotik olabilecek bir işleyiş söz konusudur; çünkü, her bireyin farklı filo-onto-genetik yapısı üzerinde sürekli bir *oluş* içinde süreç(ler) işlemektedir. Bu demektir ki, -her zaman ve her durumda geçerli olmasa da- aynı etyolojik/ nedensel faktörler kişilerde farklı hastalık durumlarına yol açabilir ya da bazılarında hiç hastalık gelişmeyebilir. Yine de elbette, bilinen, belirli, nesnel (ve nicel/ nicelleştirilmiş) ortak özellikler üzerinden hareketle, -ki bu, yapılan uygulamaların bilimsel bir temele oturabilmesi için zorunludur- (bilimsel olarak) bilinenler ile sağlık ve hastalığa yönelik büyük ölçüde açıklamalar ve etkin uygulamalar yapılabilir, iş görülebilir (ki tıp praksi de zaten büyük ölçüde bu anlama gelmektedir; ancak, yeni bilimsel açıklamalar ve teknolojik gelişmeler ile sürekli bir biçimde ilerlemeye ve değişime – dönüşüme açıktır). Burada felsefi olarak ilginç yapı, tek bir nedenin, olması ya da olmaması gibi ikili bir sistem yerine pek çok durumda çoğul faktörün dinamik işlerliğinde olası ve kesirli bir fonksiyonun varlığıdır ki, bu işleyiş tıpta çoğu durumun “*klasik iki-değerli mantık sistemi*” ile birlikte “*puslu mantık/ fuzzy logic*” ile tasvirini, açıklanmasını daha uygun ve doğru bir hâle getirir.^{278, 279, 280} Ancak, insanın ve dolayısıyla tıbbın karmaşık yapısını tasvir etmede ve bu alandaki uygulamalarda, sadece puslu mantık düşünce biçiminin değil, elbette farklı mantık sistemlerinin de yerine göre kullanılması gereklidir. Klasik iki-değerli mantık sistemi ve puslu mantık sistemi yer yer ayrı ve yer yer birlikte düşünülerek ve gereğinde birbirlerine dönüştürülerek (puslu kümeler bir anlamda bunu sağlamaktadır), tıpta tanı ve tedavi

²⁷⁵ Bear, M.F., Connors, B.W., Paradiso, M.A., “**Neuroscience, Exploring the Brain**,” Fourth Edition, Wolters Kluwer, 2016.

²⁷⁶ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

²⁷⁷ Kumar, V., Abbas, A., Aster, Jon C., “**Robbins BASIC PATHOLOGY**,” TENTH EDITION, Elsevier, 2018.

²⁷⁸ Godil, S.S., Shamim, M.S., Enam, S.A., Qidwai, U., “**Fuzzy Logic: A simple solution for complexities in neurosciences?**,” Surg Neurol Int 26-Feb-2011;2:24.

²⁷⁹ Jankowska, D., Milewska, A. J., Gorska, U., “**Application of Logic in Medicine**,” Studies in Logic, Grammar and Rhetoric 21(34):7-24, 2010.

²⁸⁰ Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic**,” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

imkânı elde edilir. Bu mantık yapısı hem sağlıkta hem de hastalıklarda işlemektedir.²⁸¹ Örneğin tütün/ sigara kullanımı olan bir insanda, belirli bir süre ve belli yoğunlukta kullanım ile akciğer kanseri olması arasında bir nedensellik ilişkisi vardır ve bu durum belirli istatistiksel bir olasılık olarak düşünülür; ancak, bu durum aynı zamanda hastanın başta enzimatik yapısı olmak üzere daha pek çok faktör ile de yakından ilgilidir; bu bireyde enzimatik yapı ve çeşitli koruyucu (özellikle *onarıcı*) mekanizmalar nedeniyle çok uzun süre ve yüksek yoğunlukta sigara kullanımı olsa da akciğer kanseri oluşmayabilir; buna karşın, hiç tütün kullanımı olmayan ve yaşam biçimi itibarıyla akciğer kanserini kolaylaştırıcı/ predispozan – tetikleyici görünürde hiçbir faktörün de söz konusu olmadığı bir insanda, -örneğin (sıklıkla) genetik yapıya bağlı olarak- hastalık ortaya çıkabilir. Ancak, bir bireyin herhangi bir konudaki güçlü savunma – korunma mekanizmalarının olması başka konularda da aynı koruyuculuğun olduğunu garanti etmez (çünkü her bir durum farklı enzimatik yapıyı ve farklı mekanizmaları gerektiriyor olabilir), örneğin üstte verilen örnekteki çok sigara içmesine karşın akciğer kanseri olmayan kişi kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)’na karşı ya da ateroskleroza karşı aynı derecede koruyucu mekanizmaları olmayabilir ve bu hastalıklara çok kolayca tutulabilir. Başka bir örnek olarak, *ateroskleroz* (= damar sertliği) geliştiren bir yaşam biçimi (beslenme alışkanlığı, hareketsizlik, tütün kullanımı, narkotik-toksik ajanların kullanımı, psikik stres, hipertansiyon, diabetes mellitus, kanda hiperlipidemi/ yağların yüksekliği gibi sistemik hastalıklar, uyku bozukluğu, ...vd.) sürdüren bir kişide, (elbette bu yaşam biçimi ateroskleroz gelişme olasılığını ciddi oranda artırmakla birlikte), yine de ateroskleroz gelişmeyebilir ya da bu risk faktörlerinin her bireyde hastalığı oluşturma derecesi farklı olabilir (bu süreçlerin hepsinde aşama aşama düşünürken hem bir şeyin olup olmadığını hem de derecesini sorguluyoruz; örn. tütün kullanımı hem var – yok hem de varsa derecesi ya da *diabetes mellitus/ diyabet/ şeker* hastalığı hem olup olmadığı hem de derecesi yönünden sorgulanmaktadır; böylece, puslu kümeler ortaya çıkmakta ve bu durumlarda doğruluk değerleri sayılar değil kelimeler olmaktadır vb.). Başka bir perspektiften, sağlıklı olmanın sağlanması ve sürdürülebilmesi gibi pozitif

²⁸¹ Bozbuğa, M., “*Tıpta ve Tıbbi Uygulamalarda Puslu Mantık (Fuzzy Logic in Medicine and Medical Applications)*,” *VII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Demeği Yayınları, İstanbul, Aralık 2017, ISBN: 978-605-66311-2-2, ss: 121-144.

yönden düşündüğümüzde de, bireye ait olan pek çok faktörün (*genetik – biyolojik yapı, yaşam biçimi vd.*) yanında, yaşadığı toplumun kültürü, ekonomik-politik yapısı, bölgenin coğrafya ve iklimine kadar sayısız şey de bireyin sağlığını etkileyecektir (*sistemizm ya da genel sistemler teorisinde düşünüldüğüne uyar tarzda*). Olayı kabaca da olsa tanımlamaya yönelik bu pek az ve kısa, belki yetersiz örneklemeler, insan organizmasında sürecin – işleyişin çok yönlülüğünü, hiyerarşisini, çok kompartımanlı ve çok katmanlı oluşunu, değişkenliğini, dinamizmini, yer yer esnek yer yer çok katı oluşunu (organizmanın bütünlüğünde stabil bir durum sağlayabilmek için organizmayı oluşturan parçalar arasında yer yer esnek – labil işleyiş olabilir), olasılık durumunu, hep bir akış içinde olduğunu, geçişliliğini ve dereceliliğini göstermek içindir.

Hastalık ve sağlık ilişkisini ontolojik yönden anlamaya çalıştığımızda: Esasen hastalıklara yol açan etkenler – *etyolojik* faktörler, bozukluklar vücudun dışından – fiziksel çevreden (örneğin bakteriler, virüsler, ... gibi mikroorganizmalar, toksinler, radyasyon, zararlı ışınlar, travmalar, hava, su, besinler vd.) gelerek organizmada çeşitli değişikliklere yol açabilirler ya da organizmada farklı konumlarda (örneğin hücre içi/ intraselüler, hücresel, doku düzeyinde, organ, sistem, tüm organizma düzeylerinde ama birbirlerini etkileyerek) çeşitli derecelerde bulunabilirler; hastalık etkenleri bazen organizma tarafından elimine edilebilirler ya da etkisizleştirilebilirler, tekrar organizmaya girebilirler; sonuçta, kaçınılmaz bir biçimde ve yaşamın gereği olarak, organizma ile (*endogene* ve ya da *exogene*) hastalık etkenleri arasında sürekli bir etkileşim/ mücadele, diyalektik bir ilişki vardır; bir yönüyle bu mücadele ve bu mücadeleyi yapabilme gücü, hem bir sağlık göstergesidir (örn. aynı bakteri ile karşılaşan insanların hepsinde enfeksiyon olmamaktadır ya da farklı derecelerde olmaktadır ya da psikik travmaların bireylerde etkisi farklı olmaktadır vb.) hem de daha sağlıklı olmanın koşullarından biridir (yine bir enfeksiyon hastalığından örnek verilirse, hastalığı yenen bir kişi, o mikroorganizmaya karşı belirli bir derecede ve süre bağışıklık kazanmış olur ya da yine psikik bir zorluğu atlatan/ üstesinden gelen bir kişi daha deneyimli ve güveni yüksek hâle gelebilir). Ancak, bazen de hastalıklar/ hastalık etkenleri organizmanın işlevlerini bozabilir, sakatlayabilir ve hatta durum birey için ölümcül sonuçlanabilir (bazen basit bir enfeksiyon hastalığı, travma, metabolik aksama bile ölümcül olabilir). Sağlık ve hastalık birbiriyle ilişkili, birbirini var eden,

bazen birbirini tamamlayan ve zaman zaman birbiriyle iç içe geçen, birbirlerinden çoğu kez kesin çizgilerle ayrılmamış, birbirine dönüşebilen ama birbirinin karşıtı olmayan kavramlardır (hastalığın olmayışının sağlıklı olmak şeklinde düşünülmesi yaygındır, tıbbın tarihsel seyri boyunca çoğu kez böyle anlaşılmıştır ve halen bu anlayış bir ölçüde süregelmektedir); vücuttaki biyolojik düzen ve işlevselliğin her an değişen durumudur (*sağlıklılık durumu*). Hastalık ve sağlık, sürekli, biyolojik bir organizma olmanın zorunlu durumu olan etkileşimin tezahürü/ ortaya çıkardığı, bireyin yaşarken zaman içinde hep değişen ve dönüşen hâlleridir, birey yaşamının doğal bir parçasıdır.²⁸²

Üstteki paragraflarda (ve aslında tezin genelinde) kısaca açıklandığı şekilde, bireyin tam sağlıklı ya da tam hasta olması gibi bir durum tıbbî-bilimsel olarak düşünülemez/ yoktur, böyle bir durum olgusal gerçeklik ile uyuşmaz. Çünkü, tam sağlık (*biyopsikososyotinsel tam bir iyilik hâli ya da ideal sağlık*) ancak bir *ide*'dir, ussal bir kurgudur, bir kavramdır ve olgusal gerçekliği olan bir derece/ nokta göstermez, yalnızca yön gösterebilir ve belki sağlık bakımından bulunulan durumu anla(t)makta bir kriter/ ölçü olabilir. Hastalık (ya da organizmada bir işlev bozukluğu, ağrı vb.) ise, zaten bireyde (latent ya da manifest hâlde) belli bir derecede olabilen bir durumdur. Bu bakımdan, genelde her zaman için geçerli olmak üzere, belli bir derecede sağlıklı olmak ve ya da belli bir derecede hasta olmaktan söz edilebilir. Ancak şu gözden kaçmamalıdır: Bazı hastalıklar ya vardır ya da yoktur (ama bizim kastımız tüm organizmanın/ bireyin sağlıklı olup olmama durumudur). Elbette ki var olduklarında yine onların derecelerinden söz edilebilir ama burada belirtilmek istenen organizmanın bütünündeki sağlık ve hastalık durumudur; bu bakımdan, bireyin sağlıklılık durumunun sağlık ve hastalığın bir çizgi üzerinde değişik noktalar olarak düşünülmesi olarak da belirtilebilir. Esasen sağlık ve hastalık, yaygın olarak anlaşıldığının aksine, birbirinin karşıtı olmak yerine (hastalık kategorilerine ya da gruplarına göre değişmekle birlikte) birbirini tamamlayan ya da derece farkı gösteren hâllerdir, *örneğin bir Afrika ülkesine endemik enfeksiyon hastalığı, -eğer ben o bölgeye*

²⁸² Bozbuğa, M., "Tıpta Yaşam ve Ölüm," ss: 652-672, *Yaşam ve Ölüm Felsefesi* kitabında bölüm, Editör: A. Kadir Çüçen, Birinci Basım, Sentez Yayıncılık, Ankara, Aralık 2017, ISBN 978-605-9922-67-8.

hiç gitmemişsem ya da o mikroorganizma ile karşılaşma durumum olmadıysa- bende hastalık yoktur ama Afrikalı bir insanda bu enfeksiyon olduğunda hastalık kişiye göre farklı derecelerde olacaktır, hastalık subklinik, hafif, ağır ya da ölümcül seyredebilir. Dolayısıyla, hastalığı hem var ya da yok gibi ikili mantık ile hem de derecelilik mantığı içinde düşünmek de mümkündür. Buna karşılık, diyelim ki mizofobi (kir fobisi, temizlik hastalığı) olan bir kişi ellerini günde gerekli gereksiz üç yüz kere yıkıyorsa, ben de on kere yıkıyorumdur; aynı davranış hem normal hem de hasta kabul edilen kişilerde olmakta fakat nicel bir farklılık göstermektedir (nicel farklılık nitel bir farklılığı getirmektedir gibi düşünülebilir ancak) ve yine de/ elbette ilişkili bağlamda düşünüldüğünde afektif bir durum ve tutum farklılığı söz konusudur ve tanı afektif durum ve genel davranış bütünlüğü içinde ele alınmalıdır, aşırı el yıkama bilişsel bozukluğun davranış bozukluğu ile görülür hâle gelmesidir. Sağlık ve hastalık kavramları, var olmaları birbirini gerektiren, birbirleri üzerinden tanımlanabilen, birbirini tamamlayan ve bazen geçiş gösteren, organizmanın biyopsişik bütünlüğü ve genel bağlamı içinde varlık kazanan ve ifade edilebilen, birbirine dönüşebilen ama birbirinin karşısı olmayan kavramlardır. Sağlıklı olmanın karşısı ise ölüm (sağ olmama) durumudur. Çünkü hastalık, varlığın/ insanın, oluş içinde kaçınamayacağı bir durum olup bazen bir yönüyle de sağlıklı olmanın bir koşuludur ve birey yaşamının doğal bir parçasıdır. Sağlık ve hastalık arasında daima çok güçlü ve çok yönlü diyalektik bir ilişki vardır.

Sağlığın ve hastalığın bu tanımı, kavramı güçleştiren muğlak durumu, dereceli - geçişli - puslu yapısı, çok yönlü oluşu ve konunun yaşamsal önemi dilde de kendini gösterir. Öyle ki, sağlık bakımından olumlu bir durumu belirtmede hem Türkçede hem de yabancı dillerde pek çok kelime kullanılır; örneğin Türkçede sağlıklı olmak, iyi olmak, esenlik, normallik, fena değil vb.; İngilizcede ise health-healthy, well-being, normality vb. kelimeler sağlık bakımından olumlu bir duruma karşılık gelirken hastalık durumlarını ifadede Türkçede hastalık, illet, dert, sayrılık, sıracı, maraz, çor, rahatsızlık, bozukluk, aşırı-düşkünlük/ tutku; İngilizcede ise, disease, illness, malady, sickness, disorder, alteration, hypo/hyper-, syndrome, malformation, maldevelopment ve daha pek çok kelime kullanılmaktadır (aslında bu sözcükler bir yönüyle sağlık ve hastalığın ontolojisine dair bir anlam da taşımaktadırlar) ve hem Türkçedeki hem de

İngilizcedeki (ya da başka dillerde de böyledir) bu terimler sağlık ve hastalık durumu/ sağlıklılık durumu olarak farklı durumlara işaret ederler. Bunun yanında hekimlik praksisinde bir hastalığın tedavi edilmesiyle hastalıktan kurtulmanın da farklı görünüm/ tezahürleri vardır, örneğin şifa (İngilizcede *cure*) ve iyileşme (İngilizcede *healing*) farklı durumları belirtmektedir; *şifa* (İngilizcede *cure*) nesnel bir düzelmeyi, *iyileşme* (İngilizcede *healing*) ise hem nesnel hem de öznel düzelmeyi ifade etmektedir.

Sağlıklı olmak (/normallik, iyi olmak gibi), insanın biyolojik özelliklerini düşündüğümüzde bir bakımdan, *endogene*/ içsel ve *exogene*/ dış-çevresel etkenlerle, patojenlerle baş edebilme donanımı – becerisi, çabası, esnekliği, plastisitesi, uyum yeteneği olarak da anlaşılabilir. Böyle ele aldığımızda, (biyopsikososyotinsel bütünlük içinde) organizmada sürekli bir değişimin, belki sayısız değişken ve bileşenin devingenliği, normal – anormal aralıklarda gezinmesi olağandır ve bu sürekli değişim, kendi türü içinde (bir tikel olarak) bir bütün olan organizmanın – bireyin durumunu mümkün olan en stabil/ sağlam/ kararlı/ tutarlı/ sağlıklı hâlde tutabilmek içindir. Yâni bir bakıma, biyolojik olarak bir insan bireyini, (/bir organizmanın, bütünlüğün; çok kapsamlı bir yapının/ sistemin) içinde hiyerarşik olarak düzenlenmiş sayısız sistem-yapının olduğu ve esasen bu yapıların her birinin belli ölçüde otonom (ya da kendine özgü çalışma ilkeleri de olan) ama belli bir çerçevede bütün organizmaya, bireye hizmet eden, her parça – yapının birbiriyle eşgüdüm içinde olduğu bir bütünlük olarak tanımlayabiliriz (ama insan bireyi/ bütünlüğü de doğal yapısı içinde yine daha büyük bir sistemin/ doğal yapının içinde yer alıyor). Bir başka ifadeyle, *değişim*'in organizmanın sağlamlığını – devamını – yaşamda kalmasını sağlayıcı yönde, biçimde olması “*sağlıklı olmak*” anlamına gelmektedir ya da istenen yönde bir dengeyi, tarzı anlatmaktadır, bir çerçeve çizmektedir sağlıklı olmak (ancak yine de *bazı hastalık gruplarında, hepsinde değil!*); bu işleyiş, organizmada bir hastalık durumu olmadığında da, organizmanın hastalık etkenleri ile savaşırken de ya da organizmada hastalık durumu olduğunda da gerçekleşmektedir. Sağlık(lı olmak) durumunu sağlayan mekanizmaları, bağlantı ve ilişkileri, işleyişi ontolojik olarak tasvir için farklı modeller, bakışlar olabilir; ancak, birkaç örnek vererek teorik yapıyı pratik işleyişte açıklayabiliriz. Örneğin, işlevsel olarak (ve fenomenal olarak da) sağlıklı kabul

edebileceğimiz bir organizmadaki durumu, kanıta dayalı/ bilimsel yönden (ve yapısal olarak) sağlıklı olarak düşünmediğimiz durumlar olabilir: Diyelim ki, yavaş – kronik gelişen aterosklerotik plağa sekonder, yüksek oranda (*kritik stenoz*/ darlık aşamasında) bir “*arteria cerebri media* (= MCA, orta beyin atardamarı)” tıkanıklığı (= *oklüzyonu*)’nda hiçbir belirti ve bulgu (*/septom ve sign*) olmayabilir (ancak kişinin kollateral yapısına göre değişen bir noktada belirtiler başlayacaktır ve bu çok yüksek olasılıkla akut/ aniden, kısa sürede olacaktır –sürecin seyri yılları bulmasına karşın belirtiler belki saniyeler dakikalar içinde oluşacaktır-); bu birey, işlevsel olarak ve fenomenal olarak sağlıklı görünse de aslında bilimsel ve yapısal olarak sağlıklı değildir. Başka bir örnek, bir insanda her gün binlerce tümör hücresi oluşabilir; ancak, tümör-supressor genler ve ilişkili koruyucu mekanizmalar iyi çalışıyorsa, bu bireyde tümör gelişmeyecektir; yâni, kişide tümör hücreleri oluşuyor olsa da bu birey hastalıklarla başedebilme bakımından ve bilimsel olarak sağlıklı kabul edilecektir (hastalık durumu – çerçevesi yok demektir). Ya da bir başka örnek: Beyin damarında *anevrizma* (baloncuk) bulunan bir hasta yıllarca hatta on yıllarca hiçbir belirti ve bulgu olmadan normal yaşamını sürdürebilir (ve *hatta çok nadir de olsa bazı kişilerde anevrizma hiç kanamayabilir de*), anevrizma yırtıldığında (= *rüptür*) bu hastaların önemli bir oranında kanama sırasında ölüm oluşabilir ya da çok ağır bir hastalık ve tedavi – cerrahi – yoğun bakım dönemi yaşarlar, sonrasında sağlıklarına kavuşabilirler ya da nörolojik sekeller kalabilir. Ya da üsttekilerden çok farklı bir örnek verelim, koroner arterlerinde morfolojik bir sorun/ aterosklerotik plak oluşumu ve buna bağlı darlık/ stenoz olmayan bir kişi aniden çok ağır bir psişik travma ile karşılaştığında, otonom sinir sisteminin akut ve çok şiddetli reaksiyonuyla (aşırı sempatik deşarj ile) hiperakut bir koroner spazm ve buna bağlı myokard enfarktüsü (= MI) gelişebilir ve kardiyomyopati oluşabilir (= *Takotsubo kardiyomyopatisi/ sendromu/ fenomeni*). Buna benzer örnekler çoğaltılabilir ve sayısızdır. Burada felsefî olarak belirtilmesi ve ortaya konması gereken şey, “sağlık ve hastalık kavramlarının birbirinden ayrı, birbirine karşıt durumlar olmadığıdır, -belki söz konusu an içinde organizmayı oluşturan parçaların bütünlüğünün ve ilişkisinin ortaya çıkardığı durumdur. Sağlık ve hastalığın çok-yönlü, çok-kompartımanlı, birbirleriyle etkileşen ve sürekli değişim içinde dinamik bir yapı gösterdikleri ve her bir hastalığın da ortaya çıkma olasılığının, biçiminin değiştiği, farklı derecelerde ve farklı seyir gösterdiği” olacaktır. Bu,

epistemolojinin belirlediği ontolojik (epistemontolojik) kavrayış, durumun mantıksal ifadesi için, süreklilik, geçiş ve dereceli olma özelliğini içeren ve oluşu daha iyi ifade edebilen işlevsellikte olmalıdır ki, bu da, “*puslu mantık (fuzzy logic)*” sistemini öne çıkarmaktadır.²⁸³

Yaşamın içsel (= *endogene*) ve dışsal (= *exogene*) çevresel pek çok faktör/ durum ile etkileşim/ mücadele, bir ritim, hareket olduğu düşünülürse, -ve gerek fiziksel gerekse psikik bakımdan sürekli bir varyasyon (çeşitli hâller) çizgisinde giden- hayatın bu ritmi içinde, organizmanın herhangi bir andaki var olabilme anlamındaki durumu “*sağlık durumu*” olarak anlaşılabilir. Sağlıklılık/ Sağlık durumunu ifade için düşündüğümüz skalayı/ ölçeği “**Sıfır (0)**” ile “**Bir (1)**” arasında düzenleyelim: **(1)** tam sağlık hâli (*ideal sağlık*) olacaktır (*ki bunun gerçekte olamayacağını var sayıyoruz*), **(0)** ise ölüm hâli olmalıdır. Herhangi bir bireyin (sağlıklı ya da hasta kabul edildiği) herhangi bir *an*’da sağlıklılık durumu skalada farklı derecelerde farklı değerlerde yer alacaktır (0,9, ... 0,7, ... 0,4, ... 0,3, ..., ... 0,1, vb.). Diyelim ki, durumu sağlık ve hastalık olarak ifade ettiğimizde: *Çok sağlıklı, oldukça sağlıklı, az sağlıklı, biraz hasta, çok ağır hasta, koma vb. gibi ifadeler söyleyebiliriz*; durumu sağlık yönünden ifade ettiğimizde: *Çok sağlıklı, oldukça sağlıklı, az sağlıklı, daha az sağlıklı, çok az sağlıklı vb*; durumu hastalık olarak ifade ettiğimizde: *Minimal hasta, çok az hasta, biraz hasta, ağır hasta, çok ağır hasta, koma, terminal aşama, agoni vb.* biçiminde [**0** ile **1** arasında kesirli bir ifade olarak (örneğin 0,9, ... 0,7, ... 0,4, ... 0,3, ..., ... 0,1, vb.)] ifade edilebilir.

Canlı organizmanın yaşamını sağlam bir bütünlük içinde ve optimal koşullarda devam ettirebilmesi için, bilindiği gibi, vücutta “*homeostasis*” olarak adlandırılan çok kapsamlı, yaygın ve çeşitli kontrol mekanizmalarını içeren bir sistem sürekli işler hâldedir. Vücuttaki tüm hücre, doku ve organların temel işlevlerinden biri, hücre dışı (= *ekstraselüler*) sıvı bileşimini bir denge, “*homeostasis*” durumunda tutmaktır (Claude Bernard’ın ilk tanım ve terimi ile “*milieu intérieur*” ve “*wisdom of the*

²⁸³ Bozbuğa, M., “**Tıpta ve Tıbbi Uygulamalarda Puslu Mantık (Fuzzy Logic in Medicine and Medical Applications)**,” *VII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Demeği Yayınları, İstanbul, Aralık 2017, ISBN: 978-605-66311-2-2, ss: 121-144.

body”^{284, 285}). Vücutta daima hücrelerden organlara her düzeyde yapının *homeostasis*te katkısı vardır. İnsan bedeninde *homeostasis* için gerekli sayısız kontrol mekanizması ve bağlantı bulunur; örneğin tüm hücrelerde bulunan genetik kontrol sistemi hücre içi sistemler kadar hücre dışı işlevleri de kontrol eder. Bunun yanında binlerce kontrol sistemi de organlar arasındaki etkileşimi düzenlemek üzere organlar içinde ya da tüm vücutta çalışırlar. Böylece, *âdeta sonsuz sayıda* (/çok çok fazla sayıda) **parça** birbirleriyle programlı bir düzen ve uyum içinde bir **bütün** (/organizma, insan bireyi) için eşsiz bir birliktelik oluştururlar ve bütünü/ bireyin mükemmelliği için durmaksızın çalışırlar; ancak, bu sistemde sorunların olması da olağandır ve bu işlev bozuklukları çeşitli düzeylerde, çeşitli derecelerde ve çeşitli yapılarda ortaya çıkar ve az çok belirli bir seyir izler; bu sorun, sessiz sedasız halledilebilir, bir çok belirti ve bulgular ile ortaya çıkabilir ve tıbbî tedavi ile tamamen iyileşebilir, gürültülü patırtılı olabilir ama sonunda halledilebilir ya da farklı hastalıklara dönüşebilir ya da ölümcül sonuçlanabilir (vücudun iç yapısındaki *homeostasis*in işlevselliği, çevresel etkenler ve tedavinin zamanlaması ve doğru – etkin olması sonucunda; yâni, hastalık – hasta – çevre – tıbbî tedavi/ hekim birlikteliğinin denklemi). *Homeostasis*in sağlanması için çalışan kontrol mekanizmalarının pek çoğu negatif geri bildirim (= *negative feed-back*) ile çalışır; bu, yanıtı başlatan değişikliğe zıt yönde etkiye yol açan bir düzenleme sistemidir (ve *bu sistem, antagonist/ karşıt etki mekanizmalarının birlikte çalışmasıyla mümkün olur*). Ayrıca, ileri doğru kontrol sistemi (= *adaptif kontrol ya da bir anlamda gecikmiş bir negatif geri bildirim*), hareketin/ eylemin çok hızlı olduğu durumlarda ortaya çıkabilir. Vücutta seyrek olarak pozitif geri bildirim (= *positive feed-back*) de görülebilir (bu, yanıtı başlatan değişiklik ile aynı yönde etkiye yol açan bir düzenleme sistemidir). Yine *homeostasis* kapsamında organizmada işleyen “**antagonist** mekanizmalar” ile birlikte, “**kompanseasyon** (ya da koruyucu) mekanizmalar”, “**onarıcı** mekanizmalar”, uyum sağlayıcı “**adaptif** mekanizmalar” vd. mekanizmalar da mevcuttur. Bu mekanizmalar, organizmanın sağlığı için birbirleriyle mükemmel bir uyum içinde ve iç içe çalışmalıdırlar.

²⁸⁴ DiBona, G.F., “Physiology in perspective: The Wisdom of the Body. Neural control of the kidney,” Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 289: R633–R641, 2005.

²⁸⁵ Melanie P. Hoenig and Mark L. Zeidel, “Homeostasis, the Milieu Intérieur, and the Wisdom of the Nephron,” Clin J Am Soc Nephrol 9:1272–1281, 2014.

Vücutta milyonlarca basit elementer ya da karmaşık fonksiyon, birbirleriyle ilişkili bir biçimde ve aralıksız olarak çalışmakta – gerçekleşmekte, kontrol mekanizmaları ile bir taraftan da bu fonksiyonlar izlenmekte ve düzenlenmekte – denetlenmektedir; böylece, sayısız fonksiyonun sürekli esnekliği, ayarlanması ile organizmanın/ tüm bedeninin stabil ve optimal durumda olması sağlanabilmektedir. *Homeostasis* korunduğu sürece organizmadaki tüm hücreler yaşamaya ve uygun biçimde fonksiyon görmeye devam ederler (dış faktörler de hesaba katılarak); her hücre *homeostasis*ten yararlanır ve ayrıca *homeostasis*i korumak için katkıda bulunur. Bu karşılıklı rol, bir ya da daha fazla sayıda sistem ortak fonksiyona katkı yapma yeteneğini kaybedinceye kadar sürekli bir *otomatiklik* sağlar.

'*Homeostasis*'i sağlayan mekanizmalardan, örneğin '**antagonizma**' (= *karşıt mekanizmaların diyalektik ilişkisi*) organizmada son derece yaygındır ve en basit bir işlevde bile farklı/ karşıt yönlerde etki yapan mekanizmalar vardır, -örneğin kan glikozunun/ şekerinin regülasyonu son derece yaşamsal/ *vital* bir işlevdir ve organizmada hem kan glikozunu düşüren hem de kan glikozunu yükselten mekanizmalar ile optimal kan glikoz düzeyi sağlanır ve (glikoz metabolizması normal olan bir bireyde) sürekli olarak kan glikoz düzeyi (= *glisemi*) normal aralıkta seyrederek (örneğin besin aldığınızda ve kan glikozu yükseldiğinde insülin uyarılır ve sekrete edilen/ salgılanan insülin kan glikozunu düşürür ama bununla birlikte glukagon vb. *kimyasallar da kan glikozunu yükseltirler*). Antagonist mekanizmalar ve sistem, organizmada çok yaygın bir biçimde çalışır; yine derecelenme ve katmanlaşma/ çok-katmanlı olma durumu da bu mekanizmanın kapsamındadır ve en basit bir işlevden aşama aşama çok karmaşık/ kompleks – birleşik işlevlere kadar uzanır; örn. psikik yapı içinde de, diyelim ki insan bir *şey*'i hem sevebilir hem de nefret edebilir, bir *şey*'i hem isteyebilir hem de istemeyebilir ve ya da bir *şey* için pek çok duygu ve düşünce içinde olabilir ve bu duygu ve düşünceler farklı derecelerde, düzeylerde bulunabilir. Bu işleyiş, ilk bakışta belki bir karmaşa gibi görünse de, aslında en uygun, en rafine bir durumu, düzeyi yakalamaya yönelik olmalıdır. Bir başka kontrol mekanizması **kompansasyon** (/koruyucu) mekanizmasıdır ve burada da her işlevin –*özellikle yaşamsal olanlarının*- sağlanabildiği geniş bir aralık bulunur, örneğin fizyolojik bir sorun olmadığında "*beyin kan akımı (CBF, SKA)*" çok geniş bir *arteriyel/ atardamar*

kan basıncı aralığında (60 – 180 mm Hg) değişiklik göstermez; bir başka örnek, beyine kan getiren atardamarlar (= *arterler*) kafa-içine dört atardamar (/iki tane karotid arter, iki tane vertebral arter) şeklinde girerler ve aralarında köprüleşerek birbirleriyle bağlantılı bir ortak sistem (*Willis poligonu*'nu) oluştururlar ve bir atardamarın işlev yetersizliği/ yeterince kan taşıyamaması durumunda bu yapı koruyucu, kompanse edici bir destek sağlar; ayrıca beyne kan taşınması başka mekanizmalarla da güvence altına alınmıştır: beyin atardamarları, *Willis poligonu* dışında da aralarında bağlantılar yapar ve kafanın dışındaki atardamarlar (*arteria carotis externa*'nın dalları) ile de bağlantılıdır. Bir başka örnek, diyelim ki kafa içinde büyüyen bir tümör (*ya da kitle oluşturan başka bir yapı, apse, kanama gibi*) olduğunda, -sabit olan kafa içi hacminde, kafa içi yapıların toplam hacminin artmaması ve böylece kafa içi basıncının yükselmemesi ve beyin dokusunun yüksek basınçtan zarar görmesini engelleyebilmek için- kafa içindeki hareket edebilir/ sıvı yapılar (*beyin-omurilik sıvısı = BOS ve kan*) kafa içinden kafa dışına yer değiştirirler; bu şekilde, -kuşkusuz bir dereceye kadar- işleyişteki sorunlar düzeltilerek zarar vermesi engellenmiş olur. Bir diğer kontrol mekanizması örneği olarak **onarıcı** mekanizmalar belirtilebilir ve burada da organizmada hasar gören yapı(lar) onarılarak organizma için tehdit oluşturması engellenir, örneğin hücrede DNA'daki bozulmalar -toksinler, yaşlanma, sürekli bölünme, UV ışınları ile ortaya çıkarlar ya da rastgele mutasyonlar olmaktadır vb.- için kendi kendine onarım mekanizması sürekli işler durumdadır. Bir başka ilginç mekanizma da, vücutta çok geniş bir aralıkta (*endogene* ya da *exogene*) değişen koşullara uyum sağlama becerisi (= **adaptasyon**) vardır; *adaptasyon*, canlılığın (uzun) zaman dilimleri içindeki değişimlerini de açıklayan mekanizmalardan biridir. Mükemmellik, organizmada parçaların ayrı ayrı her birinin mükemmel olmasında değil yalnızca; ama daha anlamlı olarak, birarada uyumlu ve dengeli bir bütünlük oluşturmasındadır. Ve galiba sağlığın en iyi tanımı da bizce budur: “**organizmanın birarada uyumlu ve dengeli bir bütünlük oluşturması.**” Bu ve benzeri pek çok kontrol mekanizmasının işlerliği ile organizma içinde hücre içi yapılardan sistemlere değin her kademede sürekli işleyen yoğun bir faaliyet ile aslında canlı bireyin ve yapıların (*nöroplastisite, rejenerasyon, diferansiyasyon*), zaman içinde değişim göstermesi, esnekliği, plastisitesi, uyumu, dinamizmi sağlamlığı ve **en temelde yaşamı sürdürmesi** ve en iyi, en uygun/ optimal şartlarda yaşamı sürdürmesi sağlanmış

olur.²⁸⁶ Bu işleyiş, organizmada çoğul yapının ve faktörün hiyerarşik ve çok-katmanlı, çok-kompartımanlı, çoğul-kontrollü, karmaşık bir organizasyon yapısında birbirleriyle ağ oluşturarak etkili olması ve *vitalitenin* – yaşamın çok sağlam ve katı bir biçimde güvence altına alınmış olması ama aynı zamanda da sürekli bir değişim ve derecelenme demektir.

Sürekli bir değişim ve dönüşüm canlı organizmada olup bitmekte ve organizma durmaksızın yenilenmekte, ancak bu değişim belirli yasalara göre işlemektedir. İnsan bireyinin bu akışı/ yaşamı içinde, esasen filo-onto-genetik yapıda da değişim olmakta ve çok yavaş bir şekilde insan türü için evrim sürmektedir. Yaşam, bir yönüyle belki de, (hastalıklarla da) mücadele ve onları aşmak üzerine kurulmuş diyalektik ilişkiler yumağı(mı)dır? Bir taraftan, hastalıklar da, (insanın, doğanın, ilişkilerin, yaşamın değişmesi ile birlikte) değişim ve dönüşüm göstermektedirler; örn. yeni bakteri – virüs suşları ortaya çıkmaktadır, mikroorganizmalar direnç kazanmaktadır, canlı olarak kabul edilmeyen partiküllere (örneğin *prion*lara) bağlı hastalıklar tanımlanmaktadır, bilimsel – teknolojik gelişimlerin getirdiği hastalıklar yaşamımıza girmektedir vb. Burada, hastalıkları tanımlarken belki birkaç düzlemde düşünmek de olanaklıdır ve gereklidir: Hastalığı birey üzerinden tanımlamak ve ya da zaman dönemleri içinde daha çok insan türü üzerinden tanımlamak yeni düşünce yollarını aralayabilir.

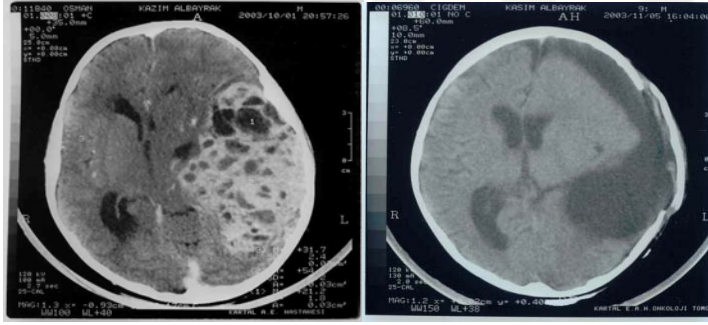
Üstte belirtilen, insan organizmasındaki tüm bu özellikler, tıbbın yapısını – işleyişini tasvir ederken, mantık yönünden puslu mantık düşünce tarzını kullanmanın çok uygun olacağını da göstermektedir; bu durum, puslu mantık düşünme yapısının, sağlık ve hastalık temelinde inşa edilen tanı, tedavi ilkeleri ve tıbbî uygulamalarda da geçerli olması demektir. Burada önemli olan yapı, çok faktörlü, hiyerarşik ve ağ yapısında işleyen bir sistemdeki etkileşim ve süreçlerin olası/ probabilistik (/olumsal, zorunlu-olmayan) ve puslu (/dereceli-kesirli) sonuçlar üretiyor olması durumudur. Ayrıca, duruma fizik bilimi yönünden bakıldığında da sürecin bileşenlerinin sürekli bir değişim içinde olması nedeniyle sürecin her zaman öngörülebilir olmayışı “*kaos fiziği*” ile durumu açıklamayı gerektirebilir. Nesnelerin bir “*oluş*” içinde seyri, dinamik

²⁸⁶ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “*Ganong’s Review of Medical Physiology*,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

ve değişken bir yapı göstermeleri de, geometri bilimi açısından duruma statik nesne anlayışı yerine “*oluş*”u ifade için daha elverişli olan “*fraktal geometri*” perspektifinden bakmayı daha doğru kılabilir.

Bazı örnekler ile durumu daha açık hâle getirmek gerekirse, bireyin sağlık(lılık) durumu –*ya da sağlık ve hastalık durumu*- değerlendirilmek istendiğinde, duruma (sağlık ya da hastalık) hangi pencereden baktığımız önem kazanır. Aslında aynı durumu farklı veçheleriyle değerlendirmektir bu, birbirlerini tamamlayıcı bir özellik taşımakta ve tabloyu daha geniş ve iyi görebilmeyi sağlamaktadır. Bu bakımdan belki her iki gözlüğü de yerine göre kullanmanın yararları olabilir. Ama biz yine de, bireyin sağlık ya da hastalık durumuna hangi pencereden bakarsak bakalım, mantık yönünden aynı ilkeler geçerli olacaktır. Sağlık ve hastalığı değerlendirmede mutlaka vurgulanması gereken, önemli ve ihmal edilemez bir özellik, bireyin herhangi bir yakınmasının olmamasının sağlıklı olmayı göstermediğı ya da garantilemediğidir; esas alınması gereken, bireyin öznel durumu (sağlığı ile ilişkili yakınmasının olup olmaması, hayatta yapmak istediğı amaçları bakımından engelleyici bir durumunun olmaması, ağrısının olmaması vb.) yanında tüm klinik muayeneler ve ayrıntılı incelemeler – tetkikler sonunda (-o zamanın imkânlarında-) sağlık durumu ile ilgili bilimsel bir değerlendirme (= *epistemontolojik değerlendirme*) yapılmasıdır ki, bu da hep tam sağlık (= 1) ve ölüm (= 0) arasında kesirli bir sayı olacaktır. Bireyin sağlık(lılık) durumuna sağlık yönünden baktığımızda, sağlık durumunu esas alan bir derecelendirme içinde bir değerde sağlık durumu, -örneğin çok sağlıklı, sağlıklı, az sağlıklı ya da bir oran belirtilerek- ifade edilecektir. Bireyin sağlık(lılık) durumuna hastalık yönünden baktığımızda ise, hastalık durumunu esas alan bir derecelendirme içinde bir değerde sağlık(lılık) durumu, -örneğin koma, çok ağır hasta, çok hasta, hasta, az hasta ya da bir oran belirtilerek- ifade edilecektir. Bunun yanında, bireyin sağlıklılık durumu (sağlık ve hastalık durumu) da zaman içinde hep değişiklik göstermektedir; örneğin herhangi bir hastalık dönemindeki sağlık(lılık) durumu – hastalık durumu da, yine hastalık süreci içinde değişiklik gösterecektir ve bu geçiş – derecelenme durumu ancak puslu mantıkta tanım ve ifade olanağı kazanabilmektedir; bireyin durumunu, basitçe “*hasta*” ya da “*sağlıklı*” şeklinde ifade etmek olgusal gerçekliğı, bilimsel ve rasyonel doğruluğı tam olarak tasvir edemeyecektir. Bir örnek hasta vermek gerekirse:

supratentoriyal bölgede serebral hemisferin büyük bir bölümünü içine alan *malign* (= habis, kötü huylu) bir tümörü olan hasta opere edilerek tümörü *gross-total* olarak rezekte edilmiştir (Resim 12). Sonrasında da radyoterapi (= RT) ve kemoterapi (= KT) yapılmış ve bu tedavi protokolünü – sürecini takiben hasta normal yaşamına dönmüş ve sonrasında hasta klinik ve radyolojik olarak izlenmiştir. Üç yıl sonra tümör *rekürrensi/* nüksü olan hasta yeniden opere edilmiş ve KT uygulanmıştır; ancak, bir yıl sonrasında tümörün yaygın hâle gelip yaşamsal yapıları infiltre etmesi sonucu hasta kaybedilmiştir.



Resim 12: Malign beyin tümörü (bir PNET vak'ası) olan hastanın preop/ ameliyat öncesi (solda) ve erken postop/ ameliyat sonrası (sağda) MR-Görüntülemeleri.

Tüm bu süreci bilimsel ve mantık açısından kantitatif olarak değerlendirirsek, hastanın ilk tanı konduğunda (ameliyat edilmeden önce, t1 anındaki hastalık durumu: preop) diyelim ki beyinde 100 (yüz) milyon tümör hücresi vardı; hasta ameliyat edildi ama tümör *malign* olduğu için gross-total tümör temizlenmesi/ rezeksiyonu yapılabildi (malign beyin tümörlerinde mikroskopik düzeyde/ tüm habis hücrelerin temizlenebildiği bir cerrahi teknik olarak imkânsızdır) ve geriye diyelim ki 1 (bir) milyon tümör hücresi kaldı (t2 anındaki hastalık durumu: postop.); *adjuvan(t)* tedavi olarak *Radyoterapi* ve *Kemoterapi* yapıldı (t3 anındaki hastalık durumu: post C + RT + KT) ve bu aşamada tümör hücresi diyelim ki 100 (yüz) bin hücreye düştü ve hasta üç yıl normal yaşamını sürdürürken takip edildi (t4 anındaki hastalık durumu: hastanın klinik belirti ve bulgularının olmadığı ve normal yaşamını idame ettirebildiği sürede –

takipteyken); sonrasında tümör nüksü/ tekrarı (*rekürrensi*) saptandı, bu aşamada olasılıkla tümör hücresi sayısı tekrar (on belki yüz) milyonlara varmıştı (t5 anındaki hastalık durumu: rekürrens); ameliyat sonrası tümör hücresi yine azalmış olsa da tümör hücresinin biyolojik yapısındaki değişimler, organizmanın başedebilme kapasitesinin düşmesi vb. nedenler ile hastalığın hızlı bir şekilde ilerlemesi ile hasta kaybedilmiştir. Bu örnekte de açık olan şey, belirli bir hastalık çerçevesi içinde, bireyin hastalığının derecesinin de sürekli bir değişim gösteriyor olmasıdır ve burada “*hastalık var*” ya da “*hastalık yok*” tarzında klasik iki-değerli mantığın ifadesi (bir yönüyle) doğru olmakla birlikte (hastalığı ortaya çıkaran yapıya işaret ettiği için doğru ama derece yönünden tam olarak tanımlayıcı – nicelleyici değil), gerçekliği yeterince/ tam olarak tasvir edememektedir; ancak, puslu mantığın olanakları ile hasta bireyin hastalığının farklı zamanlarındaki hastalık derecesinin/ durumunun ifadesi olgusal ve bilimsel gerçekliği daha doğru yansıtabilmektedir. Sağlık ve hastalık durumları farklı boyutları, farklı dengeleri ya da dengesizlikleri, farklı dinamikleri olan çerçevelerdir. Hastalık durumunu belirleyen bir çerçeve ile birlikte böyle bir kantitatif değerlendirmeyi hemen her hastalıkta düşünebiliriz. Örneğin enfeksiyonlarda, *vasküler* (= damarsal) hastalık süreçlerinde, psikişik durumlarda, nörolojik hastalıklarda vd. Diyelim ki, bir MS (= *Multiple Sclerosis*) hastasında hastalığa ait hiçbir yakınma ve bulgunun olmadığı dönemler (*remisyon*), hastalığın belirti ve bulgularının çok ağır olduğu dönemler (*relaps*) ya da sekel bulguların olduğu dönemler olabilir; ama, nörolojik durumundaki değişiklik ve derecelenme olmakla birlikte, kişi her zaman bir MS hastasıdır; ama, hastalık hep bir dalgalanma, derecelenme, değişme içindedir. Tıp praksişi içinde puslu mantığın geçerliliğini bir başka hastalık örneğinde verelim: A hastasında habis bir beyin tümörü, örneğin “Anaplastik astrositoma” teşhis edildi; bu hastalığın tam bir tedavisi (= şifa/ *cure*) tıbben mümkün değildir ama uygulanacak tedavi ve takipler ile hastanın yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek mümkündür; burada, bazı hasta ve hasta yakınları, “madem ki hastalığın tam bir tedavisi yok, hiç tedavi yapılmasa ne olur, olur mu?” diye sormaktadırlar. İşte, hastalıkların tedavisinde de yine puslu mantık düşünüşü geçerli olmaktadır; ya tam tedavi ya da hiç tedavi gibi. Kuşkusuz burada tedavi ve hastanın yararı, -tam bir tedavi mümkün olamasa da- sonuna kadar sürdürülmelidir ve tıptaki uygulama da zaten bu yöndedir.

Bu başlık altında “puslu kümeler”i de ele almak gerekir; çünkü, puslu kümeler tıpta yaygın olarak kullandığımız bir düşünme biçimidir; şöyle ki, bir DM (= *Diabetes Mellitus*/ şeker) hastalığından ya da hasta grubundan söz ettiğimizde (-esasen her hastalık ve hasta grubu için aynı şey geçerlidir-), hastalık derecesi/ tutulumu çok farklı olan bir grup – küme hastayı ifade etmekteyizdir. Bu grupta, diyelim ki DM hasta kümesinde sadece diyet değişikliği ya da kilo kontrolü ile kontrol altına alınabilecek hasta da vardır, çoklu ilaç tedavisi ve yüksek doz insülini ve diğer tedavileri gerektiren hasta da vardır. Ancak, bir aterosklerozlu hastanın anamnezinde bu özellik, bir veri olarak DM var ya da yok şeklinde geçecektir (bu, örnek olarak verilmiştir ve yaygın bir tutumu belirtmektedir, DM’nin derecesini de belirten anamnez örnekleri elbette vardır); yâni, farklı derecelerde olmakla birlikte tüm DM hastaları aynı kümeye konacaktır. Bir başka örnek, sinir sistemi tümörlerinden söz ederken aslında yaklaşık 130 farklı tümörü ifade ediyoruz; fakat ayrıntıya girildikçe – derinleştikçe, örneğin her bir tümör bir başlık olacaktır, belli yaş gruplarına göre bir altbaşlık olacaktır, beyinde/ kafa içinde yerleşim yerine göre bir altbaşlık olacaktır, genetik – moleküler biyolojik özelliklerine göre bir başlık olacaktır, ... vd. Örneğin *Glioblastoma Multiforme* (beyinde çok rastlanan habis bir tümör), hastalarda çok farklı klinik tablolara ve *prognosa* (klinik seyir ve sonuç) neden olur ve bu tümörün histopatolojik, elektron mikroskopik, genetik incelemeleri, bu tümörlerin, aslında aynı isimle anılsalar da, çok farklı özellikler taşıdıklarını (belki bir çok farklı tümörü aynı başlık altında topluyoruzdur) gösterir. Bu örnekleri sayısız çoğaltmak mümkündür. Böylece, puslu kümelerin de iç içe ve ya da yan yana pek çok küme içerdiği görülecektir. Bu yaklaşım, esasen biyolojik çeşitliliğin ve bu çeşitlilik içinde her bir özelliğin sayısız fenomenal ifadesinin (/ve her bir insanın farklı yapısının, değişiminin), bilimsel düşünce ve işleyiş çerçevesinde bir ortalamada, kümelerde toplanması, indirgeyici bir tutumla iş yapılmasıdır (ki bu, bir ölçüde de gereklidir). Bu yapı içinde hem iki-değerli klasik mantık sistemi hem de çok-değerli ya da puslu mantık sistemi kullanılmaktadır.

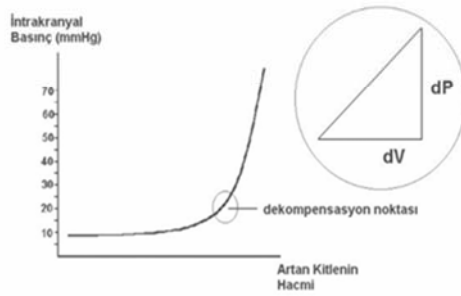
Tıpta ontolojik – epistemolojik bir analiz yaptığımızda, sağlık ve hastalıklara yönelik olarak ve tıbbî uygulamalar ve tedavi ile ilişkili olarak, sayısız bileşenin – faktörün etki ve etkileşim alanı olan insanın fizyolojisine ait her şeyi biliyor ve ölçebiliyor değiliz. İnsan fizyolojisi ve fizyopatolojisindeki (bilebildiğimiz, geçerli

bilimsel model ile görebildiğimiz) puslu ve bir ölçüde olası durumlardan – verilerden en olası ve puslu çıkarımlar yapıyoruz asla her zaman kesin ve mutlak değil. Bu gerçeklik, tıpta ve tıbbî uygulamalarda pratik olarak bazı sonuçları doğurmaktadır, örneğin aşağıdaki durumlarda:

- sağlıklılık durumu,
- ileriye yönelik sağlık ve hastalık öngörülere,
- tanı(lar),
- hastalıkların derecesi,
- hastalıkların etkileşimi,
- tedavinin etkinliğinin derecesi (her hastalıkta tam tedavi şansı olmayabilir, tedaviler de derecelidir...)
- hastalıkların tedaviye vereceği yanıt, kişiye göre değişim ve etkileşim ... ,
- hastalığın seyri – prognoz, sağkalım/ sürvi,
- insana ait pek çok (sağlık – hastalık üzerine) durum, ve bunlarla ilgili ifadeler, ölçümler, öngörüler hep puslu ve belli bir oranda olası/ probabilistik/ olumsal olmaktadır kaçınılmaz olarak.

Hastalıklar bir süreç olarak ortaya çıkarlar; nedenler, süreç ve sonuçlar katmanlaşmış hiyerarşik bir yapı sunarlar ve her bir kompartıman diğerleri ile etkileşim hâlinindedir ve hep değişim içindedir. Bu biyolojik yapı ile, durumlar, süreçler hep kesirli değerler gösterirler, belirli bir aralık içinde sürekli olarak değişken bir değer alırlar, örneğin kan glikozu, kolesterol, proteinler, tüm kan değerleri, tüm metabolik olaylar, laboratuvar verileri, uyku – uyanıklık (*antagonist circadien bir ritim içinde*), hücrelerdeki yenilenme/ *rejenerasyon – apoptosis*, (hücre *siklusu/ döngüsü*), Ca/ neoplaziler, ateroskleroz süreci, damar değişiklikleri ve buna bağlı durum – belirti – bulgular vd. İnsan fizyolojisinde ve patolojik durumlarda çoğu kez geçerli olan bir özellik de, -*Monro-Kellie doktrini*nde (Resim 13) olduğu gibi- (süreçlerin çok-faktörlü, çok-katmanlı, çok-kompartımanlı olmasına bağlı olarak) ortaya çıkan durum, lineer bir kesirli nicel ifade olmaktan öte aralarında fonksiyonel bir bağıntıyı içerir. Bu da yine, insanın fizyolojisindeki kompansasyon, adaptasyon mekanizmalarına (*homeostasis* kapsamında) bir örnek olabilir.

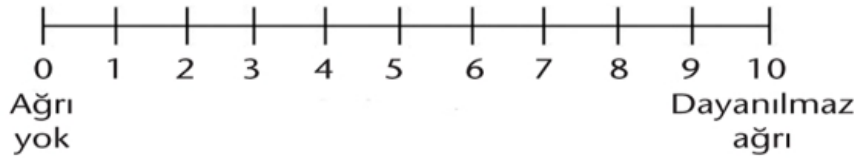
Monro-Kellie doktrini



Resim 13: Monro-Kellie doktrininin grafik görünümü.

Tıbbî tanı ve tedavi uygulamalarının temel dayanak noktası bilimsel bilgi ve teknolojik imkânlar ve rasyonel düşünmedir. Gerek bilimsel bilgiyi ve teknolojik imkânları kullanabilmek gerekse tıbbî ortak nesnel bir ifade/ dil zemini oluşturabilmek için, hekimlikte tüm veriler nicelleştirilmeye çalışılır. Oysa, insana ait durumların, olguların bir kısmı nicel olabilirken çoğunun nicel ifadesi mümkün değildir; ancak, bilimsel bilgiyi kullanabilmek için de bunu yapmak zorunluluğu vardır. Nicel ifade edilebilir özelliklere örnek olarak beden özellikleri (boy, kilo vd.), vücut ısısı, çeşitli tansiyonlar (arteriyel/ atardamar kan basıncı, göz içi basıncı, kafa içi basıncı vd.), laboratuvar değerleri (kan glükozu, üre, hormonlar, kolesterol vd.), çeşitli görüntülemeler (*MRG, BT, Spektroskopiler, USG, EEG, EMG, Eps*, vd. hep bir ölçüme ve bunun grafik/ resim/ hâline getirilmesi esasına dayanır) verilebilir. Görüntülemelerdeki ilke, -örn. *Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)*'de ya da *Bilgisayarlı Tomografi (BT)*'de-, iki karşıt nümerik değer arasında temsil edilen renk skalası içinde belirli aralıklar belirli yapıları/ dokuları ya da *patolojik* (hastalıklı) dokuları gösterir ve ortaya çıkan resimdeki normal ve normalden sapmalara dayanılarak değerlendirme yapılır, tanı konur. İnsanın pek çok durumu, nicel olmamakla birlikte (örn. *bilinç düzeyi, ağrı vd.*) hekimlik uygulamasında bu durumlara nicel bir ifade kazandırılır; örneğin bilinç düzeyi 3 ile 15 arasında puanlanan (3 en

düşük puan, 15 bilinci açık bir hastada tam puan) bir skala (*Glasgow Koma Skalası/ Ölçeği* = GKS/GCS) ile ölçülür (Tablo 2), ağrı şiddeti 0 – 10 arasında bir puan (0 puan ağrı yok/ sin dolor, 10 puan dayanılmaz ağrı; ama ağrı tamamen öznel bir durumdur, biz nasıl puan verebiliyoruz? Ancak bu bilimsel uygulama ve hekimlik praksisinde karar ve tedavi için şarttır) ile ifade edilir (Resim 14), ayrıca zekâ seviyesi ölçümleri [IQ, (ki, hemen hemen uygulamadan kalkmış ve kavramsal geçerliliği kuşkuludur)], mental testler, kas gücü – duyu ölçümleri vb. (hekimlikte bunlara ait pek çok örnek verilebilir: GCS, Ağrı skalası, Fisher grade, WFNS, GOS vd.) pek çok durum, hastalık ve insana ait özellikler skalalar, sınıflamalar gibi nesnel ve çoğu nicel ifadeler ile değerlendirilir. Amaç, insana ait tüm özellikleri, durumları, olguları, hastalıkları nesnel ve nicel bir biçimde dile aktarmak ve bunlar ile mantıksal – kavramsal işlem yapılabilir hâle getirmektir. Burada yapılan ya da hedeflenen şey, insana ait puslu yapının, özelliklerin, değişken durumların vb. nicelleştirilerek ve belirli kuralları kullanarak, puslu olmayan [puslu durumu berraklaştırarak (= *defuzzification*)], kesin/ *crisp* sonuçlar, değerlendirmeler elde edebilmektir. Yine de bu verilerden hareketle, sonraki aşamada kümeler/ puslu kümeler (veri grupları, hasta grupları) oluşturulabilir; böylece, düşünce ve sorun çözme akışı *defuzzification, fuzzification, ...* şeklinde farklı mantıkların birlikte kullanılmasıyla aşamalar hâlinde işlemektedir.



Resim 14: Ağrı Ölçeği.

Tablo 1. Glasgow Koma Skalası

Göz açma (E)	Konuşma (V) (>4 yaş için)	Konuşma (V) (<4 yaş için)	Motor (M)
Spontan 4	Oryante 5	Gülümseme, objeleri izleme, ses çıkarma 5	Emirlere uyar 6
Sözel 3	Konfüze 4	Ağlar, fakat avutulabilir 4	Ağrıyı lokalize eder 5
Ağrı ile 2	Uyumsuz kelimeler 3	İrrite olur, çığlık atar homurdanır 3	Ağrıdan kaçma 4
Yanıtız 1	Anlamsız sesler 2	Letarjik, homurdanır 2	Ağrıya flexör yanıt 3
	Yanıtız 1	Yanıtız 1	Ağrıya extansör yanıt 2
			Yanıtız 1

E: Göz açma, V: Sözel yanıt, M: Motor yanıt

Tablo 2: Glasgow Koma Ölçeği.

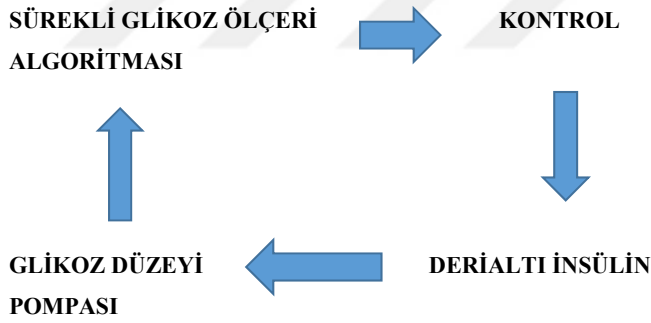
Tıbbî dil/ Tıbbî terminoloji, tıp alanındaki (bilimsel) terminolojiyi içeren, *sağlık – hastalıklar* ile ilgili tıbbî tedavi ve uygulamalara ait kavramsal birikim ve donanımın – paradigmanın taşıyıcısı ve ifade edildiği/ aktarıldığı anlatım ve terim yapısını, sembolleştirmeleri kapsamaktadır. Tıbbî dilin başlıca unsurları başlıca:

1. nesnel ve nicel/ olabildiğince nesnelleştirilmiş ve nicelleştirilmiş,
2. uç ve ara değerler mevcut (hem iki değerli hem de puslu mantık yapısına uygun),
3. bilimsel donanım çerçevesinde soyutlanmış, kavramsallaştırılmış,
4. kodlanmış/ sembolleştirilmiş,
5. alana spesifik semantik olması şeklinde söylenebilir.

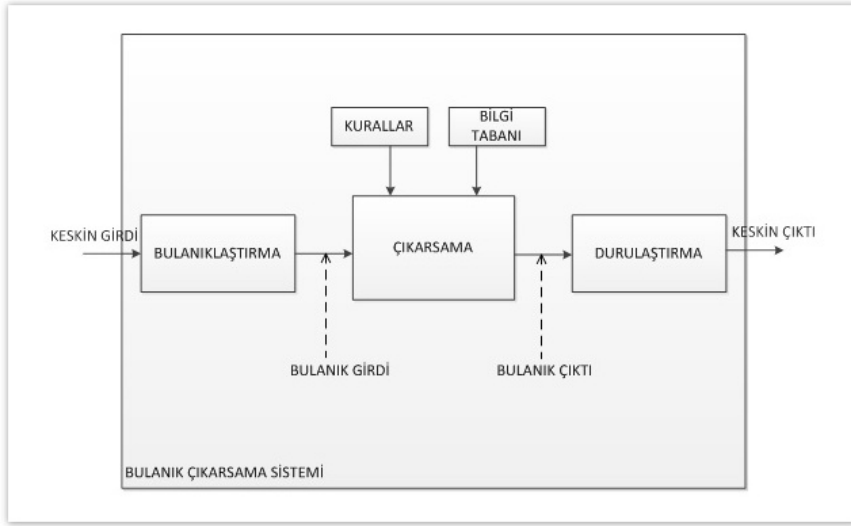
Burada amaç, ortaya çıkabilecek hemen her durumun (kullanan kişiye göre değişmeyen, olabildiğince yalın ve kısa) basit, nesnel – nicel bir şekilde ifadesidir. Örnek olarak bir hasta sunumunu gösterirsek: 64 yaşında kadın ve sağ elli hastada üç gün önce akut olarak baş ağrısı ortaya çıkmış ve bu baş ağrısı bir saat önce birden çok şiddetlenmiş ve hasta kendini kaybetmiş; hastada bilinç düzeyi GKS 8, ES – MİB 2+ ve sol hemipleji, BT’inde Fisher grade 4 SAK ile birlikte sağ frontalde lokalize yoğun ve heterojen İV kontrast tutan, peritümöral geniş ödemi olan 6x5x8 cm. ölçülerinde bir kitlesel lezyon saptandı. Hastaya rutin acil preop hazırlık yapılarak tümör rezeksiyonu için acilen ameliyata alındı dediğimizde, çok kestirmeden – çok çok kısa

ve hiçbir tartışmaya yer bırakmayan bir şekilde hastayı ifade etmiş oluruz. Bu ifadede (tıbbî dilde) de, mantık yönünden yine hem puslu mantığın hem de iki-değerli klasik mantığın olanaklarından yararlanılıyor olması dikkat çekicidir.

Puslu mantık, son zamanlarda giderek artan bir şekilde tıpta inovatif teknolojide hem tanı koymada hem yapılan tedavi/ uygulamanın etkinliğini değerlendirmede hem tedavi uygulamalarında –kararların otomasyonunda (Resim 15)- (en yaygın olarak Yoğun Bakım Ünitelerinde, Anesteziye, Kardiyolojide, Beyin Cerrahisinde, Endokrinolojide kullanılır; doz ayarlayan/ kontrol eden otomatlar, kontrol cihazları vb.) hem de araştırmalarda kullanılmaktadır. Esasen burada, “*puslu mantık*”, bilgisayar programlama ile, tıpta belirli bir bağlamda çözüm amacıyla, oluşturulmuş – mevcut çeşitli kurallar ve bilgi tabanı çerçevesinde, duruma yönelik olarak en uygun “*keskin karar*”ı vermede kullanılmaktadır (Resim 16).



Resim 15: Puslu mantık kullanılarak kontrol cihazlarının/ otomatların çalışma sistemi.



Resim 16: Puslu mantık ile çözümlemede aşamalar.

Tıp, günümüzde, giderek artan ve yoğunlaşan bir biçimde, gelişen bilim ve teknoloji ile bütünleşmekte ve mühendislik bilimlerine doğru hızlı bir dönüşüm göstermektedir. Böylece, tıbbın hem doğasında var olan geçişlilik, derecelenme, süreklilik özellikleri yanında teknoloji ile entegre olan tıbbi uygulamalarda da “*puslu mantık*” kullanımı artmakta ve giderek daha da önem kazanmaktadır.

3.9.2.Tıpta Geri Çıkarım Mantığının Felsefi Analizi ve Temellendirilmesi

Hekimlik pratiğinde önemli bir alanı tanı koyma aşaması oluşturur. Tanı koyma, düşünme biçimi olarak yalnızca hastayı ilk defa gördüğümüzde gerçekleştirilen bir etkinlik değil, hastanın tanı, tedavisi ve takibi boyunca her aşamada uygulanan bir bakış ve düşünme tarzıdır; şöyle ki, hastayı ameliyat ettiniz ve iki gün sonra normal postoperatif seyrinde olmayan/ beklenilmedik bir belirti ve ya da bulgu geliştiğinde de yine aynı tarzda bir tanı koyma durumu ile karşı karşıyasınızdır ya da esasen hastanın durumunun normal/ sorunsuz olduğunu söylemek de bir tanı işlemidir.

Kısaca, hastada gelişen (ve hatta gelişmeyen; çünkü, hasta – hekim tanı ve tedavi süreci – etkileşimi içinde hekimin hastada ortaya çıkmasını beklediği ve beklemediği belirti ve bulgular vardır; beklemediği bir durumun olması da, beklediği bir durumun olmaması da bir bulgudur) durumun – seyrin değerlendirilmesi bir tanı sürecidir. Tanı sürecinde esas olarak geri çıkarım (= *abductive*, *abdüktif*) akıl yürütme kullanılmakla birlikte süreç içinde pek çok yöntem de kullanılır. Geri çıkarım, hekimlikte tıbbî tanıda, tedavide vd. kullanılan bir mantık yöntemi olmakla birlikte günlük yaşamda, bilimsel buluşlarda ve bilimsel kuram oluşturmada, bilgisayar programlamada ve dedektiflikte de kullanılan bir düşünme biçimidir.^{287, 288, 289} Tıpta araştırma – deneysel çalışmalar ve klinik çalışmalarda ise, önce dikkatli bir gözlem ve bundan tümdengelimsel (= *deductive*, *dedüktif*) akıl yürütme ile çıkarılan bir hipotez, olgu örneklerinin irdelenmesi ve bulguların değerlendirilmesi sonrasında tümevarımsal (= *inductive*, *indüktif*) akıl yürütmenin uygulandığı bir usamlama, deney ve bulgular aşaması, sonrasında da bilimsel - rasyonel bir değerlendirme ile bir sonuç çıkarma ve yasalaştırma vardır. Ayrıca, tıbbın pek çok farklı uygulama alanlarında da (örneğin cerrahide, eğitimde, tedavi planlamasında, takipte, ...) kullanılan mantık türleri de ele alınacaktır.

Tıbbî tanıda kullanılan akıl yürütme türü olan *geri çıkarım* (= *abduction*, *abductive reasoning*) ilk defa Amerikalı pragmatist felsefeci Charles Sanders Peirce (1839-1914) tarafından ortaya atılmıştır.²⁹⁰ Geri çıkarım:

- Dedüktif ve indüktif çıkarımlardan farklı bir çıkarımdır,
- Dedüktif çıkarımdan türetilmiştir; ancak, mantıksal açıdan geçerli bir çıkarım değildir,

²⁸⁷ Schleifer, R., Vannatta, J., “The Logic of Diagnosis: Peirce, Literary Narrative, and the History of Present Illness,” *Journal of Medicine and Philosophy* 31:363-384, 2006.

²⁸⁸ İnönü, N. Ural, Ş. H., “Yeni bir çıkarım türü: geri çıkarım,” İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Anabilim Dalı, 2006.

²⁸⁹ Jankowska, D., Milewska, A. J., Gorska, U., “Application of Logic in Medicine,” *Studies in Logic, Grammar and Rhetoric* 21(34):7-24, 2010.

²⁹⁰ İnönü, N. Ural, Ş. H., “Yeni bir çıkarım türü: geri çıkarım,” İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Anabilim Dalı, 2006.

- Gözlenen durumu – bulguları (belirti, bulguları) gözlem dışı kalan süreç ya da kavramlar (neden, tanı) tasavvur ederek açıklamayı sağlayan bir çıkarımdır,
- Peirce, geri çıkarımı yeni bir hipotez oluşturabilmek ve bilimsel bilginin genişlemesi için yaratıcı bir süreç olarak düşünmüştür,
- Geri çıkarım ve indüktif akıl yürütme birlikte, yeni hipotezlerin geliştirilmesi ve genellenmesi süreci olarak bazen “*redüksiyon*” olarak da adlandırılır,
- Geri çıkarım bir “olgu” ve bir “kural” arasındaki bağlantı ile ilerler,
- Gözlem verilerinde mevcut tüm ilişkileri açıklama gücünde görülen bir kuramsal açıklama yapılmalıdır (/ tanı koyma),
- Geri çıkarım ile geniş ve gerçek bir açıklama potansiyeline sahip yeni bir kuramsal genelleme yapılabilir,
- Yeni bilgi üretebilir ama ürettiği bilgi kesin değildir, ihtimalidir (*burada önemli olan en yüksek ihtimalli çıkarımı gerçekleştirebilmektir*).

Geri çıkarım:

1. Bulma,
2. Doğrulama aşamalarını içerir.

Geri çıkarım çok yaygın kullanılan bir akıl yürütmedir, başlıca kullanım alanları olarak:

- Günlük yaşamımızda çok yaygın olarak (örneğin sabah kalktığımda dışarıya bakıyorum, yerlerin ıslanmış olduğunu görüyorum ve gece yağmur yağmış galiba diyorum, .),
- Bilimsel buluşlarda ve bilimsel kuram oluşturmada (gözlem, hayal gücü, ilişki– bağlantı kurma, ...),
- Klinik tanıda,
- Bilgisayar programlamada belirtilebilir.

Geri çıkarımdaki durum sembolize edilmek istenirse, örneğin:

- *P doğru ise, Q doğrudur.*
- *P doğrudur.*
- *O hâlde Q doğrudur*” çıkarımı, geçerli bir dedüktif çıkarımdır. Ancak, aşağıda örneklenen:
- *“P doğru ise, Q doğrudur.*
- *Q doğrudur.*
- *O hâlde P doğrudur*” çıkarımı, geri çıkarım tarzında bir akıl yürütmedir. Ancak sembolik mantık yönünden geçerli değildir, öncülleri doğru kabul ettiğimizde bile sonucu da doğru kabul edemeyiz, ne dedüktif ne de indüktif çıkarımdır. Bu örnekleme tıpta klinik tanıda vermek istersek, diyelim ki,
- *“Beyin tümörü var ise, baş ağrısı ortaya çıkar doğrudur.*
- *Beyin tümörü vardır.*
- *O hâlde baş ağrısı görülecektir*” çıkarımı, geçerli bir dedüktif çıkarımdır. Ancak, aşağıda örneklenen:
- *“Beyin tümörü var ise, baş ağrısı ortaya çıkar doğrudur.*
- *Baş ağrısı vardır.*
- *O hâlde beyin tümörü vardır*” çıkarımı, geri çıkarım tarzında bir akıl yürütmedir. Bu çıkarım mantıksal olarak geçerli değildir ancak olgusal olarak doğru olabilir. Şöyle ki, baş ağrısına yol açan yüzlerce hastalık ya da durumdan biri de beyin tümörüdür, eğer hastada bu yüzlerce hastalıktan biri olarak beyin tümörü varsa (*ama geri çıkarım ile başlanıp türlü düşünme biçimleri doğru olarak kullanıldı ve sonuçta bu çıkarıma ulaşıldıysa*), sonuç/ çıkarım doğru olacaktır (tanı doğru olacaktır). Burada önemli olan, çıkarımın, o bağlamda olasılığı en yüksek olan çıkarım şeklinde ya da (klinik uygulamaların doğası gereği olarak) acil – atlanmaması gereken ağır bir durumun olup olmadığını öncelikle anlayabilmek için yapılmış olmasıdır; bunun için de, tıbbî tanı koymada işleyen tıbbî zorunluluk (*örneğin acil tanıların öne alınması*), sorumluluk ve ilkelerin (*örneğin daha ağır tanı olasılıklarına öncelik verilmesi*) yerine getirilerek, mevcut bağlam içinde en işlevsel akıl yürütmelerin, imkân ve sınırları bilinerek kullanılmasıdır.

Tıbbî tanının zeminine baktığımızda, (hasta) bireyin kendine özgü (biricik) yapısı (filogenetik miras, ontogenetik özellikler, nöral-somatik yapı, psikodinamik belirleyiciler, fiziksel-kültürel çevre faktörleriyle oluşan), bireyde ortaya çıkan hastalıklar ve bunların fenomenolojik ve semiyotik özelliklerinden oluşan karmaşık – ilişkisel ve yasalılık gösteren bir bütünlük mevcuttur. Bu yapıda her bir kompartıman/ kategori diğer(ler)i ile etkileşim hâlinindedir. Dolayısıyla, son derece karmaşık bir bağlamda verilerin (*belirti, bulgu, tetkik sonuçları vb.*) ortaya konması, analizi, ilişkilendirilmesi ve sentezi ile tabloyu açıklayıcı bilimsel – pratik kavramsal rasyonel bir yapı oluşturulmalıdır. Analitik ve diyalektik bir bakışla, klinik tanı en az üç aşamalıdır:

1. Hastalıkların Bilgisi/ Kavramsal Donanım (= Tümmeller bilgisi),
2. Tabloya uygun hipotez oluşturma mantığı (geri çıkarım, “buluş/ bulma”),
3. Doğrulama.

Tanıda semiyotik - fenomenal gerçeklik, fiziksel – bilimsel gerçeklik arasında bir bağ kurulur ve ilişkilendirme yapılır. Tıbbî tanıda kullanılan “*geri çıkarım*”da ilk görülen ve üzerine gidilen şey “*veri*”dir ve, bu yerine göre bir fenomenal durum, belirti (= *septom*), bulgu (= *sign*), inceleme sonuçları vb. –*ama sıklıkla bunların birkaçının biraraya gelmesinden oluşan*- veri(ler) kümesi ve bunların, tıbbın bilimsel – rasyonel çerçevesinde ve hasta faktörü - hümanistik özellikleri dikkate alınarak yorumudur (*semiyotik gerçeklik*). Bu süreçte, verinin *ne*’liği - özellikleri ve veriler arasında kurulacak ilişki son derece belirleyici ve önemlidir. Verinin özellikleri pek çok bakımdan ele alınabilir ve tanı için değeri irdelenebilir; ancak, bu durumun genişletilmesi ve derinleştirilmesi hem tıbbî hem de felsefî açıdan çok önemli ve kaçınılmaz olmakla birlikte bu tezin kapsamının dışında kalacağı için, aşağıda kısa bir şekilde verinin başlıca özelliklerinin örneklenmesi ile yetinilmiştir:

Veri Ne’dir?/ Verinin mahiyeti: Veriler farklı yapılarda olabilir:

- A. Veri basit/ elementer bir durum, örneğin cildin terlemesi, ağız kuruluğu, ciltte renk değişikliği, kusma, başın büyümesi olabilir,

- B. Elemanter özelliklerin biraraya gelmesi ile, örneğin baş ağrısı, konuşma bozuklukları, duyu kusurları, epilepsi atağı olabilir,
- C. Sendromik durumlar,
- D. Somut bir veri değil de soyut veri/ veriler grubu arasından kurulacak bir veri olabilir (karmaşık semiyotik bir değerlendirme gerektirebilir),
- E. Karmaşık ve süreç tanımlayıcı bütünlükte, örneğin bir sanat eseri olabilir.
- F. Verinin nitelikleri:
- Etiyolojisi,
 - Süreç/ Patogenez, Etiyopatogenezi,
 - Lokalizasyon (= yerleşim),
 - Derecesi,
 - Zamansal özellikleri,
 - Seyir,
 - Sonuç,
 - Ve diğer özellikleri, ...
- G. Verilerin gereklilik – yeterlilik şartları, patognomonik olması, ...
- H. Verilerin hiyerarşisi:
- I. Duyarlılık (= *Sensitivity*)
- J. Özgüllük (= *Specificity*),
- K. Veri'nin var olması/ +'liği veya var olmaması/ –'liği durumunun işaret ettiği anlam,
- L. Eşlik eden rastlantısal ya da ilişkili durumlar,
- M. Verilerin birbirleriyle ilişkilendirilmesi ve kombinasyonları.

Tıpta klinik tanı, -ve bununla bağlantılı olarak tedavi planı- âdeta bir bulmaca çözmek, hafiyelik gibidir (hafiyelikte de geri çıkarım kullanılır, örneğin Arthur Conan Doyle'un Sherlock Holmes'ü; ilginç olabilir belki, Arthur Conan Doyle bir hekimdi). Felsefî olarak belki şu da söylenebilir: tıbbî tanının günümüzdeki semantik içeriğine kavuşması bilimsel bilginin belirli bir düzeye ulaşması, ontolojik anlayışın değişmesi ve felsefedeki pozitivizm (*Viyana Çevresi* odaklı düşünülebilir) ile olduğu, rasyonel düşünmenin edebiyata yansımalarının bir örneği olarak Sherlock Holmes, tıbbi yansımalarının da -bugünkü anlayışımızdaki- *tıbbî tanı*'nın olduğu düşünülebilir. Tıbbî

tanıda, (görünen, bize açık olan) ardıl pek çok farklı noktadan (= belirti ve bulgulardan/ verilerden) (bir bilgi donanımı – kavramsal donanım çerçevesinde) ve (nedensellik ilişkisi kurabildiğimiz) pek çok öncül noktaya (= öncüle, bize görülmez/ kapalı olan hastalık katmanlarına) bağlantıların – kesişmelerin önceden hesaplanmamış (= yalnızca o birey ve duruma/ an'a spesifik, biricik) bir biçimde gel-git'leriyle, yoklamalarıyla ve bir çok yolun bir ağ teşkil etmesi ve ilişkilendirilmesiyle, -sonuçta ardıllardan öncüllere- açıklayıcı kavramlara varılması hedeflenir; bu, *abdüksiyon*'dur. Ancak, süreç içinde dedüktif ve indüktif akıl yürütmeler de kullanılır; böylece, o duruma özgü gereksinim doğrultusunda bir sıralanma ve konumlanma içinde farklı akıl yürütme yolları kullanılarak kavramsal rasyonel bir açıklama yapılır.²⁹¹ Örneğin yine aynı durumu kullanırsak, baş ağrısı olan bir hastada, -öncelikle acil ve ciddi bir hastalığı teşhiste gecikmemek amacıyla- insidensi (ortaya çıkma – görülme sıklığı) düşük olsa da (ya da kavramsal durumu açıklama olasılığı düşük olsa da), -elbette hastanın diğer yakınmaları, genel durumu, nörolojik muayenesi, ...vb. özellikler dikkate alınarak- ilk olarak beyin kanamaları, beyinde kitleler (*kanama, tümör, apse* vd.) düşünülür. Bu durumda, diyelim ki beyin tümörü düşündük, izleyeceğimiz yol, beyin tümöründe hangi belirti, bulgu ve bize yardımcı olacak bir işaretin bulunacağını düşünüp bunları hastada aramak, zamansallık faktörünü de dikkate almak, beyin tümörü var ise hangi belirti ve bulguların/ *ne*'lerin olacağı çıkarımını/ kavramsal donanımını kullanmak olacaktır ki bu dedüktif bir akıl yürütme demektir. Sonrasında hastadan toplanacak belirti, bulgu ve her çeşit veri kapsamında durumun beyin tümörü olup olmadığı yönünde yeniden bir sorgulamaya, senteze gidilecektir ki, bu da indüktif bir akıl yürütme olacaktır (*abdüksiyon – dedüksiyon – indüksiyon – abdüksiyon, ... -*). Ve kuşkusuz, bu süreç içinde zamansallık değişkeni dikkate alınacak (= *temporal mantık*), ortaya çıkan durumların ikili mantık yanında çok-değerli mantık kurallarıyla işleyebileceği, arada değerler olabileceği (= *fuzzy logic, puslu mantık*), semiyotik gerçekliği kurarken kullandığımız verilerin bilimsel olması yönünde **kanıt** elde etmeye (= *epistemik mantık*), süreç içinde ortaya çıkacak sonuçların belli olasılıklar taşıdığı (= *probabilistik mantık*) ilkeleriyle tanı konacaktır. Yine de, bilinen bilgi ve

²⁹¹ Bozbuğa, M., “**Klinik Tanıda Geriçıkırım Kullanımı (Abduction as a Logical Method in Clinical Diagnosis)**,” *VI. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2016, ISBN: 978-605-66311-1-5, Kitap Bölümü, ss: 59-65.

ilkelerin dışına taşabilecek durumlar olabileceğini de dikkate alarak, belirli tutarsızlıkları da içine alan, her bir değişkenin farklı bağlamlarda içeriğinin ve etkileşiminin değişebileceği bir olasılığa/ tanıya yer açmak (= *paraconsistent* mantık) gerekecektir. Tıbbî tanı, ilk düşünülen olasılık olabileceği gibi, sözü edilen döngüyü farklı durumlar ya da ilâve/ daha spesifik tanımlar için her seferinde gözden geçirip geliştirerek defalarca kurmak da gerekebilir. Sonunda ilk düşünülen tanıdan bambaşka bir tanıya/ duruma da ulaşılabilir. Ayrıca, tıbbî tanıda söylenmesi gereken bir durum da, tanının ne ölçüde spesifik/ özgül (burada uç, iyice inceltilmiş tanı, rafine tanı anlamında) olması gerektiğidir. Bu durumda, hasta için optimal yarar – risk dengesinin sağlanması esas alınmalıdır. Bu düşünme biçimi, pratikte şöyle işler: diyelim ki çeşitli yakınmalarla gelen bir hastada, hekim hastayı ilk gördüğünde bile kabaca bir tanı koyar ama bunu kesinleştirmek, kanıtlamak gerekmektedir; bunun için bazı muayeneler, tetkikler yapar ve örneğin böbrek yetmezliği tanısını koyar, bu biraz daha inceltilmiş bir tanıdır ama yine de yeterli değildir; çünkü, böbrek yetmezliği oluşturabilecek onlarca – yüzlerce neden/ etyoloji vardır ve nedene göre yapılacak tedavi değişiklik gösterecektir, bu nedenle olası etyolojik ajanların peşine düşülür ve incelemelere devam edilir, ayrıca, böbrek yetmezliğinin derecesi, diğer sistemlerde oluşturduğu hasar(lar) ya da belki diğer sistem(ler)deki patolojilere bağlı olup olmadığı (genel tabloyu daha ayrıntılı tanımlama) anlaşılmaya çalışılır, bunun için de böbrek biyopsileri ve ya da çeşitli sofistike incelemeler yapılır ve sonuçta diyelim ki “*immünglobülin A nefropatisi*” gibi bir tanıya ulaşılır, böbrek yetmezliğinin derecesi çeşitli kriterlere göre kantitatif olarak değerlendirilir, örneğin protein kaçağı nicel olarak ölçülür ve bir derecelendirme yapılır, eşlik eden diğer patolojik durumlar da ortaya konur ve böylece hasta için ayrıntılı ve çok yönlü bir tanıya ulaşılmış olur. Ama bu tanıyı daha da daha da inceltmek/ uç noktaya götürmek olanaklıdır ancak bunları yaparken, yapılan işin hastaya ne kazandıracağı/ pratik yararı ve bilimsel açıklama yönü hep tartılarak/ dengelenerek doğru bir noktada durulmasıdır. Burada önemli olan hastanın tedavisini optimal şekilde düzenleyerek takibini yapabilmek olacaktır. İnsan organizması çok karmaşık ve çok yönlü ilişkisel bağlantılar gösterdiği ve bireysel

farklılıkların görülme ihtimali yüksek olduğundan, tanı süreci, genel ilke ve kuralları olsa da yine de her hastaya göre bazı değişiklikler yapmayı gerektirebilir.²⁹²

Hekimlikte, hastalıkları tanımlarken hiyerarşik bir yapı içinde birbirleriyle ilişkili etyolojik ve patogenetik özellikleri bilmek gereklidir; çünkü, tıbbî tanıda kullanılan “*geri çıkartım*”ı yapabilmek için gerekli kavramsal donanımın vazgeçilmez alanını, hastalıkları bu yapı/ paradigma içinde bilmek oluşturur, bunlar başlıca:

- Derin Etyoloji/ Kök Nedenler (*Neden 'dir?*)
- Hastanın yapısı (*anatomofizyoloji*)
- İlişkiler – bağlantılar
- Mekanizma(lar) (*Ne 'dir?*)
- Yüzeysel Etyoloji (*Ne 'dir?*)
- (Etyo)Patogenez/ Sürecin Tanımı ve Seyri (*Nasıl 'dır?*),
- Natür (*Ne 'dir?*)
- Hastalığın derecesi ve etkileri
- Zamansal özellikleri/ seyri
- Sistem-Organ-Lokalizasyon tutulumu (= *Lokalizasyonu*),
- Epidemiyolojisi (*İnsidens, Prevalans, ırk, cinsiyet, yaş, ...*),
- Hastalığın prognoz, sürvi, ...+ ... , özellikleri,
- Mortalite & Morbidite özellikleri olarak düşünülebilir.

Bu (ve daha fazlası) kavram ve bilgilerle konuya baktığımızda, çabuk ve doğru bir tanı için:

- Bilimsel bilgi (geniş-kapsamlı, çok yönlü ve derinliğine bir hastalık(lar) bilgisi – kavramsal donanım/ theoria) ve bunun mevcut paradigma içinde kullanımı – ifadesi ve gereklerinin yapılması,
- hastanın muayenesi ve olabildiğince belirti ve bulgu toplama (güncel ve arkeolojik kazı ve böylece özgül-rafine tanıya/ kök tanıya daha da yaklaşma),
- (her bir tanı derinleşmesi aşamasında yeni bulgu gereksinimi) veri toplama,
- verilerin kanıt değerini oluşturma,
- doğru akıl yürütme – mantık – analitik ve diyalektik düşünme,
- iyi – doğru iletişim, ilgi ve yoğunlaşma,

²⁹² Bozbuğa, M., “Klinik Tanıda Geriçıkartım Kullanımı (Abduction as a Logical Method in Clinical Diagnosis),” *VI. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2016, ISBN: 978-605-66311-1-5, Kitap Bölümü, ss: 59-65.

- iyi gözlem, maksimum veriyi toplamak ve değerlendirmek,
- teknolojik olanaklardan doğru yararlanma ve doğru kullanabilme,
- bellek – deneyim (yaşanmış – izlenmiş vak’a örnekleri, ...),
- ilişkilendirme, ayırt ettirici özellikler, kısa yollar geliştirebilme, ...
- hayal gücü, ..., aykırı/ farklı düşünebilme,
- içe doğma – sezgi (belki tüm diğer unsurların bir bileşimi ya da zihinsel bir süreç/ etkinlik olarak da düşünülebilir; bireyin zihinsel içeriğinde olan ama bilinç düzeyine aktarılmamış ve sistematik hâle getirilmemiş olduğu hâlde kullanılabilir bilgi diye düşünülebilir, belki “*tacit knowledge*” diye düşünülebilir, ...),
- Mantıksal ve bilimsel doğrulama,

üstte yazılan niteliklerin/ etkinliklerin birlikte ve iç içe, biraz da döngüsel olarak yeterli aşamaya değin kullanılması gerekmektedir.

Açıklamalı [Y1]: Not görünümü...

3.9.3.Tıpta Epistemik Mantığın Felsefi Analizi ve Temellendirilmesi

Epistemik mantık, tanım olarak dar anlamda, bilgi (= *episteme*)’nin mantığıdır; geniş anlamda epistemik mantık, bilginin yanı sıra *doxa*’ların –kanaatlerin, inanmanın, tahminlerin, olası durumların-, *doxa*’lardan *episteme*’ye ulaşmanın ve bilginin sağlanmasının mantığıdır.^{293, 294} Bu anlamda epistemik mantık, epistemoloji (ve ontoloji) ile yakın bir biçimde ilişkilidir, aralarında keskin sınırlar yoktur ve ancak bu alanlar birlikte irdelenerek epistemik mantık kurulabilir.

Tarihsel olarak baktığımızda epistemik mantık konusundaki çalışmaların Orta Çağa kadar geriye gittiğini ve bu konudaki düşüncelerin Pierre Abelardus (1079-1142) ve Ockhamlı William (1280/85-1347/50)’ın felsefi çalışmalarında bulunduğunu görmekteyiz. Yirminci yüzyılda ise epistemik mantık konusunun başlıca Rudolf

²⁹³ Grunberg, T., “Epistemik Mantık Üzerine Bir Araştırma,” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Yayın No: 20, 1971.

²⁹⁴ Sadegh-Zadeh, K., “Handbook of Analytic Philosophy of Medicine,” Second Edition, Springer, 2015.

Carnap (1891-1970), Georg Henrik von Wright (1916-2003) ve Jaakko Hintikka (1929-2015) tarafından çalışıldığını görüyoruz.²⁹⁵

Tıp, hem kuramsal hem de uygulamalı bir disiplindir. Bu yönüyle, hekimlik uygulamaları, bilim ve teknolojiyi esas almakla birlikte, kişisel mesleki deneyim, insan ve toplum bilimleri, uygulama becerileri, kişisel nitelikler vb. pek çok unsuru bünyesinde barındırır. Tıp tümüyle ayrı bir/ kendi başına/ *per se* bilim olmamakla birlikte bilimsel bir disiplindir, bilimlerden destek alır, bilimleri kendine uyarlayarak kullanır, bilimlilerarasıdır (bilimlerin kavşağında yer alır) ve ayrıca kendi alanında kendine özgü temel bilimler, örneğin insan anatomisi, insan fizyolojisi, insan patolojisi gibi ve klinik bilimleri kapsar ve (günümüzde ve giderek artarak) yoğun bir biçimde teknolojiyi kullanır. Pratikte ve kuramsal olarak da, tüm bu unsurlar birbirini etkiler ve tıbbî yapıyı – bilgiyi ve uygulamaları dönüştürür. Tıbbın tarihselliği içinde oluşmuş bilgi ve pratikler zaman içinde klinik olgusal veriler/ empirik gözlemler, bilimsel teori ve teknolojik veriler ve deneysel modellerin bilimsel – rasyonel bir çerçevede değerlendirilmesi ile sürekli test edilirler ve yenilenip genişlerler; böylece, her dönem için geçerli olan (biraz da kurgusal) sağlık ve hastalık kavramları ortaya çıkar ve buna yönelik tanı ve tedavi protokolleri, -belki geniş anlamda dönemin paradigması- uyarınca bir hekimlik anlayışı ve uygulaması güncellik kazanır, öne çıkar. Temel olarak, tıbbın yapısı gereği, hekimin, her aşamada (tanı, tedavi, takipte vb.) “klinik karar verme” durumu – zorunluluğu vardır; bu, özellikle cerrahi alanlarda hızlı ve kesin olmalıdır ve çoğu kez de yaşamsaldır. Peki, biz hekimler, kararlarımızı – eylemlerimizi neye dayandıracağız, nasıl temellendireceğiz? Bu pratik gerçeklik, tıpta – hekimlik uygulamalarında, bilimsel bilgi ile birlikte felsefe ve mantığın önemini açıkça ortaya koymaktadır.^{296, 297, 298, 299}

²⁹⁵ A.g.e.

²⁹⁶ Solomon, M., “**Making Medical Knowledge**,” Oxford University Press, Oxford, 2015.

²⁹⁷ Ashcroft, RE., “**Current epistemological problems in evidence based medicine**,” J Med Ethics 2004;30:131-135.

²⁹⁸ Jankowska, D., Milewska, A. J., Gorska, U., “**Application of Logic in Medicine**,” Studies in Logic, Grammar and Rhetoric 21(34):7-24, 2010.

²⁹⁹ Bozbuğa, M., “**Tıp Alanında Epistemik Mantık (Epistemic Logic in Medicine)**,” *VIII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2018, ISBN 978-605-66311-4-6 (eKitap), Kitap Bölümü, ss: 69-78.

Hekimliğin bileşenlerine baktığımızda temel olarak, pozitif (doğa) bilimleri ve teknoloji, insan ve toplum bilimleri, estetik – praksis – poiesis - techne, felsefe ve bilgelik, tıbbın kültürel ve tarihi yönü öncelikli unsurlar olarak gelir. Hekimlikte, (çok katmanlı, çok yönlü, biyopsikososyotinsel, kültürel ve tarihi bir varlık olan ve) -ancak belirli yönleriyle bilime açık olabilen, nicellenebilen- insan üzerinde çalışıyorsunuz. Bu demektir ki, her şeyi bilimsel olarak ortaya koyamıyorsunuz (bazen hastada ortaya çıkan klinik durumu bilimsel olarak açıklayamıyoruz hatta bir çok hastalığın adında bile bu “bilinmezlik” durumu yer alır, örneğin idiopatik trombositopenik purpura, esansiyel hipertansiyon gibi) ya da nicel olarak ifade edemiyorsunuz, ölçüp biçemiyorsunuz; dolayısıyla, hep bir bilinmez, -öznelliği içeren, her bireyde kendine özgü ve tam olarak nüfuz edilemez- alan karşınızda duruyor. Ama yine de, hekim olarak hastaya yönelik -bir şey(ler) yapma ya da yapmama, nasıl yapılacağı şeklinde- bir “klinik karar verme” durumundasınızdır. Bilimsel bilgi ve teknoloji esas dayanağımız olsa da, hekimlik uygulamaları için başka araçlara/ donanıma da gereksinimimiz olmaktadır ya da işin doğası bunu gerektirmektedir. Bu noktada söz edilmesi gereken özellik, hekimin tıbbi/ mesleki ve tüm kültürel dünyası ve zihinsel dünyasına ait (entelektüel, emosyonel, rasyonel) birikim ve potansiyelinin ürünü “*kişisel deneyim*” olmaktadır. Hekimlikte bazen yaygın olarak kabul gören/ standart hâle geçmiş, ancak kuramsal arka planı henüz tam olarak açıklanamamış uygulamalar (çünkü, tıpta bazı uygulamaların yararlı sonuçları biliniyordur ama bilimsel açıklaması henüz tam olarak yapılamamıştır) kullanılabilir. Denebilir ki, her hekimin mesleki uygulamasıyla zaman içinde geliştirdiği (pek çok unsuru kapsayan) bir yöntemi oluşmaktadır (“*sens clinique*”/ klinik sezgi denebilir?). Kuşkusuz, bu yöntemlerin analitik olarak incelenip ortaya konması ve tanımlanması, sınırlarının – yarar ve belki olası zararlarının belirlenmesi gerekmektedir. Burada ise, epistemik mantık, tıbbi epistemoloji ve ontoloji çalışmanın zorunluluğu vardır. Günümüz tıbbında uygulama metodolojisi bakımından belirli tarzlar vardır, örneğin “kanıta dayalı tıp” [= *evidence-based medicine (EBM)*] en yaygın kabul gören ve uygulanan yaklaşımdır. EBM’de nesnel veriler ve bilimsel kurallar uyarınca eylemlerimize karar

verilir. Ancak, EBM tıbbî uygulamaların tümünü kuşatıp açıklayabilme gücüne sahip görünmemektedir.^{300, 301}

Tıbbın (ya da bireylerin/ toplumların sağlık ve hastalıkları ile ilişkin) üzerinde durulması gereken önemli bir yanı da, sağlık ve hastalığın, yalnızca hekim – hasta ilişkisi ile sınırlı bir durum olmamasıdır; yaşamın içinde yer alan hemen her şey, etken, süreç insanın sağlık ve hastalığını etkiler ve insanın sağlık ve hastalığından etkilenir. Bu bakımdan, -bilimsel bilgi ve teknolojinin yeri kesinlikle belirleyici en önemli unsur olmak kaydıyla- tıbbın dinamiklerini ve sağlık ve hastalığı yalnızca bilimsel bilgi ve teknolojiye de indirgeyemeyiz. Tıbbın, yaşamın tüm noktaları ile karşılıklı iletişim – etkileşimini ve insanın çok yönlü ve çok katmanlı yapısını dikkate alarak, sağlık politikalarında ve hekimlik uygulamalarında tıbbî, sosyal, politik-ekonomik çok yönlü bir yaklaşım ve düzenleme uygun görünmektedir. Ve tıptaki uygulamalar kesinlikle denetimsiz bırakılacak kadar basit ve masum değildirler; dolayısıyla, toplumsal yaşamda hukukun anlamı ve gerekliliği burada da yaşamsal önem arz etmektedir. Her dönemde – her paradigmada, hekimlik uygulamaları (ne yazık ki bazen maksatlı olarak da) yanlış, kötü, çirkin yönde kullanılabilir, örneğin Hollandalı Rönesans ressamı Hieronymous Bosch (1450-1516)’un “Aptallığın Tedavisi/ Delilik Taşının Çıkartılması - *The Cure of Folly/ The Extraction of the Stone of Madness*” adlı yağlı boya resminde alegorik olarak hicvettiği gibi! Bu anlamda, tıptaki uygulamalarda öncelikli olarak “**bilgi/ episteme**”nin esas alınması kaçınılmazdır.

Tıpta karar verme ve eylemlerimizde yönlendirici olarak, “**bilme**” durumunu sağlayan “**bilgi**” (= *episteme*)’dir. Ancak, epistemik mantık, bilgi (= *episteme*) ile birlikte, geniş anlamda kanı (= *doxa*) durumlarını da içerir. Hekimlik uygulamalarında, diyelim ki bir olguda, bir süreçte, ilk bakışta “*bilme*” durumuna ulaşamayabilinir ve bu aşamada çeşitli işleyişler devreye girer, örneğin *ikna olma*’ya götüren *kanaat*’ler, *inanma*’ya götüren *inanç*’lar, *tahmin etme* durumunu sağlayan *tahmin*’ler ya da *olası*

³⁰⁰ Ashcroft, RE., “Current epistemological problems in evidence based medicine,” J Med Ethics 2004;30:131-135.

³⁰¹ Sadegh-Zadeh, K., “Medical Logic,” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

durumları düşünme'ye götüren *olasılık*'lar gibi çeşitli doksastik durumlar ile başlayan inceleme – değerlendirme sürecinde bir nesnel **kanıtın** -çağın anlayışına uygun tıp uygulamasında bilimsel bilgiyi onaylayan bir verinin- ortaya konmasıyla **bilme** durumuna geçilebilir. Teo Grunberg, bir olguda/ süreçte *bilme*'nin “belge” ile sağlanabileceğini belirtmektedir³⁰²; tıpta ise belge, nesnel ve bilimsel geçerliliği olan bir *veri*'ye tekabül etmektedir (klinik ve ya da laboratuvar bulgusu). Hekimlik uygulamalarına genel olarak baktığımızda, sürekli bir karar verme durumunu görürüz; örneğin, hasta bazı yakınmalarla gelir ve sizin öncelikle durumu çözmeniz, tanı koymanız gerekmektedir. Hekim, açık olmayan bir neden (/ *hastalık*)'in hastadaki (açık ya da örtük) etkilerini (*belirti ve ya da bulgularını*) görmektedir, bunları değerlendirerek *neden*'i anlamaya çalışır (hekim burada geri çıkarım/ abdükatif mantığı kullanır) ama bu süreç/ tanı koyma, son derece karmaşık bir analiz ve ilişkilendirmeler ağıdır ve bu ağ/ tanı koyma süreci aynı zamanda dedüktif ve indüktif, temporal mantık vd. ile de örülüdür. Sonuçta, hekim, rasyonel bir tasarım ile tanıya ya da ön tanıya ulaşır ve buna uygun kararlar verir, örneğin tetkikler ister, tedavi kararları verebilir, cerrahi uygulayabilir, cerrahinin kendi içinde/ cerrahi uygulama sırasında da veriler – kararlar – etkiler – yeniden değerlendirmeler gibi zincirleme aşamaları vardır ve hekim sürekli kararlar vermek ve uygulamak durumundadır. Cerrahi sonrasında yine süreç işler, hastanın takip döneminde yine hep semiyotik ya da incelemeye ait veriler vardır ve bu aşamalarda hekim hep verdiği kararların sonuçlarını izler ve bunlar da birer *veri*'dir ve böylece veriler – kararlar – etkiler – sonuçlar – yeni veri'ler şeklinde süreç ilerler ve böylece tıpta uygulamalar ve bu uygulamaların etkileri birbirine sarılı ve sıralı olarak ve etkileşerek, bir ardı sıra süreç(ler) biçiminde ilerlemektedir ve yeni veri'ler, yeni karar ve uygulamalar hep birbirine bağlanır, birbirini izler. Süreç, sürekli olarak ilerleyerek ve sorgulanarak epistemik kinematikler ortaya çıkar; kararların doğru olabilmesi için hep *epistemik bir dayanak*, açıklama peşinde koşulur. Sürece doksastik durumlar ile başlansa bile güvenilir epistemik yapı oluşturulmaya çalışılır.³⁰³ Ama ne yazık ki ya da ne mutlu ki, hekimlikte, -insanın hiçbir şekilde tümüyle bilimsel

³⁰² Grunberg, T., “Epistemik Mantık Üzerine Bir Araştırma,” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Yayın No: 20, 1971.

³⁰³ Sadegh-Zadeh, K., “Medical Logic,” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

olarak çözülememesinden, bilinmemesinden, insanın doğadaki sonsuz karmaşasından, etkileşiminden kaynaklanan- mutlak bir öngörüde bulunabilmenin olanaksızlığı nedeniyle ancak belirli bir olasılık durumu ile açıklama – çözümleme yapılabilir. Ancak değişmeyen ilke gereğince, hekimlik uygulamasında karar ve eylemlerde daima en rasyonel, güvenli, bilimsel yol izlenir; buna bağlı olarak, tıpta mantık uygulamaları olarak klasik ve klasik-olmayan mantık/ düşünme biçimlerinin tümü kullanılır.³⁰⁴

Tıpta epistemik mantık sürecini örneklemek gerekirse, epistemik tutum olarak:

- A kişisi biliyor ki kendisinde baş ağrısı ve kusma vardır,
- A'nın eşi ikna olmuş ki A hamiledir,
- A'nın arkadaşı tahmin ediyor ki A'da migren vardır,
- Dr. X inanıyor ki A'da beyin kanaması vardır,
- Vd.

Dr. X, A kişisini muayene eder ve tetkikler ister; sonuçta, Beyin Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'de beyin tümörü saptanır. Bu aşamada, bilimsel olarak geçerli kanıt olan MRG verileri ile epistemik kinematikler değişmiştir; örneğin, artık Dr. X bilmektedir ki –(inanmak ya da tahmin etmek değil artık)- A'da, ilk düşündüğü tanı olan beyin kanaması değil, beyin tümörü vardır; ve bilimsel olarak geçerli bir tanıya ulaşılmıştır; yâni, bir “*inanma/ olasılık/ tahmin/ vb.*” durumu aşılarak bir “*bilme*” durumuna varılmıştır. Fakat olaylar bu noktada bitmez ve olgular hep süregitmektedir; bu aşamada da, diyelim ki “tümörün olası tipi/ histopatolojisi”, “optimal tedavi planı”, “olası seyir ve prognoz” gibi sayısız ve ardı sıra sorular, sorunlar, verilmesi gereken kararlar ve yapılacak eylemler sırada beklemektedir ve hep bir sonraki aşamada yeni sorular – sorunlar ve alınması gereken kararlar vardır.

Epistemik kinematikler (= bulgu) ile, inanma/ tahmin/ olasılıklar vb. doksastik durumlardan bulgu/ belge/ kanıt/ ile epistemik duruma/ *bilme*'ye geçilir ya da

³⁰⁴ Bozbuğa, M., “**Tıp Alanında Epistemik Mantık (Epistemic Logic in Medicine).**” *VIII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2018, ISBN 978-605-66311-4-6 (eKitap), Kitap Bölümü, ss: 69-78.

geçilmesi hedeflenir ve hekimlik uygulamalarının seyri boyunca bilgi tekrar tekrar sınanır, değişebilir, dönüşebilir, geçerliliğini yitirebilir, genişleyebilir. Karl Popper'ın ifade ettiği gibi:³⁰⁵

“Bilim, bataklıkta kazıklar üzerine dikilmiş bir yapıya benzer; bu kazıklar hiçbir zaman var olan doğal ve sağlam bir tabana dayanmaz. Zaman zaman kazıkların sağlam bir temele dayandığı düşünülebilir; ama bu bir yanılgı olacaktır; çünkü, kazıklar yalnızca geçici bir süre için kendilerine sağlam bir dayanak bulmuşlardır. Bir süre sonra sağlam sanılan temel yine zayıflayabilir. Bu nedenle de kazıkların hep daha derine çakılması vazgeçilmez olmalıdır. ... bilim insanı ulaştığı bilgiyi yalnızca geçici bir süre için güvenilir bilgi olarak kabul eden, bununla da yetinmeyip hep daha fazlasını arayan insandır. Bu da ancak bilginin “mutlak” olmadığı görüşüyle bağdaşmaktadır. Mutlak olmayan bilgi, doğru olmayan bilgidir, yanlışlanabilir bilgidir; evrenin herhangi bir yerinde “siyah tek bir kuğunun” var olabileceği kuşkusunun taşınmasıdır.”

Kaldı ki tıp, bilimseldir ama bilimin kapsamının da dışında unsurlar içermektedir. Yani, -sadece bilim ile sınırlı olmayan- hekimlik uygulamalarının üstelik “bilim ve teknoloji” ayağında da hep bir değişim vardır ve bu durum, bilimselliğin korunabilmesi ve sürekli gelişebilmesi için *epistemik mantık* sorgulamasını da zorunlu kılmaktadır. Peki, hekimlikte doksastik durumlardan epistemik duruma geçebilmek için, bizim belge/ veri/ bulgularımız nelerdir ve biz bunları nasıl elde ediyoruz? Bunlar son derece çeşitlidir ve her bir en alt başlık bile kendi içinde çok zengindir; kısaca, ana başlıklar hâlinde sistematik olarak belirtmek gerekirse (bu konu “Tıbbî Epistemoloji” bölümünde “bilginin güvenilirliği” konusunda işlenmiş ve kaynaklarına göre bilginin güvenilirliği derecelendirilip belirtilmiştir):

1. Anamnez, muayene verileri [çeşitli göstergeler; belirti (*sempptom*) ve bulgular (*sign*)]
2. Tetkikler/ İncelemeler/ vd.:

³⁰⁵ Popper, Karl R., “**Bilimsel Araştırmanın Mantığı**,” Çeviren: İlknur Aka, İbrahim Turan, Sekizinci Baskı, s.18, Yapı Kredi Yayınları, 2018.

- Laboratuvar değerleri, ölçümler,
- Görüntülemeler,
- Doku incelemeleri (histopatoloji, biyomoleküler incelemeler vd.),
- Nükleer tetkikler,
- Gerçek-zamanlı/ İşlem sırasında doğrudan (= Cerrahi),
- Vd.

3. Araştırmalar – Literatür – Empirik veriler, ... başlıca bulgu/ belge/ kanıt'lardır.

Klinikten ve incelemelerden gelen eldeki bu veriler kullanılarak (bilimsel) karar verme (tanı, tedavi vd. aşamalarda), hastadan hastaya ve durumdan duruma soru/ sorunlar çok farklı olduğu için, bazı hastalarda çok kolay, bazı hastalarda çok zor ve belki (tam bir spesifik tanıya ulaşmak) imkânsız olabilir. Ama yine de, hastaya yardımcı olabilmek için bir şey yapmak, karar vermek zorundasınızdır. Bu aşamada, tıbbın birkaç farklı yöntemini/ hekimlik uygulaması modelini epistemik mantık yönünden ele alırsak:

1. Bilimsel bilgi – teknoloji ve kanıtlanmış kurallara dayanan “*Kanıt Dayalı Tıp* [= Evidence-Based Medicine (EBM)]” bilgiye dayanır, nesneldir, kurallar/ kurallar silsilesi ile işler (= temellendirilmiştir), kesinliği/ güvenilirliği yüksektir, denetlenebilir, bilgi üretir; ancak bu metodolojide genel yargılar her olguya uygun düşmeyebilir, hekimin deneyim ve duyarlılığı, hastaya özel çerçeveler ihmal edilmektedir. Ayrıca, oluşan bilginin metodolojisinde; i. Kanıt ve çıkarım kuramı, ii. Nedensellik ve bağlantı, iii. klinik yargı ve bilgi kuramı, iv. Tıbbi bilginin yapısı, v. Klinik etkinliğin doğası gibi unsurlar özellikle irdelenmeli ve bilim felsefesince olası sorunlar gözden geçirilmelidir.³⁰⁶
2. Hekimin deneyimlerine – görüşlerine dayanan “*art of medicine*” özneldir, kişisel yargılara dayanır/ kişiseldir, bilimsel olarak tam açıklanamayan ama pek çok zihinsel bileşeni içeren bir bilgi/ karar verme süreci ile işler (*tacit knowledge*'a

³⁰⁶ Ashcroft, RE., “Current epistemological problems in evidence based medicine,” J Med Ethics 2004;30:131-135.

yakın görünüyor), kanıtlanabilirliği ve denetlenebilirliği zayıftır ve istismara açık olabilir!³⁰⁷

3. Bilimsel Araştırmalar ile elde edilen bilgilerin, belirli bir şemaya uygun olarak klinik uygulamalara aktarılması ile “*Translasyonel Tıp*” denilen bir alan tanımlanmaktadır ki, günümüzde, -bilimsel bilgi ve teknolojinin hızlı gelişimine koşut olarak- bu giderek ivme kazanmaktadır.³⁰⁸

Burada açıktır ki, hastadaki sorunun çok yönlü ve kapsamlı olarak ele alınması, eldeki tüm araçların kullanılması ile “*gerçekliğin olabildiğince doğru kurulması*” önemlidir ve bunda da belki her üç bilgi türünün/ yöntemin (*1 + 2 + 3 bilgi + kanaatler, tahminler, inanma, olasılıklar vb.*) yerinde ve uygun bir biçimde kullanılması gerekmektedir. Klinik karar verme ve uygulamada, olanaklı tüm kalitatif – kantitatif, objektif – sübjektif, bilimsel bilgi – teknoloji – deneyim verileri doğru bir yöntemle ve doğru sınırlar içinde değerlendirilmelidir. Hekimlik praksisinde nesnellik – öznellik ayrımı ve niteliksel tanımı son derece önemlidir ve hekimlikte tanı ve tedavi etkinliğini belirleyicidir.

Hekimlikte gözlemsel verilerin yorumlanması bilimsel kuramlar ile olmaktadır; ancak, bu süreç bilgi ile başlayabileceği gibi doksastik bir yapıya da dayanabilmektedir. Epistemik mantık, gözlemlerin epistemik inançlarımız temeli üzerine inşa edildiğini söylemektedir. Bu durum, bir hekimin tanı ve tedavi süreçlerini tam bir nesnellik çerçevesinde değil, deneyim-kanaat-inanç-tahmin gibi etkenleri de devreye sokarak yapması anlamına gelmektedir. Ayrıca, tıbbi epistemolojinin düalistik yapısı nedeniyle bilimsel bilginin yanında hastaya ait değerler, tercihler, hastanın kişisel hikâyesi, hayatı içinde hastalığı ile kurduğu ilişki gibi pek çok faktör de tıbbi kararı belirleyici olmaktadır. Epistemik mantık, tanı ve tedavi sürecinin analiz edilmesinde, saptanmasında, tanımlanmasında ve uygulanmasında dikkate

³⁰⁷ Bozbuğa, M., “*Tıp Alanında Epistemik Mantık (Epistemic Logic in Medicine)*,” *VIII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2018, ISBN 978-605-66311-4-6 (eKitap), Kitap Bölümü, ss: 69-78.

³⁰⁸ Solomon, M., “*Making Medical Knowledge*,” Oxford University Press, Oxford, 2015.

alınmalıdır. Bu durum esasen sadece hekimlerin değil, günlük yaşam içinde de kullanılan bir yöntem durumundadır. Hekim nesnel olmayı ne kadar istese de bunu tümüyle gerçekleştirebilmesi güçtür. Epistemik mantık, bu sınırın nerde başladığını nerede bittiğini anlamamıza ve denetlememize yardım etmektedir.^{309, 310}

3.9.4. Tıp Alanında Temporal Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi

Tıpta belirti ve bulgular, hastalıkların gelişimleri – tanıları, tedavileri, iyileşme ve takipleri, zamanın belirli bir noktasında gözlenmesine/ ortaya çıkmasına karşın, esasen bir sürecin noktalarıdır ve farklı uzunluklarda zaman dilimlerini gerektirirler. Tıpta bilgi-temelli sistemler içinde tüm tanımlar ve anlatımlar mutlaka zaman kipi ile birlikte – zamanın belirli bir noktasını ya da zaman aralığını belirtir tarzda olmalıdır. Günümüzde, yapay zekâ uygulamaları içinde “*tıp alanında temporal mantık*” çalışmaları da yapılmaktadır ve bunun için gerekli kavramlar oluşturulmaktadır. Bu çalışmalarda tıbbın yapısının ve pratiğinin temporal mantık üzerinden analiz edilmesi ve kavramsallaştırılması; felsefî – mantıksal çözümlemesinin yapılması; mühendislik alanında da, bilgi-temelli temporal soyutlama yöntemi ve epistemolojisinde ve ontolojisinde temporaliteyi içeren bir klinik veri-ağırlıklı sistem/ çerçeve ve modelin oluşturulması gerekmektedir.

Temporal/ Zamansal mantık, önermelerin zaman değişkenini de içerecek şekilde ifade edilmesine dayanan kurallar bütünüdür ve bu mantık kipinde önermeler zamanın dilsel – gramatik kurucu unsuru olan “*zamansallık*” ilişkileri içinde belirtilir; bu ifade, zaman içinde, -geçmişte, şu anda ya da gelecek zamanda- bir noktaya ya da bir zaman dilimine, tekrarlayan zaman noktaları ya da dilimlerine işaret edebilir ve buna göre mantıksal ve zamansal işlemciler/ işlemler (= *operatörler*) kullanılır.³¹¹

³⁰⁹ Wilson, Hamish J., “The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm?,” Family Practice, Oxford University Press 2000, Vol. 17, No 2, 203-209.

³¹⁰ Cunningham, Thomas V., “Objectivity, Scientificity, and the Dualist Epistemology of Medicine,” Philosophy and Theory of the Life Sciences 7, 2015, 1-17.

³¹¹ Copeland, B.J., (Ed.), “Logic and Reality: Essays on the Legacy Of Arthur Prior,” Oxford: Clarendon Press, 1996

Temporal mantık, Latince “*zaman*” anlamındaki “*tempus*” sözcüğünden gelmektedir ve ilk olarak 1950’lerde Arthur Norman Prior (1914–1969, *Yeni Zelandalı mantıkçı ve filozof*) tarafından geliştirilmiştir; ancak, terminolojik bakımdan başlangıçta “*tense logic*” olarak adlandırılmıştır.^{312, 313} Temporal mantık (başlangıçtaki ifadesiyle “*tense logic*”) günümüzde geniş kullanım alanı içinde zamana bağımlı verinin işlenmesinde ve bilişimde veri tabanı yönetimi, program doğrulanması ve yapay zekâda sağduyu temellendirmesi gibi pek çok uygulamada da kullanılmaktadır.

Yaşamda önerme ve çıkarımlarda hemen daima zamansal ilişkileri dikkate almak zorundayız. En temel – basit durumlarda bile hemen her ifademiz –*açık ya da örtük biçimde*– temporaliteyi içerir; örneğin, ... *yaptım, yaparım, hep yaparım, ara sıra yaparım, yapıyorum, yapacağım, artık yapmayacağım gibi çoklu olaylar ve aralarındaki zamansal ilişkiler vb.* olgusal dünyamızda ve kurgusal kuramsal yapı içinde daima mevcuttur. Gerçek dünya sadece statik – değişmez tanımlamaları değil, aynı zamanda zaman değişkenini zorunlu olarak barındıran dinamik süreçleri de kapsar: örneklemek gerekirse, doğruluğu zamansal bir bakış gerektirmeyen evrensel – değişmez durumlar (doğa yasaları, örneğin çekim yasası, ... ya da *insan ölümlüdür* önermesi gibi, ... ya da matematik doğruluklar) ile birlikte doğruluk yanlışlık değeri zamana bağlı olan durumlar vardır [olgusal dünyadaki fenomenler, süreçler, ... *örneğin şu anda çok mutluyum* (ama belki kötü bir durumla karşılaşacağım ve bir saat sonra üzgün olabilirim), hava yağışlı (ama bir süre sonra yağmur dinecek), salon şu anda çok kalabalık (konuşma bitince salon boşalacak), bir haftadır hava çok sıcak seyrediyor (ama meteorolojinin bildirdiğine göre soğuk hava dalgası geliyor), dün başım çok ağrıdı (ama şu anda başım ağrıyıyor), akşama kadar çalışmak zorundayım (ama yarın tatil yapacağım) gibi]. Zamanı ortaya çıkaran aslında değişimdir: yâni hareket, değişim, olgular silsilesi, süreçler, bağlantılar, etkileşimlerdir. Bu nedenle, yaşama dair söz ettiğimiz her şey –açık ya da örtük olarak– zamansallık kavramını gerektirir ya da zaten içinde barındırır.

³¹² A.g.e.

³¹³ Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic**,” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

Tıpta, -sağlık, hastalık, hastalıkların neden(ler)i ve ortaya çıkışı, tanısı, tedavisi, tıbbî uygulamalar ve tedaviler, tedaviye alınan yanıt, komplikasyonlar, hastalığın seyri, hastanın prognozu vb.- tüm olgular nadiren tek bir zaman noktasına sınırlıdır, -ki bu da, yine bir zamansallığa işaret eder-; genellikle, tıpta sağlık ve hastalık olgusu belirli zaman aralıklarını ve farklı zaman uzunluklarını gerektiren süreçler biçimindedir. Bireyde sağlık ve hastalığın oluş, ortaya çıkış, tanı ve tedavisine göre ya da tıbbin uygulamalarına göre düşünüldüğünde/ ele alındığında, hep bir zaman ifadesini kullanmak zorunluluğu vardır. Temel olarak bir doğa varlığı olan insana ait sağlık – hastalık durumu da, değişmez doğa yasaları geçerli olmakla birlikte- zaman ile değişkenlik gösteren, zaman ile anlam kazanan bir diyalektik özellik gösterir.

İnsan organizması, -*endogene* ve *exogene* pek çok/ sayısız faktörle etkileşerek her an'a özel bir sağlıklılık durumunu (ya da sağlık ve hastalık bileşkesini/ dengesini) ortaya çıkartır/ tezahür ettirir. Burada, semiyolojik olarak, bir yanda -sanki saklı/ görünmez olan- hastalık süreci vardır, diğer yanda da bu hastalığın görünen – dışa vurulan birçok belirtisi (= *sempptom*'u) ve bulgusu (= *sign*'i) olabilir ve bunların kavranmasıyla semiyoloji – gösterge(ler) elde edilir (bazen hastalık belirti ve bulgu vermeyebilir ya da en azından çoğu hastalığın başlangıç dönemi belirti ve bulgusuz/ asemptomatik olabilir; yâni, hastalık dışsal bakımdan görünmez bir biçimde de bulunabilir; bu durumda, hekim görünmez olanda düşünmesi ve bir değerlendirme yapması gerekmektedir). Hastalığın (ya da sağlığın) görünen yüzünde, belirti ve bulguların, rasyonel – bilimsel bir dizge içinde saptanması – gösterge hâline gelmesi, analizi, bağlam içinde ilişkilendirilmesi, ... (ve insanın tam olarak yakalanamayan/ ele geçirilemeyen öznel alanına ait özelliklerin ve yaşantıların da dikkate alınarak) yorumlanması ile hastalığın o görülemeyen yüzüne (Susan Sontag, hastalığı “*hastalık, hayatın gece karanlığıdır, doğal bir fenomendir*” diye ifade ediyor) ait bir şeyler söyleyebilme olanağımız ortaya çıkar. Ve işte tüm bu anlayabilme/ kavrayabilme düşüncesi içinde hep gözetilen faktör “*zamansallık*”tır; çünkü, elimizde olan tüm diğer değişkenler “*zamansallık*” faktörü ile anlam kazanırlar. Hastalığın göstergelerini değerlendirdiğimizde: 1. Geçmişte ne olduğuna dair bir düşünce elde ederiz (= *anamnestik* veri – tıp pratiğinde hastadan hastalığının öyküsünü almaya *anamnez* denir), 2. Şu anda ne olduğuna dair bir düşünce elde ederiz (= *tamusal/ diyagnostik* veri)

ve 3. Gelecekte ne olabileceğine dair bir görüş/ öngörü (= *prognostik* veri) elde edebiliriz. Böylece, esasen hekim, hastasını değerlendirip karar verirken hep geçmiş – şu an – gelecek olmak üzere bir “*zamansallık*” faktörünü kullanmaktadır; tüm önergeleri ve çıkarımları bu bağlamda yapmaktadır; örneklemek gerekirse:³¹⁴

- ✓ **Hastalığın belirti (= *sempptom*) ve bulgu (= *sign*)’larına göre**, örneğin son bir haftadır sarılığın olması, iki gün önceden başlayarak bilincinin giderek yavaş yavaş kapanması, şabah kalktığında sağ kol ve bacağına hareket ettirememesi ve konuşamaması, hastada son bir aydır tedricen ilerleme gösteren yürüme bozukluğu, baş ağrısı, kusmaların olması, görme kaybı, hastanın çocukluğundan bu yana zaman zaman – düzensiz aralarla vücudunda aniden kasılma ve istemsiz hareketlerin olması, bilinç yitimi gibi ifadeler hep zamansallığı içerir ve bu zamansallık hekimi tanı ve tedavi yönünden yönlendirici olmaktadır.
- ✓ **Tanı koymada**, belirti – bulgu ve verilerin (= göstergelerin) değerlendirilmesinde hekimin hep zamansal ilişkileri dikkate almak zorunluluğu vardır; çünkü, bilimsel bilgilerin ve deneyimin kullanılması ancak zamansallığın da belirleyici unsur olduğu bir çerçevenin kurulması ve bu çerçevede düşünülmesi ile sağlanabilir ve bu koşulda tanı koymak olanaklı hâle gelir. Örneğin, baş ağrısının zaman içindeki seyri, süresi, ... ayırıcı tanıda son derece önemlidir; fokal nörolojik defisitlerin, örneğin sağ hemipleji (= *sağ kol ve bacağın felci*) ve afazi (= *konusma bozukluğu, konuşamama*) aniden/ akut (= çok kısa bir zaman dilimi içinde) ortaya çıkmışsa –ya da başka bir fokal nörolojik defisit olarak yürüme ve denge bozukluğunun ortaya çıkışı akut ise- akla gelecek tanımlar ile yavaş seyirli – kronik - tedricî ortaya çıkışı durumunda düşünülecek tanımlar farklı olacaktır. Bir hastada çocukluktan beri süregelen epilepsi ile yaşamın ileri döneminde, örneğin beşinci dekatta (/ kırklı yaşlarda) başlayan epilepsi farklı tanımları ve farklı ayırıcı tanımları akla getirecektir. Yenidoğan bir bebekteki sarılık ile erişkin bir hastada ortaya çıkan sarılık hekimi çok farklı tanımlara – tetkiklere ve uygulamalara yönlendirecektir.

³¹⁴ Bozbuğa, M., “**Tıp Alanında Temporal Mantık** (Temporal Logic in Medicine).” *IX. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2019, ISBN 978-605-80953-1-1 (eKitap), Kitap Bölümü, ss:109-123.

- ✓ **Tedavi planlaması, takip, prognoz gibi klinik durumların çözümlemesinde,** verilen tedavinin ne kadar süreyle yapılması gerektiği ya da cerrahi bir girişim gerekliyse nasıl bir zamanlama ile, -örneğin acil, yarı-acil ya da elektif şartlarda- yapılması gibi ya da hastanın tedaviye zaman içinde nasıl bir yanıt verdiği, zamansallık yönünden ele alındığında nasıl bir seyir – prognoz beklendiği vb. durumların hepsinde zamansallığı dikkate almadan düşünmek imkânsızdır. Zaman değişkeni, tıbbî uygulamalarda hem tanıda hem verilen kararları (süreç içinde) denetlemede hem de ileriye yönelik planlamada – karar vermede dikkate alınması gereken bir unsurdur.

Özetle, temel olarak her türlü tıbbî değerlendirmede, tıbbî bilimsel tanım ve açıklamalarda, tıbbî öngöründe, karar almada, hastayı izlemede -hastalığın seyrinde - olmuş olan olaylarda, şu anki durumda ve olması beklenen/ öngörülen olaylarda- ve tüm bu empirik verilerin kayda alınmasıyla tıbbî bilginin/ epistemolojinin oluşmasında temporalite gereklidir ve bunun da kurucu unsuru dilsel-gramatik bir yapay/ formel dildir.

Tıp alanında temporal mantık ve temellendirme çalışmalarında, teknik olarak, üç ana unsurun bir araya geldiğini görmekteyiz:^{315, 316, 317}

1. Tıp alanı (/ Tıbbın yapısı: ontoloji, epistemoloji ve mantıksal çözümlemesi ve hekimlik uygulamaları),
2. Mantıksal – felsefî alan,
3. Bilişim – mühendislik tarafı (veri-işleme mühendisliği).

Bu üç ana unsorda gerekli yapılanmayı ele aldığımızda:

³¹⁵ Atlassnig, KP., Combi, C., Das, A.K., et al., “**Temporal representation and reasoning in medicine: Research directions and challenges,**” *Artificial Intelligence in Medicine* (2006) 38, pp.101-113.

³¹⁶ Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic,**” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

³¹⁷ Zhou, L., Hripesak, G., “**Temporal reasoning with medical data – A review with emphasis on medical natural language processing,**” *Journal of Biomedical Informatics* 40 (2007) 183-202.

1. **Tıp alanında temporal mantık ve temellendirme** için tıbbî bilimsel bilginin, zamansallığı odaklayan tarzda, çok değişkenli – karmaşık ilişki ağı gösteren bir yapının ve süreçlerin dilsel-gramatik ifadeyle ele alınması - sistematize edilmesi, düzenlenmesi, kavramsallaştırılması ve modellenmesi gerekmektedir. Modelleme aşamasında ise bilgi-yoğun yapının veri-yoğun uygulamalara dönüştürülerek, veri-tabanı oluşturmaya uygun bir çerçeve oluşturulması hedeflenmektedir. Tıbbî ontoloji ve epistemolojinin özellikleri ve ayrıcalıklı durumu düşünüldüğünde, söz konusu modellemeyi yapmada bazı güçlüklerin olduğu görülecektir, bunlar başlıca aşağıdaki özellikler çerçevesinde ele alınabilir:

a. Tıbbî süreçlerde ortaya çıkacak durumlar/ sonuçlar zorunlu değil, olumsaldır;^{318, 319} her bireyde hastalık etkenleri, bireyin organizması (ve çevresel vd. faktörler) ile etkileşerek farklı sonuçlar geliştirir, örneğin sağlıklı ve damarlanması – kanlanması iyi olan bir beyin dokusuna (ya da başka bir dokuya) mikroorganizma ekildiğinde/ inokülasyonunda her zaman enfeksiyon gelişmeyecektir, vücudun (ve lokal olarak beyin dokusunun) immünolojik yanıtı (ve *homeostasis* ile) mikroorganizmalar etkisiz bırakılarak enfeksiyon önlenabilir, ya da farklı bir örnek verirse, bireyin organizmasında normal florada bulunan ve bireyin organizması ile simbiyotik (= karşılıklı yararlanma içinde) bir yaşam sürdüren bakteriler bireyin immün sisteminin zayıflamasıyla patojen hâle geçerek bireyde hastalık nedeni olabilirler. Bu bağlamda, tıpta hastalıkların gelişiminde (= *patogenez*'de) **gerekli** ve **yeterli** koşullar kavramları ortaya çıkmakta; her özel durumun/ bağlamanın kendine özel sonuçları olmaktadır; dolayısıyla, hastalığın oluşması – patogenez için hem gerekli hem de yeterli koşullar oluşmalıdır ki, bu da pek çok faktörün farklı derecelerde iç içe etkileşimi çerçevesinde tezahür etmekte ve farklı sonuçları doğurabilmektedir. Tıbbî epistemolojide, bilimsel bilginin olabildiğince yoğun, derinlikli ve ilişkisellik içinde kullanılmasıyla süreçlerin kesin olmayan (olumsal) ama yüksek olasılıklı bir biçimde öngörülmesi sağlanabilir.

³¹⁸ Silbernagl, S., Lang, F., “*Color Atlas of Pathophysiology*,” Thieme, New York, 2000.

³¹⁹ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “*Ganong’s Review of Medical Physiology*,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

- b. Tıbbi bilgi kesin değil, olasılıklı, muğlak ve derecelidir – bulanıktır,^{320, 321, 322, 323,}
³²⁴ benzer ya da aynı etkenlerle kişiye göre bir hastalığın gelişip gelişmeyeceği ve hastalık ortaya çıkıyorsa derecesi farklı olmaktadır. İnsan organizmasının işleyiş ilkeleri doğa bilimleri ile bilimsel bilgi formunda (*büyük ölçüde biyolojik odaklı ama çok yönlü bir pozitif bilim kavrayışını gerektirir tarzda*) önemli oranda anlaşılabilir (*ama insanın sadece bilimsel bilgiye indirgenemeyecek kompleks bir yapıda ve bütünlükte olduğu da gözden kaçırılmamalıdır*). Zaten tıbbın uygulama zemini de bu kapsamda gerçekleşmektedir; bu tutum, bütüne ait (belli oranda) bildiklerimiz ile (ve bazen bilimsel açıklamasını henüz yapamadığımız gözlem ve empirik veriler ile) uygulamalar yapmak ve bunları sürekli bilimsel ve insanî olmak testlerinden geçirerek insana ait bilimsel bilgi ve etkinlik çerçevemizi geliştirebilmek tutumudur.
- c. Üstteki iki özellik ile bağlantılı olarak tıpta tam bir zamansal öngörü – veri elde etmek olanaksızdır, örneğin kimi hastada hastalık iki günde iyileşir kimi hastada hastalığın iyileşmesi haftalar sürebilir ya da seyri ve sonuçları çok farklı yönlerde olabilir.
- d. Yine üstteki özellikler ile bağlantılı olarak ve örtüşür tarzda tıpta seyrin belirsizliği, örneğin hastalık etkenlerine rağmen patogenetik olarak kimi insanda hastalık hiç ortaya çıkmaz kimi hastada hastalık oluşur ama iki günde iyileşir kimi hastada ise aynı hastalık ölümcül sonuçlanabilir,
- e. Tıpta hastalık tanımları da kesin değildir; normal (= Yunanca *norm*/ kural – kural’a bağlı ya da Latince *norma* = gönye/ dik açılı, kural anlamında) – anormal/ hasta

³²⁰ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) “**Medical Knowledge**,” pp.758-957, in *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Springer, 2017.

³²¹ Sadegh-Zadeh, K., “**Handbook of Analytic Philosophy of Medicine**,” Second Edition, Springer, 2015.

³²² Williamson, J., “**Establishing Causal Claims in Medicine**,” INTERNATIONAL STUDIES IN THE PHILOSOPHY OF SCIENCE 2019, Vol 32, NO. 1, 33-61.

³²³ Bhise, V., Rajan, S.S., Sittig, D.F., “**Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review**,” J Gen Intern Med 33(1):103-15.

³²⁴ Dhawale, T., Steuten, L.M., Deeg, H.J., “**Uncertainty of Physicians and Patients in Medical Decision Making**,” Biol Blood Marrow Transplant 23 (2017) 865-869.

ayrımı [ve hatta Yunanca *omalos* (düzenli) ve bunun dışında kalan *an-omalos* = *anomalı* (düzensiz, pürüzlü) de] son derece dinamik ve sorunlu bir konudur ve zaman içinde hep değişiklik göstermiştir. Yaşamda, canlılığın (tıptan söz edince insanda) sayısız çeşitliliğin anlamlandırılması, bilimsel bakımdan kategorize edilmesi felsefi bakımdan da tartışılmaya çok açık ve değer bir alandır. Dolayısıyla, bu ilginç ve çok yönlü tartışma alanı, hem tıbbî hem de felsefî bakış ve değerlendirmeyi aynı zamanda gerektirmektedir.

2. **Mantıksal – felsefî alanda**, mantıksal – felsefî dizgenin kurulması; spesifik bir sentaks ve semantiği içeren sembolik yapay dilinin oluşturulması gerekmektedir.^{325, 326}
3. **Bilişim – mühendislik tarafı**, tıbbî sorun – hastalıklar ve tıbbî uygulamalara ilişkin bilgisayar temelli zaman-ilişkili veri-işleme mühendisliğidir; yapay zekâ ve çeşitli uygulamalar – modellemeler bu kapsam içindedir. Bu alanda, hastalık sürecinin doğal seyrinin ve tedavi uygulandığında seyrinin soyutlamasının modellenmesi ve klinik verilerin zaman-odaklı soyutlaması (ki, tıpta tam bir zamansal verinin olmaması ve belirsizlik burada sorun oluşturur) gerekmektedir.

Tıp alanında temporal mantık uygulamaları, üstte de belirtildiği gibi mültidisipliner (tıp, felsefe – mantık ve mühendislik) bir çalışmayı gerektirmektedir. Açıktır ki, bu ortak çalışmanın getireceği yararların çok yönlü ve ileriye yönelik doğurgan nitelikte – verimli olması beklenir, bunlar başlıca aşağıda özetlenmiştir:

1. Tıpta sorunun ortaya konması ve çözümlenmesi için (tanı, analiz, karar verme, takip süreçlerinde) yardımcı bir yöntem oluşturabilir; ve böylece yeni ve farklı bir tıbbî ontoloji ve epistemolojinin yolu açılmış olacaktır.

³²⁵ Ashcroft, RE., “Current epistemological problems in evidence based medicine,” J Med Ethics 2004;30:131-135.

³²⁶ Zhou, L., Hripesak, G., “Temporal reasoning with medical data – A review with emphasis on medical natural language processing,” Journal of Biomedical Informatics 40 (2007) 183-202.

2. Zamansal odaklı olmasıyla dinamik durumları ve süreçleri tanımlayabilir; veri tabanının çeşitli yollarla (zamansal-ilişkili) sorgulamaya açık olması, depolanmış bilginin yönetimine olanak sağlar.
3. Bilginin depolanması, sorgulanması ve temporal klinik verinin çıkarımında kullanımı hedeflenir; böylece, tıbbî kayıt ile başta bilimsel, yasal olmak üzere çeşitli karar verme süreçlerinde ve akademik çalışmalarda bilginin değerlendirilmesi gerçekleştirilebilir.

Tıbbî bilgi ve temellendirme esas olarak zamansal değişiklikler gösteren fenomenler ve bunlardan oluşan süreçlere ilişkin ifadeler üzerine kurulur. Hekimlikte hemen her ifademiz zamansallık kipini içerir, aşağıdaki gibi sistematize edilirse:³²⁷

- **Etyoloji/ Nedensellik** (ne zaman, ne kadar süreyle gibi): örneğin aterosklerozda etyolojik faktörleri düşünürken, hastanın kaç yaşında olduğu, ne kadar zamandır hipertansiyonu, diyabeti, tütün kullanımı vb. olduğu, genetik özellikler ele alınır; örneğin bir akciğer kanseri hastasında hastanın ne zaman sigaraya başladığı ve ne kadar süredir ne ölçüde kullandığı, genetik özellikler vd. sorgulanır.
- **(Etyo)patogenez/ Neden ve hastalığın oluşum sürecinde**: örneğin malignitelerde (= habis tümörlerde) sigara, beslenme tarzı, hava kirliliği, stres, hipertansiyon, diyabet, otoimmün bozukluk, çalışma şartları ve organizmada hangi mekanizmalar üzerinden hastalığın geliştiği hep zamansallık içinde değerlendirilir.
- **Patolojik anatomofizyoloji, biyokimyasal olaylar/ akış – seyir/ işleyiş, etkileşimler**: özellikle kronik sistemik hastalıklarda, örneğin diyabet hastalığında anamnez (= sorgulama) hep zaman kipi içeren sorular içerir.

³²⁷ Bozbuğa, M., “**Tıp Alanında Temporal Mantık** (Temporal Logic in Medicine).” *IX. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2019, ISBN 978-605-80953-1-1 (eKitap), Kitap Bölümü, ss:109-123.

- **Hastalığın klinik prezantasyonu, seyri:** örneğin inme/ CVA’da hastanın fokal nörolojik defisitlerinin (hemiparezi, afazi vd.) ne zaman başladığı ve zaman içinde nasıl seyrettiği [temporal ve nicel (bu yönüyle de bulanık)].
- **Tanı – Ayırıcı tanı – Ayrıntılı tanı:** -ister semptom üzerinden isterse hastalık üzerinden düşünölsün- daima zaman faktörü dikkate alınarak sağlanabilir; örneğin baş ağrısı, migren, beyin kanamaları, görme kaybı, koma, beyin tümörü, anevrizma, serebral arteriyövenöz malformasyon (AVM), vaskülit, kilo kaybı ya da kilo alma gibi.
- **Tedavi sürecinin şekli** ki bunlar hastayı takip (= durumu izlemek ve gelişmelere göre karar vermek), konservatif tedavi, medikal tedavi, acil cerrahi – seçici cerrahi, diğerleri olabilir; bu, yine zamansallığın dikkate alınmasıyla değerdendirilir.
- **Tedavi planlaması & uygulaması;** medikal ya da cerrahi ya da bir başka tedavi modalitesi kararının belirlenmesinde de yine zamansal faktörler belirleyicidir.
- **Tedavinin etkinliğinin değerdendirilmesi:** örneğin tedavinin ne kadar süre içinde ne ölçüde (zamansal ve nicel veriler ile değerdendirmeler ile) yarar sağladığı önemlidir.
- **Seyir – prognoz – sonuç:** örneğin kanser hastalarında 5-yıllık sürvi/ sağkalım önemli bir kriter olarak kullanılır.
- Klinik ve deneysel araştırmalarda da yine zaman ilişkili veriler kullanılır ve zamansallık bir yorum yapılması için değerdendirmede belirleyicidir.

Görölüyor ki, zaman ile ilişkili ifadeler, tıbbın tüm alan ve tüm aşamalarında vaz geçilemezdir.

Felsefi – mantıksal bakımdan ele aldığımızda, temporal mantıkta mantıksal önermenin doğruluğunun sınanması için kullanılan yöntemleri çeşitli alt başlıklarda ele alabiliriz, bunlar:

- Mantıksal operatörler (= *Logical Operators*): ve (= *and*), veya (= *or*), ise (= *implication*), değil (= *not*).
- Zamansal operatörler (= *Temporal Operators*):
- Tekli işlemler: sonra (= *next*), gelecek (= *future*), genel (= *globally*), hep (= *all*), mevcut (= *exists*), geçmiş (= *past*), bazen (= *sometime*),
- İkili işlemler: -e kadar (= *until*), -den sonra (= *since*) vd.
- Bir zaman dilimi içinde farklı tekli zaman işlemlerinin kombinasyonu ya da zaman ve durum koşullarını bir arada içeren işlemler gibi.
- Metrik Temporal Mantık: *örn. GBM (= Glioblastoma multiforme, çok habis bir beyin tümörü)'de 5-yıllık sürvinin değerlendirilmesi (Kaplan-Meier eğrisi) vd.*

Zamansal operatörlerin notasyonunu gözden geçirirsek:³²⁸

$H\phi - \phi$ her zaman olan bir durumdur,

$P\phi - \phi$ bazen olmuş bir durumdur,

$G\phi - \phi$ her zaman olacak bir durumdur,

$F\phi - \phi$ bazen olacak bir durumdur.

$R\ t\ \phi - \phi$, t zamanında gerçekleşmiştir,

$U\ t_1t_2 - t_1$ zamanı t_2 'den öncedir.

• ϕ ve sonraki anda ψ – “Ve Ertesi (*And Next*)” sistemi (burada zaman yapısı ayrıktır),

• ϕ ve daha 333iter ψ – “Ve Sonrası (*And Then*)” sistemi (bu dizge yalnızca zamanın çizgiselliğini kapsar).

³²⁸ Sadegh-Zadeh, K., “*Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*,” Second Edition, Springer, 2015.

- $1\phi - \phi$ tüm koşullarda geçerli,
- $\diamond 1\phi - \phi$ en azından bir koşulda geçerli,
- $X\phi - \phi$ şimdiki zamandan çok gelecek koşulda geçerli olacak olan,
- $\phi U\psi - \psi$ bir noktada olacaktır; ϕ o zamana kadar vardır/ geçerlidir.

- $2\phi - \phi$ tüm koşullarda geçerli olmuş olan,
- $\diamond 2\phi - \phi$ en azından bir koşulda geçerli olmuş olan,
- $X-\phi - \phi$ şimdi olduğundan çok önceki koşulda geçerli olan,
- $\phi S\psi - \psi$ geçmişte bir zamanda geçerli oldu; ϕ önceden geçerli olmuştu.

Tıbbi uygulamalar için felsefe – mantıkta kullanılan zamansal operatörlere (= *temporal operators*) örnekler verilirse:

- Hasta A'ya bir yıl önce MCABif. Anevrizması ameliyatı yapılarak anevrizması kliplendi (geçmiş zaman tek bir olay),
- Hasta X son beş yıldır paroksizmal epilepsi atakları geçiriyor (geçmiş zaman, düzensiz tekrar),
- Hasta Y'nin başı ağrıyor (şimdiki zaman),
- Hasta B şu anda koma tablosundadır - (şimdiki zaman, ... ama beraberinde geçmiş zamanı içermektedir ve olasılıkla gelecek zamanı da içerebilir),
- Hasta C'nin son bir aydır ilerleyici disfazi ve sağ hemiparezisi gelişti - (geçmiş zaman + şimdi ve olasılıkla gelecek zamanı içeriyor),
- Hasta A'ya ameliyattan sonra rehabilitasyon yapılması gerekecek (gelecek zaman ve sonrasında düzenli tekrarlı süreç),
- Hasta A'ya ameliyattan önce DSA yapılmadı - (geçmişin geçmişinde bir zamanda),
- Hasta A'yı yarın/ acilen/ ameliyat edeceğiz - (gelecek zaman),
- Hasta A ameliyattan bir hafta önce asetil salisilik asit (ASA) almayı kesmelidir - (gelecek zaman ve öncesinde belirli bir zaman aralığı),
- Hasta A'nın ayrıntılı tetkiklerini ameliyattan önce tamamlamalıyız - [-e kadar (=until)],

- Hasta D, koroner stent uygulandığından beri antikoagulan almaktadır – [-den beri (=since)],
- Hasta B'nin bir yıl önce geçirdiği ameliyat öncesinde dayanılmaz baş ağrısı vardı (geçmiş zamanın bir noktasından öncesi),
- HSV'nin enkübasyon dönemi beş gündür (metrik zamansal işlem örneği),
- Anaplastik astrositomalarda Kaplan – Meier yöntemine/ eğrisine göre beş yılda sağ kalım/ sürvi oranı %67'dir (metrik zamansal işlem örneği),
- Hasta A'da ilk olarak altı ay önce epilepsi atakları başlamış, sonrasında disfazi, yürüme bozukluğu vd. ortaya çıkmış ve (geçmişten günümüze),
- Beş yıl önce beyin tümörü tanısıyla opere edilen hastada postoperatif dönemde beyin apsesi ve menenjit komplikasyonları gelişmiş (geçmişte),
- Son bir yıldır unutkanlık, durgunluk, adres karıştırma gibi yakınmaları olan hastada üç ay önce Alzheimer tanısı konmuş, sonrasında ... yapılması planlanıyor gibi.

Görüldüğü gibi, tıp uygulamalarına ait zamansallık içeren sayısız olgu örneği verilebilir ve tüm bu ifadeler, tıpta (*belirli bir zamansal noktaya ait ya da zaman süreci için*) düşünmede –karar verme – eyleme – değerlendirme - ... gibi- her aşamada zamansallığın en temel değişken olduğunu gösterir.

Tıbbi uygulamalarda, insan organizmasında süregiden sayısız değişkenin ve çok geniş ve çeşitli ilişki ağının dışa yansıyan/ görünür olan semiyotik alanını anlayabilmek ve bunlardan çıkarımlar yapmak için gözlem/ görmek – incelemek – eleme/ seçme – düzenleme/ tasnif – düşünme – değerlendirme – analiz – ilişkilendirme – önermeler/ hipotezler – çıkarımlar oluşturma - [farklı mantık kurallarını (*abdüktif* + *dedüktif* + *indüktif mantık* + *analoji* + vd.) işleterek] bunları rasyonel bir çerçeve/ yapı, kurgu oluşturulması esas alınır. Bu süreçte her zaman dikkate alınan değişken zamansallık faktörüdür. Tıpta zamansal mantığı kullanabilmek için, zamansal-odaklı klinik bilginin veri-ağırlıklı soyutlaması ve kapsamlı bir şekilde kavramsal süreç modellemesi gerekmektedir. Literatürden bir örnek vermek gerekirse, *Shahar*'ın önerdiği bilgi-temelli temporal soyutlama yöntemi ve ontolojisinde ana motivasyon temporal ontolojiyi içeren ve ontolojik kavramsal mekanizmaları kullanan bir klinik

veri-ağırlıklı sistem/ çerçeve oluşturulmasıdır.^{329, 330} Pratik bir yaklaşım olarak, bu uygulama ile sağlananlar: tanıda, monitörizasyonda – izlemde, tedavide, kalitatif ve kantitatif değerlendirmelerde, prognoz öngörülerinde, klinik – deneysel araştırma çalışmalarında, ... kayıt ve sorgulama yapılabilmesidir.

Tıpta temporal mantığın bize kazandırdıklarını özet olarak söylemek gerekirse: Tıpta belirti ve bulguların, hastalıkların, iyileşmenin *-var oluşun-* gözlemlenen tüm *an*'ları esasen bir sürecin noktalarıdır. Örneğin bir beyin kanaması *an* içinde ortaya çıkar, kanama kısa bir süre alır ve durur; ancak bu durum, arka planında birbiriyle karmaşık etkileşim içinde pek çok (nedensel) bileşeni içeren genellikle uzun ve yoğun bir süreci barındırır; kanama sonrasında ise, zamansallık üzerinden tanımlanan pek çok mekanizma aktive olarak yeni bir süreçler zincirini ve ağını başlatır. Tüm bu işleyiş/ akış – süreçler, hep zamansallık kavramı üzerinden ifade edilir – anlaşılabilir. Hemen her hastalık için ayrıntılandırılarak tanımlanabilecek bu süreç *-(etyo)patogeneze* ve *anatomofizyopatoloji-* bilgi-temelli bir rasyonel çerçevenin zamansal sistematik anlatımıdır. Tıptaki tüm tanımlar ve anlatımlar mutlaka temporalite ve modalite ile birliktedir – zaman kipi belirtir tarzdadır; tanı, tedavi planlaması, tedavinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, tedavi sonrası hastanın uzun dönem takibi, sonuç, ... ve bilimsel açıklama ve kurgular hep zamansal değişimler üzerinden anlaşılıp çözümlenmeye çalışılır.

Tıp alanında yapay zekâ uygulamaları içinde “*temporal mantık*” çalışmaları da yapılmaktadır ve bunun için gerekli kavramlar oluşturularak uygulamalar, modellemeler geliştirilmektedir. Tıbbın yapısının ve pratiğinin temporal mantık üzerinden analiz edilmesi ve yapay zekâ uygulamalarının geliştirilmesi tıp, mantık – felsefe ve bilişim disiplinlerinin ortak çalışmaları ile olanaklıdır. Bu çalışmalar ile tıbbî bilgi ve uygulamaların mantıksal – felsefî bir dil şeklinde kavramsallaştırılması, hem tıp alanı hem de bu alanda yapılan yapay zekâ çalışmaları için veri-yoğun bir sisteme

³²⁹ Atlasnig, KP., Combi, C., Das, A.K., et al., “**Temporal representation and reasoning in medicine: Research directions and challenges**,” Artificial Intelligence in Medicine (2006) 38, pp.101-113.

³³⁰ Zhou, L., Hripesak, G., “**Temporal reasoning with medical data – A review with emphasis on medical natural language processing**,” Journal of Biomedical Informatics 40 (2007) 183-202.

teorik altyapı oluşturulması ve hekimlik uygulamalarında da yardımcı bir araç (/ *karar destek sistemi*) olması bakımından yararlı olabilir. Oluşturulacak bilgisayar destekli sistemler, teşhis ve tedavi süreçlerinin daha az hata ile gerçekleştirilmesine olanak verebilir. Bu sistemlerde temporal mantık, şüphesiz önemli bir yere sahip olacaktır.

3.9.5. Tıp Alanında Probabilistik Mantığın Felsefî Analizi ve Temellendirilmesi

Tıpta nedensellik ilişkisi, tez içinde pek çok defa değinildiği üzere, mültifaktöriyel, karmaşık – kaotik ve dinamik bir süreç içinde işler. Bu süreçler zinciri içinde, herhangi bir durum/ oluş, olasılığı belli oranlarda ortaya çıkar; örneğin, bir hastada beyin içinde bir kanama saptandığında, diyelim ki bilincin bozulması görülebilir ya da görülmeyebilir, eğer hastada bilinç kaybı varsa ameliyat düşünülecektir yoksa hasta konservatif olarak izlenecektir ya da ayrıca pupillaların (= göz bebekleri) durumuna bakılacaktır ve anizokori (= göz bebeklerinin farklı genişliklerde olması) gelişip gelişmemesine göre (beyin kompartımanları arasında fıtıklaşma bulgusu – işareti olarak) yine bir karar verilecektir vb. aynı anda ve her bir olasılığa göre ardışık olarak birçok kriter ile hasta için önerilen bir seçenekler dizisi olacaktır -ki bu tarz karar verme tıpta özellikle “Kanıt Dayalı Tıp” modelinde çok kullanılan algoritmaları oluşturur (algoritmalar probabilistik ağlardır)- ve bu şekilde hekimin klinik tutumu ve karar vermesi sağlanmakta ve standardize edilmektedir. Tıbbî süreçlerin işleyişinde görülen belli koşullarda belli sonuçların yaklaşık oranlarda ortaya çıkma durumunu “*probabilistik mantık*” düşünüşü ile açıklayıp çözümlemeler – temellendirmeler yapabiliriz. Bu düşünme tarzında, örneğin akciğer kanseri için (pozitif) nedensel bir faktör (ya da risk faktörü) olarak sigara kullanımını söyleyebiliriz ve bunu geniş meta-analizlerden elde edilen sonuçlar ile bir ölçüde nicelleştirebiliriz; yâni, (süre, doz vd. değişkenler de tanımlanarak) sigara içmenin ne oranda akciğer kanseri yapacağı -belirli bir yanılma payı ile- söylenebilir (olasılık mantığı, *probabilistik mantık*) ya da diyelim ki damar sertliği (= *ateroskleroz*) için (negatif)

nedensel faktörler (ya da önleyici faktörler de kullanılır) olarak doğru beslenme, hareketlilik, stres kontrolü vd. olarak söylenebilir.³³¹

Probabilistik mantıkta olasılık değeri/ doğru ya da yanlışın olasılık değerleri belirtilir; biyolojik yapılarda süreçler işler ve hekim süreç temelli düşünerek ve her aşamada ortaya çıkacak/ çıkması muhtemel sonuçlara belli oranlarda değerler verir. Hekimlik praxisinde çeşitli düşünme/ mantık tarzlarını ele alırsak, örneğin tanı aşamasında:

1. Hastada Diabetes mellitus (DM) vardır/ yoktur. **İki değerli mantık**
2. A hastasında şu şu belirti ve bulgular var; öyleyse DM olabilir **geri çıkarım**
3. A kişisinde %20 olasılıkla DM olabilir **Probabilistik mantık**
4. Hastada (hafif derecede/ orta derecede/ insüline bağımlı-ağır derecede/ insüline dirençli) DM vardır. **Fuzzy/ puslu mantık**
5. Hastadaki DM'nin klinik ve biyokimyasal/ laboratuvar verileriyle ortaya konması **Epistemik mantık**
6. A kişisindeki DM'nin zaman (yıllar) içindeki değişimi temporal + puslu mantık

Tanıda, tedavide, yan etki ve komplikasyonların yönetiminde, prognoz öngörmede vb. durumlarda olmak üzere tıp praxisinin hemen her aşamasında çeşitli mantık tarzları içinde probabilistik mantık da kullanılır.

3.10. Hekimlik praxisi ve insan faktörü

Ve hekimlik praxisine dair ontolojik, epistemolojik, dilsel ve mantıksal bir çok konuyu ele aldıktan sonra üzerinde durulması gereken bir konu daha var ki, bu da hekimlik praxisinde “*insan faktörü*” kavramıdır. Nihayetinde hekimlik praxisi insan tarafından planlanan, yapılan, yönetilen bir etkinliktir ve doğal olarak hataya açıktır. Üstelik, işin bir süreç hâlinde seyretmesi ile devreye insan(lar), insan etkileşimleri,

³³¹ Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic**,” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.

cihazlar, insan – makine ilişkisi, sistemler, çevresel faktörler, doğal seyir vd. pek çok faktör girmektedir ve ortaya dinamik ve karmaşık bir denklem çıkmaktadır. Süreçteki bu zincir üzerinde herhangi bir halkada ortaya çıkacak olan hata/ eksiklik/ yetersizlik/ ters etkileşimler/ vd. ile çeşitli komplikasyonların gelişme olasılığı söz konusudur, oldukça yüksektir.³³² Özellikle riski yüksek işlerde, örneğin nasıl ki havacılıkta insan kavramı önemli ve hep dikkate alınan bir husus ise, aynı şekilde, tıbbın, -özellikle bilme, dikkat, yoğunlaşma, çabuk ve doğru karar verme, el mahareti- gerektiren ve yüksek risk taşıyan alanlarında, özellikle cerrahide olmak üzere tıp uygulamalarında da “*insan faktörü*” özel bir ilgi ile üzerinde düşünülüp tedbirler almak, planlamalar yapmak gereken bir konudur. Bu konu, 1970’lerden bu yana bilimsel temelde ele alınıp kavramsallaştırılmıştır ve “*insan faktörü mühendisliği*” alanı geliştirilmiştir. Bu alanda psikolog akademisyen **James Reason** öncü bir isimdir ve geliştirdiği “*İsviçre Peyniri Modeli/ Swiss Cheese Model*” son derece taraftar bulmuş ve (tıp da öncelikli bir alan olmak üzere) yüksek riskli işlerin organizasyonunda başarıyla uygulanmıştır ve hâlen kullanılmaktadır. *İsviçre Peyniri Modeli*’nde sürecin her aşaması, sanki İsviçre peynirinin dilimleri gibi düşünülür ve peynirin dilimindeki delikler, sürecin o aşamasındaki hata yapılabilecek alanlar olarak anlaşılır; bu hatalar sonraki aşamalarda düzeltilebilir ya da eğer bir sonraki aşamadaki/ dilimdeki deliğe denk düşerse, yâni hata fark edilip düzeltilemezse, hata bir sonraki dilime daha sonra bir sonrakine ulaşır ve bu tarzda süreç ilerler; süreç şematik olarak hata(lar)ın/ dilimdeki delikleri aşarak ya da kırılarak gitmesi biçiminde gösterilir. Böylece, süreç en ince ayrıntısına kadar analiz edilir, kategorize edilir, tanımlanır, olası hatalar belirlenir ve planlama yapılır.^{333, 334, 335} Buradan da kolayca anlaşılacağı gibi, tıpta bilimsel ve teknolojik yaklaşım tıbbın içeriği ile sınırlı kalmamakta ve tıpta hızla gelişen çok yoğun idari organizasyonel şema ve stratejileri de kapsamına almaktadır; dolayısıyla, tıp artık sadece hekim – hasta ilişkisi içinde bir etkinlik değildir, tıba pek çok meslek

³³² Sur, H., “**Hasta Güvenliği ve İlişkili Kavramların Ortaya Çıkışı**,” kitap bölümü, Editörler: Sur, H., Palteki, T., Yazıcı, G., “*Hasta Güvenliği*,” 2019, Ankara, Palme Yayınevi.

³³³ Griffin, T., Young, M. and Stanton, N., “**Human Factors Models For Aviation Accident Analysis and Prevention**,” England: Ashgate Publishing Limited, 2015.

³³⁴ Missios, S., Bekelis, K., Blike, G.T., et al., “**Ensuring Patients Safety in Surgery – First Do No Harm**” in Schmidek & Sweet Operative Neurosurgical Techniques Indications, Methods, and Results, Elsevier Saunders, Sixth Edition, pp.1-11, 2012.

³³⁵ WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: “**Safe Surgery Saves Lives**” Geneva, 2009.

ve etkinlik alanı da eklemlenmiş ve devasa bir yapı/ organizasyon ortaya çıkmıştır. Tıbbın hemen her konusunda olduğu gibi gelişen bu organizasyonel yapının da tartışılması gereken pek çok yanı vardır ama biz bu tez kapsamında bunu tartışmayacağız; sadece, önemini ve tartışılması gerektiğini söylemekle yetineceğiz.

Hekimlik praksişi, insanı biyopsikososyogeist bütünlüğü içinde anlama ve bu bütünsel organizmayı fiziksel ve kültürel çevresiyle de birlikte düşünerek, sağlık ve hastalık durumlarını ortaya koymak, tanımlamak ve birey için en uygun tedavi girişimini yapmayı ve sonuçlarını izlemeyi gerektirmektedir. İnsanın son derece karmaşık, çok yönlü, çok katmanlı, çoklu varlık alanlı açık bir varlık yapısı olması nedeniyle, tıbbın kadim geçmişinden bugüne değin pek çok pratik ve teorik bilgi birikimi, kendine özgü bir geleneği, tarihi ve kültürel yapısı ortaya çıkmıştır. Yaklaşık yüz elli yıldır ama özellikle son kırk elli yıl içinde ise, tıbbın bilimsel ve teknolojik unsuru çok parlak bir atılım sergilemiş ve hekimlik praksişinde bir paradigma değişikliğini de beraberinde getirmiştir. Bugüne değin oluşmuş bilimsel, teknolojik ve kadim tıp praksişi, felsefi perspektiften ele alındığında açıkça şu görülecektir: İnsan (ve insana dair teorik ve pratik – uygulamalı alan) hiçbir kalıba, hiçbir bilimsel metodolojiye, hiçbir felsefi düşünüşe, hiçbir tedaviye tam olarak sığmamaktadır; (uygulanagelmış pratiklerin ve elde edilmiş bilgilerin belki) her biri insana (bir ölçüde) hitap etmekte, insana dair bir şey söylemekte, insanda bir yeri doldurmakta ama hep eksik kalmaktadır. Bu nedenle biz, çok yönlü bilimsel – natüralist ve teknolojik yaklaşımın elzem olduğunu ama bunun yanında -ve en az o ölçüde- insan ve toplum bilimlerinin, felsefi bakışın, iletişim ve empatinin, insanî değerlerin de gerekliliğini, ve böylece sistemizm kavrayışı içinde insanı kendi içindeki bütünlüğü ve tüm fiziksel ve kültürel çevresi ile birlikte ele almanın uygun olacağını düşünüyoruz. Felsefi açıklamalarda ise, tek bir bakışın yetmeyeceğine kaniyiz; diyelim ki, birbirine karşıt da olsa, örneğin hem redüksiyonist hem de holistik (ve galiba daha doğrusu sistemizm) yaklaşımının, hem nominalist ama hem de realist kavrayışın, hem natüralist ama hem de normatif bakışın, hem öznelliği hem de nesnelliği içeren bir semiyolojinin, hem potansiyel hem de aktüel gücün dikkate alınmasının, hem bilimsel kanıtın ama hem de spekülasyonun değerlendirilmesinin ve dolayısıyla, insanın geliştirdiği her enstrümanın yerinde ve ölçüsünde kullanılması koşuluyla, insanı daha iyi kavrayan -

kuşatıcı, bireye bilim ve teknolojinin yararlarını aktaran ama hasta birey için mütéhakkim olmayan, bireyi işaretlemeyen ve böylece hastayı şifanın ötesinde hem nesnel hem öznel iyileştirmeye ulaştıran bir tıp yaklaşımını öneren felsefî yaklaşım gerektirdiğini düşünüyoruz. Bu çalışmada her bir felsefî bakışın insanı, insanın sağlık ve hastalığını, hasta bireyi ve hastalığı anlamadaki rolü ve etkinliğı tanımlanmış ve böylece esnek (ama yine de ancak ve belki insana ait birkaç şeyi açıkladığını ümit eden), çok yönlü ve kapsayıcı olduğu düşünülen özgün bir felsefî perspektif oluşturulmaya çalışılmıştır.

SONUÇ

Bu tez çalışması, tıp praxisinin felsefi temellendirilmesi üzerine yapılmıştır. Bu çalışmada, ontolojik bir yaklaşımla birey ve tıp felsefesi kavramları [sağlık, hastalık, hasta, hekim, hekimlik uygulamaları, tıbbın bileşenleri, hekimlik bilgi(ler)si/i,], insanî iletişim ve etkileşimler (en başta hekim - hasta iletişimindeki dinamikler olmak üzere), hastalık ve sağlık kavramlarının -ve bunlara ilişkin kavramların- ve tıp praxisinde rol alan unsurların tanımlaması ile birlikte epistemolojik ve mantık boyutuyla tıp uygulamalarındaki bilginin kaynağı, çeşitleri, geçerliliği, nedensellik ilişkisi ve uygulamalarda geçerli olan mantık metodolojisi, sosyal açıdan tıbbın sosyopolitik, sosyoekonomik ve sosyokültürel yapı içindeki işlevi ve konumu vb. ile tıp praxisinin felsefi temellerinin kurulmaya çalışılması hedeflenmiştir. Bu tez, “*tıp felsefesi*” alanında yapılması planlanan -ve belki süreç içinde benzer alt başlıkların da ekleneceği- bir çok alt başlık kümelerini barındıran bir çalışmanın ilk aşamasını oluşturmaktadır.

Çalışmada, tıbbın kadim geçmişi içinde tıp praxisini belirleyen genel kavrayış ve faktörler çok kısaca belirtilmiş ve özellikle Aydınlanma Dönemi ile başlayan süreçte -ve temel doğa bilimlerindeki hızlı yükseliş üzerine kurulan/ inşa olunan- bilimsel ve teknolojik tıbbın yapısı ele alınarak günümüzdeki tıp praxisinin genel özellikleri ve sorunları tartışılmıştır.

Tezde, sağlık ve hastalık kavramlarının dinamik yapısı belirtilerek bu kavramların zamana, toplumun ve bireyin kültürel durumuna, yaşam koşullarına göre değişiklik gösterdiği ortaya konmaya çalışılmıştır. Ancak yine de, tüm bu görelilik karşısında bile, tümel olarak insanın ve insana ait temel kavramlar olan sağlık ve hastalık durumlarının mahiyetini tanımlayarak onu ilke hâline getirmek ve görelilikten kurtarmak, yâni kavramsallaştırmak ve bu temelde *insan* kavramının üzerine kurulacak bilimsel bilgidен ve felsefi bir gerekçelendirmeden hareketle “insan’ın ne’liği ile bağlantılı olarak hasta insan, sağlık, sağlıklılık-sağlıksızlık, sağlık durumu, hastalık, hekimlik, hekimlik praxisi vb.” kavramlar ve ilişkili kavramlar üzerinde çalışılmıştır.

İnsana dair çeşitli temellendirmeler yapılırken özellikle ölüm üzerinde durulmuştur; çünkü, yaşam ve ölüm birbirlerinden çok ayrılabilir kavramlar değildirler ve ölüm kavramı insan varoluşunu, düşünüşünü ve eylemlerini belirlemede birinci derecede önemlidir. Ancak, insana dair ne kadar çok şey söylene ve düşünülse de, insanın tanımının hep eksik kalmaya mahkûm olduğu ve insanın, tam olarak kapsanabilir ve derinliğine tüm katmanlarıyla anlaşılabilir bir varlık olmanın ötesinde bir varlık yapısı gösterdiği düşüncemiz ifade edilmiştir.

Esas olarak, "... birey, kendi organizması içinde çok ince ve kuşatıcı bir ön-belirlenmişlik ve sınırlamalar çerçevesinde ve bu yapının da sürekli bir (biyolojik, fiziksel, kültürel vd.) etkileşimi – değişimi/ dönüşümü içinde var oluşudur ..." şeklinde düşünülmüştür. Bu tanım ile **sağlık kavramı**'nın, yalnızca insanın fiziksel/ somatik bir iyilik hâlinin çok ötesinde, "tam insan olmaya/ insanın tamamlanmasına" doğru seyrin biyopsikososyogeist bütünlüğünde bireysel, doğal, sosyal ve tarihsel gerekliliklerini de içinde barındırmakta olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sağlık tanımının, esasen bir "*ide*" olduğunu, hayat ile kabil olmadığını; tam bir sağlıklılık hâlinin hiç ulaşılamayacak ancak yaklaşılabilen/ yaklaşık bir durum, bir hedef olduğunu ve Platoncu bir bakışla sağlıklı olma tümeli - "*ideal sağlık*" ya da "*sağlıklılık ideası*" olarak da adlandırılabileceğini ve bu tanımın/ bakışının sadece sağlıklı olma durumunun/ kavramının yönü ve derecesi için bir ölçüt/ temel oluşturabileceğini düşündüğümüzü ifade ederek açıklamaya ve temellendirmeye çalıştık.

Bu aşamada, bizim sağlık anlayış ve tanımımızın yanında –ve ayrıca resmi bir tanım olan ve yaygın olarak benimsenen- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/ WHO = World Health Organization)'nın 1948'deki Kuruluş Yasasında yer alan tanımını ve daha sonra 1996'daki genişletilmiş tanımını verdik. Bunlar: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/ WHO = World Health Organization)'nın 1948'deki Kuruluş Yasasında yer alan tanımıyla, "**Sağlık**, sadece hastalık ve sakatlık hâlinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir" ("**Health** is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.") şeklindedir. Daha sonra, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996'daki genişletilmiş tanımı ise şöyledir: "**Health** is a dynamic state of complete physical, mental, social and spiritual well-

being, and not merely the absence of disease or infirmity” – “Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlık olmama durumu değil, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam ve dinamik bir iyilik hâlidir” şeklindedir. Bizim tanımımız ve DSÖ’nün tanım(lar)ı arasındaki benzerliklere dikkat çekilmiştir.

Bu noktada, bize göre hekimliğin bileşenleri belirtilmiştir. Bunlar ana başlıklar olarak:

1. Bilim ve Teknoloji

- A) Doğa Bilimleri ve Teknoloji
- B) Hümanitas/ İnsan ve toplum (Kültür) Bilimleri & Kişisel özellikler

2. Ahlâki yapı ve karakter özellikleri

3. Praksis, Poiesis, Techne, Phronesis, Noesis,

4. Felsefe ve Bilgelik unsuru

5. Tarihi ve kültürel yönü şeklinde düşünülmüştür.

Tıp/ Hekimlik uygulamaları, pek çok unsuru bünyesinde barındırır; hayatın fiziksel ve kültürel (-felsefî, bilimsel, sanatsal, sosyolojik, politik, ekonomik, dinsel vd. -) tüm unsurları ile etkileşir. Tıp, teorik ve pratik pek çok farklı alanı içeren bir şemsiye terimdir; bu bakımdan, tıbbın salt bilim olarak değerlendirilebilecek alanları, örneğin moleküler biyoloji ve genetik, fizyoloji, anatomi, histoloji ve embriyoloji, mikrobiyoloji, patoloji, farmakoloji gibi disiplinleri içermesinin yanı sıra ve onlarla birlikte hekimliğin *praksis*’i (pratiği, uygulaması), *poiesis*’i (ürün meydana getirme) ve *techne*’si yer alır. Hekimlik praksi ve poiesisinde, yapılan her şey -tümüyle nicellenemez, tümüyle bilinemez, tümüyle öznel alanına girilemez ya da temsil edilemez ya da mütakabiliyeti olmayan (= incommensurability, kıyaslanamazlık)-insan üzerinde yapıldığı için bilim değildir ama bilimlerin kavşağında yer alır; hekimlik praksi *per se* bilim değildir ama muhakkak ki yoğun bilimseldir.

Sağlık kavramının ontolojik tanımı, hekimlik uygulamaları bakımından son derece önemli ve kilit bir kavramdır; çünkü, tıbbın amacı “sağlık”tır, insanda sağlığı tesis etmektir. Sağlık kavramının literatürdeki çeşitli tanımları içinde, örneğin Pellegrino ve Thomasma’ya göre,³³⁶ “*tıp, bir insanın yaşamında sağlıklı olması ya da hastalığının iyileşmesi için, bilimsel bilgi ve diğer alanlara ait bilginin kullanılarak, bedenin doğrudan manipülasyonunu ve değer-yüklü kararları içeren bir klinik uygulamadır.*” Callahan ve Hanson’a göre,³³⁷ “*sağlık, pek çok yaşam olayında öne çıkan bir durum olmanın ötesinde, meslek etkinliğinin sürdürülebilmesi, hoş giden işlerin yapılmasında ve genelde iyi bir yaşam için zorunludur*”; kaldı ki, (askerlik, polislik gibi) bazı meslek gruplarında beden sağlığı işi yapabilmek için zorunludur. Mental sağlık ise, ahlâki sorumluluk ve yasal suçluluk için zorlayıcı bir durumdur. Ayrıca, kabaca bakıldığında, -asında her biri kendi içinde sorunlu ve tartışmaya açık olan- mutlu olmak, kısıtlama gerektirmeyen iyi bir bedene sahip olmak, beden gücünün yerinde olması, somatik ve mental yönden bir hastalığın olmaması vb. tanımlar da bulunmaktadır. Bu konudaki felsefi temellendirmeler, antik Yunan’dan bugüne, her zaman ilgi çekmiş, üzerinde düşünülmüş ve pek çok değişim göstererek günümüze değin süregelmiştir. Ancak, sağlık ya da bireyin sağlıklı olması durumu, -hem hekimlik praksi içinde açıkça görülebileceği hem de felsefi perspektiften bakıldığında temellendirilip ilişkilendirilebileceği gibi- tekdüze, tek parça, tek katman vb. şekilde tam olarak görülebilir, yalın ve eksiksiz tanımlanabilir, kuşatılabilir ve değişmez bir kavram değildir, sorunlu ve polemik bir kavramdır; ancak, ne ölçüde kapsamlı, çok yönlü ve derinliğine tanımlanabilir – ontolojik bakımdan kurulabilir ise, kavramın muğlaklığı o denli azalacaktır. Sağlığın (bireyin kendi içinde ve dışında) katmanları, dinamikleri, etkileşimleri, sürekli değişip dönüşen bir hiyerarşisi vardır. Sağlık (ve doğal olarak bununla bağlantılı bir biçimde hastalık da) çok kapsamlı - kuşatıcı, çok bileşenli, derinliği çok değişebilen, çok halkalı – çok katmanlı; zamana ve kültüre bağlı değişebilme özelliği gösterebilen bir kavramdır.

³³⁶ Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., “A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions,” Oxford University Press, New York, 1981.

³³⁷ Callahan, D., Hanson, M.J., “The goals of medicine: the forgotten issues,” Georgetown University Press, Washington, DC, 1999.

Bu çalışmamızda, sağlık ve hastalık kavramlarının kültür ile ilişkilerinin açıklanması ve ontolojik tanımı üzerinde de durulmaktadır. Bizim düşüncemize göre, sağlık kültürden ve değerlerden etkilenir, kültür ile bağlar kurar ama sağlık kavramının kendi içinde değer-yüklü olduğu söylenemez; aynı şekilde hastalık da kültürden ve değerlerden etkilenir, kültür ile bağlar kurar, kültürü ve değerleri etkiler ama yine hastalık kavramına içkin bir değer olduğu söylenemez.

Sağlık ve hastalık kavramlarının nesnel ve öznel unsurlarının bulunduğu ve bu özelliğin -nörobiyolojik temeli de kapsayan bir çerçevede- zihin – beden ayrımı ekseninde tartışılması ve bununla ilişkili olarak psikosomatik hastalıklar (ya da bizim de katıldığımız düşünceye göre psikosomatogeist hastalıklar) ile bağlarının kurulması ve örneklenmesi ile konuya açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Bu kavramlar aslında felsefe ve tıbbın birlikteliklerini zorunlu kılan çalışma alanlarıdır; tıp praksisinde çok farklı noktalarda, örneğin sağlık ve hastalıkların ortaya çıkışı, tanımı, tanısı, tedavisi vb. aşamalarda karşımıza çıkmaktadır ve belki tıp felsefesinin, -örneğin fenomenolojik ve varoluşsal bir felsefi yaklaşım ile- en yoğun çalışacağı konuları oluşturmaktadır. Tezde, bu noktalar tartışılmıştır.

Tezimizde, hekimlik praksisinde (çok çeşitli hastalık gruplarında ve geniş bir spektrumda) çok gördüğümüz, hep tekrarlanan fizyopatolojik örneklerden hareketle hastalık ve sağlık için çeşitli ontolojik ve epistemolojik aşağıdaki felsefi çıkarımlar yapılmıştır, bunlar:

Sağlıklılık durumu normalde sessizdir; yâni, sağlıklı olan bir organizmada ya da organda biz sağlıklılık durumunu ve sağlıklı olma durumunu sağlayan nitelikleri özellikle dikkat etmezsek görmeyiz, fark etmeyiz; ancak sağlıklı olma durumu bozulduğunda sessizlik de bozulur, yakınmalar ortaya çıkar.

Sağlık ve hastalık iç içedir ve Sağlıklı olmak bir denge durumudur; Sağlık ve hastalık iç içedir, sürekli bir geçişlilik durumu söz konusudur ve sağlıklılık (zaman içinde) hep yeniden inşa olan bir durumdur. Bireye ve birey dışında pek çok faktöre -

değişkene bağlı, bir bağlam içinde ortaya çıkan dinamik bir akıştır – oluşturmaz. Sağlıklılık durumunda sonuçları tam olarak kestirebilmek her zaman mümkün olmayabilir, olumsuzdur. Bu nedenle, -kuşkusuz bilimselleştirip nesnel bir düzlemde rasyonel olarak ele alınmanın yanında hayat içinde öngörülemez sayısız seyrin olabilirliğinde- sağlıklılık dengesi sürekli kurulan dinamik bir durumdur. Sağlık durumunu anlamakta en önemli faktörlerden biri (belki en önemlisi), antik dönemlerden beri üstünde durulan -ve özellikle antik Yunan’da Hippokrates (Hippocrates) tarafından vurgulanan- beden bir bütün, -somatik ve mental- olarak **denge** içinde olmasıdır.^{338, 339, 340, 341}

Sağlıklı olma aralığı ve ya da **Sağlıklı olmanın katmanları/ dereceliliği**: Sağlık durumu bir aralık durumudur ve bu aralık kişiye göre farklıdır. Bu anlamda, **sağlıklı olma aralığını** belirleyen mekanizmalar bütünü ile ortaya çıkan ***baş edebilme gücü*** sağlığın en önemli göstergelerinden biridir.

Sağlık durumu kişisel bir avara da tâbidir/ bağılıdır: Sağlığın göstergelerinden biri de kişinin herhangi bir yakınmasının, ağrısının olmaması ve olağan günlük işlerini rahatça yapabilmesi, kişinin herhangi bir sağlık sorunundan dolayı engellenmemesi durumudur. Bu tanım, kuşkusuz göreceli bir ifadedir, kişiye göre olağan işler, yapılmak istenen şeylerden engellenmemiş olmak değişebilir ve burada öznel bir bakış söz konusudur -örneğin bir olimpiyat sporcusu ile sıradan ve sedanter yaşayan birinin fiziksel, mental, ruhsal beklentileri çok çok farklıdır- ama sağlığın tam olarak anlaşılabilmesi - tanımlanabilmesi için öznel değerlendirme, kişisel farklılıkları dikkate almak da şarttır; bu anlamda, **sağlık durumu kişisel bir avara da tâbidir/ bağılıdır**. Burada yine *normal* kavramı ile ilgili sorun karşımıza çıkmaktadır; çünkü “*normal*” genellenmiş fizyoloji ile belirlenebilir bir durum

³³⁸ Hippokrates, “**Hippokrates Külliyyatı**,” Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.

³³⁹ Pasipoularides, A., “**Galen, father of systematic medicine. An essay on the evolution of modern medicine and cardiology**,” International Journal of Cardiology 172 (2014) 47–58.

³⁴⁰ Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.

³⁴¹ “**Berne & Levy Physiology**,” Koeppen, B.M., Stanton, B.A. (Editors), Sixth Edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2010.

değildir, görelî ve bireyseldir; kişiye ait *normal*'i – fizyolojiyi ya patoloji ya da kişisel üstün çalışmaların sonucu göstermektedir.

Bu tezde yapılan tartışmalardan biri de, sağlık ve hastalık kavramları, her iki kavramın ayrımı ve birbirleriyle ilişkileridir. Bu kavramlar ancak her iki kavramın birlikte analitik ve diyalektik bir sorgulama ile ele alınmasıyla daha iyi ortaya konabilir. Hastalık durumunun içeriği ve dengesi ile sağlık durumunun içeriği ve dengesi farklıdır; organizmada patolojik durumun ortaya çıkması ile işleyiş ve boyut değişerek farklı bir denge durumu ortaya çıkar. Sağlık kavramı (ya da *sağlıklı olmaklık*) ve sınırları, ancak patolojik durumların etkisi altında olmakla belirlenebilir (ama bunun tersi doğru değildir; yâni, sağlıktan patolojik durumun içeriği ve sınırları belirlenemez -bu özellik tezde çokça irdelenmiştir-); fizyolojinin olanaklarının ne kadar olduğu yalnızca patolojinin insan organizmasını zorladığı hâllerde ortaya çıkacaktır. Bu bakımdan tezde, sağlık ve hastalık tanımının kavramsallaştırılması için çeşitli kriterler ve kalıplar önerilmiştir; farklı perspektiflerden ve farklı özelliklerin dikkate alınmasıyla kapsayıcı bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır.

Bu tezde, 1960'larda ortaya çıkan anti-psikiyatri hareketi, özel bir ilgiyle ve tıbbın sorgulanmasını sağlayıcı etkisine istinaden ele alınıp kısaca tartışılmıştır. Her ne kadar nörobiyolojik temeli çok zayıf olsa da (hatta hiç yoksa da) sosyolojik ve felsefî arka planı ve etkileri dikkate alındığında, üzerinde çokça durmayı haklı çıkarmaktadır.

Tıp Pratiğinin Yöntemsel ve Felsefî Sorgulamalarında Başlıca Yaklaşımlar

1. Naif normalizm, Normalizm:

Bu yaklaşım, genellikle akademik tutum içinde ve çevrelerde benimsenmiş bir yaklaşımdır; buna göre, sağlık normallik hastalık ise anormalliktir. Bu bakışa göre normallik tanımı (belirli bir ırk, yaş aralığı, cinsiyet grubunda) sıklıkla görülen değerlerden – verilerden istatistiksel olarak oluşturulmuş bir aralığa karşılık gelir. Bu düşünce tarzı, empirik veriler üzerine kurulmuş ve aynı zamanda epidemiyoloji ve

istatistikten yararlanan bir yaklaşımdır. Sağlık ve hastalık kavramlarını, felsefî olarak bu matematiksel ve kavramsal temele oturtan yaklaşım Christopher Boorse'de (natüralist yaklaşım) görülür.^{342, 343, 344, 345} Bu bakımdan, normalizm, natüralizm ile bazı yönlerden büyük ölçüde örtüşür olsa da natüralizm çok daha başka kavramları da dikkate almayı gerektiren bir kavrayıştır.

(Naif) normalizm yaklaşımı, benimsediğimiz bilimsel yanı dışında bizce hem biyolojik hem de felsefî yönleriyle pek çok bakımdan yeterli değildir ve yaşam içindeki insanı tanımlamaya muktedir olmaktan uzaktır.

2. Natüralizm: [Tanımlayıcı yaklaşım, C. Boorse'nin Biyoistatistik Teori (= BST)'si]

Bu yaklaşımda esas belirleyici olan kriterler bilimsel normlara göre hareket etmek (natüralist, tanımlayıcı yönü) ve sosyal – kültürel değerlerden arınmış olmasıdır; böylece, sağlık ve hastalık, *(kültürel) değerler içermeyen bilimsel kavramlardır* şeklinde tanımlanır.^{346, 347} Hastalık, tümüyle (kültürel) değer-taşımayan bir içeriğe sahip olup biyoloji ve tıp bilimleri zemininde keşfedilip anlaşılabilinecek - bilimsel, doğal, empirik, gerçek-dünya kategorisi içinde kavramlardır.

Tanımlayıcı yaklaşım (= *Natüralizm, Boorse'nin BST'si*)'nde tek belirleyici olarak tıbbın bilimsel ve teknolojik yönü dikkate alınıp tıbbın hümanistik yanı elimine edilmiştir/ çok dikkate alınmamıştır; bu ise, ortaya tamamen mekanik bir tıp anlayışını çıkarmıştır. Bu yaklaşımda hekimlik uygulaması sadece teknik – mekanik bir ilişkidir. Aslında bu anlayış, R. Descartes ile başlayıp Spinoza, Locke, Newton ile devam eden

³⁴² Boorse, C., "On the Distinction between Disease and Illness," *Philosophy & Public Affairs*, Vol 5 No.1 (Autumn 1975), pp. 49-68.

³⁴³ Schramme, T., "Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine," *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 565-571, 2014.

³⁴⁴ Kingma, E., "What is it to be healthy?," *Analysis*. 2007 April ; 67(294): 128–133.

³⁴⁵ Sadegh-Zadeh, K., "Handbook of Analytic Philosophy of Medicine," Second Edition, Springer, 2015.

³⁴⁶ Boorse, C., "Health as a theoretical concept," *Philos Sci* 44:542-573, 1977.

³⁴⁷ Schramme, T., "Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine," *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 565-571, 2014.

mekanik evren tasavvuru sürecinin tıbbı ve hekimlik pratiğine yansıyan hâlidir. Bu yaklaşımdaki bilimsel yanı benimsemekle birlikte, bizim düşüncemize göre, tıp praksisini tamamen indirgeyici bir tutuma sahip olmasıyla ayrıldığımız bir görüştür. Tez içinde bu hususlar ile ayrıntılı olarak hesaplaşılmıştır.

3. Normatif (= *normative*, *kural koyucu*) yaklaşım – konstrüktivizm (= *yapılandırma*)

Normatif yaklaşım, natüralist yaklaşımın karşıtı/ rakibi denebilecek özellikler taşır. Bu yaklaşımda, hastalığın görüngülerinin belirli kategoriler hâlinde sınıflandırılması değer yargıları üzerinden oluşturulur.^{348, 349, 350} Normativist görüşte, sağlık ve hastalığın esas olarak bir değerlendirme kavramı olduğu ve biyolojik bir tanımının olmadığı (= *antroposentrik olduğu*) düşünülür. Kuşkusuz, bu yaklaşım bizim benimsediğimiz bir yaklaşım değildir; çünkü, biyolojik temeli tümüyle reddetmektedir ve hastalıkların kültürel olarak oluşturulduklarını iddia etmektedir.

4. Rekonstrüktif yaklaşım (Yeniden yapılandırıcı yaklaşım)³⁵¹

Rekonstrüktif yaklaşım, var olan kavramları, yöntemleri, bilgiyi ve kuramları, -örneğin *sağlık, hastalık, tanı, tedavi, vb.*- felsefî bir üstdil - sorgulama ile gözden geçirir ve bu kavramları daha iyi bir tıp pratiği -örneğin klinik tanı, tedavi kararı, tıbbî araştırma ve sağlık bakımı gibi konularda- sağlayabilmek, yeni fikirler geliştirebilmek ve tıp pratiğine yeni araçlar sunabilmek için geliştirir.

5. Holistik teori (*Nordenfelt'in kuramı, Sağlıkın Bütüncül Kuramı/ HTH (=Holistic Theory of Health)*)

³⁴⁸ Engelhardt, H.T., "Ideology and etiology," J Med Philos 1:256-268, 1976.

³⁴⁹ Cooper, R., "Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences," *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol 33, No. 2, pp. 263-282, 2002.

³⁵⁰ Schramme, T., Edwards, S., (Editors) "Handbook of the Philosophy of Medicine," Springer, 2017.

³⁵¹ Sadegh-Zadeh, K., "Handbook of Analytic Philosophy of Medicine," Second Edition, Springer, 2015.

Bu yaklaşımda, bireyi somatik, psişik-mental yapısı ile bir bütün kabul ederek ve çevresi ile etkileşimi içinde yâni bütüncül/ holistik bir kavrayışla ele alarak sağlık ve hastalığın tanımlanması önerilmektedir.^{352, 353} Esasen, holistik sağlığı daha çok hayata yaklaşım tarzı olarak düşünmek gerekir; sadece hastalığa ve bedenin sorunlu organına/ parçasına değil, bireyi biyopsikososyogeist-kültürel ve tarihi bütünselliği ve bulunduğu fiziksel ve kültürel ortamı içindeki yaşantısıyla ve uyumuyla ele alarak insanı anlamaya çalışmak bu yaklaşımı farklı ve tercih edilir kılan özelliğidir.

Bizim felsefî bakışımıza göre, üstte yazılan her bir yaklaşımın kendine özgü avantajları ve yetersizlikleri vardır; tıp pratiğinin uygulanmasında önemli olan, daha önce de belirtildiği üzere, tıbbın teorisinin – ontoloji ve epistemolojisinin, pratiğinin – klinik uygulamasının, araştırmasının hep birbiriyle bağlantılı ve birbirini besleyici, geliştirici nitelikte olduğunu bilerek bu alanlar arasındaki bağlantıyı ve etkileşimi açık tutmak; tıbbın hem bir bilimsel etkinlik olması nedeniyle “*bilimsel sorularla – nasıl soru kipi ile*” hem de hümanistik unsurunu, insanî değerleri içermesi nedeniyle “*felsefî sorularla – ne’dir soru kipi ile*” ve insanı odaklayan bir kavrayış ve tutumla tıp pratiğinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Tıbbî Epistemoloji

Tıbbî ontoloji ve epistemoloji birbiriyle iç içe, birbirini etkiler ve tamamlar niteliktedir; bu bakımdan, birlikte ele alınmayı gerektirirler. Tıbbî ontolojinin ve epistemolojinin kurulması, bilimsel bilgi, teknoloji ve hümanistik bilgi ve tutumun yanında son derece titiz bir felsefî analizi, temellendirmeyi gerektirir. Tıbbî ontoloji - epistemolojinin kurulabilmesi için hastalıkların bilimsel ve felsefî tanımı yapılmalıdır, bu amaçla belirli felsefî kavramlar kullanılır; bu tezde tıbbın epistemolojisindeki kavramlar felsefî bir perspektiften ele alınmıştır, bunlar aşağıda belirtilmiştir.

³⁵² Nordenfelt , L., “**Action theory, disability and ICF,**” Disability and Rehabilitation 25 :107 –79, 2003.

³⁵³ Solli, H.M., Silva, A.B., “**The Holistic Claims of the Biopsychosocial Conception of WHO ’ s International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Conceptual Analysis on the Basis of a Pluralistic – Holistic Ontology and Multidimensional View of the Human being,**” Journal of Medicine and Philosophy, 37: 277–294, 2012.

Tıpta Bağlantısallık/ Bağın (= *correlation*): iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki olması durumudur.

Tıpta Hastalıkların Nedensellik İlişkisi (= *causality*, **Etiyolojik Faktör**): Herhangi iki değişken ya da olay arasında neden – sonuç ilişkisinin olması; yâni, bir değişken ya da olayın diğerini üretmesi/ ortaya çıkarması, nedensel ilişkinin kurulabilmesidir [tıpta etiyolojik faktör(ler)e karşılık gelir].

Hastalığın Orijini: Bazı hastalıklarda orijin/ başlangıç ile neden/ etiyolojik faktör aynı olabilirken bazı hastalıklarda, -özellikle uzun süreç gerektiren ve çok katmanlı çok faktörlü ve bir ölçüde bilinmeyen hastalıklarda, örneğin aterosklerozda- ilişki daha kapsamlı ve daha karmaşıktır.

Hastalığın Oluş'u (= *Patogenez*)'nun hücresele düzeyden başlanarak [hücreiçi yapı(lar), hücre, doku, organ, sistem ya da sistemler, tüm organizma] her düzeyde moleküler biyolojik ve genetik, patolojik, patofizyolojik, patolojik anatomik, patobiyokimyasal, patobiyofiziksel, radyolojik, semiyolojik tezahür, klinik, cerrahi, mekanik yönlerden oluş ve seyrinin zaman içinde/ zamansallık faktörüyle de ilişkilendirilerek aşama aşama analitik ve ilişkisel bir biçimde, -nedensellik ilişkileri, süreci ortaya çıkaran mekanizmalar, çok yönlü ve çok katmanlı etkileşim, oluş/ değişim/ dönüşüm, ... ve bu oluşun öz'ü ile dışarıdan görülen fenomenolojik yapısı, ... farklı perspektiflerden farklı bulguların yakalanması- açıklanmasıdır (= *patogenez* yerine bazen etyolojiyi de içerecek şekilde, neden ve oluş birlikte ele alınarak *etyopatogenez* terimi de kullanılabilir).

Hastalığın Tanısı için klinik ortaya çıkışta görülen belirti (= *septom*) ve ya da bulguların (= *sign*) – semiyolojik çerçevenin belirli bir düzen içinde sistematik olarak ortaya konması; bu semiyolojik yapının etiyopatogenez ve inceleme bulguları ile birlikte ele alınıp açıklanması - ilişkilendirilmesi ve böylece hastalığın tanısı için bilimsel – rasyonel bir temellendirmenin kurulması ve hastalığın tümel özelliklerinin hasta bireyin tikel özellikleriyle de etkileşerek hastalığın kişiye özgü bir tabloda prezentasyonunun/ ortaya çıkışının yorumlanması; klinik tanı, belirli bir düşünme

biçimini, bilimsel bir altyapı ve deneyim gerektirmesi ve bu süreçte etyopatogenez ile bağlantılı olarak hastalıkların tanımında ve tanısında *gerekli* ve *yeterli* koşullar/ özellikler/ bulgular ile birlikte *patognomonik* özellikler de belirtilir. Hipotetik – dedüktif/ Abdüktif akıl yürütmeye başlanan tanı koyma sürecinde pek çok akıl yürütme yolları kullanılarak tanıya ulaşılır (tıpta hastalıkların tanısı, mantık bölümünde ayrıntılı olarak anlatılmıştır).

Tıpta/ Hekimlik Uygulamasında Karar Verme: Hekimlik uygulamalarının her aşamasında karar verme vardır; örneğin tanı koyma, tedavi kararı, cerrahi sırasında sürekli karar verme durumları, tedavinin takibinde kararlar, eğer yan etki ya da komplikasyon gelişmişse kararlar, uzun dönem takiplerde kararlar olmak üzere hekimlik praksisinin son derece dinamik işleyişi içinde sürekli olarak tekli ya da süreçsel kararlar verilir. Bu karar vermede, hekimlik praksisinin yapıldığı model (biyomedikal tıp, kanıta dayalı tıp, biyopsikososyal anlayış, holistik tıp, sistemik tıp) çerçevesinde bilimsel ve teknolojik birikim ve deneyim ile birlikte ontolojik – epistemolojik yapı ve belirli mantık ve etik ilkeleri etkili olmaktadır.

Ontolojik ve Epistemolojik Zeminde ‘Redüksiyonizm’, ‘Holizm’, ‘Sistemizm’

Burada, daha çok Kanada’da yaşamış ve akademik kariyerini de Kanada’da yapmış olan Arjantinli bir filozof ve teorik fizikçi olan *Mario Augusto Bunge* (1919–2020)’nin tıp epistemolojisi (ve bağlantılı olarak ontolojisi) ile ilişkili bazı görüşleri, önemli bir durumu ortaya koyduğu için tartışılmıştır.

Tıbbî Dil

Tıbbî dil/ Tıbbî terminoloji, tıp alanındaki (bilimsel) terminolojiyi içeren, *sağlık – hastalıklar* ile ilgili (anatomik, fizyolojik, patolojik, farmakolojik, klinik + cerrahi, uygulamalar + vd.) ve tıbbî tedavi ve uygulamalara ait kavramsal birikim ve donanımın – paradigmanın taşıyıcısı ve ifade edildiği/ aktarıldığı anlatım ve terim yapısını, sembolleştirmeleri kapsamaktadır. Bu bakışla düşünüldüğünde, tıbbî dilin yalnızca terminolojisinin değil esas olarak taşıdığı/ içerdiği kavramsal – bilimsel

yapının ve düşünme tarzının/ mantığının daha temel belirleyici olduğu görülür. Bu alt bölümde ise, tıbbî dilin başlıca unsurları ortaya konmaya çalışılmıştır.

Tıpta Mantık Uygulamaları

Tıbbın her alanında, -gerek hekimlik praksi (kuramsal ve praksi alanı) gerek bilimsel araştırmalar gerek akademik - eğitim, ... vd. alanlarında- tıbbın doğasının ortaya çıkardığı ve binlerce yıldır süregelen hekimlik uygulamaları ile gelişen bir matematik ve mantık vardır ve bu yapı, oldukça kendine özel – spesifik özellikler taşır. Bu spesifik matematik ve mantık, -tıbbın, hayatın bilimsel – teorik ve toplumsal – pratik her alanından kendine gerekli unsurları alıp kendisi için uyarladığı biçimde- tıbbın teorik ve pratiğine özgü kavrayışı içerir ve bu yapı anlaşılma sürecinin tıbbî süreçleri çözümlemek çok mümkün değildir. Bu tezde, tıbbın düşünme ve karar verme sürecindeki mantıksal yapı tartışılmıştır.

Tıpta Düşünme Tarzı ve Hekimlik Praksisinde Puslu Mantığın Felsefi Analizi ve Temellendirilmesi:

Tıp bilimleri alanında (/Biyolojide), doğadaki sayısız biyolojik çeşitlilikte canlının, (tıp ve hekimlik söz konusu olduğunda insanın), sürekli bir değişim (*genesis*), *apoptosis* (= programlı hücre ölümü) – rejenerasyon/ yenilenme, -organizmanın kendi içinde, aynı zamanda doğa içinde, bir doğa varlığı olarak ve doğa ile- etkileşim – iç içelik, süreklilik, geçiş – derecelenme, olanak/ potansiyel (*dunamis*) – aktüellik/ etkinlik/ tezahür/ ortaya çıkma (*energeia/ entelecheia*), oluş – bozuluş, eklenme – eksilme – değişim – dönüşüm - ölüm ile süregiden; sayısız parçanın bir organizmada bütünlük gösteren son derece dinamik dünyasındaki varlıkları/ nesneleri, organizmanın bütünlüğünde yaşamın sürekliliği ve optimizasyonu için kendi iç yapısında katı bir düzenleme gösteren yapıları, durumları, olguları, süreçleri, yasaları açıklamak için, “puslu mantık (*fuzzy logic*)” tanımlayıcı ve kullanışlı bir nitelik taşımaktadır. Ancak, (konumuz itibarıyla) tıbbın (ama daha geniş anlamda canlılar dünyasının) çok geniş çerçevesi içinde ortaya çıkan çok çeşitli durumlar – süreçler, tanı – tedavi uygulamaları ve araştırma programları yapıları nedeniyle farklı analiz ve çıkarımları gerektirdiği için, aslında düşünme sistemi içinde bazen klasik iki-

değerli mantık sistemini, bazen de çok-değerli mantık tarzlarını, örneğin puslu mantık düşünme tarzını ve pek çok düşünme tarzını, örneğin epistemik mantık, temporal mantık, probabilistik mantık, paraconsistent mantık gibi pek çok mantıksal düşünme tarzlarını girift bir biçimde uygun oldukları yerlerde ve bazen birlikte kullanmak mantık bakımından daha doğru ve uygun bir yaklaşım olmaktadır. Bu gereksinimi somutlaştırmak için en basitinden, tıpta sağlık ve hastalık ayrımının/ sınırlarının bile her zaman çok net olmayabileceği, zamansal değişimi, bilimsel ve teknolojik olanakların sürekli gelişimi, vak'aların bağlamsal farklılık gösterdikleri vb. gerçeğini belirtmek önemlidir.

Hekimlik praksisinde önemli bir alanı tanı koyma aşaması oluşturur. Tanı koyma, düşünme biçimi olarak yalnızca hastayı ilk defa gördüğümüzde gerçekleştirilen bir etkinlik değil, hastanın tanı, tedavisi ve takibi boyunca her aşamada uygulanan bir bakış ve düşünme tarzıdır. Tanı sürecinde esas olarak geri çıkarım (= *abductive, abdüktif*) akıl yürütme kullanılmakla birlikte süreç içinde pek çok yöntem de kullanılır. Geri çıkarım, hekimlikte tıbbî tanı, tedavide kullanılan bir mantık yöntemi olmakla birlikte günlük yaşamda, bilimsel buluşlarda ve bilimsel kuram oluşturmada, bilgisayar programlamada ve dedektiflikte de kullanılan bir düşünme biçimidir.

Hekimlik praksi ve insan faktörü:

Hekimlik praksisinde “*insan faktörü*” kavramı son derece önemli ve belirleyicidir. Hekimlik praksi insan tarafından planlanan, yapılan, yönetilen bir etkinliktir ve doğal olarak hataya açıktır; üstelik, işin bir süreç hâlinde seyretmesi ile devreye insan(lar), insan etkileşimleri, cihazlar, insan – makine ilişkisi, sistemler, çevresel faktörler, doğal seyir girmektedir ve ortaya dinamik ve karmaşık bir denklem çıkmaktadır; süreçteki bu zincir üzerinde herhangi bir halkada ortaya çıkacak olan hata/ eksiklik/ yetersizlik/ ve/ ya da parçalar arasındaki ters etkileşimler/ vb. ile çeşitli komplikasyonların gelişme olasılığı söz konusudur. Özellikle riski yüksek işlerde, örneğin nasıl ki havacılıkta insan kavramı önemli ve hep dikkate alınan bir husus ise, aynı şekilde, tıbbın, -özellikle dikkat, çabuk ve doğru karar verme, el mahareti, ...-

gerektiren ve yüksek risk taşıyan alanlarında, özellikle cerrahide olmak üzere tıp uygulamalarında da “*insan faktörü*” özel bir ilgi ile üzerinde düşünülüp tedbirler almak, planlamalar yapmak gereken bir konudur. Bu konu, 1970’lerden bu yana bilimsel temelde ele alınıp kavramsallaştırılmıştır ve “*insan faktörü mühendisliği*” alanı geliştirilmiştir.

Son söz

Hekimlik praksişi, insanı biyopsikososyogeist bütünlüğü içinde anlama, ve bu bütünsel organizmayı fiziksel ve kültürel çevresiyle ilişkisi içinde düşünerek, sağlık ve hastalık durumlarını ortaya koymak, tanımlamak ve birey için en uygun tedavi girişimini ve/ ya da sağlığını geliştirici uygulamaları yapmayı ve sonuçlarını izlemeyi gerektirmektedir. İnsanın son derece karmaşık, çok yönlü, çok katmanlı, çoklu varlık alanlı açık bir varlık yapısı olması nedeniyle, tıbbın kadim geçmişinden bugüne değin pek çok pratik ve teorik bilgi birikimi, kendine özgü bir geleneği, tarihi ve kültürel yapısı ortaya çıkmıştır. Yaklaşık yüz elli yıldır ama özellikle son kırk elli yıl içinde ise, tıbbın bilimsel ve teknolojik unsuru çok parlak bir atılım sergilemiş ve hekimlik praksisinde bir paradigma değişikliğini de beraberinde getirmiştir. Bugüne değin oluşmuş bilimsel, teknolojik ve kadim tıp praksişi, felsefi perspektiften ele alındığında açıkça şu görülecektir: İnsan (ve insana dair teorik ve pratik – uygulamalı alan) hiçbir kalıba, hiçbir bilimsel metodolojiye, hiçbir felsefi düşünüşe, hiçbir tedaviye tam olarak sığmamaktadır; (uygulanagelmiş pratiklerin ve elde edilmiş bilgilerin belki) her biri insana (bir ölçüde) hitap etmekte, insana dair bir şey söylemekte, insanda bir yeri doldurmakta ama hep eksik kalmaktadır. Bu nedenle biz, çok yönlü bir biçimde bilimsel – natüralist ve teknolojik yaklaşımın elzem olduğunu ama bunun yanında -ve en az o ölçüde- insan ve toplum bilimlerinin, felsefi bakışın, iletişim ve empatinin, insanî değerlerin gerekliliğini, ve böylece sistemizm kavrayışı içinde insanı kendi içindeki bütünlüğü ve tüm fiziksel ve kültürel çevresi ile birlikte ele almanın uygun olacağını düşünüyoruz. Felsefi açıklamalarda ise, tek bir bakışın yetmeyeceğine kaniyiz; diyelim ki, birbirine karşıt da olsa, örneğin hem redüksiyonist hem de holistik (belki daha doğrusu sistemizm) yaklaşımının, hem nominalist ama hem de realist kavrayışın, hem natüralist ama hem de normatif bakışın, hem özneliği hem de

nesnelliği içeren bir semiyolojinin – görünür ve görünmez ve hem potansiyel hem de aktüel gücün dikkate alınmasının, hem bilimsel kanıtın ama hem de spekülasyonun değerlendirilmesinin, ... dolayısıyla, insanın geliştirdiği her enstrümanın yerinde ve ölçüsünde kullanılması koşuluyla, insanı daha iyi kavrayan - kuşatıcı, bireye bilim ve teknolojinin yararlarını en üst düzeyde aktaran ama hasta birey için mütehakim olmayan, bireyi işaretlemeyen ve böylece hastayı şifanın ötesinde hem nesnel hem öznel iyileştirmeye ulaştıran bir tıbbî tavır ve tutum öneren felsefî yaklaşım gerekliliğini düşünüyoruz. Bu tez çalışmasında her bir felsefî bakışın, insanı, insanın sağlık ve hastalığını, hasta bireyi ve hastalığı anlamadaki rolü ve etkinliği tanımlanmış ve böylece esnek (ama yine de ancak ve belki insana ait birkaç şeyi açıkladığını ümit eden), çok yönlü ve kapsayıcı olduğu düşünülen özgün bir felsefî perspektif oluşturulmaya çalışılmıştır.

Bu tezde, öncelikli olarak tıp felsefesinin ontoloji, epistemoloji ve mantık ayağı ele alınıp çalışılmış ancak tıp felsefesinin çok önemli bir unsuru olan etik alana girilmemiştir. Çok daha geniş bir planda düşünülen “tıp felsefesi” çalışmamızda, bir sonraki aşamada tıp etiği (ve belki biyoetik) de çalışılacaktır.

KAYNAKÇA

- Abasıyanık, S.F., “**Havada Bulut**,” hikâyesi, *Bütün Eserleri 4: Mahalle Kahvesi*, *Havada Bulut* kitabının içinde, ss.150-156, Sekizinci Basım, 1990, İstanbul, Bilgi Yayınevi.
- Acıduman, A., Arda, B., “**Çocuk hastalıkları perspektifinden Râzî ve “vaka temelli eseri” Kitâbü’t-Tecârib**,” Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 216-234.
- Acıduman, A., Şems, Ş., “**Ebu Bekr Zekerîyyâ Er-Râzî (865-925) ve Yaklaşık 1 Yıl Önce Yazılmış Bir "Acil El Kitabı": Bur'u's-Sâa (Bir Saat İçinde Tedavi)**,” Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2009;17(1):6-16.
- Adair, T.H., Dzielak, D.J., Hall, J.E., et al., “**Tıbbi Fizyoloji Cep Kitabı**,” Çeviren: Zeynep Solakoğlu, Onikinci Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.
- Akarsu, B., “**Çağdaş Felsefe – Kant’tan Günümüze Felsefe Akımları**,” Yedinci Baskı, 1994, İstanbul, İnkılâp Kitabevi.
- Antonovsky, A., “**The Salutogenic model as a theory to guide health promotion**,” HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL Oxford University Press Volume 11, No. 1, 1996
- Aristoteles, “**Fizik**,” Çeviren: Babür, S., 2. Baskı, 2001, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.
- Aristoteles, “**Metafizik**,” Çeviren: Arslan, A., Üçüncü Baskı, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 2010.
- Aristoteles, “**Ruh Üzerine**,” Çevirenler: Babür, S., Basut, L.L., 1. Baskı, 2019, Ankara, BilgeSu.
- Arslan, A., “**İlkçağ Felsefe Tarihi, 1, Sokrates Öncesi Yunan Felsefesi**,” 6. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Arslan, A., “**İlkçağ Felsefe Tarihi, 3, Aristoteles**,” 4. Baskı, 2014, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Aruma, E.O., Hanocher, M.E., “**Abraham Maslow’s Hierarchy of Needs and Assessment of Needs in Community Development**,” International Journal Of

Development and Economic Sustainability Vol.5, No.7, pp.15-27, December 2017.

- Ashcroft, RE., “**Current epistemological problems in evidence based medicine**,” J Med Ethics 2004;30:131-135.
- Atlassnig, KP., Combi, C., Das, A.K., et al., “**Temporal representation and reasoning in medicine: Research directions and challenges**,” Artificial Intelligence in Medicine (2006) 38, pp.101-113.
- Bacon, F., “**Bütün Denemeler**,” içinde ss.152-154, Çeviren: Akşit Göktürk, Cem Yayınevi, İstanbul, 1974.
- Bacon, F., “**Novum Organum**,” Çeviren: Kabadayı, T., 1. Baskı, Bilgesu Yayınları, Ankara, 2015.
- Balzac, H., “**Gizli Başyapıt**,” Çeviren: Samih Rifat, İstanbul, Can Sanat Yayınları.
- Barman, S.M., Barrett, K.E., Brooks, H.L., et al., “**Ganong’s Review of Medical Physiology**,” New York: McGraw-Hill Medical, London, 26th Edition, 2019.
- Batur, E., “**Frenhofer Olmak Başkalaşımın XX, Balzac’ın Meçhûl Şaheseri için Picasso’nun XIX + I İllüstrasyonu & Tahribat Sanatı Üzerine Söyleni**,” Birinci Baskı, Ekim 1997, İstanbul, Sel yayıncılık.
- Bear, M.F., Connors, B.W., Paradiso, M.A., “**Neuroscience, Exploring the Brain**,” Fourth Edition, Wolters Kluwer, 2016.
- Becker, C.M., Glascoff, M.A., Felts, W.M., “**Salutogenesis 30 Years Later: Where do we go from here?**,” International Electronic Journal of Health Education, 2010; 13: 25-32.
- Bencko, V., Schejbalová, M., “**From Ignaz Semmelweis to the Present: Crucial Problems of Hospital Hygiene**,” Indoor Built Environ 2006;15;1:3–7.
- Bermudez, J.L., “**Cognitive Science, An Introduction to the Science of the Mind**,” Cambridge University Press, Cambridge, 2011.
- “**Berne & Levy Physiology**,” Koeppen, B.M., Stanton, B.A. (Editors), Sixth Edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2010.
- Bertalanffy, L., “**General System Theory - Foundations, Development, Applications**,” Second Printing, GEORGE BRAZILLER, New York, November 1969.

- Best, M., Neuhauser, D., “**Ignaz Semmelweis and the birth of infection control,**” Qual Saf Health Care 2004;13:233–234.
- Bhise, V., Rajan, S.S., Sittig, D.F., “**Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A Systematic Review,**” J Gen Intern Med 33(1):103-15.
- Boorse, C., “**On the Distinction between Disease and Illness,**” Philosophy & Public Affairs, Vol 5 No.1 (Autumn 1975), pp. 49-68.
- Boorse, C., “**Health as a theoretical concept,**” Philos Sci 44:542-573, 1977.
- Boorse, C., “**A second rebuttal on health,**” Journal of Medicine and Philosophy, 39, 683-724, 2014.
- Borck, B., “**Communicating the Modern Body: Fritz Kahn’s Popular Images of Human Physiology as an Industrialized World,**” Canadian Journal of Communication, Vol 32 (2007) 495-520, 2007.
- Bozbuğa, M., “**Felsefe ve Hekimlik**”, *Urla Felsefe Günleri* kitabında bölüm, Yayına Hazırlayanlar: Şafak Ural, Mahmut Tolon, Etki Yayınları, İzmir, Haziran 2017, ss. 155-164.
- Bozbuğa, M., “**Klinik Tanıda Geriçıkırım Kullanımı (Abduction as a Logical Method in Clinical Diagnosis),**” *VI. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2016, ISBN: 978-605-66311-1-5, Kitap Bölümü, ss: 59-65.
- Bozbuğa, M., “**Tıpta ve Tıbbi Uygulamalarda Puslu Mantık (Fuzzy Logic in Medicine and Medical Applications),**” *VII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2017, ISBN: 978-605-66311-2-2, ss: 121-144.
- Bozbuğa, M., “**Tıpta Yaşam ve Ölüm,**” ss: 652-672, *Yaşam ve Ölüm Felsefesi* kitabında bölüm, Editör: A. Kadir Çüçen, Birinci Basım, Sentez Yayıncılık, Ankara, Aralık 2017, ISBN 978-605-9922-67-8.
- Bozbuğa, M., “**Tıp Alanında Epistemik Mantık (Epistemic Logic in Medicine),**” *VIII. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Şafak Ural, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2018, ISBN 978-605-66311-4-6 (eKitap), Kitap Bölümü, ss: 69-78.

- Bozbuğa, M., “**Tıp Alanında Temporal Mantık (Temporal Logic in Medicine)**,” *IX. Mantık Çalıştayı Kitabı*, Editörler: Vedat Kamer, Mantık Derneği Yayınları, İstanbul, Aralık 2019, ISBN 978-605-80953-1-1 (eKitap), Kitap Bölümü, ss:109-123.
- Bozbuğa, N., Yakut, C., “**Felsefenin Işığında Kalp Nakli**,” *Kalp Nakli*, kitabında bölüm, Editörler: Balkanay M, Mansuroğlu D, Tıbbi Yayınlar Merkezi, İstanbul, s 7-19, 2020. ISBN: 978-605-70080-0-8.
- Bozkurt, B., John Donne: “**Seçilmiş Şiirler**,” Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1994.
- Bunge, Mario, “**Medical Philosophy – Conceptual Issues in Medicine**,” World Scientific Publishing, 2013.
- Callahan, D., Hanson, M.J., “**The goals of medicine: the forgotten issues**,” Georgetown University Press, Washington, DC, 1999.
- Canguilhem, G., “**The Normal and the Pathological**,” Translated by Carolyn R. Fawcett in collaboration with Robert S. Cohen, ZONE BOOKS • NEW YORK, 1991.
- Caplan, A.L., “**Does the philosophy of medicine exist?**,” *Theoretical Medicine* 13, pp.67-77, 1992.
- Chapman, A., “**Re-Coopering anti-psychiatry: David Cooper, revolutionary critic of psychiatry**,” *Crit Radic Soc Work*. 2016 November; 4(3): 421–432.
- Clar, Anthony W., “**Ronald David Laing 1927-1989: an appreciation**,” *Psychiatric Bulletin* (1990), 14, 87-88.
- Cooper, R., “**Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**,” *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol 33, No. 2, pp. 263-282, 2002.
- Copeland, B.J., (Ed.), “*Logic and Reality: Essays on the Legacy Of Arthur Prior*,” Oxford: Clarendon Press, 1996.
- Cunningham, Thomas V., “**Objectivity, Scientificity, and the Dualist Epistemology of Medicine**,” *Philosophy and Theory of the Life Sciences* 7, 2015, 1-17.

- Çelik, F., “İnsancıl Bir Tıp ve İyi Hekimlik için **Hekimliğin Seyir Defteri**,” Birinci Baskı, Deomed, İstanbul, 2013.
- Damasio, A., “**Feelings of Emotion and the Self**,” Annals of the New York Academy of Sciences 1001(1):253-61, 2003.
- Damasio, Antonio R., “**Descartes’ Error – Emotion, Reason, and the Human Brain**,” Avon Books, New York, 1994.
- Descartes, R., “**Metafizik Üzerine Düşünceler (Meditasyonlar)**,” Çeviren: Dürüşken, Ç., Birinci Basım, Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 2015.
- Descartes, R., “**Aklın Yönetimi İçin Kurallar**,” Çeviren: Sunar, E., İstanbul, Say Yayınları, 2013.
- Descartes, R., “**Aklımı İyi Yönetmek ve Bilimlerde Hakikati Aramak İçin Yöntem Üzerine Konuşma**,” Çeviren: Erşen, M., Birinci Baskı, s.67, Say Yayınları, İstanbul, 2013.
- Dhawale, T., Steuten, L.M., Deeg, H.J., “**Uncertainty of Physicians and Patients in Medical Decision Making**,” Biol Blood Marrow Transplant 23 (2017) 865-869.
- DiBona, G.F., “**Physiology in perspective: The Wisdom of the Body. Neural control of the kidney**,” Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 289: R633–R641, 2005.
- Donoso, A.F., Arriagada S.D., “**René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826). Two hundred years of the stethoscope. A brief overview**,” Arch Argent Pediatr 2020;118(5):e444-e448.
- Dürüşken, Ç., “**Antikçağ Felsefesi, Homeros’tan Augustinus’a Bir Düşünce Serüveni**,” 1. Basım, 2014, Alfa, İstanbul.
- Ekren, U., “**Felsefenin Perspektifinden J.S. Bach ve Richard Wagner’in Sanatı**,” Sentez Yayıncılık, 2016.
- Eliot, G., “**Middlemarch**,” Çeviri: Cihat Taşçıoğlu, Nora Kitap, İstanbul, 2018.
- Engel, G.L., “**The clinical application of the biopsychosocial model**,” Am J Psychiatry 1980 May;137(5):535-44.
- Engelhardt, H.T., “**Ideology and etiology**,” J Med Philos 1:256-268, 1976.
- Ertekin, C., “**Tıbbın Öyküsü**,” 1. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

- Evans, A.S. 1976. —**Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited**, Yale Journal of Biology and Medicine. 49: 175-95.
- Foot, J., “**Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78**,” Crit Radic Soc Work. 2014 August 1; 2(2): 235–249.
- Francesco Pelliccia, Cesare Greco, Cristiana Vitale, et al., “**Takotsubo Syndrome (Stress Cardiomyopathy): An Intriguing Clinical Condition in Search of its Identity**,” The American Journal of Medicine Volume 127 Issue 8 p.699-704, 2014.
- Francis, G., “**Medicine: art or science?**,” The Lancet, PERSPECTIVES|THE ART OF MEDICINE| VOLUME 395, ISSUE 10217, P.24-25, JANUARY 04, 2020.
- Frankl, V.E., “**İnsanın Anlam Arayışı**,” Çeviren: Selçuk Budak, IV. Baskı, İstanbul, 2009, Okuyan Us.
- Freud, S., “**Haz İlkesinin Ötesinde Ben ve İd**,” Çeviren: Babaoğlu, A., Altıncı Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 10, İstanbul, Metis Yayınları.
- Freud, S., “**Uygarlığın Huzursuzluğu**,” Çeviren: Barışcan, H., Yedinci Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 5, İstanbul, Metis Yayınları.
- Frisch, M., “**Homo Faber**,” Çeviren: Sezer Duru, 8. Basım, Can Yayınları, İstanbul, 2019.
- Galanti, G., “**Caring for Patients from Different Cultures**,” Third Edition, PENN University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2004.
- Gasset, J.O., “**Sanatın İnsansızlaştırılması ve Roman Üstüne Düşünceler**,” Çeviren: Neyyire Gül Işık, 3. Baskı, 2017, İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.
- Gasset, J.O., “**İnsan ve “Herkes”**,” Çeviren: Işık, G., İkinci Basım, 2019, s.10, İstanbul, Metis Yayınları.
- Godil, S.S., Shamim, M.S., Enam, S.A., Qidwai, U., “**Fuzzy Logic: A simple solution for complexities in neurosciences?**,” Surg Neurol Int 26-Feb-2011;2:24.
- Goodrich, J.T., “**Landmarks in the History of Neurosurgery**,” in “Principles of Neurosurgery,” Editors: Rengachary, S.S., Ellenbogen, R.G., Second Edition, 2005, pp. 57-64, Elsevier Mosby, New York.

- “Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice,” Forty-First Edition, Susan Standring Editor-in-Chief, Elsevier, 2016.
- Greaves, M., “A causal mechanism for childhood acute lymphoblastic leukaemia,” NATURE REVIEWS | CANCER Volume 18 | AUGUST 2018 | 471-484.
- Greenstein, B., Greenstein, A., “Nörobilim Renkli Atlası - Nöroanatom ve Nörofizyoloji,” Çeviri ve Editör: Mustafa Bozbuğa, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.
- Griffin, T., Young, M. and Stanton, N., “Human Factors Models For Aviation Accident Analysis and Prevention,” England: Ashgate Publishing Limited, 2015.
- Grunberg, T., “Epistemik Mantık Üzerine Bir Araştırma,” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Yayın No: 20, 1971.
- Guthrie, W.K.C., “Yunan Felsefe Tarihi, Sokrates Öncesi İlk Filozoflar ve Pythagorasçılar,” Çeviren: Akça, E., Birinci Baskı, 2011, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.
- Hartmann, N., “Ontolojinin Işığında Bilgi,” Çeviren: Harun Tepe, İkinci Baskı, Ankara, 2010, Türkiye Felsefe Kurumu Çeviri Dizisi: 6.
- Heidegger, M., “Varlık ve Zaman,” Çeviren: Ökten, K., İkinci Basım, s. 218, Agora Kitaplığı, İstanbul, 2011, (Orijinal eserin yayın tarihi 1927).
- Heidegger, M., “Düşünmek Ne Demektir,” Çeviren: Turan, İ., 3. Baskı, 2020, Dergâh Yayınları.
- Herakleitos, “Fragmanlar,” Çeviri ve Yorumlar: Cengiz Çakmak, Birinci Basım, Ekim 2005, İstanbul, Kabalcı Yayınevi.
- Hesse H., “Masallar – “Die Marchen” içinde “Cüce,” ss.11-32, Çeviren: İris Kantemir, 7. Basım, Can Sanat Yayınları, 2014.
- Hill, Austin Bradford, “The Environment and Disease: Association or Causation?,” *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58 (1965): 295-300.
- Hippokrates, “Hippokrates Külliyyatı,” Sunuş: Jouanna, J., Magdelaine, C., Çeviri: Nirven, N., Birinci Basım, Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2018.

- Hume, D., “İnsanın Anlama Yetisi Üzerine Bir Soruşturma,” Çeviren: Aydar, F.B., IV. Basım, 2019, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- İnönü, N. Ural, Ş. H., “Yeni bir çıkarım türü: geri çıkarım,” İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Anabilim Dalı, 2006.
- Jacobson, E., “Kendilik ve Nesne Dünyası,” Çeviren: Yazgan, S., Üçüncü Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 18, İstanbul, Metis Yayınları.
- Jankowska, D., Milewska, A. J., Gorska, U., “Application of Logic in Medicine,” Studies in Logic, Grammar and Rhetoric 21(34):7-24, 2010.
- Jung, C.G., “Kişiliğin Gelişimi,” Çeviren: Olgaç, D., Beşinci Basım, 2020, İstanbul, Pinhan Yayıncılık.
- Kadar, N., Romero, R., Papp, Z., “Ignaz Semmelweis: the “Savior of Mothers,” American Journal of Obstetrics & Gynecology, December 2018, pp.519-522.
- Kaltenboeck, A., Harmer, C., “The Neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future,” Brain and Neuroscience Advances Volume 2: 1-6, 2018.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A., Hudspeth, A.J. (Editors), “Principles of Neural Science,” Fifth Edition, McGrawHill Medical, 2013.
- Kandel, Eric R., “Belleğin Peşinde, Yeni Bir Zihin Biliminin Doğuşu,” Çeviren: Mehmet Doğan, Üçüncü Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 2019.
- Kant, I., “Arı Usun Eleştirisi,” Çeviren: Aziz Yardımlı, Üçüncü Baskı, 2010, İstanbul, İdea Yayınevi.
- Kelly, B.D., Bracken, P., Cavendish, H., et al., “The Myth of Mental Illness: 50 years after publication: What does it mean today?,” *Ir J Psychol Med.* 2010 Mar;27(1):35-43.
- Kingma, E., “What is it to be healthy?,” *Analysis.* 2007 April ; 67(294): 128–133.
- Kirkebuen, G., “Descartes' Embodied Psychology: Descartes' or Damasio's Error?,” *Journal of the History of the Neurosciences* 2001, Vol. 10, No. 2, pp. 173-191.

- Kirkpatrick, D.B., “**The first primary brain-tumor operation,**” J Neurosurg 1984 Nov;61(5):809-13.
- Kohut, H., “**Kendiliğin Çözümlemesi,**” Çevirenler: Atbaşoğlu, C., Büyükkal, B., İşcan, C., Dördüncü Basım, 2019, Ötekini Dinlemek 3, İstanbul, Metis Yayınları.
- Kohut, H., “**Kendiliğin Yeniden Yapılanması,**” Çeviren: Cebeci, O., Dördüncü Basım, 2020, Ötekini Dinlemek 4, İstanbul, Metis Yayınları.
- Kumar, V., Abbas, A., Aster, Jon C., “**Robbins BASIC PATHOLOGY,**” TENTH EDITION, Elsevier, 2018.
- Kumar, A., Pareek, V., Singh, H.N., et al., “**Altered Expression of a Unique Set of Genes Reveals Complex Etiology of Schizophrenia,**” Frontiers in Psychiatry December 2019 Volume 10 Article 906.
- Kurowski, B., Martin, L.J., and Wade, S.L., “**Genetics and outcomes after traumatic brain injury (TBI): What do we know about pediatric TBI?,**” J Pediatr Rehabil Med. 2012; 5(3): 217–231.
- Larson, J.S., “**The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health,**” *Social Indicators Research* volume 38, pages181–192(1996).
- Louis, D.N., Ohgaki, H., Wiestler, O.D., Cavenee, W.K. (Editors), “**WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System,**” International Agency for Research on Cancer (IARC), Lyon, 2016.
- Lyons, A. S., Petrucelli, R. J. II, “**Medicine, An Illustrated History,**” Abradale Press, New York, 1987.
- Marcum, J.A., “**Humanizing Modern Medicine - An Introductory Philosophy of Medicine,**” Springer, 2008.
- Masic, I., “**Determinants of Health and Health Concepts According to WHO Targets,**” IJBH – Volume 3 (2015), Issue 2, pp. 16-21.
- Maslow, A.H., “**A Theory of Human Motivation,**” Psychological Review 50(4):370-396, 1943.
- Maslow, A.H., “**Motivation and Personality,**” New York: Harper & Row, 1970a.
- Maslow, A.H., “**Religions, values, and peak experiences,**” New York: Penguin, 1970b.

- Maslow, A.H., “**İnsan Olmanın Psikolojisi**,” Çeviren: Okhan Gündüz, 4. Baskı, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 2016.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Iwasaki, Y., and Stein, D.J., “**Taijin kyofusho: a form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors?**” International Journal of Neuropsychopharmacology (2001), 4, 231–237.
- Megone, C., “**Aristotle’s function argument and the concept of mental illness**,” Philos Psychiatry Psychol 5:187-201, 1998.
- Melanie P. Hoenig and Mark L. Zeidel, “**Homeostasis, the Milieu Intérieur, and the Wisdom of the Nephron**,” Clin J Am Soc Nephrol 9:1272–1281, 2014.
- Mengüşoğlu, T., “**Felsefi Anthropoloji, İnsanın Varlık Yapısı ve Nitelikleri**,” İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No: 1612, İstanbul, 1971.
- Merleau-Ponty, M., “**Algının Önceliği ve Felsefi Sonuçları**,” Çeviren: Yıldırım, Y., s.33, İstanbul: Alfa Basım Yayın, 2017.
- Merleau-Ponty, M., (1968), “**Vücudun Fenomenolojisiyle Zihin-Beden Düalizmini Aşabilir mi?**,” Çeviren: Esenyel, Zeynep Z., ss. 120-121, Cogito 88, İstanbul: YKY Yayınları, 2017.
- Mill, John S., “**A System Of Logic, Ratiocinative And Inductive**,” January 31, 2009 [Ebook 27942].
- Missios, S., Bekelis, K., Blike, G.T., et al., “**Ensuring Patients Safety in Surgery – First Do No Harm**” in Schmidek & Sweet Operative Neurosurgical Techniques Indications, Methods, and Results, Elsevier Saunders, Sixth Edition, pp.1-11, 2012.
- Morin, E., “**Yitik Paradigma: İnsan Doğası**,” Çeviren: Devrim Çetinkasap, III. Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2017.
- Mößner, N., “**Thought styles and paradigms—a comparative study of Ludwik Fleck and Thomas S. Kuhn**,” Studies in History and Philosophy of Science Part A, Volume 42, Issue 2, June 2011, Pages 362-371.
- Nesse, Randolph M., and Williams, George C., “**Evolution and the Origins of Disease**,” Scientific American, Vol. 279, No. 5 (NOVEMBER 1998), pp. 86-93.

- Nietzsche, Friedrich, “**İnsanca, Pek İnsanca-1**,” Çeviren: Tüzel, M., Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, IV. Basım, İstanbul, 2016.
- Nietzsche, Friedrich, “**İyinin ve Kötünün Ötesinde**,” Çeviren: Ahmet İnam, İstanbul, 2011.
- Nordenfelt, L., “**Action theory, disability and ICF**,” Disability and Rehabilitation 25 :107 –79, 2003.
- Nordenfelt, L., “**Health and disease: two philosophical perspectives**,” Journal of Epidemiology and Community Health, 1986, 41, 281-284.
- Özcan, M., “**İnsan Felsefesi – İnsanın Neliği Üstüne Bir Soruşturma**,” Birinci Basım, Bilim ve Sanat Yayınları, 2006.
- Öztürk Güntöre, S., “**Tıp ve Felsefe**,” Nobel Kitabevi, Adana, 2005.
- Öztürk, O., Uluşahin, A., “**Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**,” 15. Baskı, Bayt Yayın Hizmetleri, Ankara, 2018.
- Pasipoularides, A., “**Galen, father of systematic medicine. An essay on the evolution of modern medicine and cardiology**,” International Journal of Cardiology 172 (2014) 47–58.
- Payer, L., “**Medicine & Culture – Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France**,” Owl Book, New York, 1996.
- Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., “**A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions**,” Oxford University Press, New York, 1981.
- Peltomaa, K., “**James Reason: Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese**,” Q Manage Health Care Vol. 21, No. 1, pp. 59–63, 2012.
- Peters, Michael A., Tesar, M., Locke, K., “**Michel Foucault**,” Michel Foucault - Philosophy - Oxford Bibliographies, <http://oxfordbibliographies.com>
- Pies, R., “**The anatomy of sorrow: a spiritual, phenomenological, and neurological perspective**,” Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2008, 3:17.
- Pietras, A., “**The Ontology of Processual Being: Nicolai Hartmann’s interpretation of the Hegelian Dialectical Process**,” Constructivist Foundations, Volume 14 No.1, pp.62-65, 2018.

- Platon (Eflatun), “**Kharmides** ya da Bilgelik Üstüne,” Çeviren: Tanju Gökçöl, *Diyaloglar 2* içinde, ss. 27-57’de s.32, Birinci Basım, Remzi Kitabevi, 1986.
- Popper, Karl R., “**Bilimsel Araştırmanın Mantığı**,” Çeviren: İlknur Aka, İbrahim Turan, Sekizinci Baskı, s.18, Yapı Kredi Yayınları, 2018.
- PSA 1974, “**Proceedings of the 1974 Biennial Meeting Philosophy of Science Association**,” Editors: Cohen, R.S., Hooker, C., Michalos, A.C., Van Evra, J., Springer, 1976.
- Quinn, G.E., Shin, C.H., Maguire, M.G., Stone, R.A., “**Myopia and ambient lighting at night**,” *Nature* 399, pages113–114(1999).
- Rilke, Rainer Maria, “Duino Ağıtları,” Çeviren: Can Alkor, İstanbul, 1993, s.1 (Rilke’nin 13.11.1925’te Witold Hulewicz’e yazdığı mektuptan), İyi Şeyler Yayıncılık.
- Roberts, R. and Itten, T., “**LAING AND SZASZ: Anti-psychiatry, Capitalism, and Therapy**,” *Psychoanalytic Review*, 93(5), October 2006.
- Rovetto, R.J., Mizoguchi, R., “**Causality and the ontology of disease**,” *Applied Ontology* 10 (2015) 79-105.
- Russo and Williamson [2007], “**Interpreting Causality in the Health Sciences**,” *International Studies in the Philosophy of Science* 21: 157–170.
- Rutkow, I. M., “**Surgery, An Illustrated History**,” Mosby, St. Louis, 1993.
- Sadegh-Zadeh, K., “**Handbook of Analytic Philosophy of Medicine**,” Second Edition, Springer, 2015.
- Sadegh-Zadeh, K., “**Medical Logic**,” in *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*, Second Edition, pp.605-706, Springer, 2015.
- Safa, P., “**Dokuzuncu Hariciye Koğuşu**,” 93. Basım, Ötüken Neşriyat, İstanbul, 2019.
- Sassi, Maria M., “**Herakleitos ve Empedokles**,” *Felsefe Tarihi 1 Antik Yunan*, Editör: Umberto Eco, Çeviren: Leyla Tonguç Basmacı, 1. Basım, 2020, Alfa, İstanbul.
- Schleifer, R., Vannatta, J., “**The Logic of Diagnosis: Peirce, Literary Narrative, and the History of Present Illness**,” *Journal of Medicine and Philosophy* 31:363-384, 2006.

- Schramme, T., Edwards, S., (Editors) “**Medical Knowledge**,” pp.758-957, in *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Springer, 2017.
- Schramme, T., Edwards, S., (Editors) “**Handbook of the Philosophy of Medicine**,” Springer, 2017.
- Schramme, T., “**Christopher Boorse and the Philosophy of Medicine**,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 565-571, 2014.
- Schwartz, M.A., Wiggins, O.P., “**Scientific and Humanistic Medicine: A Theory of Clinical Methods**,” In KR White (Editor) *The Task of Medicine*, Menlo Park, CA., Henry J Kaiser Foundation, 1988.
- Silbernagl, S., Lang, F., “**Color Atlas of Pathophysiology**,” Thieme, New York, 2000.
- Solli, H.M., Silva, A.B., “**The Holistic Claims of the Biopsychosocial Conception of WHO ’ s International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Conceptual Analysis on the Basis of a Pluralistic – Holistic Ontology and Multidimensional View of the Human being**,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 37: 277–294, 2012.
- Solomon, M., “**Making Medical Knowledge**,” Oxford University Press, Oxford, 2015.
- Sophokles, “**Antigone**,” Çeviren: Ari Çokona, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2017.
- Splittgerber, R., Snell, Richard S, “**Snell’s Clinical Neuroanatomy**,” Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.
- Spyridon Koulouris, Socrates Pastromas, Dimitrios Sakellariou, Theodoros Kratimenos, Ploutarchos Piperopoulos, Antonis S. Manolis, “**Takotsubo Cardiomyopathy: The “Broken Heart” Syndrome**,” *Hellenic J Cardiol* 2010; 51: 451-457.
- Strien, M., “**On the origins and foundations of Laplacian determinism**,” *Studies in History and Philosophy of Science*, 45(1), March 2014, pp. 24–31.
- Sur, H., “**Hasta Güvenliği ve İlişkili Kavramların Ortaya Çıkışı**,” kitap bölümü, Editörler: Sur, H., Palteki, T., Yazıcı, G., “*Hasta Güvenliği*,” 2019, Ankara, Palme Yayınevi.

- Szasz, T. S. (1960). “**The myth of mental illness,**” *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>.
- Szasz, T. S. (1961). “**The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct,**” First Edition, Hoeber-Harper Book.
- Tarhan, D.E., “**Husserl Fenomenolojisi ve Fenomenolojik Psikoterapi Üzerine,**” *Phainomena Fenomenoloji ve Zihin Felsefesi Dergisi* 2: 75 – 102, 2020.
- Tarhan, D.E., “**Fenomenolojik Öznelerarasılığın Tersyüz Edilişi Olarak Komedi,**” *Felsefe Arkivi* 45: 85 – 117, 2016.
- Thomasma, David C., “**Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino’s Philosophy of Medicine,**” *The Journal of Medicine and Philosophy* 15: 245-267, 1990.
- Tresker, S., “**Theoretical and clinical disease and the biostatistical theory,**” *Studies in History and Philosophy of Biol & Biomed Sci* 82 (2020).
- Turgut Uyar, “**Divan,**” 1. Baskı, 2019, Yapı Kredi yayınları, İstanbul.
- Turnpenny, P.D., Ellard, S., “**Emery’s Elements of Medical Genetics,**” Edition 15, Elsevier, 2017.
- Ural, Ş., “**Puslu (Fuzzy) Mantık,**” *Mantık, Matematik ve Felsefe*, I. Ulusal Sempozyumu 26-28 Eylül 2003, Assos – Çanakkale, Editörler: Ural, Ş., Özer, M., Koç, A., Şen, A., Hacıbekiroğlu, G., T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2004, s.43-60.
- Ural, Ş., “**Solipsism, Physical Things and Personal Perceptual Space – Solipsist Ontology, Epistemology and Communication,**” Vernon Press, 2019.
- Ünver, A.Süheyl, “**İbni Sina, Hayatı ve Eserleri Hakkında Çalışmalar,**” İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü, N. 49, İstanbul, 1955.
- Velioğlu, S., “**İnsan ve Yaratma Edimi,**” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.
- Velioğlu, S., “**İnsanın Resmi,**” Birinci Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2010.
- Vriends, N., Pfaltz, M. C., Novianti, P., Hadiyono, J., “**Taijin kyofusho and social anxiety and their clinical relevance in Indonesia and Switzerland,**” *Frontiers in Psychology*, February 2013, Volume 4 Article 3 pp. 1-9.

- Wang, X., Pei, J., Hu, X., “**The Brain-Heart Connection in Takotsubo Syndrome: The Central Nervous System, Sympathetic Nervous System, and Catecholamine Overload,**” Hindawi Cardiology Research and Practice Volume 2020, Article ID 4150291, 5 pages.
- WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: “**Safe Surgery Saves Lives**” Geneva, 2009.
- Williamson, J., “**Establishing Causal Claims in Medicine,**” INTERNATIONAL STUDIES IN THE PHILOSOPHY OF SCIENCE 2019, Vol 32, NO. 1, 33-61.
- Wilson, Hamish J., “**The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm?,**” Family Practice, Oxford University Press 2000, Vol. 17, No 2, 203-209.
- Wittgenstein, Ludwig, “**Tractatus Logico – Philosophicus,**” Çeviren: Oruç Auroba, Yedinci Basım, madde: 6.4311, s169, Metis Yayınları, İstanbul, 2013.
- Yaşargil, M.G., “**Microneurosurgery IVA,**” Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York, 1994.
- Yazıcı, O., “**ÇAPA LABORATUVARI,**” e-blog, 2016.
- Zadeh, Lotfi A.,: “**Biological Applications of the Theory of Fuzzy Sets and Systems,**” In: *The Proceedings of an International Symposium on Biocybernetics of the Central Nervous System*, pages 199-206, Boston 1969. Zamanpoor, M., “**Schizophrenia in a genomik era: a review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights,**” Psychiatric Genetics 2020 Vol 30 No 1, pp.1-9.
- Zhou, L., Hripesak, G., “**Temporal reasoning with medical data – A review with emphasis on medical natural language processing,**” Journal of Biomedical Informatics 40 (2007) 183-202.

ÖZGEÇMİŞ

Mustafa Bozbuğa 1971’de Sultanahmet 44 İlkokulu’ndan, 1977’de Vefa Lisesi’nden mezun olmuş ve ÖSS’de dereceyle girdiği İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’nden 1983’te mezun olmuştur. 1991 yılında, yine aynı üniversiteden (İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı) “Nöroşirürji/ Beyin ve Sinir Cerrahisi” uzmanlığını aldı. 1988 ve 1989’da Zürih Üniversite Hastanesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği’nde Prof. Dr. M. Gazi Yaşargil’in yanında *klinik - ameliyathane ve mikronöroşirürji laboratuvarı çalışmaları* yaptı. Mayıs 1993 - Mayıs 1994’te George Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği’nde Prof. Dr. Lalgam N. Sekhar’ın yanında *kafa tabanı cerrahisi ve mikronöroşirürji alanlarında* ve Haziran - Ekim 1994’te Osaka City Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği’nde Prof. Dr. Akira Hakuba’nın yanında yine *kafa tabanı cerrahisi ve mikronöroşirürji alanlarında* fellow olarak klinik ve laboratuvar çalışmaları yaptı.

Mustafa Bozbuğa, 1999’da “Beyin ve Sinir Cerrahisi”nde doçent, 2007’de profesör oldu. Mustafa Bozbuğa, gerekli (üç aşamalı) sınavları kazanarak 15 Ocak 2001’de, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2. Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği’nin “Kurucu Klinik Şefliğine” hak kazandı. Bozbuğa, dokuz yıl bu görevde kalmış ve bu süre zarfında kliniğinde çok yoğun bir cerrahi pratik ile en üst düzeyde ameliyatlar başarılı bir şekilde yapılmış, verimli bir akademik ortam oluşturulmuş, akademik yayınlar ve kitaplar hazırlanmış ve çok sayıda (14) Beyin ve Sinir Cerrahisi uzmanı yetiştirilmiştir.

Mustafa Bozbuğa 1998-2004’te, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı’nda “Anatomi” doktorasını tamamladı. Beyin ve Sinir Cerrahisi çalışmalarına hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı’nda kurucu başkan olarak devam etmektedir. Dr. Mustafa Bozbuğa’nın Beyin ve Sinir Cerrahisi alanında 200’ün üzerinde bilimsel yayını, 28 adet kitap bölümü, 3 adet çeviri kitabı, 1 adet kitap bölümü çevirisi vardır; yayınlarına,

SCI'a kayıtlı dergilerde 900'ün üzerinde atıf yapılmıştır. Ulusal ve uluslar arası toplantı – sempozyum – kongrelerde çok sayıda konuşma yapmıştır; 30'un üstünde tıpta uzmanlık tezinde tez danışmanlığı yapmış ya da katkıda bulunmuştur. Özellikle beyin tümörleri, kafa tabanı cerrahisi ve beyin damar cerrahisi alanlarında yoğunlaşmış çok geniş bir kişisel mikronöroşirürji vak'a arşivi vardır; ulusal ve uluslar arası dergilerde hakemlik, editör yardımcılığı, danışma kurulu üyeliği yapmaktadır; mesleki çeşitli derneklerde üyeliği bulunmaktadır.

Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi'nden (2010-2014'te eğitim görerek) 2014'te "Felsefe" bölümünden mezun oldu. 2014'te girdiği İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü'nde doktora çalışmasını sürdürmektedir. Felsefe alanında sekiz adet kitap bölümü vardır.

