



Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası

Journal of Ankara University Faculty of Medicine

Editör

Çetin Erol

Yardımcı Editör

Hamdi Akan
Hakan Akbulut
Meltem Çöl
Mesiha Ekim
Esra Atabenli Erdemli
Kadirhan Sunguroğlu
Ayдын Yağmurlu

Yayın Sekreteryası

Pelin Arıbal Kocatürk
Cüneyt Köksoy
Deniz Kumbasar
Gökhan Nergizoğlu
Tarkan Soygür

Önceki Editör

Yücel Kanpolat

Danışma Kurulu

Serdar Aksöyek
Berna Arda
Saadet Arsan
Hande Arslan
Kenan Atabay
Sümer Baltacı
Abdülkadir Çevik
Necmi Değer
Taner Demirer
Mehmet Demirtaş
İlker Durak
Ruhan Düşünsel
Nurşen Düzgün
Numan Ekim
Cengizhan Erdem
Şensuvar Ertürk
Kaan Gündüz
Selim Karayalçın

Ayhan Kuzu
Işınsu Kuzu
Babür Küçük
Zeynep Mısırlıgil
Musa Kazım Onar
Süreyya Özbek
Güzin Özelçi Kavas
Hatice Özenci
Enis Özyar
Ümit Özyurda
Şükrü Sindel
Feride Söylemez
İbrahim Tekdemir
Melek Tulunay
Gülseli Yıldırım
Nezih Yüçemen

Yayın Sahibi: Prof.Dr.İlker Ökten
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Prof. Dr. Çetin Erol

Yazışma Adresi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yayın Komisyonu Başkanlığı, 06100 Sıhhiye, Ankara
Tel : (312) 3103010/207
Faks : (312) 3106370

www.onlinedergi.com/autfm

www.autfm.org

E-posta : tip.fakultesi.mecmuasi@medicine.ankara.edu.tr
dergi@autfm.org

Abone Adresi

Ankara Tıplılar Vakfı İktisadi İşletmesi, Talatpaşa Bulvarı No: 113/46, ANKARA
Tel.: (312) 310 69 39-40 - E-posta: anktipvakfi@yahoo.com.tr
Yılda 4 sayı yayımlanır (Mart, Haziran, Eylül, Aralık). Dergide yayımlanan yazıların yazarları dergiye abone olmaya davetlidir.
Öğretim Üyelerine yıllık 4 sayı 40 TL, Asistan, Pratisyene, Mecburi Hizmetli ve Araştırma Görevlisine % 50 indirimli, öğrenciyeye % 75 indirimli olarak uygulanır.
Ekbaskı (Reprint) ücretlidir. Reprint ücreti makalenin sayfa adedi ve reprint adedine göre yazarlara ve makale kabul yazısı ile bildirilir.

Yönetim Yeri: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Yayın Türü: Yerel süreli yayın

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri

KS Medya Ltd. Şti.
Tel-Faks: (312) 472 86 12 - 23

- 1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık), yılda dört sayı (bir cilt) olarak yayınlanır. Temel, dahili, ve cerrahi tıp bilimleri konusunda yapılmış araştırma, davetli derleme ve olgu bildirileri yayınlamayı amaçlar.
- Mecmua'da yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Daha önce kongrede sunulmuş ve özeti yayınlanmış çalışmalar, bu husus belirtilmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilmiş çalışmalarını gecikme veya diğer bir nedenle dergiden çekmek isteyenlerin bir yazı ile başvurmaları gerekir. Yayın komisyonu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası için gönderilmiş yazılarda makale sahiplerinin bu maddeye uymayı kabul ettiklerini varsayar. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.
- Yayın kurulu, yayın koşullarına uymayan yazıları yayınlamamak, düzeltmek üzere yazarına geri vermek, biçimce düzenlemek yetkisine sahiptir. Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar, yayın kurulunun uygun gördüğü en az iki danışman tarafından değerlendirildikten sonra yayınlanması uygun görülürse dergide basılır.
- Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Yazıların Türk Dil Kurumu'nun Türkçe Sözlüğü'ne ve Yeni Yazım Kılavuzu'na uygun olması gerekir.
- Bu dergiye başvurular www.online-dergi.com/autfmeski adresinden ulaşabileceğiniz çevrimiçi makale gönderme sistemi üzerinden yapılabilir. Aşağıda başvuru sırasında yazarların tamamlaması gereken 5 basamak hakkında ayrıntılı bilgi sunulmuştur. "İnternet" üzerinden başvuru sırasında karşılaştığınız herhangi bir sorunla ilişkili olarak, teknik kurul üyesi Savaş Çalışkan ile e-posta (caliskansavas@yahoo.com) veya te-

lefonla ((312) 310 30 10/207) temasa geçebilirsiniz.

Kaynaklar: Kaynaklar makale içinde yapılan atıf sırasına göre dizilmelidir. Dergimiz ilke olarak, makalelerde Türkçe yayınların da kaynak gösterilmesini önermektedir. Yayınlanmış veya yayın için kabul edilmiş yazılar kaynak olarak kabul edilebilir. Kaynakların yazımının 'Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals'da (International Committee of Medical Journal Editors, Mayıs 1999 güncellemesi) ayrıntılı olarak sunulan standartlara uyması gerekir. Dergi isimleri Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının "Ank Üni Tıp Fak Mecm" şeklinde kısaltılması uygundur.

Sürelî yayınlardan kaynak gösterme: Vargün R, Özkan-Ulu H. Nörolojik problemlili çocuklarda beslenme problemleri ve tedavisi. *Ank.Üni Tıp Fak Mecm* 2004;4:181-185. *Üçten fazla yazar ismi olduğu durumlarda, üç yazardan sonra Türkçe yayınlarda "ve ark." Yabancı dildeki yayınlarda "et al." Kullanılmalıdır.

Tek yazarlı kitap: Çakmak M. Ortopedik muayene. 2nd ed. İstanbul: Nobel; 1991.

Editörlü kitap: Kurt N, editör. Yetişkinlerde ve Çocuklarda Ameliyat Öncesi Değerlendirme. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002.

Kitap içinden bir bölüm: Rowe JS. Liver. In: Skandalakis JE, Gray SW, Rowe JS, editors. *Anatomical Complications in General Surgery*. 1st ed. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1986. p. 103-124.

Bilimsel toplantıda yapılan sunumlar: Seyhan F. Kalça eklemine yüzey değiştirme artroplastisinin (Wagner protezi) geç sonuçları. In: Ege R, editör. *X. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı*; 17-20 Mayıs, 1987; Mersin, Türkiye. Ankara: Emel; 1989. s. 494-6. Yayınlanmamış toplantı sunumlarının kaynak gösterilmemesi gerekir.

Bilgisayar programları: StatView SE+Graphics [computer program]. Ver-

sion 1.03. Berkeley: Abacus Concepts Inc.; 1988. Dergide yayınlanacak çalışmalarda kullanılacak kaynakların doğru yazılmasını sağlamak amacıyla, yazının değerlendirilmesinin her aşamasında yazar(lar)dan belirli kaynakların ilk ve son sayfa fotokopileri istenebilir. Bu istek yazar(lar)ca karşılanana kadar yazının yayınlanması beklenilir.

Bilgilendirerek onay alma ve Etik Kurallar

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedür(ler)in özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komitesi onayını göndermelidir. Aynı şekilde, hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.

6. Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Çetin EROL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Yayın Komisyonluğ Başkanlığı

06100 Sıhhiye, Ankara

E-posta: Tip.Fakultesi.Mecmuasi@medicine.ankara.edu.tr

Tel.: (312) 310 30 10 / 207,

Faks: (312) 310 69 39

- 1. The Journal of Ankara University Faculty Medicine** is published quarterly per annum; every three months (March, June, September, December). It publishes original articles research, invited reviews and concise case reports on basic, medical and surgical sciences.
- Contributions are received with neither the article nor any part of its essential results has been published or submitted for publication elsewhere, prior to its appearance in this journal. Work already presented in a congress or published as an abstract within the context of scientific meetings may be accepted for publication, provided that. This fact is mentioned.
- Peer review system is used for the submitted papers. These scientific manuscripts are evaluated by at least two reviewers. The final decision about publishing is made by the Editorial Board.
- Manuscripts may be written in Turkish or English
- Submissions to the journal can be made on-line through INTERNET; **www.aufm.org** Submission steps that need be completed by the authors during submission are explained in detail in following pages. Further contact by e-mail (**dergi@aufm.org**) or phone "+90 312 236 28 79" due to any problem at the online submission system should be encountered.

References: Number references in the order they appear in the text. The journal encourages the use of Turkish publications as references. Only published or accepted articles can be used as references. Use "Uniform requirements for manuscripts submitted to bio medical journal International Committee of Medical Journal Editors, May 1999 rev. edition" for standart format. Abbreviations of the names of the journal's title is abbreviated as "Ank.Üni. Tıp Fak. Mecm." "Examples for references: Articles in journals: Vargün

R, Özkan Ulu H. Nörolojik problemler çocuklarda beslenme problemleri ve tedavisi. *Ank. Üni. Tıp Fak. Mecm.* 2004; 4: 181-185.

Examples for references:

Articles in journals: Vargün R, Özkan Ulu H. problemler çocuklarda beslenme problemleri ve tedavisi. *Ank. Üni. Tıp Fak. Mecm.* 2004;4:181-185.

*List all the authors but if the number exceeds three, first three followed by et al format should be applied.

Personal author(s): Çakmak M. *Ortopedik muayene.* 2nd ed. İstanbul: Nobel; 1991. **Editor (s) compiler as author:** Kurt N, editor. *Yetişkinlerde ve Çocuklarda Ameliyat Öncesi Değerlendirme.* İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri; 2002.

Chapters in a book: Rowe JS. *Liver İn: Skandalakis JE, Gray SW, Rowe JS, editors. Anatomical Complications in General Surgery.* 1st ed. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1986.p. 103-124

Conference paper: Seyhan F. Kalça ekleminde yüzey değiştirme artroplastisinin (Wagner protezi) geç sonuçları. In: Ege R, editör. *X. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı;* 17-20 Mayıs, 1987; Mersin, Türkiye. Ankara: Emel; 1989. s. 494-6

Unpublished conference paper should not be used as a reference.

Computer Software: StatView SE+Graphics [computer program] Version 1.03. Berkley: Abacus Concepts Inc.; 1988. Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct text citation. Accuracy of the references the copies of the first and the last page of certain literature may be required. The publication of the manuscript can be held until this request is fulfilled by author(s).

Informed Consent and Ethics

Manuscript reporting the results of experimental investigations on human subjects must include a state-

ment in the Methods section that the institutional review board has approved. The project and/or the informed consent were obtained from parents. The author(s) should state the accordance to the international guidelines and "The regulations in drug research Ministry of Health, Government of Turkey, January 29, 1993". Also, the experimental studies must be approved by the ethics committee for animal use and proper ethics.

Address for Correspondence:

Prof. Dr. Çetin EROL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Yayın Komisyonluğu Başkanlığı

06100 Sıhhiye, ANKARA

E-mail:

Tip.Fakültesi.Mecmuasi@medicine.ankara.edu.tr

dergi@aufm.org

Phone: + 90 (312) 310 30 10 / 207

Fax: + 90 (312) 310 69 39

Çevrimiçi Makale Gönderme Online Submission

İris Online Dergi Sistemine makale gönderme işlemi 6 adımda tamamlanmaktadır. Her adımda bir önceki adıma dönüp düzeltme yapılabilmektedir. Aynı şekilde makaleyi tamamlamadan sistemden çıktığınızda da, bir sonraki sisteme giriş yaptığınızda makaleyi tamamlanmamış makaleler kısmına tıklayarak, kaldığınız yerden devam edebilirsiniz.

Sending a manuscript to Iris Online Journal System is completed in 6 steps. At each step, you can go back to the previous page. At the same time, when you exit the system without completing the manuscript, the next time you log into the system by clicking on the unfinished Manuscripts, you can continue from where you left off the system.

Adım 1: Başlık kısmında Makalenin dili, kategorisi, türü seçilmeli ve başlık isimleri belirtilen dillerde yazılmalıdır. Bunlar tamamlandıktan sonra Kaydet butonu ile 2. adıma geçilir.

Step 1: In the first step, enter manuscript language, category and type. Title should be written both Turkish and English.

Adım 2: Yazarlar kısmında makalenin diğer yazarları kurumlarıyla birlikte girilmelidir. Makalenin ilk yazarı siz olduğunuzda göre, ilk olarak kendi kurumunuzu girmelisiniz. Eğer makalenin sizden başka bir yazarı varsa o kişiyi de buraya eklemelisiniz. Yine aynı şekilde eklemek istediğiniz yazarın önce kurumunu belirtmelisiniz ve daha sonra en aşağıda bulunan Yazar Ekle butonu ile yeni yazarı da ekleyebilirsiniz. Eklenen yazara ait bilgileri düzenle kısmındaki işarete tıklayarak değiştirebilirsiniz.

Step 2: In the authors section, first you should write your institution and click save. To add a new Author, first enter his institution and click "Add new Author" button below. Then add information (name, surname, mailing address and mobile phone) of authors.

Anasayfa Arşiv Arama Savaş Çalışkan Autfm'e geri dön

Anasayfa > Yazar Ana Sayfa > Makale Ekle

1. Başlık 2. Yazarlar 3. Özet ve Anahtar Sözcükler YARDIM

Aşağıdaki alana makalenizin özetini yazınız. Özetiniz 250 sözcüğü aşmamalıdır.
Özetler

Özet (Ozet-TR) :

Sözcük sayısı: 2000

Özet (Abstract-EN) :

Sözcük sayısı: 2000

Adım 3: Özet ve Anahtar Sözcükler kısmında, Makalenin özetini ve anahtar sözcükleri belirtilen dillerde girmeniz beklenmektedir. Kaydet butonuna basarak 4. adıma geçebilirsiniz.

Step 3: In the summary and keywords section, write the keywords and the summary of the manuscript to the related field then click Save for the next step.

Anasayfa Arşiv Arama Savaş Çalışkan Autfm'e geri dön

Anasayfa > Yazar Ana Sayfa > Makale Ekle

1. Başlık 2. Yazarlar 3. Özet ve Anahtar Sözcükler 4. Dosya Yükleme YARDIM

Yüklediğiniz Dosyalarda hiçbir şekilde yazar ismi ve kurum görünmemesi gerekiyor böyle olması durumunda Yönetici sekreter tarafından makaleniz revizyon için size geri gönderilecektir Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9X13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlükte olmalıdır.

Dosya Tipi Seçiniz: (word) En az 1 adet (word) dosyası eklenmelidir.

Açıklama

Gözet... Yükle

Yüklenen Dosyalar

Adım 4: Makale metninin ve makaleye ait resim, tablo gibi dosyaların ekleneceği bölümdür. 1. adımda seçtiğiniz her makale türüne göre; farklı adetlerde farklı dosya tipi yüklemek zorundasınız. Ekranda bunun için gerekli uyarıyı görmektesiniz. Yüklemenin başarılı olabilmesi için; eklemek istediğiniz dosya tipi (word-excel-resim) ile gözet butonuna tıkladığınızda seçeceğiniz dosya uzantısı aynı olmak zorundadır. Daha sonra PDF Yap butonuna tıklamalısınız. PDF yapma işlemi bir kaç dakika sürebilir. İşlem bittikten sonra devam butonuna basarak diğer aşamaya geçebilirsiniz.

Step 4: Upload main text document (in microsoft word format), pictures and tables by using browse button then click on "Convert to PDF" in order to form your article. Main text, pictures and tables will be converted to a single PDF document.

Adım 5: Önyazı kısmında; Dergi Yayın Kuruluna makaleye ait belirtmek istediğiniz önyazıyı (coverletter) ekleyebilirsiniz. Kaydet butonuna bastığınızda artık son adıma geçebilirsiniz.

Step 5: Write your cover letter and then click Save button for the last step.

Adım 6: Onay kısmı makale yüklemenin son aşamasıdır. Makaleyi eksiksiz biçimde tamamlayıp, Onay butonuna basabilmeniz için kutucukların hepsini işaretlemek zorundasınız. Dikkat etmeniz gereken bir diğer nokta; Yayın Hakkı Devir Formunun imzalanarak merkezimize iletilmesi durumudur. Aksi takdirde makalenin değerlendirilmeme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Step 6: This is the last step of Online Submission System. You should click all the checkbox to send your manuscript. Also In order to process the Manuscript, Copyright form should be signed by related contacts and faxed to our Center.



Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Mecmuası

Journal of Ankara University Faculty of Medicine

2010 Cilt 63.Sayı 2

İçindekiler / Contents

TEMEL BİLİMLER / BASIC SCIENCES

41 İbn Sînâ'nın El-Kânûn Fi't-Tıbb Adlı Eserinde "Geriatrici" İle İlgili Bölümler

Ahmet Aciduman, Önder İlgili

DAHİLİ BİLİMLER / MEDICAL SCIENCES

49 Adli Tıp Kurumunda Değerlendirilen Cinsel Suç Sanıklarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Psikiyatrik Profilleri • The Psychiatric Profile And Socio-Demographic

Features Of Sexual Offender
Nergis Cantürk, Sermet Koç

55 Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması • Comparison of Life Qualities According to the Views of Children and Parents with and without Chronic Disease

Ender Durualp, Fatma Nur Kara, Vildan Yılmaz, Kübra Alaybeyoğlu

65 Nöral Tüp Defektinin Eşlik Ettiği Spondilotorakal Tıp Jarcho-Levin Sendromu: Bir Olgu Sunumu •

Spondylothoracal Type Jarcho- Levin Syndrome Associated With Neural Tube Defect: A Case Report
Nilüfer Güzoğlu, Dilek Dilli, Ş. Suna Oğuz, Avidan Kızılelma, Ömer Erdeve, Serdar Ceylaner, Uğur Dilmen

68 Ultrasound and MRI Findings in a Large Combined Laryngeal Mucocele: Case Report • Büyük Kombine Bir Laryngeal Mukoselde Ultrason ve Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları: Olgu Sunumu

Evren Üstüner, Ebru Düşünceli Atman, Hasan Özcan, İlhan Erden

CERRAHİ BİLİMLER / SURGICAL SCIENCES

71 Sporodik Geçişli Adams Oliver Sendromu: Bir Olgu Sunumu • Sporadic Inherited Adams Oliver Syndrome: A Case Report

Mert Demirel, Savaş Serel, Burak Kaya, Mehmet Serdar Gültaş

İbn Sînâ'nın *El-Kânûn Fî't-Tıbb* Adlı Eserinde "Geriatrı" İle İlgili Bölümler

Chapters Related to "Geriatrics" in The *Canon of Medicine* by Avicenna

Ahmet Aciduman, Önder İlgili

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Amaç: İbn Sînâ'nın *Kânûn* adlı ünlü eserinde yer alan "geriatrı" ile ilgili bölümlerin sunulması ve değerlendirilmesi.

Gereç-Yöntem: *El-Kânûn fî't-Tıbb*'in Tokatlı Mustafa Efendi tarafından yapılmış Osmanlıca-Türkçe çevirisi (*Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Hamidiye Koleksiyonu, No: 1015* nüshası) esas alınarak, eserin yaşlılık ile ilgili bölümleri çağdaş Türkçeye çevrilmiştir. Bu metin diğer Türkçe çeviri metin (*Kâhya* tarafından yapılan) ve İngilizce çeviri metinlerle (Gruner ve Shah tarafından yapılan) karşılaştırılmış, bazı durumlarda *Kânûn*'un basılı Arapça metni ile de karşılaştırma yoluna gidilmiştir. Geriatrı ile ilgili olarak değerlendirilen bölümler *Kânûn*'un birinci kitabında bulunmaktadır.

Bulgular: İbn Sînâ'nın *Kânûn*'da yaşlı kişilerin sağlıklarını korumak için alınması gereken tedbirleri ele aldığı bölümde, yaşlıların yiyecekleri ve içecekleri, sindirimlerinin nasıl iyileştirilebileceği, dışkılama alışkanlıkları ve sorun olduğunda bunun giderilmesi için yapılacaklar, yaşlıların içeceği şaraplar, yaşlılara yapılacak masajlar ve yaşlıların yapacakları egzersizler üzerinde durduğu görülmektedir. İbn Sînâ'nın yazdıkları arasında yaşlanmanın önlenmesi ya da geciktirilmesi gibi bir kaygı bulunmadığı görülmektedir. O daha çok yaşlılık sürecinde ortaya çıkan sorunları gidermeye yönelik yöntemleri vermektedir.

Sonuç: İbn Sînâ'nın, bağlı bulunduğu humoral patogenezi kuramına uygun olarak, yaşlıların rahatsızlıklarının giderilmesi, daha konforlu bir yaşam sürmeleri ve bakımları konusunda, İslâm tıbbının öncüllerinden birisi olan Greko-Romen ekolü sürdürdüğü görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: **Geriatrı, İbn Sina, Kanun, Tıp Tarihi.**

Objective: Presenting and evaluating the chapters about "Geriatrics" in *Canon of Medicine* by Avicenna.

Material and Method: The chapters related to geriatrics of *Canon* were evaluated and translated to contemporary Turkish depending on the copy of *Canon* which was translated to Turkish by Tokatlı Mustafa Efendi. This text was compared with the different Turkish translation of *Canon* translated by Kahya and two English translations of *Canon* translated by Gruner and Shah. For conflicted parts the Arabic original version of *Canon* was also compared and evaluated. The chapters about geriatrics were included in first book of *Canon*.

Results: The chapters of Avicenna's *Canon* concerning prevention of health of old people includes food and beverage of the old, improving the digestion, defecation habits and dealing with the problems about defecation, wines for the old, massage and exercise for the old. Avicenna did not concern prevention from aging and detainment of aging. His main aim is to provide and share methods for dealing with the problems occurring during the aging process.

Conclusion: Avicenna is a pioneer physician in Islamic Medicine dealing with problems occurring during aging and improving the quality of the old. After investigation of Avicenna's works, these can be evaluated as a perpetuation of Greco-Roman school.

Key Words: **Geriatrics, Avicenna, Canon of Medicine, History of Medicine.**

Yirminci yüzyılın başında Ignatz Leo Nascher'in öne sürdüğü "Geriatrı" sözcüğü ile doğan çağdaş geriatrı (1) "yaşlı insanların hastalıkları ve bakımları ile uğraşan tıp dalı (2)" olarak tanımlanmaktadır. Konuyla ilgili bir başka terim olan "Gerontoloji" ise "yaşlanma ve yaşlı insanların sorunları ile uğraşan bilim dalı (2)" olarak açıklanmaktadır.

Terim her ne kadar yeni gibi dursa da, yaşlılık ve yaşlanmayı engellemeye yönelik girişimler ile yaşlılıkta yapılabilecekler hakkında yazılanlar neredeyse insanlık tarihi kadar eskiye gitmektedir. Bu konuda insanoğlunun belleğinde yer etmiş olan pek çok öykü bulunmaktadır. Örneğin, kutsal kitapların yaratılış bölümünde insanın bil-

Geliş Tarihi: 08.10.2010

Kabul Tarihi: 25.10.2010

İletişim

Doç.Dr.Ahmet Aciduman
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Morfoloji Binası 2.Kat 06100 Sıhhiye / ANKARA
Telefon : 0 312 310 30 10 / 370
E-Posta Adresi : aciduman@medicine.ankara.edu.tr

me ağacının meyvesini yedikten sonra, hayat ağcının da meyvesini yememesi ve ölümsüz olmaması için Tanrı tarafından cennetten çıkarılması, yine Gılgamesh'in ölümsüzlük otunu bulduktan sonra bu otun yılan tarafından yenmesi (1) ölümsüz olma düşüncesinin kökünün insanlık tarihinin çok eski dönemlerine uzandığı hakkında bir fikir vermektedir.

Antik çağın önemli eserleri arasında yer alan *Corpus Hippocraticum* (*Hipokratik Külliyyat*)'da yaşlılık ve yaşlılıkta görülen hastalıklar hakkında bilgiler bulunmaktadır (3). Hipokrat (MÖ. 460-370) yaşlılığın "soğuk ve nemli" olduğu saptamasını yapmıştır (1). Hipokrat'tan iki yüz yıl sonra Aristoteles (MÖ. 384-322) sağlığını kötü olmasını, zamanından önce olan yaşlılık olarak kabul ederken, yaşlılığın kendisini de bir hastalık olarak kabul etmiştir. Roma tıbbının önemli ismi Galen (129-200) yaşlılığın fizyolojik açıklamasını dört hılt yani sıcaklık, soğukluk, ıslaklık ve kuruluk arasındaki dengesizliğe bağlamıştır. Soğuk ve kuru karakteristiklerin yaşlılıkta baskın olduğunu düşünmüştür (3).

Onuncu yüzyılda Ebû Câfer Ahmed ibn el-Cezzar'ın (920-1005) kaleme aldığı *Kitâb el-Meşâyih* (*Yaşlıların Kitabı*) geriatri hakkında yazılmış oldukça önemli eserdir (4). İslâm Coğrafyası'nın en önde gelen hekimlerinden İbn Sînâ'nın en önemli tıbbi eseri *el-Kânûn fi't-Tıbb*'da "geriatri" konusuyla ilgili olabilecek bölümler bulunmaktadır.

İbn Sînâ ve *El-Kânûn fi't-Tıbb*

Ortaçağ İslâm dünyasında Şeyhü'r-Reis, batı dünyasında Avicenna adıyla da anılan İbn Sînâ (980-1037) Buhara'da doğmuştur (5). Fıkıh, mantık, felsefe, tabiat bilgisi ve ilahiyat konusunda eğitim aldığı bilinen İbn Sînâ, metafizik konusuna da ilgi duymuş, bunlara ek olarak tıp eğitimi de almıştır (6). Kendisini destekleyen devlet adamlarına, bilime değer verilen yerlere bağlı olarak Buhara, Harezm, Nesâ, Bâverd, Tûs, Şakkân, Semnîkân, Câcern, Cür-

can, Dihistân, Rey, Kazvin, Isfahan ve Hemedân'ı (5) da içine alan pek çok yerde bulunan ve bu hareketli yaşam sürecinde pek çok önemli eser kaleme alan (6) İbn Sînâ, kulunç hastalığı nedeniyle Hemedân'da ölmüştür (5).

Antik Yunan'dan yazıldığı döneme kadar olan tıbbi bilgileri sentezleyerek, sistematik bir biçimde ve gözlemlerle zenginleştirerek, veren *el-Kânûn fi't-Tıbb*, bu özellikleri ile hem doğuda, hem de batıda uzun yıllar tıp eğitiminde kullanılmıştır. Beş kitaptan oluşan *el-Kânûn fi't-Tıbb*'ın "geriatri" ile ilgili kısımlarını incelediğimiz birinci kitabı dört humor, mizaç teorisi, anatomi, fizyoloji gibi dönemin tıbbi temellerini içermektedir. İkinci kitapta tedavide kullanılan maden, hayvan ve bitkilerin özellikleri anlatılmaktadır. Üçüncü kitapta organlar ve bunlara bağlı hastalıklara yer verilirken, dördüncü kitap organa özgü olmayan ateş gibi hastalıklar ve cerrahi tedavileri içermektedir. Beşinci ve son kitapta ise tedavide kullanılan bileşik ilaçlar ve formülleri yer almaktadır (5).

Eserin pek çok dile çevirisi yapılmıştır. Osmanlıcaya çevirisi Tokatlı Mustafa Efendi tarafından XVIII. yüzyılda yapılmış olup, bu çevirinin yazmaları *Topkapı Sarayı, III. Ahmed no: 1903; Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Hamidiye Koleksiyonu, no: 1015 ve Ragıp Paşa Koleksiyonu, no: 1335*'de bulunmaktadır (6).

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada kullanılan *el-Kânûn fi't-Tıbb*'ın yazma, baskı ve çevirileri şunlardır:

1. İbn Sînâ. *El-Kânûn fi't-Tıbb*. Tokatlı Mustafa Efendi tarafından *Tabbîz el-Mathûn* ismiyle XVIII. yüzyılda yapılan Osmanlıca-Türkçe çevirinin *Hamidiye 1015* yazması (7).
2. *A Treatise on The Canon of Medicine of Avicenna: incorporating a translation of the first book by O. Cameron* Gruner, reprinted. New York: AMS Press Inc., 1970 (8).

3. Mazhar H. Shah. *The General Principles of Avicenna's Canon of Medicine*. Karachi: Naveed Clinic, 1966 (9).

4. İbn-i Sînâ. *El-Kânûn fi't-Tıbb*, Birinci Kitap, Türkçeye çeviren Esin Kâhya. Ankara: AKDITYK Atatürk Kültür Merkezi, 1995 (6).

5. İbn Sînâ. *El-Kânûn fi't-Tıbb*, 3 Cilt. Matbaatü'l-Âmire, Cilt 1, 1294 H./1877 (10).

Tokatlı Mustafa Efendi'nin *Kânûn* çevirisinin Türkçe yazmasının günümüz abecesine transliterasyonu ve daha sonra çağdaş Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Dönemin dilini de yansıtabilmek için metnin cümle yapısını olabildiğince koruma yoluna gidilmiştir. *Kânûn*'un Türkçe olan diğer çevirisi, İngilizce olan iki çevirisi ve bazı durumlarda *Kânûn*'un Arapça basılı metni ile bu metin karşılaştırılmış, incelenen çeviriler içerisinde *Kânûn*'un yazıldığı döneme en yakın zamanda yapılan çeviri olması nedeniyle, Tokatlı Mustafa Efendi'nin Türkçe-Osmanlıca çevirisinin çağdaş Türkçeye aktarılmış metni bulgular bölümünde verilmiştir. Metin içerisinde geçen, Arapça *Kânûn*'da da aynı şekilde bulunan ve ilâç olarak kullanılan bitki isimleri olduğu gibi bırakılmış ve yanına [...] içerisinde Türkçe anlamları ve Latince karşılıkları verilmiştir. Bazı besin isimlerinin yanına da açıklamalar konulmuştur. Metin karşılaştırmaları sonunda saptanan farklılıklar ile ilgili açıklamalar dipnotlarda verilmiştir.

Bulgular

Kânûn'un Türkçe çevirisinde 1. Kitabın, 1. Fenninin, 3. Ta'liminin, 3. Faslında "Esnânın mizâcları beyânındadır" adlı bölümde "yaş ve mizaç" ilişkisi açıklanmaktadır. Buna göre İbn Sînâ'nın insan yaşamını dört bölüme ayırdığı görülmektedir: Birinci dönem gelişme, ikinci dönem gençlik, üçüncü dönem olgunluk ve dördüncü dönem yaşlılık. Yaşlılık dönemi olarak altmış yaşından ömrün sonuna kadar olan sürenin kabul edildiği açıklanmaktadır:

“Üçüncü fasıl. Yaşlar ve cinslerin mizaçları üzerine.

Toplu olarak insan yaşı itibarı ile dört sınıftır. Her sınıfta birer mizaca geçer. Birinci sınıf, sinn-i nümiüvüdü [gelişme çağı]. Bu yaşa sinn-i hadâset [gençlik çağı] de derler. Otuz yaşına yakın oluncaya kadar bu çağ sürer. İkinci sınıf, sinn-i vukûftur [duraklama çağı]. Bu duraklama çağına sinn-i şebâbet de [gençlik çağı] da derler. Bu yaşın süresi gelişme yaşının sonundan otuz beş ya da kırk yaşına varıncaya kadardır. Üçüncü sınıf, sinn-i inhitâtın [çökme çağı] ilk zamanlarıdır. Bu çağda insan bedeni çökmeye başlarsa da, çökmesi olmakla birlikte kuvveti süreklidir, çökmesi fark edilmez. Bu çağa sinn-i kühûlet [orta yaş] da derler. Bunun süresi duraklama yaşının sonundan altmış yaşına varıncaya kadardır. Dördüncü sınıf, sinn-i inhitâtın sonlarıdır. Bunda çökme açık ve belli olur ve kuvvetin zayıflığı görünür. Buna sinn-i şüyüh [yaşlılar çağı] derler. Altmış yaşından ömrün sonuna kadar gelinceye kadar sürer... (7).”

Mizaçlar açısından ele alındığında, yaşlıların vücutlarının soğuk ve kuru olduğu bildirilmektedir. Gençlerin mizacının çocukların mizacından ılımlı olduğu, yaşlının orta yaşlıya kıyasla daha sıcak mizaçlı olduğu verilen bilgiler arasındadır:

“...İşte bu üçüncü fasılın sonucu budur ki çocuklar ve gençlerin bedenleri ölçülü bir şekilde sıcaktır. Orta yaşlılar ve yaşlıların bedenleri soğuktur, ama çocukların bedenleri nemde fazla ve ortanın dışındadır ki büyüme nedeniyle nemlerinin fazla olduğuna tecrübe yol gösterir. Kemikler ve organları[nın] yumuşaklığını etraflıca incelemek ve inceden inceye araştırmakla tecrübe olur. Yine kıyasla da daha nemli oldukları zamanına ve buğusal ruh ile ilgili zamanlarına yakınlıklarıdır. Ama orta yaşlılar ve yaşlılar soğuk iken kurudurlar.

Kemiklerinin sertliği ve ciltlerinin kirliliğin ortaya çıkmasının tecrübesi ile ve menilenme, kanlanma ve buğusal ruh zamanlarına uzak [olan] süreleri[nin] kıyasıyla kuru oldukları bellidir ve saptanmıştır. Bundan sonra bilinir ki çocuklarla gençlerde ateş birbirine eşit, hava ve su çocuklarda, toprak çocuklar ve gençlerde[n], orta yaşlı ve yaşlılarda artmış ve daha çoktur. Yaşlılarda toprak orta yaşlıdan daha çoktur. Gençlerin mizacı çocukların mizacından ölçülüdür, ama genç, çocuklara kıyasla kurudur ve yaşlı orta yaşlılara kıyasla sıcak mizaçlıdır. Yaşlının genç ve orta yaşlılara kıyasla temel organları çok kurudur ve nem, Allah için şaşılacak şey, itibarıyla yaşlı, orta yaşlı ve gençten daha nemlidir...(7).”

1. Kitabın, 3. Fenninin, 3. Ta'limi “Meşâyihiñ tedbiri beyânında olub altı faslı müştemeldir” başlığını taşımakta olup, yaşlıların yiyecekleri, içecekleri, yaşlıların yapacakları egzersizler ve yaşlılara yapılacak masajlar gibi konular işlenmektedir:

“Üçüncü Bölüm. Yaşlıların tedbiri. Altı fasıl.

Birinci fasıl. Yaşlıların tedbiri hakkında bütün sözler.

Yaşlıların bütün tedbiri: Nemlendirici ve ısıtıcı olan şeyleri birlikte kullanmakla olur. Geceleri çoğunlukla uykuyu uzatmak ve yatakta oyalanmakla; ve yiyecek şeyler, hamama girmeler ve içecekler ile; daima idrar yapmak ile midelerinde olan balgamları bağırsak yolundan ve mesane yolundan dışarı atma olur ve tabiatlarının daima yumuşak olmasıyla olur. Yaşlılara gerçekten yararlı olur, nitelik ve nicelikte ılımlı olup yağ ile olan ovma ve sonra yürümek ve eğer yürüyüş kendisini zayıf eylerse ata binmek. Yaşlılardan zayıf olanlar tekrar ovulur ve ata bindirilir, bazen tekrarlanır. Yaşlılara gerek olur ki güzel kokulara el atmaları

çok olsun ve özellikle orta derecede acılığı olan güzel kokulara et atmaları diğerlerinden çok olsun. Uykudan sonra yağ ile ovuşturunsunlar, çünkü güzel koku ve yağı kullanmak ve üstüne almak, hayvansal kuvveti hareket ettirir ve uyarır. Bunlardan sonra yaşlılar binme ve yürümeden yaralanırlar (7).

İkinci fasıl. Yaşlıların yiyecekleri üzerine.

Gerek olur ki yaşlıların gıdaları ayrılarak, iki defada ve eğer güçsüzlüğü olursa üç defa[da] verilsin. Bu ayırma, sindirim kuvvetlerinin kaybı ya da güçsüzlüğü nedeniyle olur. Üç defada yetecek kadar gıdasını ayırdığında, üçüncü saatte ve üçüncü defada yaşlıların gıdası, sanatı iyi olan ekmek olur ve o ekmeğe bal katık edip birlikte yerler. Yedinci saatten sonra hamama girip, sonra karnını yumuşatan nesnelere alıp yesinler.¹ O yumuşatıcıları biz zikrederiz. Bundan sonra, gece yakın olduğunda, gıdası övgüye değer olan yemeği alıp yer. Eğer yaşlı olan kimse güçlü olur ise akşam yemeği az miktarda artırılır. Yaşlılar, sevdâyı ve balgamı doğurtan kaba gıdalardan uzak dursun ve sakınsınlar. Her sıcak, ekşi ve kurutucu olanlardan, kevâmih² [kâmeb, kevâmih çoğ. Ekmekle beraber lezzetlendirici ve iştah açıcı olarak yenilen bir tür çeşni (yemeklere koku ve lezzet veren iştah açan bir şey); sirke ile hazırlanan ve iştah açıcı olarak kullanılan bir şey, aynı zamanda murrî olarak da anılır] ve baharatlardan da çekinsinler; gıda olarak alıp yemesinler, ancak ilaç olmak üzere alıp yesinler; o şekilde yemeleri doğru olur. Ama yaşlılar kendilerine uygun olmayan nesnelere yiyip, ilk sınıftan yani sevdâyı ve balgamı doğurtan gıdalardan, tuzlu yiyecek ve bâdincân [patlıcan; solanum melongena] ve kurutulmuş et alıp yeseler ya da eti sert olan balık ve bitih-i zikkî yani karpuz ve kısâ yani hıyar alıp yeseler; ya da ikinci hatayı işleyip, kevâmih ve sahnâ [küçük siyah kaya balığından yapılmış balık jölesi ya da peltesi] ve süt alıp yese, içse, o hataları-

1 Tokatlı Mustafa Efendi çevirisi ile diğer çeviriler arasında farklılıklar vardır: “Banyodan sonra yedinci saate burada açıklandığı gibi yumuşatıcı ilaçlı yiyecekler verilmelidir (6).”

“At the seventh hour after the bath, they may partake of some or other of the foods we shall name later, which are laxative in action (8).” ve “They should for example, take bread well-baked with honey at the third hour, and a softening [medicinal] food at the seventh hour after the bath as will be described presently (9).”

2 Kâmah: A kind of seasoning, or condiment, eaten with bread to render it pleasant, or savoury; [a thing used to give relish to food, or to quicken the appetite:] accord. to some, prepared with vinegar, and used to quicken the appetite; also called murrî or it is a bad sort of murrî. pl. kavâmih or kavâmih (15).

nın zararını onarmak için yediklerinin zıtlarını alıp yerler. Hatta gerek olur ki yaşlılarda toplanmış fazlalık olduğu bilinir ise, sulandırıcılar kullansınlar. Her ne zaman kullandıkları sulandırıcılar ile fazlalıktan temizlenme olursa, nemlendiriciler ile beslenirler. Ara sıra alışık oldukları gıdaları ile [birlikte] yine sulandırıcıları kullanırlar, bizim gelecekte bildireceğimiz şekilde. Ama sütü kullanmak, yaşlılardan sütü tatmak için hoş bulan ve sindirenlere yararlı olur, eğer sütü alıp içme sonrasında karaciğer bölgesine ve karına gerilme gelmez ise ve kaşıntı ve ağrı olmaz ise. Çünkü süt besleyici ve nemlendirici olur. Nemlendiren yiyeceklerin yaşlılara faydası olur ve sütü en uygunu keçi sütü ve eşek sütü olur. Eşek sütünün özelliklerinden olur ki eşek sütü çoğunlukla peynirleşmez ve derhal aşağı iner, midenin ağzından midenin dibine tez iner, özellikle o sütü kullanmak tuzla ya da bal ile olsun. Gerek olur ki sütü kullanılan hayvanın merasına el atılsın ve merasının bitkilerinde keskinlik ve acılık ve ekşilik ve aşırı tuzluluk olmasın.³ Ama yaşlıların alıp yedikleri yeşillik ve sebzeler, salk [pancar; beta vulgaris] yani pazu ve kerefs [kereviz; apium graveolens] ve az miktarda kürrâs [allium porrum] yani pırasa olur. Bu gibi sebzeleri de murrî⁴ [iştah açıcı ve sindirimi kolaylaştırıcı olarak yenen acı bir sos] ve zeytinyağı ile hoş hale getirerek yerler. Özellikle, yemekten önce bu gibi hoş hale getirilmiş yeşillik kullanırlar, tabiatı yumuşatmaya yardımcı olması için. Vakitler ve zamanlarda sarımsağı kullanmanın, onları alıp yemeyi alışkanlık eden yaşlılara yararı olur.⁵ Zencebîl [zencefil; zingiber officinale] murabbâ⁶ [konserve, bir meyve reçeli ya da jölesi] yaşlılara uygun ilaçlardan olur. Sıcak murabbaların çoğu yaşlılara uygun olur. Ama o murabbalar bedenleri ısıtıp, sin-

dirilecek miktar kullanılır, bedeni kuru edecek miktar kullanılmaz. Gerek olur ki yaşlıların nemlendiren yiyecekleri zikredilen sıcak murabbalardan sindirim ve sıcaklık sebebinden rahatsız olup ve kuruluk sebebinden rahatsız olmasın. Yaşlıların tabiatlarını yumuşatmak için kullanılıp, bedenlerine uygun olan meyvelerendir yaz mevsiminde yaş incir ve erik. Ama kış mevsiminde kuru incir ve erik ballı su ile pişirilerek kullanılır ise uygun olur. Her durumda tabiatı yumuşatmak için meyveler yemekten önce kullanılır. Yine yaşlıların tabiatlarını yumuşatmak için kullanılan şeylerdendir, leblâb [sarmaşık] su ve tuz ile kaynatılıp ve murrî ve zeytinyağı ile hoş edilerek kullanılır ve besfâyicin [çıyan otu; polypodium vulgare] kökü de tabiatları yumuşatmak için tavuktan sıcakta şûrbâ⁷ [çorba] içinde ya da salk ya da kereb [lahana; brassica oleracea] maraka⁸ları [tek porsiyon et suyu ya da çorba] içinde kullanılır. Her ne zaman yaşlıların tabiatları bir gün yumuşak ve bir gün kuru şekilde olup, bu durumda sürekli olursa, o yaşlı, müşhil ve kayganlaştırıcı kullanımından bağımsız olur. Her ne zaman yaşlıların tabiatları bir gün yumuşak ve iki gün hapsedilmiş olsa, o durumda olanlara mâ-i leblâb [sarmaşık suyu] ve mâ-i kereb [lahana suyu] ve keşk-i şâ'îr [arpa keşkeği] ile lubâb⁹-i kurtum [yalancı safran; carthamus tinctorius] yeterli olur. Samg-i butmdan [terebentin sakızı; pistacia terebinthus ve damla sakızı; pistacia lentiscus] bir fındık (cillevcélüz) miktarı ya da iki fındık miktarı da yeterli olur, çoğunlukla üç fındık olur, üçü geçmez. Bu adı geçenler özellikle tabiatları yumuşatırlar, incitmeden bağırsakları cilalandırır. Celüz, saneber [çam kozalağı] dibinde büyük tanedir, ama sözlükte el-cillevz diye yazılıdır.¹⁰ Yine yaşlılardan adı geçen durumda

olanlara yarar verir bu birleşik ilaç ki lubâb-i kurtumdan bir kısım, on misli kuru incir ile terkip olunup, kullanılır ve bir içimi ceviz miktarı olur. Yine yararı olur yağ ile lavman yapmanın, çünkü bu lavman ile dışarı çıkartma olduğu gibi, bağırsakları yumuşatma da vardır, özellikle lavman yapılan yağ zeytinyağı olursa. Sakınıp, yaşlılara sıcak lavman ile lavman yapılmasın, çünkü onların bağırsaklarını sıcak lavman kurutur. Ama yağlılığı olan nemli lavman onlara en yararlı şeylerden olur, tabiatları hapsedilmiş olduğu zaman. O yaşlılar için biraz yumuşatıcı ilaçlar vardır ki biz o ilaçları onlara özel akrabâdinde zikir ederiz. Gerekli olur ki orta yaşlılar ve yaşlılarda boşaltma mümkün olduğu kadar fasddan [kan almak-venesection- phlebotomy] başkası ile olsun, çünkü ılımlı ishal, yaşlılara, fasddan daha uygun olur (7).

Üçüncü fasıl. Yaşlıların şarabı üzerine.

Yaşlıların şaraplarının tıbben hayırlısı eski ve kırmızı [olanı]dır, çünkü o şarap hem humorları harekete getirici (idrâr verici),¹¹ hem ısıtıcıdır. Yaşlılar taze ve beyaz şaraptan sakınırlar, meğerki onlar banyo yaptıktan sonra yemek yiyip susasınlar, o zamanda besleyiciliği az olan ince beyaz şarap suya karşılık olmak üzere. Yaşlılar, tıkayıcı şarapları içmekten sakınırlar (7).

Dördüncü fasıl. Yaşlıların tıkanıklıklarının açılması üzerine.

Eğer yaşlılara tıkanıklıklar gelirse, o tıkanıklıkların kolay, şarap içmekten gelen tıkanıklıktır. Gerekli olur ki içkilerden ve diğerlerinden ortaya çıkan tıkanıklıkları fütenci (yarpuzlu) [fütenc: yarpuz; mentha pulegium] ve felâfeli (bi-

3 "Hayvanlarda samanın çok sıcak, acı ve ekşi ya da tuzlu olmamasına dikkat edilmelidir (6)." ve "Care should be taken that fodder for the animal is not too hot, bitter, sour or excessively salty (9)."

4 Murrî: 1. Pertaining to what is bitter. 2. A bitter sauce eaten as a digestive and appetizer with bread (16).

5 Bu cümle yalnızca Tokatlı Mustafa Efendi'nin çevirisinde bulunmaktadır.

6 Murabbâ: 1. Terbiye edilmiş. 2. (i.c. murabbâyât): kaynayıp kıvâma geldikten sonra dondurulmuş meyva suyu tatlısı (17); Murabbâ: 1. Nourished and brought up. 2. Preserved (fruit etc.); a preserve, a jam or a jelly of fruit. Murabbâyât: 1. See Murabbâ. 2. Preserves of fruit (16).

7 Şûrbâ: Soup. See. Çorba (16).

8 Maraka: A single portion of broth or soup (16).

9 Lubâb: finely-ground flour or meal (15).

10 Bu açıklama Tokatlı Mustafa Efendi tarafından metne eklenmiştir.

11 Metinde "müdirr" kelimesi geçmektedir. "Müdirr: 3. (A drug) that excites a flow of humors. Müdirr-i bevl: Diuretic (16)" olarak tanımlanmıştır. Türkçe sözlükte ise "Müdirr: idrar veren, idrar verici (17)" olarak tanımlanmaktadır.

berli) macunlar ile çözsünler. Şaraplarının üzerine karabiber saçınlar. Eğer soğan ve sarımsak yemek, alışkanlıkları ise onları da alıp yesinler. Onlara tiryâk¹² gerçekten yararlı olur ve özellikle tıkanıklık sonradan ortaya çıktığında tiryâkın yararı onlara çok olur. Yine asânasyâ ve emrûsyâ¹³ ilaçlarının da yararı çok olur, ama bu adı geçenleri alıp yedikten sonra gerekli olur ki hamama girme ve yağ sürme ile nemlensinler ve et suyunu handerûs [buğday; *triticum romanum*] ve şa'îr [arpa; *hordeum*] ile alıp yesinler. Yaşlıların bal şarabını içmeleri yararlı olur ve tıkanıklıkların türemesinden ve eklemelerin ağrılarında bal şarabı içmekle korkusuz olurlar, ama o şart ile korkusuz olur ki bir uzuvda tıkanıklık sezilirse ya da o uzvun tıkanıklığa yatkınlığı sezilirse, o uzva özel ilaçlar adı anılan içkilere katılsın; örneğin üriner organlarda tıkanıklık ya da tıkanıklığa doğal yatkınlık sezilirse, adı anılan içkilere kerefs tohumu ve kökü katılır. Eğer adı geçen tıkanıklık testis bölgesinde ise, o içkiler kerefs tohumu ve kökünden kuvvetli olan fetrâsâlyûn [kaya maydanozu; *petroselinum sativum*] gibi nesnelere pişirilir ve testislerde olan tıkanıklıkları açar.¹⁴ Eğer tıkanıklık akciğerde olur ise o içkiler zûfâ [çördük otu; *hysopus officinalis*], berşiyâvuşân [*asplenium adiantum-nigrum*] yani baldırı kara, selihâ [tarçın; *cinnamomum cassia*] ve buna benzer nesnelere pişirilir (7).

Beşinci fasıl. Yaşlıların ovulması üzerine.

Gerekli olur ki yaşlıların ovulması miktar ve türde ılımlı olsun ve zayıf organlarına ve ağrısı olan uzuvlarına asla ilişilmesin. Eğer onları ovma, tekrarlar ve defalarca olur ise, o tekrar zamanlarda kaba olan kumaşlarla ya da kaba kumaştan ayrı, ellerle çok ovulsun, çünkü bu şekilde ovma, yaşlıların organlarında olan hastalıkların büyüyenlerini durdurarak yararı olur (7).

Altıncı fasıl. Yaşlıların egzersizleri üzerine.

Yaşlıların bedenlerinin durumlarının aykırılıkları sebebiyle egzersizleri çeşitli olur ve yine alıştıkları hastalıkların aykırılıklarıyla da egzersizleri çeşitli olur. Her birinin bir çeşit egzersize önem vermeleri nedeniyle de egzersizler çeşitli olur. Eğer yaşlıların bedenleri son derece dengede olur ise onlara orta halde olan egzersiz uygun olur. Eğer bütün azaları en üstün durumda olup, ama azalarından bir uzvu en üstün durumda olmazsa, o aykırılık gösteren uzvun egzersizi, diğer azanın egzersizine tâbi kılınır yani o uzuv egzersizde kullanılmaz, belki diğer aza egzersizde kullanıldığından, o aykırı olan uzva da faydalı egzersiz olur; örneğin o kimsenin başına baş dönmesi ya da baş ağrısı¹⁵ gelirse ya da ensesine maddeler dökülüp, başına ve beynine çok kere buharlar yükselirse, o gibi hastalıklı yaşlıya başını uzatıp aşağı sarkıtmak ile egzersiz uygun olmaz, belki onun gibiler yürüme ile koşma ile ata binme ile egzersize meyledilir ve aşağı yarı kullanılan her egzersize de meyledilir. Eğer o kimsenin afeti aşağı yarıya ve ayak tarafına meyletmiş olur ise, üst yarısı kullanılan egzersiz ile egzersiz yaparlar, kaldırmak, taşlar fırlatmak, taş kaldırmak benzeri ile egzersiz yaparlar. Eğer afet orta bölgede olur ise, örneğin dalak ve karaciğer ve mide ve bağırsakta olur ise sonraki engel yasaklamaz ise, iki tarafta yani üst tarafında ve alt taraf egzersizleri onlara uygun olur. Ama afet göğüs bölgesinde ise onlara ancak alt tarafın egzersizleri uygun olur, üst tarafın egzersizleri uygun olmaz. Kaldı ki afet böbrek ve mesane taraflarında olur ise, onlara ancak üst tarafta ve yukarı yarıda olan egzersiz uygun olur, aşağı yarıda olan egzersiz onlara uygun olmaz. Yaşlılar için hastalıklı azayı kuvvetlendirmeyi kast edip egzersizde eklemeye ve öne sürmeye yol yoktur. Bu hüküm yaşlıların hükmüdür. Diğer yaşlarda olup, elli yaşından sonra-

ki zamana erişmeyenlerin hükmü, yaşlıların hükmünün karşısı üzere olur, yani elli yaşından sonrasına varmayıp bütün azası üstün olanların bir uzvu hasta olsa, o afeti olan uzvu egzersizde kullanırlar. Orta yaşta olanların durumu çoğunlukla yaşlıların durumuna uygun olur, ama bu durumda aykırı olup orta yaşlı olanların hasta olan uzuvlarını, o uzva özel egzersizde kullanırlar. Ama yaşlıların azaları hasta olsa onlar egzersiz yaparlar, fakat azalarında sıcaklık ya da kuruluk olursa ya da azalarında çürümesinden korkulan maddeler olup, olgunluğu olmamışsa onlara egzersize izin verilmez (7)."

Tartışma

Tartışmaya başlarken dönemin tıp anlayışı üzerinde bazı açıklamalar uygun olacaktır. İbn Sîna'nın da izleyicisi olduğu Hipokratik (ve sonra Galenik) patogenezi kuramı Empedokles'in dört öge kuramına dayanmaktadır (11). Buna göre insan, makrokozmos denilen evrende bir mikrokozmos yani evrenin bir yansıması idi (12). Makrokozmosu oluşturan ateş, su, hava ve toprak adlı dört ögeye (unsur) karşılık, insanda dört humor (hilt) yani kan, balgam, sarı safra ve kara safradan oluşuyordu. Bu kurama göre, sağlık bu dört humor arasında bir dengenin bulunmasıyla mümkündür. Hastalıklar ise bunlar arasındaki dengenin çeşitli şekillerde bozulmasının sonucu ortaya çıkardı (11,12). Bergamalı Galen de dört öge kuramını tıba "dört mizaç öğretisi" olarak uygulamıştır. Bu yaklaşıma göre humoral fizyolojide adı geçen dört humorun denge sağlayan oranları her insanda farklı olduğundan, mizaçlar da bu unsurların o insandaki oranına bağlı idi (11). Böylece insanlar demevî-sanguine (kan ögesi ağır basan), safra-vi-choleric (sarı safra ögesi ağır basan), sevdavi-melancholic (kara safra ögesi

12 "Tiryâk: 1. Zehirlenmeye ve bazı hastalıklara karşı kullanılan macun. 2. Panzehir. 3. Afyon (17)"; "Tiryâk: 1. Venice treacle, a kind of electuary; also, generally, a specific, a panacea. 2. Wine (16)"; "Theriacum Andromachi; Venice treacle, (Greek theriaka), antidote to the poison of wild animals, from therion wild animal. A mixture regarded as effective against bites of poisonous animals. It contained at one time 60-70 substances which were pulverised and made into electuary with honey (Dorland) (9)."

13 "Asanaasia and Amroosia are special types of confections, the former literally means liver and the latter that which dries (9)."

14 Testis tıkanıklıkları hakkındaki bu cümle Kâhya, Shah ve Gruner çevirilerinde yoktur.

15 Burada Tokatlı Mustafa Efendi bu kelimeyi "sudâ" olarak vermektedir. Kâhya, Shah ve Gruner çevirilerinde ise "sara" kelimesi bulunmaktadır. Arapça basılı Kânûn metninde de "sar'a" olarak geçmektedir.

ağır basan) ve *balgami-phlegmatic* (balgam ögesi ağır basan) tiplere ayrılmış oluyordu (11,12). Tipe özgü mizacın değişmesi ise “hastalık” olarak kabul edilmektedir. (11).

Humoral patogenezi kuramında sağlığa kavuşmak için dengenin yeniden kurulması gerektiği düşünülmüş ve buna yönelik tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Tedavi için boşaltıcı yöntem önem taşımaktadır. Kan almak (fasd), hacamat yapmak, sülük vurmak veya lavman (hukne) yapmak, kusturucu, idrar söktürücü ilaçlar vermek bu yöntemler arasındadır. (12,13). Ayrıca dağlamakla (keyy) ve vantuz çekmekle hastalık zararsız bölgeye aktarılmaya çalışılırdı. Kullanılan ilaçlar; sıcak-soğuk ve yaş-kuru olarak sınıflanmıştır. Bu niteliklerden yalnız birine sahip olan ilaçlara basit ilaçlar, birden çoğuna sahip olanlara kompoze ilaçlar denirdi (13).

Eski Yunan’da herhangi bir hastalığın yaşlılarda daha hafif seyrettiğine inanılırken, yaşlılıkta olan hastalıklar konusunda bireyin karakteristiğine önem verilmiştir. “Phlegmatic”ler olarak anılan “soğuk ve nemli” bireyler, yaşlılıkta bir hastalığa kolaylıkla yenilirken; “choleric” olarak adlandırılan “sıcak ve kuru” bireyler, daha yüksek bir dirence sahiptir (9). Yaşlıların açlığa dayanıklı oldukları [Bölüm I, 13], insanın zayıf ve yaşlı olsa da alıştığı işi yapmakta zorlanmayacağı [Bölüm II, 49], uzun boyluluğun gençlikte iyi iken, yaşlılıkta sakıncalı olduğu [Bölüm II, 54] gibi yaşlılıkla ilgili bazı genel bilgiler Hipokrat’ın *Aforizmaları* arasında yer almaktadır. Yine *Aforizmalar*’da yaş ve mevsimler ile sağlık ve hastalık durumları arasında da bazı ilişkiler kurulmuştur: Yaşlıların yaz ve sonbahar başında, orta yaşlıların ise sonbahar sonu ile kış mevsiminde sağlıklarının mükemmel olduğu ve kendilerini iyi hissettikleri [Bölüm 3, 18], yaşlıların gençlerden daha az hastalığa maruz kaldıkları ama bununla birlikte kronik hastalıklara tutulduklarında bunun ölüm nedenleri olduğu [Bölüm II, 39], gençken vücut boşlukları nemli olanların, kuru olanlardan daha kolay iyileştiği; fakat yaşlılıkta karınlarının kuruması nede-

niyle bunların hastalıktan iyileşmesinin daha güç olduğu [Bölüm II, 53], yaşlılarda nefes darlığı, baş dönmesi, apoplexie, cachexie, bütün vücutta kaşınma, uykusuzluk, iç sürmesi, göz, burun akıntısı, amblyopie, glaucose (glokomdan ileri gelen körlük), ağır işitmenin görüldüğü [Bölüm III, 31] ve böbrek, mesane afetlerinin bilhassa yaşlılarda güç olduğu [Bölüm VI, 6] aforizmalar arasında yer almaktadır (14). Sindirimin, yaşla birlikte hızla azalan vücut ısısının büyük miktarda harcanmasına gereksinim duyduğu düşünülmüştür. Aristoteles vücut ısısında düşmeyi yaşlılığın temel süreci olarak görmüştür. Galen bu görüşün karşısında yer almış, yaşlılıktaki fizyolojik enerji azalmasını bir hastalık semptomu olarak değerlendirmemiştir (9). Galen yaşlılar için, kişisel gereksinimlere göre ayarlanmış, dikkatli bir tedavi seçkisi sunmuştur. En önemli noktalardan birisi hafif bir diyetdir. Galen yaşlı hastalar tarafından yenecek yiyeceklerin hem besleyici hem de sindirimi kolay olması gerektiğini vurgulamıştır. Balık en uygun besin olarak kabul edilmiştir. Kabızlık konusunda uyarılarda bulunan Galen, koruyucu dozda yağlar, incir, erik, kışın da kurutulmuş meyve yenilmesini önermiştir. Beyaz buğday ekmeği yenmesine karşıdır. Yaşlı kişilerde hastalık ve sağlık arasındaki hassas dengenin sürdürülebilmesi için, açık hava yürüyüşleri, masaj ve sabah egzersizleri Galen’in önerileri arasındadır (9).

İbn Sînâ’nın *Kânûn*’da yaşlı kişilerin sağlıklarının korunması için alınması gereken tedbirleri ele aldığı bölümde, yaşlıların yiyecekleri ve içecekleri, sindirimlerinin nasıl iyileştirilebileceği, dışkılama alışkanlıkları ve bunun düzeltilmesi için yapılacaklar, yaşlıların içeceği şaraplar, yaşlılara yapılacak masajlar ve yaşlıların yapacakları egzersizler üzerinde durduğu görülmektedir. İbn Sînâ’nın yazdıkları arasında yaşlanmanın önlenmesi ya da geciktirilmesi gibi bir kaygı taşımadığı görülmektedir. O daha çok yaşlılık sürecinde ortaya çıkan sorunları gidermeye yönelik yöntemleri vermektedir. İbn Sînâ da Galen gibi yaşlılıkta “soğuk”

ve “kuru” karakteristiklerin öne çıktığı kabulünden yola çıkarak, yaşlılar için alınması gereken tedbirlerin “ısıtıcı” ve “nemlendirici” olması gerektiğini daha ilk cümlesinde vurgulamaktadır. Yaşlılarda sindirim gücünün azalması nedeniyle yiyeceklerin iki ya da üç bölüme ayrılarak yeme önerisi, sindirimi kolaylaştırmaya yönelik bir girişim olarak görülmektedir. “Sevda” ve “balgam” hıtlarını ortaya çıkaracak gıdaların tüketilmemesi, “sıcak”, “ekşi” ve “kurutucu” olan gıdaların da ancak ilaç olarak kullanılması önerilmekte, bu tür yiyeceklerin gıda olarak kullanıldığı durumlarda, ortaya çıkacak zararların giderilmesi amacıyla, bunların tersi özellikleri taşıyan yiyeceklerin yenmesi konusunda fikir öne sürülmektedir. Süt için ayrı bir başlık açılmıştır. Sütü önce zararlı olarak bildirirse de, sütü lezzetli bulan ve kullandığında da karında dolgunluk hissi, kaşınma ve ağrı olmayan kişilerde sütün besleyici ve nemlendirici olması nedeniyle yaşlılara yararlı olabileceği açıklamasını vermektedir. En yararlı olan sütlerin ise keçi ve eşek sütü olduğunu nedenleriyle açıklamaktadır. Pancar, kereviz ve pırasanın sebze olarak biraz iştah açıcı maddelerle lezzetlendirilerek yemeklerden önce tüketilmesinin yumuşaklık vereceği bildirilmektedir. Zencefil murabbası ile birlikte bütün murabbaların ısıtıcı özellikleri olduğu, bedenleri ısıtıp aynı zamanda sindirilecek kadar tüketilmesi gerektiği, bedeni kurutacak miktarda kullanılmaması gerektiği vurgulanmaktadır ki, yaşlılıkta ortaya çıkan “soğuk” ve “kuru” karakterlerin artmaması için çaba harcandığı görülmektedir. Yaşlıların tabiatlarını yumuşatmak için önerilen yazın yaş incir ve erik kışın kuru incirin ballı su ile pişirilerek tüketilmesi Galen’in önerileri ile paralellik taşımaktadır. Kabızlık durumunda kullanılacak basit ve kompoze ilaçlardan da örnekler verilmiş, bazı durumlarda da yağ ile lavman yapılabileceği, çünkü lavmanın hem boşaltıcı ve hem de bağırsakları yumuşatıcı etkisi olduğu açıklamasında bulunulmuştur. Lavman yapılırken nelere dikkat edilmesi gerektiği de bildirilirken, boşaltmada

kullanılan yöntemlerden olan kan almanın orta yaşlı ve yaşlılarda pek önerilmediği görülmektedir.

Şarap konusuna da değinen İbn Sînâ yaşlı kişiler için en uygun şarabın eski kırmızı şarap olduğunu bildirmektedir. Şarap içme sonucu ortaya çıkan tıkanıklıkların çözülmesinde yarpuzlu ve biberli macunların kullanılması gerektiği, özellikle sonradan ortaya çıkmış tıkanıklıklarda, tıkanıklıkların çözümü için tiryak kullanmanın yararından bahsedilmiştir. Ayrıca tıkanıklık için kullanılacak başka ilaçlar da verilmiş, üriner sistem organlarında olan tıkanıklıklar için kereviz tohumu ve kökü, testis bölgesinde olan tıkanıklıklar için kaya maydanozu ve akciğerde olan tıkanıklıklar için de çördük otu, baldırı kara ve tarçın gibi ilaçlarla bal şarabının pişirilerek verilmesi önerilmektedir.

Masaj konusunda ise yaşlılarda hem miktar, hem de tür olarak orta derecede masajın tercih edilmesi, zayıf ve ağrılı organlara masaj yapılmaması, eğer tekrar gerekiyorsa, kaba kumaşlar kullanılmayıp çıplak elle masaj yapılması önerilenler arasındadır. Yaşlılarda yapılacak egzersizlerin, onların durumlarının özelliğine göre farklılıklar gösterdiği, dengeli bedenlerde orta derecede olan egzersizin uygun olduğu vurgulanmıştır. Egzersiz yapılacak olan vücut yarısı, hastalığın olduğu vücut yarısının zıttı olan bölgede önerilmektedir. Örneğin baş dönmesi, baş ağrısı gibi hastalıklarda, yürüme, koşma ve ata binme önerilirken, eğer hastalık ayak tarafında ise taş kaldırmak ve fırlatmak benzeri vücut üst yarısı ile yapılan egzersizler önerilmektedir. Karın bölgesinde olan hastalıklarda her iki taraf egzersizleri uygun olabilirken, göğüs bölgesi hastalıklarında vücut alt yarısında yapılacak egzersiz-

ler uygun görülmektedir. Böbrek ve mesane tarafında olan hastalıklarda ise vücut üst yarısı egzersizleri önerilmektedir. Yaşlılarda hastalıklı organı güçlendirmek için egzersizin artırılması ya da yeni egzersiz eklenmesi uygun görülmemektedir. Galen'de de masaj ve egzersiz önerilerinin bulunduğunu bilmekteyiz.

Sonuç

Yaşamı uzatmak, ebedi gençlik ya da yaşlanmayı geciktirmek gibi girişimler için bir önerisini bu yazdıkları arasında göremediğimiz İbn Sînâ'nın, bağlı bulunduğu humoral patogenezi kuramına uygun olarak, yaşlıların rahatsızlıklarının giderilmesi, daha konforlu bir yaşam sürmeleri ve bakımları konusunda, İslâm tıbbının öncüllerinden birisi olan Greko-Romen ekolünü sürdürdüğü görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Morley E. M. A Brief history of geriatrics. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2004; 59A(11): 1132-1152.
2. Random House Compact Unabridged Dictionary, Special Second Edition. Random House, New York, 1996, pp 800-801
3. Dobrowolski L. History of geriatrics. *Geriatrics* 1971; 26 (4): 68-69, 72, 76.
4. Ammar S. Ibn Al Jazzar & The medical School of Karouan (Revised English translation-Foreword by John Kirkup). *International Society of History of Medicine*, p 84.
5. Bayat A.H. *Tıp Tarihi*. Sade Matbaa, İzmir, 2003, pp 189-191.
6. İbn-i Sînâ. *El-Kânûn fî't-Tıbb*, Birinci Kitap (Türkçeye çeviren Esin Kâhya). Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Atatürk Kültür Merkezi, Ankara, 1995, pp XIX-XLII, 14-17, 276-279.
7. İbn Sînâ. *El-Kânûn fî't-Tıbb* (Osmanlıcaya *Tahbüzü'l-Mathûn* adıyla çeviren: Tokatlı Mustafa Efendi). İstanbul: Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi, Hamidiye Koleksiyonu, No: 1015, pp 6a-b, 109a-b, 110a.
8. Avicenna. *A Treatise on The Canon of Medicine of Avicenna: incorporating a translation of the first book by O Cameron Gruner*, reprinted. AMS Press Inc., New York, 1970, pp 432-436.
9. Mazhar H. Shah. *The General Principles of Avicenna's Canon of Medicine*. Naveed Clinic, Karachi, 1966, pp 31-35, 338-341.
10. İbn Sînâ. *El-Kânûn fî't-Tıbb*, 3 Cilt. Matbaatü'l-Âmiriye, 1294 H./1877, Cilt 1, pp 177-179.
11. Arda B. *Batı Ortaçağı'nda Hastalık Kavramı*. Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, pp 54-59.
12. Uzel İ. Giriş. In: Uzel İ (ed): *Şerefeddin Sabuncuoğlu. Cerrahiyetü'l-Haniyye*. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara, 1992, pp 1-6.
13. Arda B., *Tıp Evriminde Ana Çizgiler*. In: Arda B, Oğuz Y, Şahinoğlu-Pelin S (eds): *Deontoloji, Genişletilmiş 2. Baskı*, Antıp A.Ş., Ankara, 1999, pp 91-104.
14. Daremberg Ch, de La Martinière Br. Hippocrate'in Aphorizmaları (Türkçesini hazırlayan Feridun Nafiz Uzluk). In: Uzluk FN (ed). *Hippokrate'in ve Salerno Tıp Okulunun Aphorizmaları*. Orkun Basımevi, Ankara, 1962, pp 42, 48, 49, 52, 54, 70.
15. Stanley Lane-Poole (ed). *An Arabic-English Lexicon by Edward William Lane in Eight Parts*. Librairie du Liban, Beirut, 1997, Part 7, pp 2630, 2643.
16. Redhouse JW. *A Turkish and English Lexicon*, New Impression. Librairie du Liban, Beirut, 1987, pp 540, 1141, 1786, 1801, 1814, 1819.
17. Devellioğlu F. *Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lûgat Eski ve Yeni Harflerle*, 18. Baskı. Aydın Kitabevi, Ankara, 2001, pp 684, 709, 1110.

Adli Tıp Kurumunda Değerlendirilen Cinsel Suç Sanıklarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Psikiyatrik Profilleri

The Psychiatric Profile And Socio-Demographic Features Of Sexual Offender

Nergis Cantürk¹, Sermet Koç²

¹ Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü

² İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, cinsel suç sanıklarının sosyo-demografik özelliklerini ve psikiyatrik profillerini belirleyerek Türkiye hakkında veri sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kuruluna değerlendirilmek üzere mahkemelerce Ocak.2002-Haziran.2003 tarihleri arasında gönderilen 7252 olgu arasında cinsel suç sanığı olan ve ceza ehliyeti olup olmadığı sorulan 70 olgu çalışmaya alınmıştır. Görüşmeyi kabul eden olgulara hazırlanan anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Muayene edilen olguların 42'si (%60) ırza geçme, 25 kişinin (%35.71) cinsel saldırı, 2 (%2.86) olgu teşhircilik, 1 (%1.43) olgu ise ölüye fena muamele (nekrofil) ile suçlanıyordu. Kurulda, muayene edilen saldırganların 35'inde (%50) ceza ehliyetini etkileyecek boyutta psikopatoloji saptanmamıştır. Mental retardasyon 19 (%27.14) olguda, psikotik bozukluk 14 (%20) ve cinsel disfonksiyon 2 (%2.86) olguda tespit edilmiştir.

Sonuç: Saldırganların çoğunluğu genç yaş grubunda olup, cinsel deneyimi olmayan olgularda seküel impulslar saldırılarda önemli rol oynamıştır. Bu tür cinsel suç işleyen saldırganların profillerinin belirlenmesi bu tip saldırıların önlenmesinde yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: **Cinsel saldırgan, suç, profil, ceza ehliyeti**

Purpose: The aim of this study is to establish socio-demographic features and psychiatric profiles of alleged offenders and thus to achieve a database specific for Turkey.

Material and Method: The material comprises 70 from a total of 7252 alleged delinquents referred to the Psychiatric Council of the State Institute of Forensic Medicine from January 2002 to June 2003 for the assessment of the criminal responsibility and culpability because of a suspected sexual assault. In interviews, the suspects were asked to fill in a questionnaire.

Results: The distribution of the assaults is as follows: 42 cases (60%) of rape, 25 cases of sexual assault (35.71%), 2 cases (2.86%) of exhibitionism, and 1 case (1.43%) of necrophilia. On the examination of the offenders by the Psychiatric Council of the State Institute of Forensic Medicine 35 individuals (50%) were found to be mentally healthy, i.e. without psychopathology severe enough to influence the criminal responsibility. Mental retardation was diagnosed in 19 assailants (27.14%), psychotic disorder (schizophrenia in 10 (14.29%), cognitive dysfunction in 4 (5.71%) (within the borders of age for culpability according to the Turkish Penal Code, thus not responsible for the alleged assault), and sexual dysfunction in 2 (2.86%).

Conclusions: The young age of the majority of the offenders and lack of sexual experience suggest that sexual impulses played an important part in the occurrence of the assaults. Thus, attempts to establish a profile of sexual offenders may help to prevent such offences.

Key Words: **Sexual Offenders, rime, profiling, criminal responsibility**

“Cinsel saldırı”, rızası olmayan veya yaşının küçüklüğü, akıl hastalığı gibi sebeplerle rızası kabul edilmeyen bir kişiye, fiziksel güç kullanımı, tehdit, korku, hile ve kandırma gibi zorlamalarla, cinsel içerik taşıyan, cinsel doyumunu amaçlayan, toplumun kabul etmediği bir davranışta bulunulmasıdır. Cinsel içerikli her türlü eylem ve davranışlardan, vajinal veya anal penetrasiyona kadar geniş bir spektrumu

içermektedir(1-3). Cinsel suçlar genellikle insanın temel hak ve özgürlüklerine, bireysel özerkliğine ve bütünlüğüne yönelmiş en ağır fiziksel saldırı türü olarak, Türk Ceza Kanununda da “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” başlığı altında yer almaktadır (4, 5).

Cinsel suçlar konusunda güvenilir istatistiklere ulaşmak güçtür Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda her bir dakikada bir cinsel saldırı gerçekleş-

Başvuru tarihi: 12.07.2010 • Kabul tarihi: 25. 10.2010

İletişim

Doç. Dr. Nergis Cantürk
Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Cebeci Ankara
GSM : 0 536 790 23 90
E-Posta Adresi: canturkn@medicine.ankara.edu.tr

tiği, 1994'te cinsel saldırıların tüm şiddet suçlarının %5,5'ini oluşturduğu ve her 6 kadından birinin cinsel saldırıya uğradığı ileri sürülmektedir (6). Farklı nedenler ile tüm cinsel saldırı olgularının yarısından daha azının bildirildiği ve bunların %5-10'dan daha azının değerlendirildiği düşünüldüğünde, konunun önemi ortaya çıkmaktadır (7).

Cinsel suçların çoğunun açıklanmaması nedeniyle saldırganların karakteristik özelliklerinde farklılıklar olduğu bildirilmektedir (8). Cinsel suç işleyenlerin kendilerinin de çoğunlukla çocukluklarında cinsel istismara maruz kaldıkları birçok çalışmada ileri sürülmüştür (6, 9). Ayrıca zorla irza geçenlerle ilgili bir açıklama da, saldırganın cinsellikten ziyade güç, kontrol, zorbalık ve/veya hakimiyet aramasıdır (6). Olayın motivasyonunda en yaygın faktörün güç ve akabinde hiddet olduğunu, cinselliğin her zaman gücün veya hiddetin içinde yardımcı rol aldığı bildirilmiştir (10).

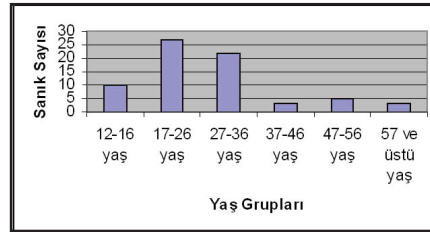
Türkiye'de cinsel suçlarda sanık profili hakkında yapılmış geniş kapsamlı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı cinsel suç işlediği iddiası bulunan kişilerin sosyo-demografik özellikleri ile psikiyatrik profillerinin çıkartılarak ülkemize ait sanık profili ile ilgili veri elde etmektir.

Gereç Ve Yöntem

01.01.2002-01.06.2003 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na ilgili savcılıklar ve mahkemeler tarafından gönderilen 7252 kişi arasından haklarında cinsel suç işlediği iddiası ile ceza ehliyeti açısından adli psikiyatrik muayenesi istenen 70 sanığı kapsamaktadır. Bu kişilere daha önceden hazırlanmış olduğumuz ekte sunulan anket formu birebir görüşme sırasında yöneltilmiştir. Sanıklardan anket sorularımıza alınan yanıtlar, sanıklar ve mağdurlar hakkında adli tahkikat dosyasından elde edilen bilgiler ve DSM-IV tanı kriterleri göz önüne alınarak değerlendirilen adli psikiyatrik muayene sonuçlarından elde edilen veriler "SPSS 10 for windows" programında değerlendirildi. Olguların arasındaki farklılığı belirleyebilmek için ki-kare testi uygulandı ancak olgu gruplarının yetersiz sayısı nedeniyle anlamlı fark bulunamadı (p 0.05).

Bulgular

Sanıkların tamamı erkek olup, 10 kişi (%14.28) 12-16 yaş grubunda, 27 kişi (%38.57) 17-26, 22 kişi (%31.43) 27-36 yaş grubu arasında, 3 kişi (%4.29) 37-46 yaş grubu, 5 kişi (%7.14) 47-56, 3 kişi (%4.29) 57 ve üstü yaş grupları arasında bulundu (Şekil 1).



Şekil 1: Sanıkların yaş gruplarına dağılımı

Sanıkların medeni durumlarına göre değerlendirildiklerinde 56 kişinin (%80) bekar, 11 kişinin (%15.71) evli olduğu tespit edilmiştir. 3 kişi (%4.29) bu soruya cevap vermemiştir. Ayrıca 61 kişinin (%87.14) ailesi ile birlikte yaşadıkları tespit edilmiştir. 7 kişi (%10) ailesinden ayrı yaşadığını bildirmiştir. Bu soruya 2 kişi (% 2.86) cevap vermemiştir.

Sanıkların öğrenim durumlarına göre sınıflandırıldıklarında 12 kişinin (%17.14) hiç bir eğitim almamış olduğu, 5 kişinin (%7.14) okur-yazar olduğu, 37 kişinin (%52.86) ilkökul mezunu olduğu, 6 kişinin (%8.57) ortaokul mezunu olduğu, 8 kişinin (%11.43) lise düzeyinde eğitim aldığı, 1 kişinin (%1.43) üniversite mezunu olduğu belirlendi. 1 kişi (%1.43) bu soruya cevap vermemiştir.

Sanıkların meslekleri incelendiğinde 36 kişinin (%51.43) serbest meslek sahibi olduğu, 25 kişinin (%35.71) işsiz, 6 kişinin (%8.57) öğrenci, 1 kişinin (%1.43) emekli olduğu belirlenmiştir. Bu soruya 2 kişi (% 2.86) cevap vermemiştir.

Sanıkların ekonomik durumu anne ile babalarının çalışıp çalışmadığı, ne iş yap-

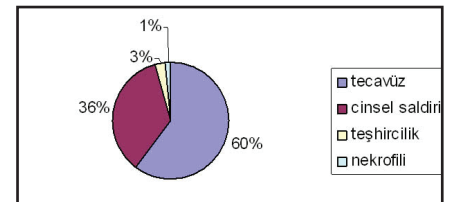
tıkları ve ekonomik ve sosyal olarak bir birliklilik içinde olup olmadıkları ve adli dosyasındaki bulgular üzerinde bir değerlendirme yapıldığında; 21 kişinin (%30) çok kötü, 31 kişinin (%44.29) kötü, 13 kişinin (%18,57) orta, 5 kişinin (%7.14) iyi olduğu belirlendi.

Sanıkların çocukluk yıllarında fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalıp kalmadıkları değerlendirildiğinde; 47 kişi (%67.149) herhangi bir fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalmadıklarını, 9 kişi (%12.86) fiziksel şiddete, 9 kişi (%12.86) cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etti. Bu soruya 5 kişi (% 7.15) cevap vermemiştir.

Sanıkların sabıkalı olup olmadıkları incelendiğinde 13 kişinin (%18.57) sabıkalı olduğu, ancak bu kişilerden 9'unun (%12.86) eski suçlarının da cinsel içerikli olduğu belirlendi.

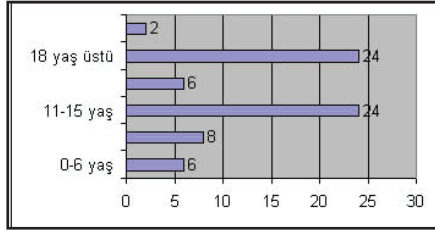
Sanıklardan 30'u (%42.86) olayın nedeninin duydukları tutkuya karşı kendilerini kontrol edememeleri olduğunu, 6'sı (%8.57) gücünü ispatlamak, 5'i (%7.14) intikam almak amacıyla hareket ettiklerini ifade ettiler. Sanıklardan 29'u (%41.43) bu soruya cevap vermemiştir.

Sanıkların işlemiş oldukları iddia edilen suçun türüne göre dağılımı incelendiğinde; 42 kişinin (%60) tecavüz, 25 kişinin (%35.71) cinsel saldırı, 2 kişinin (%2.86) teşhircilik, 1 kişinin (%1.43) ölüye fena muamele (nekrofil) suçu işlediğinin iddia edildiği belirlendi (Şekil 2). Olay yerinin 23 olayda (%32.86) sanığın evi, 19 olayda (%27.14) mağdurun evi, 15 olayda (%21.43) ıssız bir yer olduğu, 5 olayda (%7.14) kalabalık sayılabilecek kamuya açık bir yer olduğu tespit edilmiştir. 8 kişi (%11.43) olay yeri hakkında bilgi vermemiş ve adli dosya içeriğinden olay yeri hakkında bilgi elde edilememiştir.



Şekil 2: Sanıkların işlediği iddia edilen suç türü

Adli Tahkikat dosyasının incelenmesinden elde edilen verilere göre mağdurların 55'i (%78.57) kadın iken, 15'i (%21.43) erkektir. Mağdurların 6'sı 0-6 yaş grubunda, 8'i 7-10 yaş grubunda, 24'ü 11-15 yaş grubunda, 6'sı 16-18 yaş grubunda, 24'ü 18 yaş ve üstü yaş grubunda olup, 2 mağdurun yaşı hakkında bilgi edinilememiştir (Şekil 3).



Şekil 3: Mağdurların yaş grupları

Sanıklar ATK 4. İhtisas Kurulu'na muayene edildiğinde; 36 kişide (%51.43) ceza ehliyetini etkileyecek derecede akıl hastalığı veya akıl zayıflığı saptanmamış olup, 19 kişide (%27.14) zeka geriliği, 13 kişide (%18.57) psikotik bozukluk, 2 kişide (%2.86) cinsel işlev bozukluğu tanısına varılmıştır. Böylece 36 kişide ceza ehliyetini etkileyecek mahiyette bir psikopatoloji saptanmadığı ve ceza ehliyetlerinin tam olduğu kararına varılırken, 34 kişide ise çeşitli psikopatolojik tanılarla ceza ehliyetlerinin tam olmadığı kararına varılmıştır.

Tartışma

Cinsel suçların incelenmesinde en büyük problemlerden biri sayısal verilerin gerçeği yansıtmamasıdır. Cinsel saldırılar çoğu kez gizlenmekte, bildirilmemektedir. Bazı yazarlara göre saldırıların %20'si, bazı yazarlara göre de %50'si yetkililere bildirilmemektedir (11-14). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalara göre ırza geçme olaylarının %5'den daha azında adli tahkikat yapıldığı tespit edilmiştir (15). Türkiye'de Adalet Bakanlığı Adli Sicil ve İstatistik Müdürlüğü'nce 1994 yılında 9237 farklı boyutta cinsel saldırı olgusu bildirilmiş olup, bunlar tüm diğer suçlar içerisinde %2.1'lik bir oran oluşturmaktadır (16). Eskişehir'de 3.5 yıllık dönemi kapsayan sürede işlenen cinsel suçlar, bu süre içinde işlenen tüm suçların %4'ünü teşkil etmektedir

(17). Üniversiteli kadınlarla yapılan bir anket çalışmasında; vücut bütünlüğünü ihlal eden cinsel eylemlere maruz kalma oranının %44.5 olduğu, ancak bildirim çok düşük olduğu ileri sürülmüştür (13).

Çalışmamızda cinsel suç işlediği bildirilen sanıkların tamamı erkek olup, 49 kişi (%70) 17-36 yaş grubunda bulundu. Bu konuda yapılan çalışmalarla uyumlu olarak sanıkların tümü erkektir ve çoğunluğu genç yaş grubundadır (12, 17-22).

Sanıkların %80'inin bekar, %15.71'inin ise evli olduğu belirlenmiştir. Eskişehir'de yapılan çalışmada; cinsel suç sanıklarının %5.2'sinin evli olduğu bildirilmiştir (17). Aydın'da yapılan çalışmada, sanıkların %61.9'unun, Samsun'da ise %65.4'ünün bekar olduğu bildirilmiştir (19, 23). Cinsel suç sanıklarının genellikle bekar olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda cinsel suç sanıklarının cinsiyet, yaş, medeni durum gibi verileri çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. (12, 17, 19, 23, 24).

Çalışmamızda mağdurların %78.57'si kadın iken, %21.43'ü erkek idi. Cinsel istismar mağdurlarının ortalama olarak %85'ini kadınların, %15'ini ise erkeklerin oluşturduğu bildirilmektedir (11, 21, 25). Hatay'da yapılan çalışmada cinsel suç mağdurlarının %21.66'sının erkek olduğu belirlenmiştir (12). Cinsel istismara uğrayan çocukların değerlendirildiği bir çalışmada, mağdurların %72.2'sinin kız, %27.8'inin erkek olduğu bildirilmiştir (26). Çalışmamızda mağdurların yaklaşık %60'ı 18 yaşın altındadır. Ülkemizde erkek mağdurlardan özellikle çocuk yaştakilerin sayısının yüksek olması kız çocuklarına erkek çocuklara göre daha korumacı davranıldığını düşündürmektedir.

Sanıklar eğitim ve sosyo-ekonomik durumları açısından değerlendirildiğinde; genellikle iyi eğitim almamış ve düşük sosyo-ekonomik düzeydekilerin çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Eskişehir'de sanıkların %25,5'inin, Aydın'da ise %21,9'unun düzenli gelir getiren işinin olduğu, cinsel suç sanıkları ve mağdurlarının düşük sosyo-ekonomik düzeyde oldukları bildirilmiştir (17, 23).

Sanıkların çocukluklarında fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalanların oranı her ikisi için de %12.86 olarak belirlenmiştir. Literatürde, erkek çocuklarının cinsel şiddet eğilimiyle, yaşanmış cinsel istismar arasında belirgin bir ilişki olduğu bildirilmiştir. (11).

Sanıkların sabıkalı olup olmadıkları incelendiğinde 13 kişinin (%18.57) sabıkalı olduğu, ancak bu kişilerden 9'unun (%12.86) eski suçlarının da cinsel içerikli olduğu belirlenmiştir. Aydın'da yapılan çalışmada sanıkların %26.2'sinin, Samsun'da ise %30'unun sabıkalı olduğu saptanmıştır (19, 23).

Sanıkların işlemiş oldukları iddia edilen suçun türüne göre dağılımı incelendiğinde; 42 kişinin (%60) tecavüz suçu işlediğinin iddia edildiği belirlendi (Grafik 2).

Eskişehir'de yapılan çalışmada, olguların toplam %71.9'unda vaginal ve/veya anal penetrasyon olduğu, ABD'nin güneyinde yapılan bir çalışmada, cinsel saldırıya uğrayan mağdurların %86'sında penil penetrasyon olduğu bildirilmiştir. Tjaden ve Thonnes'e göre 18 ve üzeri yaştaki 6 kadından biri yaşamının bir anında tecavüze uğramaktadır (27). Cinsel saldırılarda penetrasyon oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Olay yerinin 23 olayda (%32.86) sanığın evi, 19 olayda (%27.14) mağdurun evi olduğu belirlenmiştir. Eskişehir'de yapılan çalışmada, olay yerinin %40.4 oranında sanığın evi, 23.7 oranında mağdurun evi, %24.1 oranında da ıssız yer ve araç içi olduğu bildirilmiştir (17). Düzce'de yapılan çalışmada ise, olay yerinin %54.7 oranında mağdurun evi, %35.8 oranında ise açık alan olduğu bildirilmiştir (22). Cinsel suçlarda olay yeri genellikle mağdurun evi ya da yakın çevresidir. Bu durum çalışmamızdaki verilerle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda olguların Türkiye'nin değişik bölgelerinden geldiği göz önüne

alındığında diğer illerde yapılan çalışmalarla suç türü açısından farklılıklar görülmesi beklenmeyen bir durum değildir.

Irza geçme olgularında saldırganların güç kanıtlamaya yönelik, öfke ve intikam amacına dayalı ve sadistçe irza geçme motivasyonlarıyla saldırıya geçtiği bildirilmektedir (3). Çalışmamızda cinsel suç sanıklarının %42.86'sının olayın nedeninin duydukları tutkuya karşı kendilerini kontrol edememeleri olduğunu bildirmişlerdir.

Sanıklar ATK 4. İhtisas Kurulu'nca muayene edildiğinde; 36 kişide ceza ehliyetini etkileyecek mahiyette bir psikopatoloji saptanmadığı ve ceza ehliyetlerinin tam olduğu kararına

varılırken, 34 kişide ise çeşitli psikopatolojik tanımlarla ceza ehliyetlerinin tam olmadığına kararına varılmıştır.

Cinsel suç işlediği bildirilen sanıkların ruhsal yönden değerlendirildiği çeşitli çalışmalarda, zeka geriliği veya akıl hastalığı tanısı alan olguların oranı, %25-36 arasında bildirilmiştir (27-29).

Cinsel yaşam, sağlıklı bir insandan söz edebilmek için gerekli olan fiziksel ve ruhsal sağlığın oluşmasında önemli rol oynayan faktörlerden biridir. 2005 yılında yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanununda "Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar" başlığı altında kişi dokunulmazlığı ve özgürlüğü kapsamında değerlendirilebilecek şekilde düzenlenmiştir. Kişilerin vücut bütünlüğüne

yönelen ve mağdurda ağır travmaya neden olabilen, uzun süreli olumsuz sonuçları görülebilen cinsel suçların neden ve kimler tarafından işlendiği sorusu pek çok araştırmacının üzerinde durduğu bir konudur. Cinsel suç işleyen saldırganı tanımlayabilecek bir profil tarif etmek çok kolay olmasa da Türkiye'de ve yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda, genç yaşlarda, genellikle bekar, eğitimi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve çoğunlukla mağdurun tanıdığı ve yakın çevresindeki, bir bölümü çeşitli psikiyatrik tanısı olan erkekler tarafından işlenebildiği düşünülmektedir. Cinsel suç işleyen saldırganlarla ilgili yapılacak ayrıntılı çalışmalar, bu kişilerin özellikleri konusunda daha sağlıklı ve geniş bilgi sağlamamıza yardımcı olacaktır.

EK- ANKET FORMU

1- Cinsiyetiniz nedir? (1) Erkek (2) Kadın

2- Yaşınız aşağıdaki yaş gruplarından hangisi içindedir?

- (1) 11-16 (4) 37-46
(2) 17-26 (5) 47-56
(3) 27-36 (6) 56 ve üstü

3- Medeni durumunuz nedir?

- (1) Bekar (2) Evli (3) Cevap vermedi

4- Öğrenim Durumunuz nedir?

- (1) Okur yazar değil (5) Lise
(2) Okur yazar (6) Üniversite
(3) İlkokul (7) Cevap vermedi
(4) Ortaokul

5- Ne iş yapıyorsunuz?

- (1) Serbest Meslek (5) İşçi
(2) İşsiz (6) Memur
(3) Öğrenci (7) Cevap vermedi
(4) Emekli

6- Anneniz çalışıyor mu?

- (1) Evet (2) Hayır (3) Hayatta değil

7- Ne iş yapıyor?

- (1) Tarlada işçi (2) İşçi (3) Serbest meslek
(4) Emekli (5) Çalışmıyor (6) Cevap vermedi

8- Babanız çalışıyor mu?

- (1) Evet (2) Hayır (3) Hayatta değil

9- Ne iş yapıyor?

- (1) İşçi (2) Serbest meslek (3) Emekli
(4) Memur (5) Çalışmıyor (6) Cevap vermedi

10- Aileniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz?

- (1) Evet (2) Hayır (3) Cevap vermedi

11- Çocukluk yıllarında fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldınız mı?

- (1) Maruz kalmamış (3) Cinsel şiddet
(2) Fiziksel şiddet (4) Cevap vermedi

12- Sabıkanız Var mı?

- (1) Evet (2) Hayır (3) Cevap vermedi

13- Ne tür sabıkanız var?

- (1) Cinsel suç (2) Diğer

14- Olay nerede gerçekleşti?

- (1) Kendi evi
(2) Mağdurun evi
(3) İssiz bir yer
(4) Kalabalık olabilecek bir yer
(5) Cevap vermedi

15- Bu olaya neden olan duygunuz ne idi?

- (1) Kontrol edilemeyen tutku
(2) Gücünü ispatlamak
(3) İntikam almak
(4) Cevap vermedi

KAYNAKLAR

- 1- Gölge ZB, Yavuz MF, Başkan TM. Hukukçuların ve polislerin ırza geçme ile ilgili ceza sistemine bakış açılarının değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2000; 5 (1): 5-11.
- 2- Lehman D. Sexual Assault In Pernoll, MI. Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment, Seventh Ed. Prentice Hall International, Lebanon; 1991: 1144-1145.
- 3- Soysal Z, Eke M. Cinsel Suçlar. İçinde: Soysal Z, Çakalır C. (Eds): Adli Tıp Cilt III, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınlarından, Rektörlük No: 4165, Fakülte No:224, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul; 1999: 1167-1244.
- 4- Polat O, Topaloğlu Ş, Kesim NZ. Irza Geçme ve Irza Tasaddi Suçlarında Psiko-sosyal Faktörlerin Araştırılması. Adana 1. Adli Bilimler Kongresi, Kongre Kitabı Adana; 1994: 388-90.
- 5- Yılmaz Z. Anayasa TCK-CMK İnfaz Kanunu. Seçkin Yayınevi, Ankara 2005: 133-136
- 6- Packard WS, Rosner R. Psychiatric Evaluations of Sexual Offenders Journal of Forensic Sciences, 1985; 30(3): 715-20.
- 7- Yavuz MF, Özaslan A, Yavuz MS. Sexual Assault Cases in Turkey, Adli Tıp Dergisi, 1997; 13: 21-25.
- 8- Mc Clintock, TL. Sexual Offending. International Review of Psychiatry, 1995; 7 (2): 7.
- 9- Donaldson S, Dumond RW, Knoop FH, Struckman-Johnson C, Thompson L. Training Americans to Rape: Role of our Jails, Prisons, and Reformatories Original Text of Article in May 1995; USA Today Magazine; printed as "Can We Put an End to Intimate Rape?"
- 10- Groth AN, Burgess AW, Holmstrom L L. Power, Anger and Sexuality. American Journal of Psychiatry, 1977; 134: 1239-43.
- 11- Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. Adli Tıp Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 1997: 340-60.
- 12- Arslan MM, Kar H, Akcan R, Çekin N. Hattay ağır ceza mahkemesinde karar bağlanan cinsel suçların analizi. Adli Bilimler Dergisi 2008;7(2):35-39.
- 13- Kayı Z, Yavuz MF, Arıcan N. Kadın üniversite gençliği ve mezunlarına yönelik cinsel saldırı mağdur araştırması. Adli Tıp Bülteni 2000;5(3):157-163.
- 14- Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescent who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. Child Abuse & Neglect 2004; 28: 1035-48.
- 15- Knight B. Simpson's Forensic Medicine. Edward Arnold, London; 1991: 206-18.
- 16- Gölge ZB, Yavuz MF, Günay Y. İlgili Mesleklerden Kişilerin Irza Geçme ile İlgili Tutum ve İnanışları. Nöropsikiyatri Arşivi, 1999; 36(3): 146-53
- 17- Karbeyaz K. Cinsel suç mağdurlarında "beden veya ruh sağlığında bozulma kavramı", bu hususta düzenlenen adli raporların yargı üzerindeki etkinliği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Eskişehir 2009: 33-44.
- 18- Danielson CK, Holmes MM Adolescent sexual assault: an update of the literature. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004; 16 (5): 383-88.
- 19- Aydın B, Çolak B. Samsun'da ağır ceza mahkemesine yansıyan cinsel suçlar. Adli Tıp Bülteni 2004;9 (1):11-18.
- 20- Erkol Z. Gaziantep ağır ceza mahkemesinde karar bağlanan cinsel suçların dökümü. 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi 1-4 Kasım 1994, Poster Sunuları Kitabı, İstanbul: 375-81.
- 21- Grossin C, Sibille I, Lorin de la Granmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. For Sci Int. 2003;131:125-30.
- 22- Büken B, Büken E, Erkol Z. 2000-2005 Yılları arasında Düzce Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına başvuran cinsel saldırı olgularının muayene süreçlerinin değerlendirilmesi. Adli Bilimler Dergisi 2008; 7 (1): 19-30.
- 23- Dirlik M, Özkök MS, Katkıcı U, Erel Ö. Aydın'da cinsel suç ve suçluların profili. Adli Tıp Bülteni 2002;7(3):97-104.
- 24- Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akkaya H. Yeni Türk Ceza Kanunu sonrası değerlendirilen cinsel suç olguları; Eskişehir deneyimi. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi 2009;6(1) 9: 1-8.
- 25- Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1076 cases of sexual assault. Ann Emerg Med 2000;35(4):358-62.
- 26- Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Şenses A, Karakurt MN, Taşdemir GN, Böke Ö. Adli makamlarca çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların, istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. Adli Bilimler Dergisi, 2009; 8 (1): 24-32
- 27- Boykins AD, Mynatt S. Assault history and follow-up contact of women survivors of recent sexual assault. Issues Ment Health Nurs 2007; 28: 867-81
- 28- Cantürk G, Yorulmaz C, Yavuz E, Cantürk N, Akgül E. 1997-1999 Yıllarında Mental Retardasyon Tanısı Konulan Olguların Ceza Ehliyeti Yönünden Değerlendirilmesi, Klinik Adli Tıp, 2002; 2(1): 1-6.
- 29- Doğan M. Zeka Geriliğinin Suça Etkisi Uzmanlık Tezi Adli Tıp Kurumu; İstanbul: 1986: 2-35.
- 30- Okumuş H. Cinsel Suç Faillerinde Kişilik Yapısı, Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul; 1994: 1-48

Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Çocukların ve Ebeveynlerinin Görüşlerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

Comparison of Life Qualities According to the Views of Children and Parents with and without Chronic Disease

Ender Durualp, Fatma Nur Kara, Vildan Yılmaz, Kübra Alaybeyoğlu

Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

*Bu çalışma 16-19 Kasım 2009 tarihleri arasında Ankara'da yapılan 2. Ulusal ve 1. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Amaç: Araştırmada 8-18 yaş arasındaki kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Örneklem Çankırı il merkezinde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı ilköğretim ve ortaöğretimde öğrenim gören 8-18 yaş arasında kronik hastalığı olan 154 çocuk ile sağlıklı 154 çocuk olmak üzere toplam 308 çocuk ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Veriler "Genel Bilgi Formu" ve "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Çocuk-Ergen ve Ebeveyn Formu" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde t testi ve Mann-Whitney-U Test'inden yararlanılmıştır.

Bulgular: Sağlıklı çocukların ve ergenlerin Fiziksel Sağlık (FSTP) puan ortalamaları kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Psikososyal Sağlık (PSTP) alt boyutunda ise, sağlıklı çocuk ve ergenlerin puan ortalamasının kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Ebeveyn görüşlerine göre; Fiziksel Sağlık alt boyutunda sağlıklı çocukların ve ergenlerin puan ortalamasının kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlıklı çocukların ve ergenlerin Psikososyal Sağlık puan ortalamalarının kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Sonuç: Sağlıklı çocuk-ergenlerin ve ebeveynlerinin görüşlerine göre belirlenen yaşam kaliteleri, kronik hastalığı olan çocuk-ergenler ve ebeveynlerinin görüşlerine göre belirlenen yaşam kalitelerinden yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesinin öneminin kavranmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Kronik hastalık, Çocuk ve ergen, Yaşam kalitesi*

Aim: In this study, the comparison of life quality of the children with and without chronic disease between the ages eight-eighteen in Çankırı was aimed.

Material and Method: In this study 308 children and parents are included (154 healthy and 154 patient). Data were gathered by using the "General Information Form" and "Life Quality Scale for Children-Child-Adolescent, and Parent Form". T test and Mann-Whitney-U test were used in analyzing the information.

Results: Physical Health mean scores of healthy children and adolescents were meaningful higher than the mean scores of the children and adolescents with a chronic disease ($p<0,05$). Also, Psycho-social Health subtest mean scores of healthy children and adolescents were meaningful higher than the mean scores of children and adolescents with a chronic disease. When the data were evaluated according to the parent view; the mean scores of healthy and adolescents in Physical Health subtest were higher than the mean scores of children and adolescents with a chronic disease. Psychosocial Health mean scores of healthy children and adolescents were found to be higher than the mean scores of children and adolescents with a chronic disease ($p>0,05$).

Conclusion: It was found that the life qualities which were evaluated according to the parent views of children and adolescents, life qualities were higher in the healthy group than the children and adolescents with a chronic disease. It is recommended that the comprehension of the importance of life quality must be worked on seriously.

Key Words: *Chronic disease, Child and adolescent, Quality of life*

Başvuru tarihi: 29.03.2010 • Kabul tarihi: 11.05.2010

İletişim

Öğr.Gör.Dr.Ender DURUALP

Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 18200 Çankırı

Tel : 0 376 213 84 02

Faks : 0 376 212 00 75

E-Posta Adresi: endora2212@hotmail.com

Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşan, içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunan, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal

ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır (1, 2). Kronik hastalık ise "normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre ba-

Tablo 1: Araştırmaya dahil edilen kronik hastalığı olan çocuk-ergen ve ebeveynlerine ait bazı özelliklerin dağılımı

Özellikler	Kronik hastalığı olan çocuklar (8-12 yaş)		Kronik hastalığı olan ergenler (13-18 yaş)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kız	31	51,7	54	57,5	85	55,2
Erkek	29	48,3	40	42,5	69	44,8
Eğitim durumu						
İlköğretim	60	100	21	22,3	81	52,6
Ortaöğretim	-	-	73	77,7	73	47,4
Hastalık tipi						
Astım	29	48,3	31	33	60	39,0
Akut romatizmal ateş	13	21,7	15	16	28	18,2
Kronik böbrek hastalığı	4	6,7	12	12,8	16	10,4
Ailevi akdeniz ateşi (FMF)	2	3,3	10	10,6	12	7,8
Diyabetes Mellitus	4	6,7	6	6,4	10	6,5
Epilepsi	3	5	4	4,2	7	4,5
Kronik sinüzit	-	-	3	3,2	3	1,9
Diğer*	5	8,3	13	13,8	18	11,7
Tanı koyulan zaman						
0-3 yıl	32	53,3	45	47,9	77	50
4-6 yıl	17	28,3	22	23,4	39	25,3
7 yıl ve üstü	11	18,3	27	28,7	38	24,7
Annenin eğitim durumu						
Okur yazar	2	3,3	3	3,2	5	3,2
Okur yazar değil	1	1,7	5	5,3	6	3,9
İlkokul	31	51,7	57	60,6	88	57,1
Ortaokul	10	16,7	7	7,5	17	11,1
Lise	12	20	19	20,2	31	20,1
Üniversite	4	6,7	3	3,2	7	4,6
Babanın eğitim durumu						
Okur yazar	2	3,3	2	2,1	4	2,6
Okur yazar değil	-	-	3	3,2	3	1,9
İlkokul	18	30	33	35,1	51	33,1
Ortaokul	7	11,7	15	16	22	14,3
Lise	23	38,3	26	27,6	49	31,8
Üniversite	10	16,7	15	16	25	16,3
Ekonomik durum						
Asgari ücret ve altı	18	30	31	33	49	31,8
Asgari ücret üstü	42	70	63	67	105	68,2
Toplam	60	100	94	100	154	100

* : çölyak hastalığı, talasemi, lösemi, siroz, hipertansiyon

kım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum” olarak tanımlanmaktadır. Kronik çocukluk hastalıkları ortopedik sorunlar, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, astım gibi çok çeşitli olabilmektedir (3).

Kronik hastalığın çocukta yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar çocuğa, aileye, hastalığın tipine, sosyal çevreye ve aldığı tıbbi bakıma göre değişmekte ve çocuğun hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ya da zorlaştırmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuklarda sağ-

lıklı çocuklara oranla iki kat daha fazla uyum sorunları görülmekle birlikte yapılan araştırmalara göre çocukta uyum bozukluğunu etkileyen en önemli faktörlerin başında, hastalığın yarattığı yetersizlik duyguları ve sınırlamalar gelmektedir (4). Kronik hastalığı olan çocuklar, sadece hastalığın semptomlarını azaltmaya çalışmakla kalmayıp, aynı zamanda çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunları da hastalığın beraberinde yaşamaktadırlar (5). Bu sorunlara rağmen kronik hastalığı olan çocuklar normal yaşantılarını sürdürmeye çalışmakta, ancak günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamalar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (6).

Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğundan yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Yaşamı destekleyen birçok teknolojik gelişmenin, yeni ilaçların, alternatif tedavi ve bakım yaklaşımlarının sağlık hizmetlerinde kullanılması sonucu yaşamı korumak, yaşam süresini uzatmak mümkün olurken, bu gelişmelerin yaşama olumlu ya da olumsuz etkilerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekliliği daha fazla hissedilmeye başlanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri, bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıklarını, hastalık durumu ve hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiklerini, bireyin bakış açısıyla değerlendirme olanağı vermektedir. (7, 8). Konu ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algılarını değerlendiren az sayıda araştırma olduğu dikkat çekmektedir (9, 10, 11).

Bu çalışmada, Çankırı il merkezindeki ilköğretim ve ortaöğretimde öğrenim gören 8-18 yaş arasındaki kronik hastalığı olan çocuk ve ergenler ile sağlıklı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin, çocuk ve ergenler ile ebeveynlerinin değerlendirmelerine göre belirlenerek karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. Materyal ve Yöntem

Araştırma Çankırı il merkezindeki ilköğretim ve ortaöğretimde öğrenim gören 8-18 yaş arasındaki kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin yaşam kaliteleri ile sağlıklı çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin çocuk ve ergenler ile ebeveynlerinin değerlendirmelerine göre karşılaştırılması amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Çankırı il merkezinde yaşayan, kronik hastalığı olan ve olmayan, 2008-2009 öğrenim yılında Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı tüm ilköğretim (2326 öğrenci) ve ortaöğretim (1077 öğrenci) okullarında öğrenim gören 8-18 yaşları arasındaki toplam 3403 (12) çocuk (8-12 yaş arası) ve ergenler (13-18 yaş arası) ile ebeveynleri oluşturmaktadır. Örnekleme, kronik hastalığı olan 8-18 yaşlar arasındaki toplam 154 çocuk (n=60) ve ergen (n=94) ile aynı yaşlar arasındaki sağlıklı 154 çocuk (n=60) ve ergen (n=94) ile bu çocukların ebeveynleri (n=308) dahil edilmiştir.

Araştırmaya Çankırı il merkezindeki tüm ilköğretim ve ortaöğretim okullarına 2008-2009 öğrenim yılında devam eden toplam 3403 öğrenci arasından kronik hastalığı olan 200 çocuk-ergen ve ebeveynleri alınmıştır. Kronik hastalığı olduğu saptanan tüm çocuk-ergene formlar verilmiş, ancak formların eksik doldurulması, getirilmemesi veya devamsızlık gibi nedenlerden dolayı örneklem 154 çocuk ve ergen ile bunların ebeveynleri alınmıştır. Kronik hastalığı olan çocuk-ergenlerin sayısı kadar sağlıklı çocuk-ergen ile bunların ebeveynleri de çalışmaya dahil edilmiş, 308 çocuk-ergen ve 308 ebeveyn araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

2.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada çocuk ve ailelerinin sosyo-demografik-ekonomik özelliklerini belirlemek amacıyla 20 sorudan oluşan

“Çocuk ve Aile Bilgi Formu” ile 8-18 yaşlarındaki kronik hastalığı olan ve olmayan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini karşılaştırabilmek için Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilen (13, 14) ve Çakın-Memik tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)” kullanılmıştır (15).

Çocuk ve Aile Bilgi Formu'nda araştırmaya dahil edilen çocukların yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, kardeş sayısı, anne ve babalarının öğrenim, çalışma ve gelir durumunu belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde çocuk (8-12 yaş), ergen (13-18 yaş) ve ebeveyn formları bulunmakta ve her bir form 23 maddeden oluşmaktadır. Çocuk ve ergen formları birbirine benzer olmakla birlikte çocuk ve ergenlerin bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı, çocuk formunda daha basit ifadeler yer almaktadır. ÇİYKÖ, çocuk ve ergenlerin son bir ayını sorgulamakta ve hiçbir zaman (100 puan), nadiren (75 puan), bazen (50 puan), sıklıkla (25 puan), hemen her zaman (0 puan) olmak üzere beşli likert tipi işaretlemeyi gerektirmektedir. Ölçeğin yarısından fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirilmeye alınamamaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar toplandıktan sonra doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlığa ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. Çocuk ve ergen formları çocuk ve ergenler tarafından, ebeveyn formu ise çocuk ve ergenlerin anne veya babası tarafından doldurulmaktadır. Ölçek, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin bileşenleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği alanlarını sorgulamakta ve puanlama üç alanda yapılmaktadır. Bunlar; Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP), Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP) ve Ölçek Toplam Puanıdır (ÖTP). Psikososyal sağlık alanı, duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar (DİP), sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar (SİP) ve okul ile ilgili

sorunlar (OİP) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach α katsayıları 0,80 ve 0,88 arasında değişmekte ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir (13, 14).

2.3 Veri Toplama Yöntemi

Çankırı Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra, Çankırı il merkezindeki ilköğretim ve ortaöğretim okullarında görevli okul müdürleri ve öğretmenleri ile işbirliği yapılarak, 8-18 yaşları arasında kronik hastalığı olan çocuk ve ergenler tespit edilmiştir. Belirlenen çocuk ve ergenlere, sınıf ortamında araştırmanın amacı ve doldurulacak formlar hakkında gerekli açıklamalar yapılmıştır. Çocuk ve ergenlerden, ölçekte belirtildiği şekilde, özellikle son bir aylarını düşünerek ÇİYKÖ'ni doldurmaları istenmiştir. Uygulama ortalama 10-15 dakika sürmüş, çocuk ve ergenlerin formları istekli bir şekilde doldurdukları gözlenmiştir. Doldurulan formlar toplandıktan sonra, ölçeğin ebeveyn formu açıklanarak çocuklardan ailelerine ulaştırılmaları ve doldurulduktan sonra formu geri getirmeleri istenmiştir. Ailelere gönderilen ebeveyn formunda, formun nasıl doldurulacağı ile ilgili gerekli açıklamalara yer verilmiştir. Sınıf öğretmenleri ile yapılan işbirliği sonucunda ebeveyn formları 4-5 gün sonra geri alınmıştır. Tam ve doğru olarak doldurulan çocuk-ergen ve ebeveyn formları değerlendirilmiş, kronik hastalığı olan çocuk ve ergen sayısı kadar kronik hastalığı olmayan çocuk ve ergenler arasından basit tesadüfi örneklem yöntemi ile sağlıklı çocuk ve ergenler belirlenmiştir. Aynı yöntem ile sağlıklı çocuk-ergen ve ebeveynlere ulaşılmış, doldurulan formlar toplanmış ve araştırmanın amacına yönelik elde edilen tüm veriler gerekli istatistiksel analizler için hazır hale getirilmiştir.

2.4 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programı kullanılmıştır. Örneklem

alınan çocuk-ergen ve ailelerine ait betimsel özellikler yüzdeler halinde sunulmuştur. Araştırmada kronik hastalığı olan çocuk-ergen ve ebeveynlerinin ölçek ve alt testlerine ilişkin puan ortalamaları ile kronik hastalığı olmayan sağlıklı çocuk-ergen ve ebeveynlerinin ölçek ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için parametrik veriler için ilişkisiz örneklemeler t testi (Independent Samples t-test), parametrik olmayan veriler için Mann-Whitney-U Test'inden yararlanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya dahil edilen kronik hastalığı olan 8-12 yaş grubundaki çocukların (n=60) %51,7'sinin kız, %48,3'inin erkek, %48,3'ünün astımı olduğu, %53,3'nün tanısının üç yıl içinde koyulduğu, annelerinin %51,7'sinin ilkokul, babalarının %38,3'ünün lise mezunu ve %70'inin ailelerinin gelir düzeyinin asgari ücretin üstünde olduğu, 13-18 yaş grubu ergenlerin (n=94) ise %57,5'inin kız, %42,5'inin erkek, %77,1'sinin orta öğretimde öğrenim gördüğü, %33'ünün astımı olduğu, %47,9'unun tanısının üç yıl içinde koyulduğu, annelerinin %60,6'sının, babalarının %35,1'inin ilkokul mezunu ve %67'sinin ailelerinin asgari ücret üstünde gelir düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 1). Sağlıklı olan 8-12 yaş grubundaki çocukların (n=60) %55'inin kız, %45'inin erkek olduğu, tamamının ilköğretimde öğrenim gördüğü, annelerinin %75'inin ilkokul, babalarının %38,3'ünün lise mezunu olduğu ve %55'nin ailelerinin asgari ücretin altında gelir düzeyine sahip olduğu, 13-18 yaş grubundaki sağlıklı olan ergenlerin (n=94) ise %55,3'ünün kız ve %44,7'sinin erkek, büyük çoğunluğunun ortaöğretimde öğrenim gördüğü, annelerinin %45,7'sinin ilkokul, babalarının %40,4'ünün lise mezunu olduğu ve %92,6'sının ailelerinin asgari ücretin üstünde gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya alınan kronik hastalığı olan

Tablo 2: Araştırmaya dahil edilen sağlıklı çocuk-ergen ve ebeveynlerine ait bazı özelliklerin dağılımı

Özellikler	Sağlıklı çocuklar (8-12 yaş)		Sağlıklı ergenler (13-18 yaş)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kız	33	55	52	55,3	85	55,2
Erkek	27	45	42	44,7	69	44,8
Eğitim durumu						
İlköğretim	60	100	20	21,3	80	51,9
Ortaöğretim	-	-	74	78,7	74	48,1
Annenin eğitim durumu						
Okur yazar	1	1,7	3	3,2	4	2,6
Okur yazar değil	1	1,7	-	-	1	0,6
İlkokul	45	75	43	45,7	88	57,1
Ortaokul	8	13,3	15	16	23	14,9
Lise	3	5	24	25,5	27	17,6
Üniversite	2	3,3	9	9,6	11	7,2
Babanın eğitim durumu						
Okur yazar	2	3,3	-	-	2	1,3
İlkokul	17	28,4	18	19,2	35	22,7
Ortaokul	13	21,7	10	10,6	23	14,9
Lise	23	38,3	28	29,8	51	33,1
Üniversite	5	8,3	38	40,4	43	27,9
Ekonomik durum						
Asgari ücret ve altı	33	55	7	7,4	40	27
Asgari ücret üstü	27	45	87	92,6	114	73
Toplam	60	100	94	100	154	100

8-12 yaşlarındaki çocukların fiziksel sağlık puan ortalaması $66,8 \pm 18,4$, duygusal işlevsellik puan ortalaması $67,8 \pm 18,9$, sosyal işlevsellik puan ortalaması $83,8 \pm 15,4$, okul işlevsellik puan ortalaması $70,8 \pm 15,9$, duygusal, sosyal ve okul işlevselliği alt testlerinden oluşan psikososyal sağlık puan ortalaması $80,6 \pm 14,4$ ve ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $80,7 \pm 13,3$ olarak bulunmuştur. 8-12 yaşlarındaki sağlıklı çocukların ise fiziksel sağlık puan ortalaması $80,7 \pm 14,8$, duygusal işlevsellik puan ortalaması $77,3 \pm 17,2$, sosyal işlevsellik puan ortalaması $88,4 \pm 17,5$, okul işlevsellik puan ortalaması $76,3 \pm 18,1$, psikososyal sağlık puan ortalaması $84,2 \pm 15,3$, ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $81,1 \pm 15,5$ olarak tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan ve olmayan 8-12 yaşlarındaki çocukların ölçek toplam ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlıklı çocukların yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların

ÇİYKÖ'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında FSTP ($t=-4,5$, $p<0,05$), DİP ($t=-2,9$, $p<0,05$), OİP ($t=-1,7$, $p>0,05$) alt testleri arasındaki farkın anlamlı, SİP ($t=-1,5$, $p>0,05$), PSTP ($t=-1,33$, $p>0,05$) alt testleri ve ölçek toplam puanları ($t=0,17$, $p>0,05$) arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Kronik hastalığı olan 13-18 yaşlarındaki ergenlerin fiziksel sağlık puan ortalaması $70,7 \pm 19,3$, duygusal işlevsellik puan ortalaması $65,4 \pm 20,4$, sosyal işlevsellik puan ortalaması $88,1 \pm 13,7$, okul işlevsellik puan ortalaması $62,7 \pm 18,6$, psikososyal sağlık toplam puan ortalaması $79,3 \pm 11,4$ ve ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $80,7 \pm 10,5$ 'dir. Sağlıklı ergenlerin ise fiziksel sağlık toplam puan ortalaması $83,2 \pm 12,7$, duygusal işlevsellik puan ortalaması $70,3 \pm 18,1$, sosyal işlevsellik puan ortalaması $94,2 \pm 9,4$, okul işlevsellik puan ortalaması $73,4 \pm 14,9$, psikososyal sağlık toplam puan ortalaması $82,3 \pm 16,5$, ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $81,3 \pm 17,3$ olarak be-

Tablo 3: Kronik hastalığı olan ve olmayan 8-12 yaşındaki çocukların ölçekten aldıkları puanlara ait analiz sonuçları

Alt boyutlar	Gruplar	Kronik hastalıklı çocuklar	Sağlıklı çocuklar	t	p
		X±S	X±S		
FSTP	(Fiziksel Sağlık Toplam Puanı)	66,8±18,4	80,7±14,8	-4,5	0,000
DİP	(Duygusal İşlevsellik Puanı)	67,8±18,9	77,3±17,2	-2,9	0,005
SİP	(Sosyal İşlevsellik Puanı)	83,8±15,4	88,4±17,5	-1,5	0,129
OİP	(Okul İşlevselliği Puanı)	70,8±15,9	76,3±18,1	-1,7	0,008
PSTP	(Psikososyal Sağlık Toplam Puanı)	80,6±14,4	84,2±15,3	-1,33	0,187
ÖTP	(Ölçek Toplam Puanı)	80,7±13,3	81,1±15,5	0,17	0,869

İrilenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde 13-18 yaşlarındaki sağlıklı ergenlerin yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olan ergenlerin yaşam kalitelerinden yüksek olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan ve olmayan ergenlerin ölçek ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları arasında FSTP (U=7157, p<0,05), SİP (U=7616, p<0,05) ve OİP (t=-4,35, p<0,05) alt testlerinde anlamlı düzeyde fark olduğu, buna karşın DİP (t=-1,74, p>0,05), PSTP (U=9572, p>0,05) alt testlerinde ve ölçeğin toplamındaki (U=9295, p>0,05) farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

çocukların ebeveynlerinin değerlendirmelerine göre; fiziksel sağlık puan ortalaması 69,8±18,9, duygusal işlevsellik puan ortalaması 66,8±19,4, sosyal işlevsellik puan ortalaması 81,5±18,2, okul işlevsellik puan ortalaması 68,8±17,6, duygusal, sosyal ve okul işlevselliği alt testlerinden oluşan psikososyal sağlık puan ortalaması 80,2±14,6 ve ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 78,7±15,4 olarak bulunmuştur. 8-12 yaşlarındaki sağlıklı çocukların ebeveynlerinin değerlendirmelerine göre ise; fiziksel sağlık puan ortalaması 75,9±20,2, duygusal işlevsellik puan ortalaması, 77,3±17,2, sosyal işlevsellik puan ortalaması

86,0±18,1, okul işlevsellik puan ortalaması 77,3±18,0, psikososyal sağlık puan ortalaması 82,2±17,7, ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması 81,0±18,2 olarak tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan ve olmayan 8-12 yaşlarındaki çocukların ölçek toplam ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlıklı çocukların yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olan çocuklardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin görüşlerine göre ÇİYKÖ'nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında DİP (t=-3,11, p<0,05), OİP (t=-2,64, p<0,05) alt testleri arasındaki farkın

Kronik hastalığı olan 8-12 yaşlarındaki

Tablo 4: Kronik hastalığı olan ve olmayan 13-18 yaşındaki ergenlerin ölçekten aldıkları puanlara ait analiz sonuçları

Alt boyutlar	Gruplar	Kronik hastalıklı ergenler	Sağlıklı ergenler	Test istatistiği	P
		X±S	X±S		
FSTP	(Fiziksel Sağlık Toplam Puanı)	70,7±19,3	83,2±12,7	U=7157	0,000
DİP	(Duygusal İşlevsellik Puanı)	65,4±20,4	70,3±18,1	t=-1,74	0,083
SİP	(Sosyal İşlevsellik Puanı)	88,1±13,7	94,2±9,4	U=7616	0,0004
OİP	(Okul İşlevselliği Puanı)	62,7±18,6	73,4±14,9	t=-4,35	0,000
PSTP	(Psikososyal Sağlık Toplam Puanı)	79,3±11,4	82,3±16,5	U=9572	0,065
ÖTP	(Ölçek Toplam Puanı)	80,7±10,5	81,3±17,3	U=9295	0,270

Tablo 5: Kronik hastalığı olan ve olmayan 8-12 yaşındaki çocukların ebeveynlerine göre ölçekten aldıkları puanlara ait analiz sonuçları

Alt boyutlar	Gruplar	Kronik hastalıklı çocuklar	Sağlıklı çocuklar	t	p
		X±S	X±S		
FSTP	(Fiziksel Sağlık Toplam Puanı)	69,8±18,9	75,9±20,2	-1,71	0,091
DİP	(Duygusal İşlevsellik Puanı)	66,8±19,4	77,3±17,2	-3,11	0,002
SİP	(Sosyal İşlevsellik Puanı)	81,5±18,2	86,0±18,1	-1,36	0,178
OİP	(Okul İşlevselliği Puanı)	68,8±17,6	77,3±18,0	-2,64	0,009
PSTP	(Psikososyal Sağlık Toplam Puanı)	80,2±14,6	82,2±17,7	0,69	0,489
ÖTP	(Ölçek Toplam Puanı)	78,7±15,4	81,0±18,2	0,74	0,463

anlamli, FSTP ($t=-1,71$, $p>0,05$), SİP ($t=-1,36$, $p>0,05$), PSTP ($t=0,69$, $p>0,05$) alt testleri ve ölçek toplam puanları ($t=0,74$, $p>0,05$) arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ebeveyn görüşleri doğrultusunda ölçekten elde edilen puan ortalamalarına göre 8-12 yaşlarındaki sağlıklı çocukların yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olan çocukların yaşam kalitelerine göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Kronik hastalığı olan 13-18 yaşlarındaki ergenlerin fiziksel sağlık puan ortalaması $71,6\pm 23,1$, duygusal işlevsellik puan ortalaması $70,3\pm 27,1$, sosyal işlevsellik puan ortalaması $85,7\pm 14,8$, okul işlevsellik puan ortalaması $64,7\pm 20,4$, psikososyal sağlık toplam puan ortalaması $78,5\pm 12,3$ ve ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $79,7\pm 11,7$ 'dir. Sağlıklı ergenlerin ise fiziksel sağlık toplam puan ortalaması $82,0\pm 14,3$, duygusal işlevsellik puan ortalaması $70,3\pm 18,1$, sosyal işlevsellik puan ortalaması $91,6\pm 14,5$, okul işlevsellik puan ortalaması $73,5\pm 16,7$, psikososyal sağlık toplam puan ortalaması $83,9\pm 19,5$, ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması $82,8\pm 19,8$ olarak belirlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde 13-18 yaşlarındaki sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin kronik hastalığı olan ergenlerin yaşam kalitelerinden yüksek olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan ve olmayan ergenlerin ebeveynlerinin görüşlerine göre, ölçek ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları arasında FSTP ($t=-3,71$, $p<0,05$), SİP ($t=-2,46$, $p<0,05$), OİP

($t=-3,23$, $p<0,05$) ve PSTP ($U=9876$, $p<0,05$) alt testlerinde anlamlı düzeyde fark olduğu, buna karşın DİP ($t=1,000$, $p>0,05$) alt testinde ve ölçeğin toplamındaki ($U=9477$, $p>0,05$) farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

4. Tartışma ve Sonuç

Günümüzde kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel-zihinsel sınırlılıklar ve sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta birlikte uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu değişiklikler bireyin ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (16, 17). Tüm çocukların %10'unda davranışsal ve duygusal belirtiler tanımlanırken, bu oranın kronik sağlık sorunları olan çocuklarda %20'ye çıktığı bildirilmektedir (18). Çakın Memik ve arkadaşlarının Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirilmesi amacı ile yaptıkları bir çalışmada, ergenlerin ve ebeveynlerinin görüşlerine göre kronik hastalığı olanların fiziksel sağlık puan ortalamaları sağlıklı ergenlere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (19). Erişkinlerde yaşam

kalitesi belirlenirken fiziksel işlevselliği değerlendirebilmek için iş yaşamı, öz bakım, aile içindeki görevler, merdiven çıkabilme, evi süpürebilme gibi aktiviteler değerlendirilirken, çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir (15). Çalışmamızda da, bu sonuçlara paralel olarak, kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin, yürümeyi, koşmayı, spor ya da egzersiz yapmayı, kendi başına banyo yapmayı, günlük işleri yerine getirmeyi, acı ve ağrının varlığını içeren fiziksel sağlık alt boyutuna ait puan ortalamalarının sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin değerlendirmelerine göre, fiziksel sağlık puan ortalamaları kronik hastalığı olan ergenlerin anlamlı düzeyde düşük, çocukların ise anlamlı olmamakla birlikte düşük olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığın çocukların fiziksel aktivitelerini olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir durum olmakla birlikte, fiziksel sağlık alt boyutunda araştırmaya dahil edilen kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin puan ortalamaları ile sağlıklı çocuk ve ergenlerin puan ortalamaları arasında fark olduğu dikkat çekicidir. Bu farkın, çocuk ve ergenlerin çoğunda kronik hastalık tanısının son üç yıl içinde konulması, çocukların hastalığa uyum sürecinde olmaları ve kronik hastalığın doğası gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Psikososyal sağlık; korkmuş veya ürkmüş hissetmek, hüzünlü, üzgün ve öfkeli

Tablo 6: Kronik hastalığı olan ve olmayan 13-18 yaşındaki ergenlerin ebeveynlerine göre ölçekten aldıkları puanlara ait analiz sonuçları

Alt boyutlar	Gruplar	Kronik hastalıklı ergenler	Sağlıklı ergenler	Test istatistiği	p
		X±S	X±S		
FSTP	(Fiziksel Sağlık Toplam Puanı)	71,6±23,1	82,0±14,3	t=-3,71	0,000
DİP	(Duygusal İşlevsellik Puanı)	70,3±27,1	70,3±18,1	t=0,00	1,000
SİP	(Sosyal İşlevsellik Puanı)	85,7±14,8	91,6±14,5	t=-2,46	0,015
OİP	(Okul İşlevselliği Puanı)	64,7±20,4	73,5±16,7	t=-3,23	0,001
PSTP	(Psikososyal Sağlık Toplam Puanı)	78,5±12,3	83,9±19,5	U=9876	0,008
ÖTP	(Ölçek Toplam Puanı)	79,7±11,7	82,8±19,8	U=9477	0,111

olmak, uyku sorunları yaşamak, kendine ne olacağı ile ilgili olarak endişe duymak gibi duygu durumlarını içeren duygusal işlevsellik, yaşlıları ile geçinmek, alay edilmek, arkadaşları tarafından istenilmek, yaşlılarına ayak uydurmak, yaşlılarının yaptıklarını yapmak gibi aktiviteleri içeren sosyal işlevsellik, sınıfta dikkatini toplamak, derslerinden geri kalmamak, kendini iyi hissetmediğinde ve doktora/hastaneye gittiğinde okula gitmemek gibi durumları içeren okul işlevselliği olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilmektedir (15, 20). Erişkinlerde sosyal işlevsellik değerlendirilirken okul alanı ya da arkadaş ilişkisi çok önemli olmazken, çocuklarda yapılan sosyal işlevsellik değerlendirmesinde arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır (15). Yaşam kalitesi kavramında bireyin kendine özgü fiziksel ve ruhsal sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, çevre etkenleri ve kişisel inançları yer almaktadır. Sosyal işlevsellik, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenen yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli olmaktadır. Okul, sosyal ve duygusal işlevsellik, fiziksel belirtiler ve tedavi yaklaşımlarının, kronik hastalığı olan çocukların yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Bu etkinin ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi ve tıbbi girişimlerin etkinliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilebilmesi için kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı ile ilgili yaşam kalitesi algılarını bilmek önemlidir (10). Sawyer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; astım, kistik fibrozis ve tip 1 Diyabetes Mellitus'u olan yirmi üç çocuk, sağlıklı çocuklarla karşılaştırılmış, kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı grupta yer alan çocuklara oranla yaşam kalitelerini daha kötü algıladıkları saptanmıştır (20). Bilfield ve arkadaşları, kronik hastalığı olan çocuklar ile sağlıklı çocuklar arasındaki psikososyal kaygıları karşılaştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada, kronik hastalıklı

çocukların psikososyal kaygılarının sağlıklı çocuklara oranla daha fazla olduğunu saptamışlardır (21). Gerson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kronik böbrek hastalığı olan 2-16 yaş arasındaki çocukların fiziksel, okul, duygusal ve sosyal fonksiyonlarının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (22). Çalışmamızda, kronik hastalığı olan çocukların duygusal ve okul işlevselliği puan ortalamaları, ergenlerin ise sosyal ve okul işlevselliği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ebeveynlerin görüşlerine göre, çocuk ve ergenlerin kendi değerlendirmelerine benzer olarak, kronik hastalığı olan çocukların duygusal ve okul işlevselliği puan ortalamaları, ergenlerin sosyal ve okul işlevselliği ile psikososyal sağlık puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, kronik hastalığın varlığı, çocuk ve ergenlerin sosyal, duygusal gelişimlerini ve akademik başarılarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bu nedenle kronik hastalığı olan çocuk-ergen ve ebeveynlerine yönelik olarak yaşam kalitelerini arttıran çalışmaların yapılması büyük önem kazanmaktadır.

Yetişkinler için çok sayıda yaşam kalitesi ölçüğü geliştirilmiş olmasına karşın, çocukların kendilerinden alınan bilgilere dayanarak yaşam kalitelerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar sınırlıdır. Çocukların gelişim düzeylerine uygun olarak yaşam kalitesi ölçüklerinin kullanılması, aynı zamanda çocukların yaşam kaliteleri ile ilgili olarak ebeveyn değerlendirmelerinin yapılması büyük önem taşımaktadır (9, 23, 24, 25). Ancak anne ve babaların çocuklarının olumlu yönlerine olan yatkınlıkları nedeni ile akran ilişkilerini değerlendirmede yetersiz oldukları, üstelik anne babaların eski deneyimleri, beklentileri ve görüşleri nedeniyle çocuklarını değerlendirmede çoğu zaman objektif olamadıkları bildirilmektedir. Buna karşın çocuğun yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik pek çok ölçümde sorular ebeveynlere yöneltilmektedir (9, 24). Bazı araştırmacılar, birey durumu ile ilgili kendi algısını

yansıttığı için öznel değerlendirmenin daha değerli olduğunu, bazı araştırmacılar ise nesnel sonuçlar verdiğinden ebeveyn değerlendirmelerinin daha değerli olduğunu savunmaktadır (19). Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin belirlenmesinde, hem ebeveynlerin hem çocuk ve ergenlerin değerlendirmelerine yer verilmesinin en iyi yöntem olduğu düşünülmektedir.

Okul döneminde çocukların anne-babaları ile ilişkileri yanında, öğretmen ve arkadaş ile ilişkileri de önem kazanmaktadır. Bu dönemde kendisine ve gelişmekte olan bedenine karşı olumlu tutum geliştirme, akranları ile iyi ilişkiler kurmayı öğrenme, bağımsızlık kazanma gibi beceriler ön plana çıkmaktadır (26). Ergenlik dönemi, kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum sağlama, geleceğe yönelik planlar yapma ve bağımsızlığını kazanma ile karakterize bir dönemdir. Ergenlikte fiziksel görünüm ve işlevsellik çok önemlidir. Hastalık nedeniyle fiziksel bozukluğun olması ve işlev kaybı özgüvenin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Ergenlik döneminde hastalık ve hastaneye yatışa bağlı güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük duyguları, depresyon ve saldırgan davranışlar gelişebilmektedir (3, 27). Kronik hastalığın varlığı, ergenlerin kimlik ve cinsel gelişimlerini, bağımsızlıklarını, benlik saygılarını, bedenini kontrol etme yeteneklerini, meslek seçimlerini, eğitimlerini, özetle yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Üneri ve arkadaşlarının 13-18 yaşları arasında ilk kez migren tanısı koyulan ergenlerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve sağlıklı ergenler ile karşılaştırılması amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hem ergenlerin hem de ebeveynlerinin görüşlerine göre, migreni olanların sağlıklı ergenlere göre yaşam kalitelerini daha düşük algıladıkları tespit edilmiştir (28). Graue ve arkadaşları, Tip 1 Diyabetes Mellitus'u olan ergenler üzerinde yürüttükleri bir çalışmada, Diyabetes Mellitus'lu ergenlerin genel sağlık durumlarının sağlıklı olanlara göre daha kötü olduğunu bildirmişlerdir (29).

Öte yandan çocuk ve ergenlerin hastalık tanısı koyulduktan sonra yeni durumlarına uyum sağlamakta güçlük çektikleri ancak zamanla hastalıklarına uyum sağladıkları ve başlangıçta bozulmuş olan yaşam kalitesi algılarının yükseldiği bilinmektedir (30). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısının zamanla değişebileceği düşünüldüğünde, araştırmada belirlenen kronik hastalığa sahip çocuk ve ergen ile ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitesi düzeylerinin tekrar değerlendirilerek farklılık olup olmadığının saptanması önem kazanmaktadır. Ergin ve arkadaşları, astımlı çocuklar ile sağlıklı çocukların ve ailelerinin yaşam kaliteleri ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yaptıkları çalışmada, astımlı ve sağlıklı çocuklar ile ailelerinin yaşam kaliteleri arasındaki farkın toplam puan açısından önemli olma-

dığını bildirmişlerdir (31). Çakın-Melik ve arkadaşlarının, Tip 1 Diyabetes Mellitus'lu çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin değerlendirilerek sağlıklı çocuk ve ergenler ile karşılaştırılması amacı ile yaptıkları çalışmada, Tip 1 Diyabetes Mellitus'lu çocuk/ergenler ile sağlıklı çocuk/ergenlerin yaşam kalitelerini benzer algıladıklarını belirlemiştir (10).

Çalışmamızda, Çankırı il merkezindeki kronik hastalığı olan ve öğrenimine devam eden tüm çocuk ve ergenler belirlenmiş ve büyük çoğunluğu örnekleme dahil edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulguların konu ile ilgili çoğu çalışmayla uyumlu olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlere tekrar ulaşılarak yaşam kalitesi düzeylerinin yeniden belirlenmesi ve karşılaştırma yapılabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan çocukların duygusal, davranışsal, bilişsel ve sosyal açıdan yüksek risk altında oldukları göz önüne alındığında ve çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Çocuk ve ailelerinin yaşam kalitesini arttıran ve azaltan faktörler belirlenerek bunlara yönelik çözümler önerilebilir.
- Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ailelere çocukların yaşam kalitelerini yükseltebilecekleri bilgilerin verileceği eğitimler verilebilir.
- Ülkemizde son yıllarda artan yaşam kalitesi kavramının öneminin bilinmesinin ve buna ilişkin çalışmaların sürdürülmesinin, kronik hastalıklı çocuk, ergen ve ailelerinin optimal sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynayacağı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Eiser C. The measurement of Quality of Life in Children: Past and future perspectives; *J Dev Behav Pediatr* 2001; 22: 248-56.
2. Sönmez S, Başbakkal Z. Türk çocuklarının Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanterinin (PedsQL 4.0) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Klin J Pediatr* 2007; 16: 229-237.
3. Erdoğan A, Karaman, MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2008; 9: 244-252.
4. Foster RLR, Hunsberg MM, Anderson JJT. Family-centered nursing care of children. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1991.
5. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49: 155-168.
6. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı; 5-7 Nisan 2007; İzmir, Türkiye. İzmir: Mete Basım; 2007. s.9-11.
7. Durademir A. Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 1999; 3: 16-20.
8. Başalan F, Özer M. Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2003; 6(4): 24-26.
9. Jenner G. Career opportunities in childhood cancer nursing. *Nurs Stand* 2001; 15(21): 58-9.
10. Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, ve ark. Tip 1 diyabetes mellitusu olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algılarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(3): 133-138.
11. Kurt AS, Çetinkaya, Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3(8): 35-56.
12. Milli Eğitim Bakanlığı. Milli eğitim istatistikleri örgün eğitim. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü; 2009.
13. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care* 1999; 37: 126-139.
14. Varni JW, Said M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001; 39: 800-812.
15. Üneri Ö, Çakın-Memik N. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(1): 48-56.
16. Akdemir N, Birol L. Kronik hastalıklar ve hemşirelik bakımı. İçinden: *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005. s.193-99.
17. Rijken M, Kerkhof MV, Dekker J, et al. Comorbidity of chronic diseases. *Qual Life Res* 2005; 14(1): 45-55.
18. Fettahoğlu EÇ, Koparan C, Özatalay E ve ark. İnsüline bağımlı diyabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9(1): 32-36.
19. Çakın Memik, N, Ağaoğlu, B, Coşkun, A, ve ark. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg* 2007; 18 (4): 353-363.
20. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness-a two year prospective study. *Qual Life Res* 2004; 13(7): 1309-1319.
21. Bilfield S, Wildman BG, Karazisa BT. Brief report: The relationship between chronic illness and identification management of psychosocial problems in pediatric primary care. *J Pediatr Psychol* 2005; 31(8): 813-817.
22. Gerson AC, Wentz A, Abraham AG, et al. Health-related quality of life of children with mild to moderate chronic kidney disease. *Pediatrics* 2010; 125(2): 349-357.
23. Clarke SA, Eiser C. The measurement of health-related quality of life (QOL) in pediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2(6): 1- 5.
24. Montalto D, Bruzzece JM, Moskaleva G, et al. Quality of life in young urban children: Does asthma make a difference? *J Asthma* 2004; 41(4): 497-505.
25. Eser E, Yüksel H, Baydur H, ve ark. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatr Derg* 2008; 19(4): 409-417.
26. Yavuzer H. Eğitim ve gelişim özellikleriyle okul çağı çocuğu. 12. baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2006.
27. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 9. baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2008.
28. Üneri ÖŞ, Şenbil N, Turgut S. Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2009; 10(2): 137-141
29. Graue M, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR, et al. Measuring self-reported, health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease-specific instruments. *Acta paediatr* 2003; 92(10): 1190-1196.
30. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001; 84: 205-211.
31. Ergin D, Yüksel H, Şen N, ve ark. Astımlı çocuklar ile sağlıklı çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesinin karşılaştırılması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı; 5-7 Nisan 2007; İzmir, Türkiye. İzmir: Mete Basım; 2007. s.75.

Nöral Tüp Defektinin Eşlik Ettiği Spondilotorakal Tip Jarcho-Levin Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Spondylothoracal Type Jarcho-Levin Syndrome Associated With Neural Tube Defect: A Case Report

Nilüfer Güzoğlu, Dilek Dilli, Ş. Suna Oğuz, Avidan Kızılelma, Ömer Erdeve, Serdar Ceylaner, Uğur Dilmen

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Jarcho-Levin sendromu anormal kostovertebral segmentasyon, “yengeç şeklinde” toraks kafesi görünümüne neden olan ve omurga yapısını etkileyen kostovertebral bileşkede kostaların bilateral komplet füzyon defektleri ile karakterize konjenital bir sendromdur. Bu sendromun spondilotorasik ve spondilokostal dizostoz olmak üzere iki alt tipi vardır. Spondilotorasik tipte vertebra deformiteleri, spondilokostal tipte ise kosta anomalileri daha sık gözlenir. Jarcho-Levin sendromuna nöral tüp defektleri, kardiyak, renal ve gastrointestinal anomaliler eşlik edebilir. Bu yazıda meningo-miyelose ve hidrosefali eşlik eden spondilotorasik tip Jarcho-Levin sendromu tanısı alan bir yenidoğan olgu nadir görülmesi nedeniyle literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Anahtar Sözcükler : *Konjenital anomali, yengeç şeklinde göğüs kafesi, spondilotorasik dizostoz, meningo-miyelose*

Jarcho-Levin syndrome is a congenital disorder characterized by abnormal vertebral segmentation, defects affecting spine formation with complete bilateral fusion of the ribs at the costovertebral junction producing a “crab-like” configuration of the thorax. This syndrome is composed of two subgroups: spondylothoracic and spondylocostal dysostosis. While vertebral deformities are frequent in spondylothoracic type, costal abnormalities are common in spondylocostal type. Jarcho-Levin syndrome may be associated with neural tube defects, cardiac, renal, and gastrointestinal anomalies. In this report, a newborn diagnosed to be Spondylothoracic type Jarcho-Levin syndrome and associated with meningo-myelocoele and hydrocephalus was presented with literature highlight because of its rarity.

Key Words : *Congenital disorder, crab-like thorax, spondylothoracic dysostosis, meningo-myelocoele*

Jarcho-Levin sendromu (JLS) ilk defa 1938 yılında Jarcho ve Levin tarafından tanımlanan nadir bir sendrom olup prevalansı 0.25/10.000'dir (1). Jarcho-Levin sendromunda hemivertebra, vertebral agenezi, kelebek vertebra, kama vertebra, hipoplastik vertebra ve kostovertebral füzyon defektlerine sık rastlanmaktadır ve bu sendroma nöral tüp defektleri (NTD), kardiyak, renal ve gastrointestinal anomaliler eşlik edebilir. Sendromun, spondilokostal dizostoz (SKD) ve spondilotorasik dizostoz (STD) olmak üzere iki alt tipi vardır. STD'nin prognozu SKD'ye göre daha kötü olup, olguların çoğu solunum yetmezliği ya da enfeksiyon nedeniyle kaybedilmektedir (2).

Bu yazıda meningo-miyelose ve hidrosefali eşlik eden ve solunum yetmezliği ne-

deniyle kaybedilen STD tip JLS olgusu literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Olgu sunumu

Yirmi iki yaşındaki annenin ikinci gebeliğinden 36. gebelik haftasında yaşayan ilk bebek olarak vajinal yolla doğan, 1. ve 5. dakika Apgar skorları 4 ve 8 olan kız hasta solunum sıkıntısı ve çoklu anomalileri olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Annenin gebelik süresince düzenli olarak izleme gitmediği, 16. haftada yapılan obstetrik ultrasonografide meningo-miyelose ve hidrosefali saptandığı ve gebeliğin sonlandırılmasının önerildiği, ancak ailenin isteği üzerine gebeliğin devamına karar verildiği öğrenildi. Anne ve baba arasında akrabalık yok-

Received: 12.08.2009 • Accepted: 08.06.2010

Corresponding author

Uz. Dr. Dilek Dilli
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Neonatoloji Bilim Dalı
Phone : +90 312 306 52 70
Gsm : +90 542 236 81 50
Fax : +90 312 306 52 71
E-mail Address : dilekkilli2@yahoo.com

tu. Annenin teratojen maddeye maruz kalmadığı, folik asit eksikliğine neden olabilen ilaç kullanmadığı ve ailede benzer hastalığı olan çocuk öyküsü olmadığı saptandı.

Hastanın doğum ağırlığı 1730 gr (3-10. p), boyu 43 cm (10. p), baş çevresi 33,5 cm (75-90. p) idi. Fizik muayenede ön fontanel geniş, arka fontanel ve süturlar açık, boyun ve göğüs kafesi kısa olup torakal düzeyde bütünlüğü bozulmuş meningo-miyelosel kesesi mevcut idi (Şekil 1). Solunum sıkıntısı olan hastaya serbest O₂ ve ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Yatışının ikinci gününde solunum yetmezliği derinleşen ve SPO₂ < % 80 seyreden hasta mekanik ventilatöre bağlandı. Nöral tüp defekti etiyojisini araştırmak amacı ile annede serum vitamin B12, folik asit ve çinko düzeyleri ölçüldü; normal düzeylerde olduğu be-



Şekil 1: Olgunun fiziki görünümü; kısa boyun, dar toraks kafesi, deforme omurga ve meningo-miyelosel kesesi görülmektedir.

lirildi. Meningo-miyeloselli olgularda MTHFR gen mutasyonuna sık rastlanması nedeniyle hastamızda da bu inceleme yapıldı ve MTHFR geninde heterozigot mutasyon saptandı. Karyotip analizi normaldi (46, XX).

Hastanın iskelet grafilerinde hemivertebra, füzyon defektleri, skolyoz ve yengeç şeklinde kosta anomalileri görüntüledi (Şekil 2,3). Kraniyel ultrasonografide hidrosefali (sağ lateral ventrikül 25 mm, sol lateral ventrikül 41 mm), septum pellucidum agenezisi ve serebellar herniasyon saptandı. Kraniyel tomografi bulguları ultrasonografi ile uyumlu idi. Renal ultrasonografi ve ekokardiografi bulguları normaldi. Bu klinik ve radyolojik bulgular ile hastaya STD tip JLS tanısı konuldu.

Hastanın izleminde postnatal 7. gün kan kültüründe Escherichia coli üredi ve uygun antibiyotik değişikliği yapıldı. Hospitalizasyon süresince mekanik ventilatör desteği gereksinimi devam eden hasta postnatal 45. gün solunum yetmezliği ve septik şok nedeniyle kaybedildi.

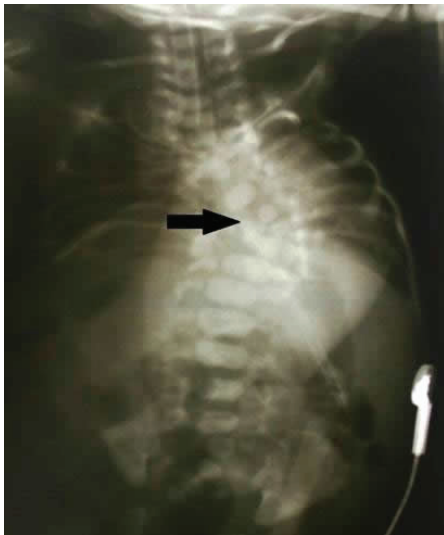
Tartışma

Jarcho-Levin sendromlu hastalarda NTD görülme sıklığı yaklaşık %25 dolayındadır (3). Nöral tüp defektleri, embriyonik dönemde nöral tüpün kapan-

masındaki yetersizlikten kaynaklanan klinik bir tablodur. Avrupa ve ABD’de NTD sıklığı 1000 canlı doğumda 1-2 arasında bildirilmektedir (3). Ülkemizdeki NTD sıklığı ise 1000 canlı doğumda 3 olarak rapor edilmiştir (4,5). Nöral tüp defekti görülme sıklığı ırk, sosyoekonomik durum, tek gen bozuklukları, teratojen maddelere maruziyet, MTHFR gen polimorfizmi gibi predispozan faktörlerin varlığına göre değişiklik göstermektedir. Nöral tüp defekti izole bir anomali olabileceği gibi bazı sendromlara eşlik eden bir bulgu da olabilir (3). Yapılan çalışmalarda NTD’li çocuklarda vertebral agenezisi ve hemivertebra gibi vertebral anomalileri ile birlikte kostalarda şekil bozuklukları ve kosto-vertebral füzyon defektlerine de rastlandığı gösterilmiştir (6,7).

Jarcho-Levin sendromu, nadir görülen bir konjenital hastalık olup spondilotorasik dizostoz (STD) ve spondilokostal dizostoz (SKD) olmak üzere iki alt tipi vardır. Spondilotorasik dizostoz otozomal resesif geçişlidir. Bu tipte vertebral anomaliler daha ağır olup, kosto-vertebral bileşkede füzyon defektleri mevcuttur. Bu nedenle hastalar pnömoni ya da restriktif akciğer hastalığı sonucu erken dönemde kaybedilir (8). Spondilokostal dizostoz ise otozomal dominant ve otozomal resesif kalıtım gösterebilir, prognozu STD’ye göre daha iyidir (9). Olgumuzun anne ve babası arasında akraba evliliği yoktu. Aile, gebelik planlamadan önce genetik danışmanlık alınması, annenin gebelik boyunca düzenli izleme gitmesi ve bir sonraki gebeliğinde yüksek doz folik asit desteği alması gerektiği konularında bilgilendirildi.

Jarcho-Levin sendromunda radyolojik bulgular; skolyoz, toraks ve lomber bölgeyi içerebilen vertebral anomalileri; daha sık olmak üzere hemivertebra, yarı vertebra, hipoplastik vertebral, kelebek vertebral gibi çoklu vertebral segmentasyon defektleri şeklindedir. Kosta anomalileri ise parsiyel kosta füzyonu, sayı ve kalınlıkta asimetri ve şekil bozukluğu biçimindedir (8). Bizim hastamızda da vertebral segmentasyon defektleri, kosto-vertebral bileşkede füzyon ve skolyoz mevcut idi.



Şekil 2 ve 3: Aynı olgunun direk grafileri; skolyoz, kosto-vertebral füzyon defektleri ve çoklu vertebral anomalileri ile yengeç şeklinde toraks görünümü dikkati çekmektedir.

Jarcho-Levin sendromuna NTD dışında kardiyovasküler, genitoüriner ve parankimal organ patolojileri eşlik edebilir. Hidrosefali, hidroüretonefroz, meningo Miyelosele, atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, renal agenezi/ hipoplazi, polikistik böbrek, anal atrezi, diyafram hernisi, özofago-trakeal fistül, Sprengel deformitesi, Meckel divertikülü, bifid uvula bildirilen anomaliler arasındadır (10).

Koryon villus biyopsisi ile JLS tanısı antenatal dönemde konulabilmektedir.

Jarcho-Levin sendromunda en sık 2q-32,1 ve Delta like 3 gen (DLL3) mutasyonu, nadiren de MESP2 ve LFNG mutasyonları saptanabilir (11). Prenatal mutasyon incelemeleri normal olsa bile torakal vertebra ve kostaların karakteristik bulgularıyla prenatal 16. haftadan itibaren üç boyutlu ultrasonografi ile hastalığın tanısı klinik olarak konulabilmektedir (9,12). Burada sunulan olgu düzenli izleme gitmemiş, ancak 16. haftada yapılan ultrasonografide meningo Miyelosele ve hidrosefali saptanmıştı.

Bu yazıda meningo Miyelosele ve hidrosefali eşlik eden spondilotorasik tip Jarcho-Levin sendromu tanısı alan bir yenidoğan olgu nadir görülmesi nedeniyle literatür bilgileri ışığında sunuldu. Jarcho-Levin sendromunun kalıtsal geçişli bir hastalık olması ve farklı klinik şekillerde seyredebilmesi nedeniyle bu ailelerin ileriki dönemlerde gebelik planlamadan önce genetik danışmanlık alması ve gebelik süresince düzenli izleme gitmeleri konularında aydınlatılmaları yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Uçar Ş, Kepenkli E, Zorlu P ve ark. Spondilokostal Dizostoz: Bir Olgu. Yeni Tıp Dergisi. 2007;24: 222-4.
2. Karnes PS, Day D, Berry SA et al. Jarcho-Levin syndrome: four new cases and classification of subtypes. Am J Med Genet. 1991;40:264-70.
3. Chen CP. Syndromes, Disorders and Maternal Risk Factors Associated With Syndromes, Disorders and Maternal Risk Factors Associated With Neural Tube Defects (II). Taiwan J Obstet Gynecol. 2008;47:10-7.
4. Tunçbilek E, Boduroğlu K, Alikışıoğlu M. Neural tube defects in Turkey: prevalence, distribution and risk factors. Turk J Pediatr 1999; 41: 299-305.
5. Mocan H, Aydemir V, Bozkaya H ve ark. Incidence of neural tube defects (ntd) in Ankara Turkey, prior to and after the Chernobyl disaster. Pediatr Perinat Epidemiol 1992; 6: 111-114.
6. Naik PR, Lendon RG, Barson AJ. A radiological study of vertebral and rib malformations in children with myelomeningocele. Clin Radiol 1978;29:427-30.
7. Lendon RG, Wynne-Davies R, Lendon M. Are congenital vertebral anomalies and spina bifida cystica aetiologically related? J Med Genet 1981;18:424-7.
8. Roberts AP, Conner AN, Tolmie JL et al. Spondylothoracic and spondylocostal dysostosis hereditary forms of spinal deformity. J Bone Joint Surg Br. 1988;70:123-6.
9. Kulkarni ML, Navaz R, Vani HN et al. Jarcho-Levin Syndrome Indian Journal of Pediatrics. 2006; 73:245-47.
10. Karakurt C, Kara C, Akgün D ve ark. Spondylocostal Dysostosis: İki Olgu Sunumu. Inter Pediatr 2001; 16:173-5.
11. Cornier AS, Staehling-Hampton K, Delventhal KM et al. Mutations in the MESP2 Gene Cause Spondylothoracic Dysostosis/ Jarcho-Levin Syndrome, Am J Hum Genet. 2008; 82: 1334-41.
12. Thomas N, Chandran J. Spondylocostal Dysostoses. Indian Pediatrics 2004; 41:1060-1

Ultrasound and MRI Findings in a Large Combined Laryngeal Mucocele: Case Report

Büyük Kombine Bir Laringeal Mukoselde Ultrason ve Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları: Olgu Sunumu

Evren Üstüner, Ebru Düşünceli Atman, Hasan Özcan, İlhan Erden

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı

Ultrasound and MRI findings of a large combined laryngeal mucocele were described with special emphasis on the diagnostic features and differential diagnosis.

Key Words : **Ultrasound, Magnetic resonance, Laryngocele, Larynx**

Büyük kombine laringeal bir mukoselin ultrason ve manyetik rezonans bulguları tanısal özellikleri ve ayırıcı tanı üzerinde durularak sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: **Ultrason, Manyetik Rezonans, Laringosel, Laringeal**

A laryngocele is a rare lesion with an estimated incidence of 1 in 2.5 million persons per year which represents an abnormal dilatation of the saccule in contact with the laryngeal space(1, 2). The name laryngeal mucocele or saccular cyst is coined when a laryngocele is filled with mucous and fluid instead of air (2, 3). An internal laryngocele is limited to the interior of larynx; an external laryngocele extends beyond the confines of the thyroid cartilage through the thyrohyoid membrane and penetrates at the site of the entry of superior laryngeal nerve and artery. If both external and internal components exist a combined laryngocele is present (4).

Herein we discuss the ultrasound and MR findings of a large combined type laryngeal mucocele in a 28-year-old male with special emphasis on the diagnostic and clinical features, and differential diagnosis of laryngoceles.

Case Report

A 28-year-old male presented with hoarseness, frequent cough, dyspnea and foreign body sensation of two months duration worsening at nights while lying down and claimed that the symptoms had started after a severe upper respiratory tract illness. A non-pulsatile mass

was externally visible on the right anterolateral portion of the neck which enlarged with Valsalva's maneuver. He had been smoking twenty cigarettes a day for the last 10 years. The rest of the physical exam and laboratory findings were unremarkable. He did not recall any incidence of overusing his voice.

An ultrasound study was requested to determine the nature of the neck mass, which revealed an infrahyoid anechoic, fluid filled, cystic lesion involving the right aryepiglottic fold, filling the right vestibule, extending externally through the thyrohyoid membrane. Hyperechoic mucous was also identified within the cystic lesion (Fig-1). No evidence of a lymphadenopathy or an associated solid mass was detected. A diagnosis of combined laryngeal mucocele was made.

Later an MRI study was done to exclude an associated malignancy, in which on T2-weighted FSEIR images, the laryngeal mucocele was clearly visible due to homogeneous signal hyperintensity of the cystic mass reflecting the fluid content in a background of fat suppression. No air was present within the cystic lesion. The laryngeal mucocele was extending from the vallecula to the true vocal cords, displac-

Received: 28.07.2010 • Accepted: 25.10.2010

Corresponding author

Uz.Dr.Evren Üstüner
Ankara University Faculty of Medicine, Department of Radiology,
Ankara, 06100, Turkey
Phone : +90 312 508 27 36
Fax : +90 312 310 71 17
E-mail Address : evrenustuner@hotmail.com

ing the false vocal cords, and filling the pyriform sinus and the ventricle on the right. Extralaryngeal component penetrated through the thyrohyoid membrane (Fig -2). There was no evidence of lymph node disease or obstructing soft tissue component suggestive of malignancy. The patient underwent an uncomplicated resection.

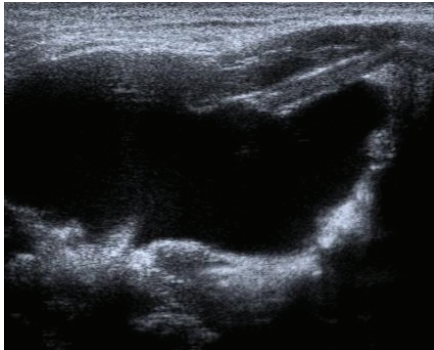


Figure 1: An anechoic, fluid filled, combined type laryngocele is depicted in this US image in the transverse plane extending beyond the thyrohyoid membrane laterally and limited by the thyroid cartilage anteriorly. Medially the laryngeal folds are in apposition.

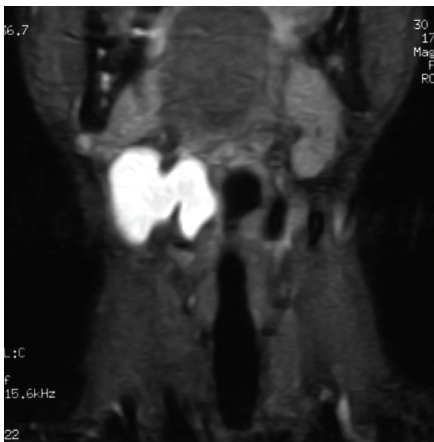


Figure 2: On T2 FSEIR sequences in coronal plane the laryngocele is clearly visible as a cystic lesion of high signal intensity with regular, well-defined borders in the background of fat suppression, minimally displacing the laryngeal air space medially, extending from the vallecula to the vocal cords filling the ventricle and extending laterally beyond the larynx through the thyrohyoid membrane.

Discussion

Laryngoceles are frequently observed in men, with a male to female ration of 5:1 and most come to clinical attention in the 5th or 6th decade (1). Combined laryngoceles account for 44% of all laryngoceles and 10% may

become infected (2). Laryngoceles are either congenital or acquired. Increase in endolaryngeal pressure like in glass blowers, players of wind instruments, singers and street hawkers or presence of a lesion that causes stenosis of the saccule neck may predispose to laryngocele development (4, 5). Although most laryngoceles are small in size and asymptomatic, they may present with hoarseness, dysphagia, pain and foreign body sensation. External laryngoceles depending on the size may present as a visible neck mass that change size in Valsalva's maneuver (1). Compression of the mass may cause a gurgling sound known as Bryce's sign (2).

Size, presence of infection and possible association with malignancy should be evaluated with scrutiny during imaging and other cystic laryngeal lesions should be ruled out. Size partially influences the severity of symptoms (1). Serious, life-threatening upper airway obstruction due to a giant laryngocele and even death secondary to mucous aspiration in a critically narrowed airway has been reported (1, 6). Therefore airway patency needs to be carefully assessed.

Superimposed infection may cause acute flare or exacerbation of the existing symptoms therefore imagers should be aware of the signs of infection (2). CT imaging is especially advantageous in this regard because radiological signs of inflammation such as wall thickening or rim enhancement of the laryngocele could be easily demonstrated (2,7). Neck ultrasound proves to be useful because it allows quick and real time diagnosis. The most useful input of the US exam is differentiation of a cystic mass from a solid lesion and US diagnosis is most accurate if the space is filled with fluid instead of air or mucous. The dimensions of the lesion could be easily assessed whether it is external or internal, the content is better visualized either purulent, simple fluid, mucous or air and also ultrasound may act as a guide for aspiration of cysts contents (7).

In our case nor history or occupation indicated an acquired laryngocele secondary to increased intralaryngeal

pressure. Therefore, on imaging, we specially focused on ruling out an associated malignancy or an obstructing lesion involving the saccule and our patient had direct laryngoscopic examination to rule out laryngeal cancer prior to imaging. MRI or CT imaging with contrast are especially helpful in ruling out other possible associated lesions with laryngocele such as laryngeal carcinoma, squamous cell carcinoma, amyloidosis, papilloma, cord leukoplakia, tuberculosis, scleroma, adenolymphoma, granular cell tumor, chordoma (2,4,8). These imaging modalities offer better resolution and the relation of the lesion with the surrounding tissues is better displayed especially when the lesion is totally filled with air which is disadvantageous for ultrasound imaging. Lymph node stations should also be carefully evaluated and US, CT and MRI are all successful in this regard. Fortunately preoperative imaging studies and postoperative pathologic studies did not reveal any focus of malignancy in this patient.

Laryngoceles may rupture; rupture may cause emphysema of the subcutaneous tissues (5) or lateral pharyngeal space infection (1). Imagers should also be aware of other cystic lesions that are included in the differential diagnosis of laryngoceles such as thyroglossal duct cysts, branchial cleft cyst, cystic hygroma, tracheocele and parapharyngeal abscess (2, 5). If the cystic nature of the lesion could not be inferred from the imaging studies solid lesions such as paraganglioma, schwannoma, lipoma and lymphadenopathy should also be considered in the differential diagnosis (2, 5). The typical localization and radiological pattern of these lesions are most helpful during decision making.

In conclusion, laryngoceles are saccular cysts which are either limited to the larynx or extend beyond the confines of the larynx. US is a practical and often diagnostic imaging modality. Imagers should be aware that although laryngocele is a benign entity, possible association with a malignancy or life threatening upper airway obstruction warrants further examination and imaging.

REFERENCES

- 1- Pennings RJE, Van den Hoogen FJA, Marres HAM. Giant laryngoceles: a cause of upper airway obstruction. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001; 258: 137-140.
- 2- Jahendran J, Sani A, Rajan B, Mann GS, Appoo B. Intravenous neck injections in a drug abuser resulting in infection of a laryngocele. *Asian J Surgery* 2005; 28 (1): 41-44.
- 3- Swartz JD, D'Angelo AJ Jr, Harnsberger HR, Zwillenberg S, Marlowe FT. The laryngeal mucocele. *Imaging analysis of a rare lesion. Clin Imaging* 1990; 14(2): 110-115.
- 4- Cankaya H, Egeli E, Unal O, Kiris M. Laryngeal amyloidosis a rare cause of laryngocele. *J Clin Imaging* 2002; 26: 86-88.
- 5- Nazaroglu H, Ozates M, Uyar A, Deger E, Simsek M. Laryngopyocele : signs on computed tomography. *Eur J Radiol* 2000; 33: 63-65.
- 6- Satou T, Naito T, Hayashi Y, Hashimoto S, Sugiyama S. A sudden death case of laryngocele accompanied by infarction of the dorso-lateral portion of the medulla oblongata. *Legal Med* 1999; 1: 257-261.
- 7- Van Vierzen PB, Joosten FB, Manni JJ. Sonographic, MR and CT findings in a large laryngocele: a case report. *Eur J Radiol* 1994; 18: 45-47.
- 8- Papila I, Acioglu E, Karaman E, Akman C. Laryngeal chondroma presenting as a laryngopyocele. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 473-476.

Sporodik Geçişli Adams Oliver Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Sporadic Inherited Adams Oliver Syndrome: A Case Report

Mert Demirel, Savaş Serel, Burak Kaya, Mehmet Serdar Gültan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Adams Oliver sendromu, 1945 yılında Adams ve Oliver tarafından tanımlanmıştır. Orijinal tanımında; Aplasia kutis konjenita sendromu ve beraberinde ekstremitelerde defektleri, nörolojik ve kardiyolojik problemleri vardır. Sendrom ilk tanımlandığında, genetik defekti değişken geçişli otozomal dominant olarak belirtilmiştir. Fakat daha sonra otozomal resesif ve sporodik geçişler de tanımlanmıştır. Olgu sunumumuzdaki hastanın ailesinde bu sendroma ait patolojik hiçbir bulgu yoktu. Bu özellikleriyle olgumuz, sporodik bir Adams Oliver sendromu vakası olarak tanımlandı.

13 yaşında bayan hasta scalp'te alopesik bir alan şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan ileri tetkiklerde, kalvaryumda kemik defekti ve her iki alt ekstremitesinde 2. web aralığında inkomplet basit sindaktili olduğu, ayak parmaklarının 2. falanxlarının dismorfik ve interfalangial eklemlerinin de olmadığı ayrıca bütün tırnaklarının da distrofik olduğu görüldü. Bu bulgularıyla tanımlanan sendromun özelliklerini tipik olarak göstermektedir.

Literatürde sporodik olarak bildirilen yalnızca 32 vaka mevcuttur. Çalışmamızda bu nadir sendromu tanımlamaya çalıştık.

Anahtar Sözcükler: Adams Oliver Sendromu, Aplasia Kutis Konjenita, Sindaktili

Adams Oliver syndrome, has been described by Adams and Oliver in 1945. Original definition, along with Aplasia cutis congenita syndrome and limb defects, has neurological and cardiologic problems. In the first description, genetic defect passes variable autosomal dominant pattern. Afterwards the autosomal recessive and sporadic cases were published. None of our patient's family members showed any of the syndromic findings. With these characteristics we decided her as a sporadic Adams Oliver syndrome.

13 years old female patient complained of an area of alopecia admitted to our clinic. Further tests, bone defects in the adjacent calvarium, 2. web simple, incomplete syndactylies at both lower extremity, all second phalanges were disformed, the interphalangeal joints were absent and the nails were dystrophic also. These findings typically defined the features of the syndrome. Only 32 cases reported in the literature as sporadic is available. In our study, we tried to identify this rare syndrome.

Key Words: Adams Oliver Syndrome, Aplasia Cutis Congenita, Syndactyly

Adams Oliver sendromu, 1945 yılında Adams ve Oliver tarafından tanımlanmıştır. Orijinal tanımında; Aplasia kutis konjenita sendromu ve beraberinde ekstremitelerde defektleri, nörolojik ve kardiyolojik problemleri vardır. Sendrom ilk tanımlandığında, genetik defekti değişken geçişli otozomal dominant olarak belirtilmiştir. Fakat daha sonra otozomal resesif ve sporodik geçişler de tanımlanmıştır. Olgu sunumumuzdaki hastanın ailesinde bu sendroma ait patolojik hiçbir bulgu yoktu. Bu özellikleriyle olgumuz, sporodik bir Adams Oliver sendromu vakası ola-

rak tanımlandı. Bu olgu sunumunda, Adams Oliver sendromunun tipik özelliklerini tanımayıp, literatüre ait bilgilerden bahsettik.

Olgu Sunumu

13 yaşında bayan hasta scalp'te alopesik bir alan şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede; inspeksiyonda kafa derisinde vertekste yaklaşık 17*7 cm'lik bir alanda alopesik bir alan olduğu görüldü (Şekil 1). Palpasyonda bu bölgenin atrofik karakterli ve az gelişmiş olduğu görüldü. Kenarında yer

Başvuru tarihi: 11.02.2010 • Kabul tarihi: 25.10.2010

İletişim

Dr. Mert Demirel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
06100 Dikimevi / ANKARA
Telefon : 0 312 595 61 75
E-Posta Adresi : mertdemirel@yahoo.com



Şekil 1: 13 yaşında bayan hasta saçlarını topladığı için dışarıdan belli olmayan vertex bölgesinde alopesik bir scalp defektine sahiptir. Saçlarını ortadan ayırdığında, 17x7 cm çapında atrofik cilt yapısına sahip orta hattaki alopesik alan dışarıdan görülebiliyor.

alan sağlıklı kalvaryum ile sınırları belirgin bir biçimde ayırt ediliyordu. Saç folikülleri de bu atrofik alanın hemen bitiminde sağlıklı olarak yer almıştı. Yüz bölgesinde başka bir patolojik bulguya saptanmadı. Hastanın her iki alt ekstremitesinde ayak parmaklarının az gelişmiş olduğu görülüyordu. Parmakları kısa ve tırnakları distrofik, çoğu bölgede aplazikti (Şekil 2). Her iki ayak ikinci web aralığında inkomplet basit sindaktili mevcuttu. Santral sinir sistemine ait ek radyolojik patoloji yoktu. Mental motor retardasyon mevcut değildi. Dahili organlara ait patolojik bir bulguya rastlanılmadı. Fizik muayenede başka bir patolojik bulguya rastlanılmadı.

Radyolojik görüntüleme yöntemlerine başvuruldu; antero-posterior her iki ayak grafisinde birinci falankların kalınlıkları incelmış, kalem gibi uzamış olduğu görüldü, interfalangial eklem sadece 1 ve 5. parmaklarda mevcuttu.

KAYNAKLAR

1. Adams FH, Oliver P. Hereditary deformities in man due to arrested development. J Hered 1945;36:3-7.
2. Zapata HH, Sletten LJ, Pierpont ME. Congenital cardiac malformations in Adams-Oliver syndrome. Clin Genet 1995;47:80-4.



Şekil 2: Her iki alt ekstremitesinde parmaklarının genel olarak kısa olduğu görülmektedir. 2. parmak aralığında inkomplet basit sindaktili mevcuttur. Ayrıca tırnaklarının çoğunun olmadığı sağ 1. ve 5., sol 5. parmaklardaki tırnakların da distrofik olduğu görülmektedir. Hastanın ambulasyonunda bir şikayeti yoktur.

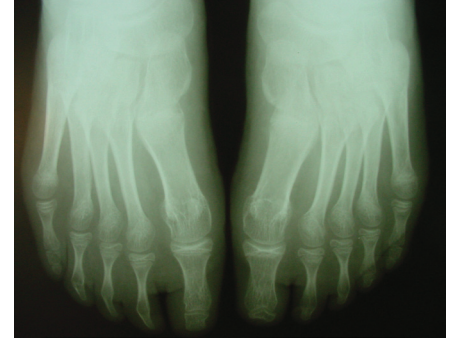
İkinci falanklar 1 ve 5. parmaklar haricinde seçilemiyordu (Şekil 3).

Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde, kraniyal kesitlerinde belirtilen bölgede kemik defekti mevcuttu.

Hastanın alopesik bölgesini onarmak için doku genişletici ile 2 aşamalı saç restorasyonu planlandı. Hasta kabul etmediğinden dolayı hasta haliyle kliniğimizden taburcu edildi.

Tartışma

Aplasia Kutis Konjenita sendromu (ASS), konjenital olarak scalp'te atrofik cilt yapısına sahip alopesik bir alan ve bu alanın altına kraniyal kemiklerin hipoplazisiyle karakterli bir sendromdur. 1945 yılında Adams ve Oliver, ASS'na sahip bir ailenin üyelerinde distal transvers ekstremitte defekti bulguları saptamışlar ve Adams Oliver sendromunu tanımlanmışlardır(1). Sendrom ilk tanımlandığında, genetik defekti değişken geçişli otozomal dominant olarak belirtilmiştir. Daha sonra literatürde bu sendroma sahip hastalarda



Şekil 3: Direkt ayak grafisinde birinci falankların kalem ucu gibi uzadığı görülmektedir. Eklem aralığı 1 ve 5. parmak haricinde seçilememektedir.

otozomal resesif ve sporodik formları da belirtilmiştir.

Hastamızın ailesinde bu sendroma veya başka bir patolojik scalp bulgusuna ait patoloji yoktu. Bu özellikleriyle olgumuz, sporodik geçişli bir Adams Oliver sendromu vakası olarak tanımlandı. Adams Oliver sendromu yalnızca ekstremitte bulgularıyla gidebildiği gibi Kutis Marmoratum gibi cilt defektleri, önemli problemlere yol açabilecek, mental motor retardasyon yaratabilecek santral sinir sistemi anomalileri ve kardiyolojik defektlerle de beraberlik gösterebilmektedir(2,3,4).

Sonuç

Çoğunlukla otozomal dominant genetik geçişli bir yapı gösteren bu sendromda, sporodik olarak tanımlanmış çok az olgu mevcuttur. Aplasia Kutis Konjenita'lı hastalarda fizik muayenede rastlanabilecek ekstremitte bulguları bize Adams Oliver sendromu'nu hatırlatmalıdır. Bu sendromun hatırlanmasının, beraberlik gösterebilecek santral sinir sistemi anomalilerin ve kardiyojenik anomalilerin saptanabilmesi için önemli olduğunu düşünüyoruz.

3. Dyall-Smith D, Ramsden A, Lauri S. Adams-Oliver syndrome: aplasia cutis congenita, terminal transverse limb defects and cutis marmorata telangiectatica congenita. Australas J Dermatol 1994;35:19-22.
4. Davis PM, Buss PW, Simpson BA, Sykes BJ. Near fatal haemorrhage from the superior sagittal sinus in Adams-Oliver syndrome. Arch Dis Child 1993;68:433.