

İstanbul Arel Üniversitesi

The Journal of Health Sciences and Life

Temmuz/Ağustos/Eylül 2016 • Cilt:1 • Sayı:1

# SAGLIK BİLİMLERİ YAŞAM DERGİSİ







Temmuz/Ağustos/Eylül 2016 • Cilt:1 • Sayı:1



İstanbul Arel Üniversitesi



**SAGLIK BİLİMLERİ YAŞAM DERGİSİ**

Dört ayda bir, yılda üç sayı olarak dijital formatta yayınlanır.

**Sahibi/Owner**

İstanbul Arel Üniversitesi SBYO adına

Prof.Dr. D. Serkan C. TAPKIN

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Yayın Yönetmeni/Editor

Prof.Dr. Gülten KAPTAN  
Yrd.Doç.Dr. Serkan Kemal BÜYÜKÜNAL  
Yrd.Doç.Dr. Cem ERÇALIK

**Kurul Üyeleri/Members**

Yrd.Doç.Dr. Nüket AKIN  
Yrd.Doç.Dr. F.Şule ŞAKAR  
Yrd.Doç.Dr. Nilgün VARDARLI  
Hulki CEVİZOĞLU

**Danışma Kurulu/Scientific Board**

Prof.Dr. Enver DURAN  
Prof.Dr. Köksal ÖNER  
Prof.Dr. Gülten KAPTAN  
Prof.Dr. Harun AKSU  
Prof.Dr. Ünsal ÖNER  
Prof.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN  
Prof.Dr. Özge ÖZGEN ARUN  
Prof.Dr. Cengiz KIRMAZ  
Prof.Dr. Nesrin AŞTI  
Prof.Dr. Aydın VURAL  
Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN  
Prof.Dr. Ömer ÇETİN  
Prof.Dr. Kadircan KESKİNBORA  
Prof.Dr. Nevzat ALKAN  
Prof. Dr. Şebnem ERÇALIK YALÇINKAYA  
Prof.Dr. Gürhan Raif ÇİFTÇİOĞLU  
Prof. Dr. Zehra Günay SARIYAR  
Prof.Dr. Ayşe YÜKSEL  
Prof.Dr. Ali AYDIN

**İletişim/Contact:** Türkoba Mah. Erguvan Sok. No:26/K 34537 Tepekent/Büyükçekmece İstanbul  
Tel: 0212 867 25 00/1095 Fax: 0212 860 04 81

# İÇİNDEKİLER

6

Sevil OLGUN<sup>1</sup> Gülten KAPTAN<sup>2</sup> Serkan Kemal BÜYÜKÜNAL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu, TR-09200 Aydın, TÜRKİYE

<sup>2</sup>İstanbul AREL Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

<sup>3</sup>İstanbul AREL Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

## MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cem ERÇALIK<sup>1</sup> Göksel ÇELEBİ<sup>1</sup> Bilge DÜDEN<sup>1</sup> Hüseyin ELİK<sup>1</sup> David OJALVO<sup>2</sup> Figen YILMAZ<sup>1</sup>

Jülide ÖNCÜ<sup>1</sup> Gülgün DURLANIK<sup>1</sup> Beril DOĞU<sup>1</sup> Banu Kuran<sup>1</sup> Fatih BORLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, TR-34371 İstanbul, TÜRKİYE

<sup>2</sup>Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, TR-34371 İstanbul, TÜRKİYE

\* Bu olgu 11. Türk Romatoloji Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur

16

## HİPERTROFİK OSTEOARTROPATİ: OLGU SUNUMU

24

Pınar ARDA Cem ERÇALIK Hüseyin ELİK Figen YILMAZ Jülide ÖNCÜ

Gülgün DURLANIK Beril DOĞU Banu KURAN

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, TR-34371 İstanbul, TÜRKİYE

\* Bu olgu 11. Türk Romatoloji Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

## \*NADİR BİR TROMBOSİTOPENİ SEBEBİ: PRİMERSJÖGREN SENDROMU

Ayşe YALILI<sup>1</sup> Çiğdem Fulya DÖNMEZ<sup>1</sup> GÜLTEN KAPTAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

30

## TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM KURUMLARINA DAİR BİR DEĞERLENDİRME

40

Arın Meriç AKIN<sup>1</sup> Nüket AKIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>International School Almere, NL-1362 Almere, HOLLANDA

<sup>2</sup>İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Çocuk Gelişimi Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

## KADINA ŞİDDET KONUSUNDA BİR DEĞERLENDİRME: “LÜTFEN BENİ İSTİSMAR ETME”

# MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevil OLGUN<sup>1</sup> Gülten KAPTAN<sup>2</sup> Serkan Kemal BÜYÜKÜNAL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu, TR-09200 Aydın, TÜRKİYE

<sup>2</sup>İstanbul AREL Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

<sup>3</sup>İstanbul AREL Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

## ÖZET

Bu araştırma biri devlet diğeri üniversite hastanesi olmak üzere iki ayrı hastanenin dahiliye ve koroner yoğun bakım ünitelerinde miyokard infarktüsü (MI) geçirmiş hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapıldı. Araştırmanın örneklemini MI geçirmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 75 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ve Kardiyak Versiyon III Skalası kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin analizinde Independent-Samples T-test, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Araştırmada yer alan hastaların yaş ortalaması 60 olarak hesaplandı. Hastaların medeni durumu, gelir durumu, aile içindeki konumu, hastaneye yatış sayısı, MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu, MI hakkında bilgiye sahip olma durumu, taburculuk sonrası evde bakım uygulanma durumlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilediği saptandı. Araştırma sonucunda, MI geçirmiş hastaların yaşam kalitesini çeşitli faktörlerin etkilediği ve bu faktörlerin ileride yapılacak çalışmalarla araştırılması gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Miyokard infarktüsü, yaşam kalitesi, bakım, beslenme

## EVALUATION OF LIFE QUALITY ON PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

### ABSTRACT

*This research has been planned and implementation for discripting quality of life with MI patients in a coronary intensive care units and medical clinics of a public hospital and a university hospital. The data were collected by using questionnaire which includes socio-demographics of patients and Quality of Life Cardiac Version III Scale. The data evaluated on computer with SPSS 10.00 programme. In the statistical analyses Independent Samples T-test, Mann-Whitney U test were used. The results of this study as follows; the mean-age was of the patients 60 ages. Among the effective factors quality of life; marital status, income status, family status, the number of hospitalization, the case of relationship between MI and home care after left hospital were determined. There was the significant relationship between hospitalisation time, MI and life style and discharged education with affecting care satisfactory ( $p<0.05$ ).*

*Key Words: Myocardial infarction, quality of life, care, nutrition*

## GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıkların 2/3'ü miyokard infarktüsü (MI) olarak ortaya çıkmaktadır (13, 21). Hastalığın görülme sıklığı ve ölüm oranı, toplumsal yapı ve özelliklere göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yaklaşık yarısı (%48), gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık beş ölümden birisi (%19) koroner kalp hastalıkları (KKH) nedeni ile meydana gelmektedir (13).

İskemik kalp hastalığı (IKH), özellikle de akut miyokard infarktüsü (AMI) hayati tehlikesi ve kronik hastalıklara yol açması nedeniyle hastaları ve direkt ya da dolaylı yoldan toplumu olumsuz yönde etkilemektedir (5). Kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVH) birçok kişinin bağımsızlık kaybına, yaşam kalitesinin azalmasına neden olan, büyük ve yaygın bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (19). Araştırmalar KVH'ları olan hastaların yaşam şekli değişikliklerinin bireyin yaşamını uzatabildiği ve yaşam kalitesini de arttırdığını ortaya koymaktadır. Anksiyete ve depresyon, çevreye ve sosyal ilişkilere karşı ilginin azalması, seksüel değişiklikler ve uyku bozuklukları ise MI geçiren birçok hastanın yaşam kalitesindeki azalmanın sonuçları olarak görülmektedir (19).

## YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini, Aydın Devlet Hastanesi (ADH) ve Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi (ADU)'nin Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ve Dahiliye Kliniklerinde tedavi gören MI geçirmiş, araştırmanın seçim ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 75 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu ve Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası kullanıldı.

Verilerin analizinde; Independent-Samples T-test, Mann-Whitney-U testi ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Araştırma hastane yönetimlerinden yazılı izin ve hastalardan sözlü onam alınarak gerçekleştirildi.

## BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular ve MI geçiren hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular sırasıyla tablo 1 ve 2'de verildi. Hastaların yaş dağılımı ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, medeni durum ile aile alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3).

Hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Gelir durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3).

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 4).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Hastane adı</b>		
ADÜ	45	60,0
ADH	30	40,0
<b>Yatmakta olduğu servis</b>		
Yoğun bakım	57	76,0
Servis	18	24,0
<b>Yaş</b>		
60 yaş üzeri	38	50,7
60 yaş ve altı	37	49,3
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	50	66,7
Kadın	25	33,3
<b>Medeni durum</b>		
Evli	55	73,3
Evli değil	20	26,7
<b>Eğitim durumu</b>		
İlköğretim ve altı	58	77,3
İlköğretim üzeri	17	22,7
<b>Gelir-gider durumu</b>		
Geliri giderini karşılıyor	50	66,7
Geliri giderini karşılamıyor	25	33,3
<b>Toplam</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tablo 2.** MI Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Hastalara Ait Özellikler	Sayı	%
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>		
2 üzeri	40	53,3
2 ve altı	35	46,7
<b>MI ile yaşam şekli arasında bağlantı kurma durumu</b>		
Bağlantı kurmayanlar	25	33,3
Stres/sıkıntı	28	37,3
Sigara/alkol/stres	7	9,3
Beslenme alışkanlığı	5	6,7
Sigara	3	4,0
Yorgunluk	3	4,0
Beslenme alışkanlığı/stres	2	2,7
Sigara/alkol	1	1,3
Sigara/stres	1	1,3
<b>MI hakkında bilgi durumu</b>		
Hayır	55	73,3
Dergi/broşür/kitapçık/gazete	8	10,7
Radyo/TV	7	9,3
Hepsi	3	4,0
Doktor	2	2,7
<b>Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları</b>		
Kısmen uygulayabilenler	46	61,3
Tamamen uygulayabilenler	29	38,7
<b>Toplam</b>	<b>75</b>	<b>100</b>



**Tablo 3.** MI Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları					
	Sağlık ve fonksiyonel kapasite	Psikolojik/Ruhsal	Aile	Sosyo-Ekonomik	Önemlilik	Toplam puan
<b>*Yaş</b>						
60 yaş ve altı (n=37)	65,60±10,16	35,48±6,98	17,40±3,63	39,86±7,56	202,54±12,73	158,35±23,84
60 yaş üstü (n=38)	65,90±8,25	37,94±4,77	18,00±2,25	42,15±6,50	203,63±12,76	164,00±20,22
<b>p</b>	<b>0,88</b>	<b>0,78</b>	<b>0,39</b>	<b>0,16</b>	<b>0,71</b>	<b>0,27</b>
<b>**Medeni Durum</b>						
Evli (n=55)	66,63±9,11	36,74±6,54	18,18±3,07	41,52±7,17	203,78±13,52	163,09±22,36
Evli değil (n=20)	63,30±9,12	36,70±4,58	16,40±2,45	39,65±6,86	201,20±10,05	156,05±21,09
<b>p</b>	<b>0,17</b>	<b>0,99</b>	<b>0,00</b>	<b>0,27</b>	<b>0,13</b>	<b>0,18</b>
<b>**Eğitim durumu</b>						
İlköğretim üzeri (n=17)	65,58±8,72	37,00±7,55	16,94±4,47	43,58±7,00	201,47±17,35	163,11±23,53
İlköğretim ve altı (n=58)	65,79±9,38	36,65±5,61	17,93±2,43	40,37±7,00	203,56±11,09	160,65±21,86
<b>p</b>	<b>0,94</b>	<b>0,48</b>	<b>0,74</b>	<b>0,06</b>	<b>0,77</b>	<b>0,40</b>
<b>**Gelir durumu</b>						
Gelir gideri karşılıyor (n=50)	67,86±7,61	38,86±4,34	17,96±2,95	43,42±5,45	203,80±9,02	168,08±17,04
Gelir gideri karşılamıyor (n=25)	61,52±10,65	32,52±6,83	17,20±3,12	36,24±7,67	201,68±18,05	147,48±24,91
<b>p</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,19</b>	<b>0,00</b>	<b>0,66</b>	<b>0,00</b>
<b>**Aile içindeki konumu</b>						
Aile reisi (n=47)	66,27±9,74	36,93±6,43	18,17±3,12	41,27±7,71	202,44±14,83	162,65±23,23
Aile reisi değil (n=28)	64,85±8,22	36,39±5,45	16,92±2,67	40,60±6,02	204,17±7,95	158,78±20,27
<b>p</b>	<b>0,41</b>	<b>0,79</b>	<b>0,05</b>	<b>0,45</b>	<b>0,66</b>	<b>0,37</b>

\*Independent Samples t-test, \*\*Mann-Whitney U

**Tablo 4.** Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları					
	Sağlık ve fonksiyonel kapasite	Psikolojik/Ruhsal	Aile	Sosyo-Ekonomik	Önemlilik	Toplam puan
<b>*Hastaneye yatış sayısı</b>						
2 ve altı (n=35)	67,91±8,41	36,42±6,53	17,42±3,08	41,08±7,02	202,02±16,43	162,85±22,21
2 üzeri (n=40)	63,85±9,49	37,00±5,67	17,95±2,96	40,97±7,24	204,02±8,22	159,77±22,21
<b>p</b>	<b>0,05</b>	<b>0,60</b>	<b>0,45</b>	<b>0,94</b>	<b>0,50</b>	<b>0,55</b>
<b>**MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu</b>						
Evet (n=50)	63,92±9,92	35,22±6,70	17,48±3,56	39,38±7,72	202,22±14,98	156,00±24,71
Hayır(n=25)	69,40±6,15	39,76±2,63	18,16±1,28	44,32±4,04	204,84±5,66	171,64±9,57
<b>p</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,67</b>	<b>0,01</b>	<b>0,66</b>	<b>0,00</b>
<b>**Taburculuk sonrasında bakım uygulamaları</b>						
Evet(n=20)	69,31±7,52	38,41±5,29	18,13±2,24	42,51±5,87	204,17±8,45	168,37±17,86
Hayır(n=55)	63,50±9,48	35,67±6,31	17,43±3,40	40,08±7,68	202,41±14,78	156,69±23,49
<b>p</b>	<b>0,01</b>	<b>0,04</b>	<b>0,76</b>	<b>0,15</b>	<b>0,73</b>	<b>0,01</b>

\*Independent Samples t-test, \*\*Mann-Whitney U

## TARTIŞMA

MI geçiren hastaların yaşam kalitesinin bazı değişkenler ile ilişkisinin incelendiği araştırmamızda, araştırma grubunun %66,7'sini erkek hastalar oluşturmuştur. Literatür bilgisi MI'nın erkeklerde görülme oranının daha fazla olduğu yönündedir (2, 3, 4, 7, 8, 10 12). KVH yaş ile bağlantılıdır. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Ancak son yıllarda insanların daha fazla strese maruz kalmaları nedeniyle yaş ortalamasının düşme eğiliminde olduğu ve genç neslin de KVH'na aday olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda 60 yaş altı hasta grubu ile 60 yaş üstü hasta grubu birbirine çok yakın oranlardadır. WHO yaşlılığın başlangıç yaşını 60 yaş olarak kabul etmektedir. Bu kıstas esas alınır, 60'lı yaşlarda KVH görülmesi beklenen yaşam süresini kısaltan önemli bir etken olarak kabul edilebilir. Başka bir çalışmada da KVH görülen hastaların yaş ortalaması 62,72 olarak bildirilmiştir (6). Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar, bahsi geçen veriler ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaş dağılımı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; yaş ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Elde edilen sonuç daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (5, 19).

Çalışmalar, özellikle evli olan ve MI geçirmiş bireylerde hem yeniden MI geçirme, iyileşmede görülen problemler, anksiyete, aşırı korunma gibi hastalıkla ilgili korkularının, hem de evlilikle ilgili problemler, cinsellikle ilgili problemler, kendi öz kaynaklarının kaybı gibi bireysel korkuların yaşandığını ve bu durumun bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir (3, 5, 6). Çalışmamızda medeni durum ile sağlık ve fonksiyonel kapasite ve psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak hastaların medeni durumu ile aile alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve evli olanların aile alt ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu bulundu. Daha önce yapılan çalışmalarda da aile ilişkileri, aktiviteleri ve değerleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Bu durum evli hastaların daha fazla emosyonel desteğe sahip oldukları şeklinde açıklanmaktadır (19). Evli olanlardaki eş desteği yaşam kalitesini artırıcı yöndedir (3, 17). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. MI özellikle eşler açısından, aile üyeleri üzerinde psiko-sosyal kriz meydana getirir. MI geçiren hasta eşlerinin korkuları; eşlerini kaybetmek, mümkün olabilecek diğer bir MI, ölüm, iyileşme sürecinin uzaması, finansal problemler, eşlerinin gelecekteki bakım gereksinimleri, eşlerinin cinsel fonksiyon durumu ve önceki sosyal aktivitelerini yeniden gerçekleştirememesi şeklinde sıralanmaktadır. Önceki çalışmalar hasta eşlerinde yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, hipertansiyon, aşırı yorgunluk, gerginlik, uyku ve iştah bozuklukları ve psiko-somatik semptomlar yaşadıklarını ortaya koymuştur (3).

Eğitim düzeyinin birçok faktör üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Ancak bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması eğitimle ilişkilendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili bir çalışma, eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ölçüde etkili olduğunu göstermiştir (6). Çalışmamız, bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermemiştir. Ancak elde ettiğimiz sonucun, araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyinin yüksek oranda ilköğretim düzeyinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların gelir durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Aynı zamanda gelir düzeyi yüksek olanların psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalaması da yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olarak hesap edildi. Geliri giderini karşılayanların sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalaması ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuçlar yüksek gelir düzeyinin yaşam kalitesini de yükselttiği ve bireylerin yaşamlarını olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Literatür, hastaların hastanede kalma süresinin hasta üzerinde hem olumlu, hem de olumsuz etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (6). Ancak KVH ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar; kardiyak semptomlar nedeniyle, hastanede yatış süresi ve sayısının, hastalık-sağlık ve bilgilendirme arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (3, 5, 6). Bu durum, bizim araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Günümüzde MI bütün dünyada ciddi bir sağlık sorunu olup, kişinin yaşamı boyunca karşılaşılabileceği en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (9, 14). Sigara kullanımı ise MI için değiştirilebilir major risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Hastalarımızın %37,3'ünün sigarayı bırakmış olmaları olumlu bir bulgudur. Çünkü MI gibi hastalıkların yaşam şeklinin değiştirilmesiyle kontrol altına alınabildiği bilinmektedir (4, 5, 15). Hastaların MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelenmiş; MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, yine aynı gruplarda psikolojik/ruhsal ve sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, bu durumun yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ile de istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı belirlenmiştir. Yaşam şekli MI'nı oluşturan risk faktörlerinde büyük ölçüde belirleyicidir. Sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, spor ve egzersiz, gibi sağlıklı yaşam davranışları bu durumu önleyici/azaltıcı rol oynayabilir. Ayrıca bireylere/hastalara yaşam şeklinin değiştirilebilir olduğu öğretilmelidir (4, 6, 7, 18). Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar hastaların yaptıklarını saptamanın doğruluğunu, yaşam şekli ve hastalıklarının farkında olduklarını göstermektedir.

Öz bakım MI gibi yaşamsal durumlarda ve kronik hastalıklarda hastaya mutlaka kazandırılması gereken bir davranıştır (4, 11). Bu bakıma eşlerin de katılması ve birlikte eğitilmeleri gereklidir. Ancak bu şekilde MI geçiren hastalar, ikinci bir MI, şok, kalp yetmezliği gibi önemli komplikasyonlardan korunabilirler (1, 4, 7). Yapılan çalışmalar yaşam şekli değişikliklerinin önemini vurgulamaktadır (1, 16, 17, 20). Hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu bulguların araştırmamızın en çarpıcı bulguları olduğu ifade edilebilir. Hastaların taburculuk sonrası kendi bakımlarını üstlenmeleri, yaşam şeklindeki değişiklikleri kabullenmeleri, davranış değişikliği yaratarak yaşama geçirebilmeleri son derece zor, aynı zamanda da gerekli bir durumdur. Sonuçlar, hastaların bu durumun farkında olduklarını göstermektedir.

Literatür artık MI ile ilgili risk faktörlerine yaşam stili faktörleri olarak yer vermektedir. Yaşam stili değişikliklerine semptomların kontrolü de ilave edilmektedir (22). Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre, yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirebileceğini düşünen hastaların yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamalarının yüksek olması araştırmamızın sonuçları ile literatür bilgisinin paralellliğini ortaya koymaktadır.

## SONUÇ

Araştırmamız sonucunda hastaneden ayrıldıktan sonra evde bakım uygulamalarını gerçekleştirebilecek hastaların skorlarının daha yüksek olması ve bu yüksek skorların da istatistiksel olarak da anlamlı bulunması en önemli bulguları oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam tehdidi yaratan tüm hastalıklarda olduğu gibi, MI'da da yaşam şeklini değiştirme konusunda özellikle hastaların tabu saydıkları cinsel danışmanlığın yanı sıra; hijyen, gıda kaynaklı riskler, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda özel eğitim programlarına alınmaları gerekliliği düşünülmektedir. Hastaların yaşam şekillerinin değiştirilmesiyle MI riskinin azalacağı öngörülmektedir. Bu eğitim programlarının sağlık profesyonellerinden teşekkül profesyonel bir ekiple verilmesi gerekmektedir.



## KAYNAKÇA

1. Alpert J.S., Rippe J.M (Eds): Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı. (Çev.Z.Öngen) Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 1. Baskı, İstanbul, 2003: 215-248.
2. Andreoli T.E., Canpenter R.C.G., Griggs J.L., Loscalzos J. (Eds): Cecil Essentials of Medicine Türkçesi (Çev. H Çavuşoğlu), 5. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, 2002.
3. Astedt-K. P., Lehti K., Tarkka M.T. & Paavilainen E. Determinants of perceived health in families of patients with heart. Journal of Advanced Nursing 2004, 48(2):115-123.
4. Birol L., Akdemir N., Bedük T. (Eds) İç Hastalıkları Hemşireliği: Geliştirilmiş 6. Baskı Ankara: Vehbi Koç Yayınları, 1997:293-307.
5. Bengtsson I., Hagman M. and Wedel H. Aged and angina as predictors of quality of life after myocardial infarction, Scand Cardiovasc J. 2001:252-258.
6. Chan D.S.K., Chau J.P.C., & Chang A.M. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. Journal of Advanced Nursing. 2005, 49(6): 591-599.
7. Crawford M.H., DiMarco J.P. (Eds) Cardiology: London, Mosby International limited, 2001: 12.
8. Delibay N. Toplumun akut miyokard infarktüsü ile ilgili bilgilerinin incelenmesi, Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
9. Donoghue J., Duffield C., Pelletier D. Health promotion as a nursing function: perception held by university students of nursing, Int.J.Nurs.Stud. 1993, 30(6): 527-535.
10. Doğan H., Sağlık ocaklarımızdan, Sted. 2004, 13(10): 387-388.
11. Enar R., Özkan AA. (Eds) Akut Miyokard infarktüsü Trombolitik Tedavi: İstanbul, Tatlıdil Matbaacılık, 1998.
12. Erdoğan Ö. MI tanısıyla hastaneye yatan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların bilgi düzeylerine ve tedaviye uyum durumlarına olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1994.
13. Göz F., Göz M., Boran G. Bir grup hastanın koroner kalp hastalığına yönelik risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi HYO 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 29-2 Kasım 2000.
14. Kettunen S., Solovieva S., Laamanen R. & Santavirta N. Myocardial infarction, spouses' reaction and their need of support, Journal of Advanced Nursing. 1999, 30(2): 479-488.
15. Luckmann and Sorensen's. Medical-Surgical Nursing: Fourth Edition, Saunders: 1993:PP 1150-1164.
16. Martinez M.S., Aranguren B.S., Iturralde I.E., Zubillaga E.M., Goni M.J.U., Estevez J.I., Primary care nursing of coronary patients and reduction of re-infarction risk, Journal of the Royal Institute of Public Health. 2004:1-6.
17. Moynihan M., Assessing the educational needs of post-myocardial infarction patients. Nursing Clinics of North America. 1984, 19(3):441-447.

18. Pehlivanođlu S., Binici G: Koroner arter hastalığında primer ve sekonder korunma: yaşam şeklinin değiştirilmesi. H Kültürsay (ed). Koroner Kalp Hastalığı Pirimer ve Sekonder Korunma. ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A.Ş., s. 231, İstanbul, 2001.
19. Sin M.K., Sanderson B., Weaver M., Giger J., Pemberton J., Klapow J. Personal characteristics, health status, physical activity, and quality of life in cardiac rehabilitation participants, International Journal of Nursing Studies 2004:173-181.
20. Thompson D.R. Roebuck A. The measurement of health-related quality of life in patients with coronary health disease, The Journal of Cardiovascular Nursing. Oct 2001, 16(1): 28-30.
21. Tuncel F. Sağlıklı yaşam, düzenli egzersiz, Bilim Teknik Dergisi. 1994, 27 (322):6670.
22. Turton J. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff, Journal of Advanced Nursing 1998, 27: 770-778.

# \*HİPERTROFİK OSTEOARTROPATİ: OLGU SUNUMU

Cem ERÇALIK<sup>1</sup> Göksel ÇELEBİ<sup>1</sup> Bilge DÜDEN<sup>1</sup> Hüseyin ELİK<sup>1</sup> David OJALVO<sup>2</sup> Figen YILMAZ<sup>1</sup> Jülide ÖNCÜ<sup>1</sup> Gülgün DURLANIK<sup>1</sup>

Beril DOĞU<sup>1</sup> Banu Kuran<sup>1</sup> Fatih BORLU<sup>2</sup>

1Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, TR-34371 İstanbul, TÜRKİYE

2Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, TR-34371 İstanbul, TÜRKİYE

\* Bu olgu 11. Türk Romatoloji Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur

## ÖZET

Hipertrofik Osteoartropati (HO) ilk defa Marie ve Bamberger tarafından 1889 yılında tanımlanmış genellikle pulmoner hastalıklarla karakterize olan klinik bir tablodur (6). Klasik triadı; Parmaklarda çomaklaşma, artrit ve özellikle uzun kemikleri tutan periostit ile bu bölgelerde baskın ağrıdır (18). Laboratuvar bulguları altta yatan hastalığa göre değişmekle birlikte genellikle yüksek düzeyde saptanan eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) şeklindedir (13). Her iki alt ekstremitede ağrı ve sağ dirsekte şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvuran 52 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesi ve tetkikleri sonucu HO tanısı konuldu. Olgu literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Hipertrofik Osteoartropati, çomak parmak, kemik sintigrafisi

## \*HYPERTROPHIC OSTEOARTHROPATHY: A CASE REPORT

### ABSTRACT

*Hypertrophic osteoarthropathy (HO) is a disorder which has been defined for the first time in 1889 by Marie and Bamberger. It is usually characterized by clinical pulmonary disease (6). Classical triad includes finger clubbing, arthritis and pain caused by periostitis especially in the long bones (18). Laboratory findings vary according to the underlying disease and usually high levels of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein exist (13). A 52 year old male patient with bilateral lower extremity pain and swelling in his right elbow was admitted to our hospital. After physical examination and laboratory results, HO was diagnosed. The patient is discussed under the light of the current literature.*

*Keywords: Hypertrophic osteoarthropathy, finger clubbing, bone scintigraphy*



## GİRİŞ

Hipertrofik Osteoartropati (HO) ilk defa Marie ve Bamberger tarafından 1889 yılında tanımlanmış genellikle pulmoner hastalıklarla karakterize olan klinik bir tablodur (6). Klasik triadı; Parmaklarda çomaklaşma, artrit ve özellikle uzun kemikleri tutan periostit ile bu bölgelerde baskın ağrıdır (18). Laboratuvar bulguları altta yatan hastalığa göre değişmekle birlikte genellikle yüksek düzeyde saptanan ESH ve CRP şeklindedir (13). Polikliniğimize her iki alt ekstremitede ağrı ve sağ dirseğinde şişlik yakınmasıyla başvuran hastaya fizik muayene, laboratuvar ve sintigrafik bulgularıyla HO tanısı konuldu. Bu vaka sunumunda, klinik görünümü nedeniyle diğer romatolojik hastalıklarla karışabilecek, nadir görülen HO konusuna dikkat çekmek istedik.

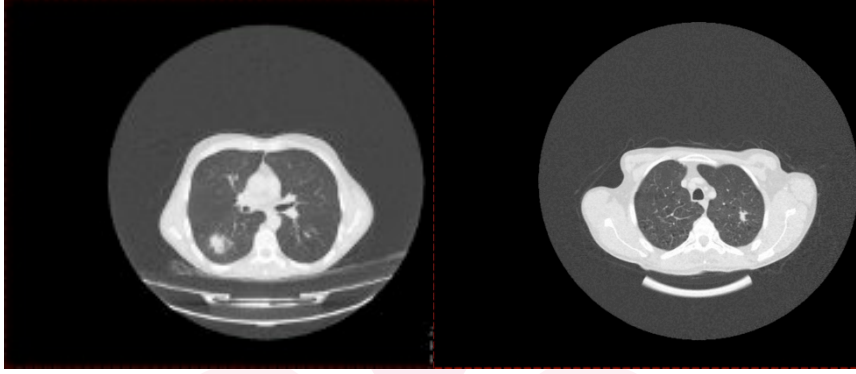
## OLGU

Ağustos 2014' te her iki alt ekstremitede ağrı ve sağ dirsekte şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvuran 52 yaşındaki erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde çomak parmak (Resim 1) ve sağ dirsekte bursit tespit edildi.



Resim 1. Çomak Parmak görünümü

Romatolojik sorgulaması yapılan hastada başka özellik saptanmadı. Laboratuvar tahlillerinde, açlık glukoz: 98 mg/dl (74-106 mg/dl), üre: 22 mg/dl (0-50 mg/dl), ürik asit: 4,2 mg/dl (3,4-7 mg/dl), kreatinin: 0,81 mg/dl (0-1,17 mg/dl), SGOT:13 U/L (0-40), SGPT: 8 U/L (0-41), CK: 33 U/L (0-200), ALP: 114 U/L (40-130), Hgb:14,4 g/dl, WBC: 8.35 10<sup>3</sup>/UL, PLT: 385 10<sup>3</sup>/UL, TSH:0,829 uIU/ml (0,27-4,2), FT4:1,59 ng/dl (0,8-1,67), ESH: 23mm/ h, CRP: 43,4 mg/L (0-5 mg/L), RF: Negatif, Anti CCP: 1,2 U/ml (0-5 U/ml) olarak bulundu. Hastada HO düşünüldü ve Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografi (YRBT) ve Tüm Vücut Kemik Sintigrafisi (TVKS) çekildi. Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografide her iki akciğerde kitle görünümü mevcuttu (Resim 2). Tüm Vücut Kemik Sintigrafisinde bilateral femur ve tibialar boyunca kortikal bölgeye uyan artmış aktivite tutulumu izlendi (Resim 3).



Resim 2. Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografide her iki akciğerde kitle görünümü.



Resim 3. Hastanın Tüm Vücut Kemik Sintigrafisinde Hipertrofik Osteoartropati ile uyumlu tutulum.

Göğüs Cerrahisi bölümüne konsülte edilen hastaya akciğer kanseri tanısı konularak cerrahi ve kemo-  
terapi uygulandı.

## TARTIŞMA

Hipertrofik Osteoartropati ilk defa Marie ve Bamberger tarafından 19. yüzyılın sonunda tanımlanmış bir paraneoplastik sendromdur (6). Primer ya da sekonder nedenlere bağlı olarak gelişir. Pakidermo-periostosis veya Touraine-Solante-Gole' Sendromu olarak bilinen primer formu (%5) sıklıkla erkeklerde görülür ve aileseldir (18). Sekonder formu ise altta yatan hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. En sık nedeni akciğer kanseridir. Akciğer kanserli olgularda %0,7-%17 sıklığında rastlanmaktadır (13). Bizim olgumuza da akciğer kanseri tanısı konulmuştur.

Hipertrofik Osteoartropati klinik olarak yıllardır tanınmasına rağmen hastalığın patogenezi henüz bir sır olmayı devam ettirmektedir. Patogenezde başlıca araştırılan faktör biyokimyasal mekanizmalardır; biyokimyasal hipoteze göre hastalığın gelişiminde rol oynadığı düşünülen bileşenler akciğer kanserinin kendisi tarafından üretilmekte ve sistemik dolaşıma salınmaktadır. Hipertrofik Osteoartropati ile birlikte akciğer kanseri olan olgularda artmış serum büyüme hormonu (GF) , büyüme hormonu salan hormon (GHRH), vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve trombosit kaynaklı büyüme hormonu (PDGF) düzeyleri saptanmıştır (12, 14). Bunun yanında refleks vagal stimülasyon, interlökin 11, dolaşan immun kompleksler, antifosfolipid antikorlar, trombosit fonksiyonundaki değişiklikler ve endotelial aktivasyon da patogenezi araştıran diğer faktörlerdir (4, 7, 10, 11, 19). Etken ne olursa olsun sonuç olarak uzun kemiklerin distal kısmında kollajen aşırı birikimi, endotelial hiperplazi, ödem ve osteoblast proliferasyonu olmakta bu da subperiostal kemik yeniden oluşumuna neden olmaktadır (2).

Tüm Vücut Kemik Sintigrafisinde uzun kemiklerin diyafizlerinin kortikal sınırları boyunca artmış radyofarmosötik ajan tutulumu mevcuttur. Ayrıca uzun kemiklerin juksta-artiküler bölgeleri ve özellikle falankslarda radyoaktivite tutulumu görülebilmektedir. Tüm Vücut Kemik Sintigrafisi lezyonların aktif olduğu dönemde tanısız açıdan oldukça yüksek duyarlılığa sahiptir ve sintigrafik bulgular sıklıkla radyografik bulgulardan daha önce ortaya çıkmaktadır (17). Bu olguda da HO nun sintigrafik bulguları görülmektedir.

Hipertrofik Osteoartropatinin standart tedavisi altta yatan hastalığın tedavisi şeklindedir. Adrenokortikal hormon uygulamasının adjuvan olarak faydalı olduğu yayınlanmıştır. Bununla birlikte, epidermal büyüme faktörü reseptör- tirozin kinaz inhibitör tedavisi olumlu sonuçlara ulaşmış ve yayınlanmıştır (1, 8). Altta yatan hastalığın tedavisi mümkün olmadığında semptomları rahatlatmaya yönelik Steroid Olmayan Antiinflatuar İlaçlar (SOAİİ) veya bifosfonatlar kullanılabilir. Bunun yanında dirençli olgularda subkutan oktreotid, intravenöz ketorolak, intravenöz bevasizumab veya trunkal vagotominin semptomları rahatlatığına dair olgu sunumları mevcuttur (3, 5, 9, 15, 16). Bizim olgumuzda da semptomları rahatlatmaya yönelik SOAİİ verildi ancak göğüs cerrahisi ve onkoloji tedavisi başka bir üniversite hastanesinde yapıldığı için olgunun takibi yapılamadı.

## SONUÇ

Özellikle erişkin erkek grubunda artrit, parmaklarda çomaklaşma ve uzun kemiklerin diafizi boyunca hissedilen ağrı şikayetleri olduğunda HO akla gelmelidir. Bizim olgumuzda romatizmal şikayetler neticesinde altta yatan hastalığın tanısına ulaşılması ve nadir olması nedeniyle olguyu sunmayı uygun bulduk.





## KAYNAKÇA

1. Abe Y, Kurita S, Ohkubo Y, Usui H, Hashizume T, Nakamura M, Ueyama Y, Fujino T. A case of pulmonary adenocarcinoma associated with hypertrophic osteoarthropathy due to vascular endothelial growth factor. *Anticancer Res.* 2002;22: 3485–3458.
2. Altman RD, Tenenbaum J. Hypertrophic osteoarthropathy. In: Kelley W, Harris Jr ED, Ruddy S, Sledge C, editors. *Textbook of rheumatology.* 8th ed. Philadelphia WB Saunders; 2009. p. 1606–8.
3. Amital H, Applbaum YH, Vasiliev L, Rubinow A. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy: control of pain and symptoms with pamidronate. *Clin Rheumatol* 2004;23: 330-2.
4. Awerbuch MS, Brooks PM. Role of immune complexes in hypertrophic osteoarthropathy and nonmetastatic polyarthritits. *Ann Rheum Dis.* 1981;40: 470–2.
5. Blackwell N, Bangham L, Hughes M, Melzack D, Trotman I. Treatment of resistant pain in hypertrophic pulmonary arthropathy with ketorolac. *Thorax* 1993;48: 401.
6. C. Cruz, M. Rocha, D. Andrade, F. Guimarães, V. Silva, S. Souza, C.A. Moura, C.G. Moura. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy with positive antinuclear antibodies: case report. *Case Rep Oncol* 5: 308-312, 2012.
7. Harris AW, Harding TA, Gaitonde MD, Maxwell JD. Is clubbing a feature of the antiphospholipid antibody syndrome? *Postgrad Med J.* 1993;69: 748–50.
8. Kishi K, Nakamura H, Sudo A, Kobayashi K, Yagyu H, Oh-ishi S, Matsuoka T. Tumor debulking by radiofrequency ablation in hypertrophic pulmonary osteoarthropathy associated pulmonary carcinoma. *Lung Cancer.* 2002;38: 317–320.
9. Kozak KR, Milne GL, Morrow JD, Cuiffo BP. Hypertrophic osteoarthropathy pathogenesis: a case highlighting the potential role for cyclo-oxygenase-2-derived prostaglandin E2. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006;2: 452-6.
10. Matucci-Cerinic M, Martinez-Lavin M, Rojo F, Fonseca C, Kahaleh BM. Von Willebrand factor antigen in hypertrophic osteoarthropathy. *J Rheumatol.* 1992;19: 765–7.
11. Milman E, Berdon WE, Garvin JH, Cairo MS, Bessmertny O, Ruzal-Shapiro C. Periostitis secondary to interleukin-11 (Oprelvekin, Neumega) Treatment for thrombocytopenia in pediatric patients. *Pediatr Radiol.* 2003;33: 450–2.
12. Mito K, Maruyama R, Uenishi Y, et al. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy associated with non-small cell lung cancer demonstrated growth hormone-releasing hormone by immunohistochemical analysis. *Intern Med.* 2001;40: 532–535.
13. Morgan B, Coakley F, Finlay DB, Belton I. Hypertrophic osteoarthropathy in staging skeletal scintigraphy for lung cancer. *Clin Radiol.* 1996;51: 694–647.

14. Nomori H, Kobayashi R, Kubo A, Morinaga S, Shintani Y, Sano T . Lung cancer containing growth hormone-releasing hormone associated with hypertrophic osteoarthropathy. Case report. Scand J Thorac Cardiovasc Surg. 1994; 28: 149–152.
15. Ooi A, Saad RA, Moorjani N, Amer KM. Effective symptomatic relief of hypertrophic pulmonary osteoarthropathy by video-assisted thoracic surgery truncal vagotomy. Ann Thorac Surg 2007;83: 684-5.
16. Shih WJ. Pulmonary hypertrophic osteoarthropathy and its resolution. Semin Nucl Med 2004;34: 159-63.
17. Silveira LH, Martínez-Lavín M, Pineda C, Fonseca MC, Navarro C, Nava A. Vascular endothelial growth factor and hypertrophic osteoarthropathy. Clin Exp Rheumatol 2000;18: 57-62.
18. Vogl A, Goldfischer S. Pachydermoperiostosis. Primary or idiopathic hypertrophic osteoarthropathy. Am J Med 1962;33: 166-87.
19. Yacoub MH. Cervical vagotomy for pulmonary osteoarthropathy. Br J Dis Chest. 1965;59: 28–31.

# \*NADİR BİR TROMBOSİTOPENİ SEBEBİ: PRİMERSJÖGREN SENDROMU

Pınar ARDA Cem ERÇALIK Hüseyin ELİK Figen YILMAZ Jülide ÖNCÜ

Gülğün DURLANIK Beril DOĞU Banu KURAN

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, TR-34371 İstanbul, TÜRKİYE

\* Bu olgu 11. Türk Romatoloji Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

## ÖZET

Sjögren Sendromu (SS) başta gözyaşı, tükürük bezi olmak üzere ekzokrin bezlerin lenfosit hücre infiltrasyonu, destrüksiyonu ve disfonksiyonu sonucu gelişen kronik, sistemik ve otoimmün bir hastalıktır (2). Bu inflamasyona B lenfositlerin neden olduğu düşünülmektedir (5). Kuru göz (kseroftalmi, keratokonjonktivitis sikka), kuru ağız (kserostomi), parotis bezi büyümesi ile karakterizedir (2). Anemi, lökopeni, trombositopeni ve lenfoproliferatif hastalıklar SS' nda ekstraplanduler hematolojik tutulum olarak görülebilir (6). Burada 3 aydır rutin tetkiklerinde izole trombositopeni (33.000/mm<sup>3</sup>) tespit edilen ve romatolojik hastalık araştırılması için tarafımıza konsülte edilen, kliniğimizce SS tanısı konulan ve hidroklorokin 200 mg 1x1/ gün ve prednizolon 4 mg 1x1/gün tedavisi ile birinci ayda trombosit sayısında (195.000/ mm<sup>3</sup>) düzelme, eklem şikayetlerinde gerileme meydana gelen bir olgu sunulmuştur. Sjögren Sendromunun trombositopeninin nadir bir sebebi olabileceği akıldaki tutulmalı, ayırıcı tanısında romatolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer Sjögren Sendromu, Trombositopeni

## \*A RARE CAUSE OF THROMBOCYTOPENIA; PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME

### ABSTRACT

*Sjögren's Syndrome (SS) is a chronic, systemic and autoimmune disease which mainly affects lacrimal and salivary glands via lymphocyte cell infiltration, destruction and dysfunction of the exocrine glands (2). This inflammation is speculated to be caused by B lymphocytes (5). SS is characterised by dry eye (xerophthalmia, keratoconjunctivitis sicca), dry mouth (xerostomia) and hypertrophy of the parotid gland (2). During the course of SS anemia, leucopenia, thrombocytopenia, and lymphoproliferative disorders can occur as extraglandular hematological involvement (6). Here we present a case with isolated thrombocytopenia (33,000 / mm<sup>3</sup>) dedected on routine tests since the last 3 months and has been referred to us with the suspicion of an underlying rheumatologic disease. The case was diagnosed as primary Sjögren's Syndrome and hydroxychloroquine 200 mg 1x1 / day and prednisolone 4 mg 1x1 / day was started. Improvement of platelet count (195,000 / mm<sup>3</sup>) and decline in joint complaints occured in the first month. Sjögren's syndrome should be kept in mind as a rare cause of thrombocytopenia and rheumatological evaluation must be included in differential diagnosis.*

*Keywords: Primary Sjögren's Syndrome, Thrombocytopenia*

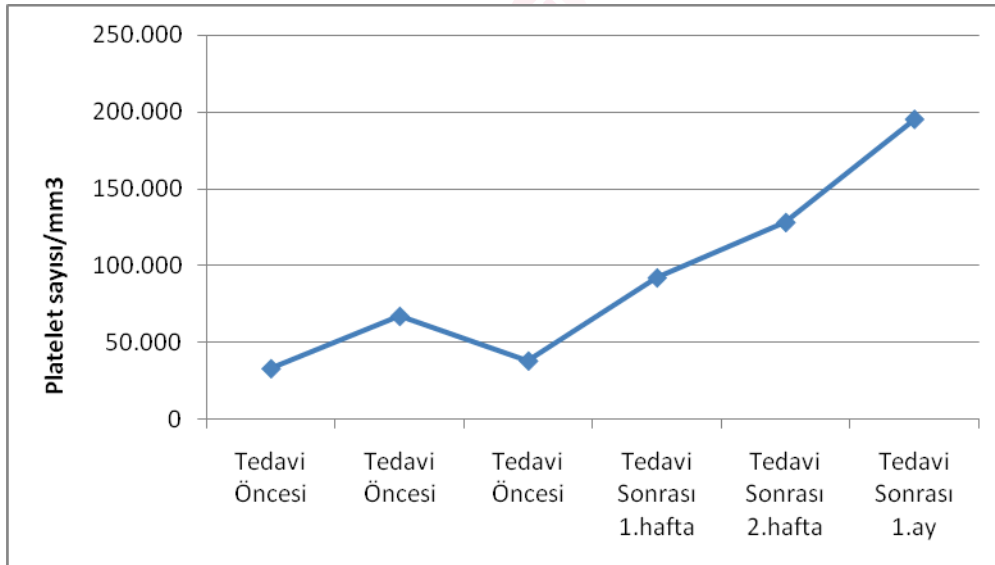


## GİRİŞ

Sjögren Sendromu başta gözyaşı, tükürük bezi olmak üzere ekzokrin bezlerin lenfosit hücre infiltrasyonu, destrüksiyonu ve disfonksiyonu sonucu gelişen kronik, sistemik ve otoimmün bir hastalıktır (2). Bu inflamasyona B lenfositlerin neden olduğu düşünülmektedir (5). Kuru göz (kseroftalmi, keratokonjonktivitis sikka), kuru ağız (kserostomi), parotis bezi büyümesi ile karakterizedir (2). Anemi, lökopeni, trombositopeni ve lenfoproliferatif hastalıklar SS' nda ekstraplanduler hematolojik tutulum olarak görülebilir (6).

## OLGU

Kırkbir yaşında kadın hastanın rutin tetkiklerinde üç aydır trombositopeni saptanmış ve hematoloji birimince etiyojisi araştırılan hasta kliniğimize konsülte edilmiştir. Hastaya yapılan romatolojik sorgulamada artralji, göz kuruluğu, ağız kuruluğu ve fotosensivitesi mevcuttu. Romatolojik sorgulamada Raynaud fenomeni, disfaji, döküntü, düşük öyküsü, oral aft, alopesi mevcut değildi. Bu şikayetlerle Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), SS ön tanıları düşünülen hastadan istenen tetkiklerinde Antinükleer Antikor (ANA) :++ (1/320), C3c:120mg/dl (85-200 mg/dl: normal), C4:20mg/dl (15-50 mg/dl: normal), Anti-ds DNA:25,57IU/ml (<100 negatif,>100 pozitif), Lupus Antikoagülan taraması negatif olarak tespit edildi. Hemogramda; Platelet: 38.000/mm<sup>3</sup>, WBC ve RBC normal, MPV: 12,4fL (7,8-13fL), PCT:% 0,05 (0,15-0,4), PDW:%16,9 (9-20) olarak bulundu. Hastaya dış merkezde yapılan tetkiklerinde ANA:1/1000 pozitif, ENA profilinde; Anti-ENA SSA (Ro), Ro-52 ve SSB (La) pozitif, RF: 10,3 IU/ml (negatif<14 IU/ml), Anti-CCP: 7 U/ml (negatif<17 U/ml) olarak bulunmuştu. Bu sonuçlarla hastadan Schirmer testi istendi. Sonucu bilateral pozitif (sağ:5 mm/5dk.,sol:4 mm/5dk.) olarak saptandı. Hastaya Primer SS tanısı konuldu. Hidroksiklorokin 200 mg 1x1/gün, Metilprednizolon 4 mg 1x1/ gün başlandı. Hastadan bir hafta sonra istenen hemogram kontrolünde PLT: 92.000/mm<sup>3</sup>, 2. haftada: 128.000/mm<sup>3</sup> ve 1. ay sonunda 195.000/mm<sup>3</sup>olarak izlendi (Şekil 1). Hastanın mevcut artralji şikayeti geriledi.



Şekil 1. Tedavi Öncesi - Sonrası Platelet Değer Dağılımları

## TARTIŞMA

Primer SS, B lenfosit hiperaktivitesi ile ilişkili, tükürük ve gözyaşı bezlerinde infiltrasyon ve fonksiyon kaybıyla karakterize, kronik inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır (4). Primer SS' nda hematolojik tutulum görülebilir ve en sık görülen hematolojik anormallik lökopenidir. Bu oran %15 olarak raporlanmıştır (5). Diğer sitopenilerden aneminin prevalansı %11, trombositopeni ise %5-15 oranındadır (1). Hastaların sadece %0,4 ünde ağır trombositopeni görülür ( $< 50.000/ mm^3$ ) (9). Bizim olgumuzda da ağır izole trombositopeni mevcuttu ve nadir gözükme açısından sunulmaya değer bulunmuştur. Sjögren Sendromunda trombositopeninin nedeni tam olarak ortaya konmamış olsa da periferik trombosit yıkımının trombosit otoantikörleri veya immün-kompleks reaksiyonu nedeniyle olduğu düşünülmektedir (6, 7, 8). Tedavinin amacı trombosit sayısını kanamayı önleyecek düzeye yükseltmektir. Geleneksel olarak ciddi kanaması olmayan hastalarda ilk basamak tedavi düşük-orta doz kortikosteroid tedavisidir (6). Bizim olgumuzda da düşük doz kortikosteroid tedavisine iyi yanıt aldık.

## SONUÇ

Primer Sjögren Sendromu ekstrasplanduler olarak hematolojik sistemi tutarak, lenfoma gelişme riski olan sistemik bir hastalıktır. Erken tanı koymak gelişecek komplikasyonları önleme açısından önemlidir. Artralji ve sitopenileri olan hastalarda Primer SS akla gelmeli ve romatolojik değerlendirme yapılmalıdır.



## KAYNAKÇA

1. Choung B.S, Yoo W.H, Successful Treatment with intravenous immunglobulin of severe trombocytopenia complicated in primary Sjogren's syndrome, *Rheumatology International* 2012;32(5):1353-1355. 5
2. Hastürk A.B, Sjögren Sendromu, Ataman Ş, Yalçın P. Romatoloji 1.Baskı, 855-870, MN Medikal&Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara, 2012. 1
3. Jun JW, Bae JK, Lee HS, Kim JH, Ju HW, Choi SW. Treatment with High Dose Dexamethasone of Severe Thrombocytopenia in Primary Sjögren's Syndrome. *Journal of Rheumatic Diseases* 2012;19:6. 9
4. Kamath V, Prabhakar B, Veena, Lachikarathman D, Sjogren's Trombocytopenia, *Journal Of The Assosiation of Physicians of India*, 2011;59: 114-115. 4
5. Khattri S, Barland P, Primary Sjogren's syndrome and autoimmune cytopenias: a relation often overlooked, *Bulletin Of The Hospital For Joint Diseases*, 2012;70(2):130-132. 2
6. Kikawada M, Watanabe D, Kimura A, Hanyu H, Serizawa H, Iwamoto T, Autoimmune hemolytic anemia in an elderly patient with primary Sjögren's syndrome, *Journal of Internal Medicine*, 2005; 44(12):1312-1315. 3
7. Ramakrishna R, Chaudhuri K, Sturgess A, Manoharan A. Haematological manifestations of primary Sjögren's syndrome: a clinicopathological study. *Q J Med* 1992;83: 547-54. 7
8. Ramos-Casals M, Cervera R, García-Carrasco M, Vidal J, Trejo O, Jiménez S, et al. Cytopenia and past human parvovirus B19 infection in patients with primary Sjögren's syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 2000;29: 373-8. 8
9. Ramos-Casals M, Font J, Garcia-Carrasco M, Brito MP, Rosas J, Calvo-Alen J, et al. Primary Sjögren syndrome: hematologic patterns of disease expression. *Medicine (Baltimore)* 2002;81: 281-92.



# TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM KURUMLARINA DAİR BİR DEĞERLENDİRME

Ayşe YALILI<sup>1</sup> Çiğdem Fulya DÖNMEZ<sup>1</sup> GÜLTEN KAPTAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

## ÖZET

Yaşlanma kavramsal olarak düşünülmedikçe anlaşılması güç bir kavram olup, intrauterin hayatla başlayıp ve ölümlerle sona ermektedir. Gün geçtikçe artmakta olan yaşlı nüfusta, yaşla birlikte bireyin psikolojik ve fizyolojik yetilerinin azalması, kronik rahatsızlıkların artması gibi birçok sorunda yaşanmaktadır. Bakım gereksinimi olan 65 yaş üstü bireyler kurumlarda ya da evlerde yaşamlarını sürdürmektedirler. Sürdürülen bu yaşamın aktif yaşlanmayı destekleyen yapıda olması önemlidir. Artan yaşlı nüfus ve bu nüfusun bakım gereksinimlerine karşın Türkiye de bu gereksinimi karşılayacak, yaşlıya hizmet kurumları ile yaşlı sağlığı, bakımı, tedavisi ve rehabilitasyonu alanlarında yetişmiş profesyonellerin sayısı çok yetersizdir. Bu derleme yaşlı bakım kurumlarının günümüzdeki durumu hakkında bir değerlendirme ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, yaşlanma, yaşlı bakım kurumları

## AN ASSESSMENT ON THE ELDERLY CARE AGENCIES IN TURKEY

### ABSTRACT

*Aging is a concept difficult to understand unless you think conceptually, starting intrauterine life and ends with death. Day by day increasing elderly population, the reduction of an individual's psychological and physiological ability with age, have been experiencing chronic ailments like increased in many problems. Individuals overage 65 who need care, are continuing their lives in institutions or in the houses. This is important to have the structure that supports active aging of life. Increasing elderly population and population maintenance requirements to meet this requirement, but, the elderly aged health service institutions, care, treatment and rehabilitation, the number of Professional strained in the fields is very inadequate in Turkey. The goal of this assembly is planned and evaluated in order to explain the status of now a days status of elderly care instaitaions in Turkey.*

*Key Words: Elder, aging, elderly care institutions*

## GİRİŞ

Yaşlanma kavramsal olarak düşünülmedikçe anlaşılması güç bir kavram olup, intrauterin hayatla başlayıp ve ölümlerle sona ermektedir. Demografik anlamda yaşlanma yani nüfusun yaşlanması ise toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranının artmasını ifade etmektedir. Nüfusun yaşlanması doğurganlığın azalması ve ölümlerin azalmasının sonucudur (7). Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber biyolojik, psikolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır.

Biyolojik yaşlanma, gelişim sürecinde vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişimidir. Anne karnında başlayan bu değişim sürecinde en erken yaşlanan hücre gözümüzdeki lens hücreleridir. Yaşam biçimimiz hücrelerimizin yaşlanması üzerinde etkilidir (1, 14). Psikolojik yaşlanma, bilişsel beceriler örneğin zeka, dikkat, öğrenme, bellek, dil, görsel-uzamsal yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlardaki değişiklikler, bunun yanında kişiliğin ve emosyonel davranışın örneğin duygu durum, güdülenimler ve baş etme becerileri gibi çeşitli nitelikler açısından yaşlı bir insanda genelde ortaya çıkan davranış değişimleriyle ilgilidir. Böyle kapasite ve eğilimler, bir insanın yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel değişimlere (hemen hemen tüm duylarda düşüş olması, hareket ve motor beceriler alanında gerileme sinir sisteminde refleks ve tepkilerin azalması, kalp-damar sisteminde yavaşlama vs.), yaşlılıkla birlikte farklılaşan sosyal rol ve beklentilere nedenli uyum sağlayabileceğinin belirlenmesinde çok önemlidirler (8). Sosyolojik yaşlanma, kişinin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin değişmesidir (1, 13).

Yaşlılıkla ilgili tanımlamalar ve sınıflandırmalar sadece yaşlılığın üç boyutu esas alınarak yapılmamaktadır Emeklilik yaşı ve kronolojik yaş da yaşlılığı belirleyen bir ölçüt olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, "65 yaş ve üzeri" olarak kabul etmektedir (1, 14).

Yaşlanmanın en yoğun hissedildiği Avrupa ve Kuzey Amerika'da genç nüfus göçü, doğurganlığın düşüşü ve ölümlerin ertelenmesiyle hız kazanan yaşlanma hızını hafifleten bir öğedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre 2011 yılı Türkiye nüfusu 73 milyon civarındadır. Türkiye nüfusunun 2050 yılında 94.6 milyon olması beklenmektedir. Yine TUİK 2011 verilerine göre 65 yaş ve üzeri (yaşlı) 5 milyon birey bulunmaktadır (21).

Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı 2015 yılı sonu itibarıyla % 8.2'ye (6 Milyon 495 Bin 239 kişi) ulaşmıştır. Bu oranın 2023 yılında %10,2'ye ve 2050 yılında ise %21'e ulaşması beklenmektedir (12).

Gün geçtikçe artmakta olan yaşlı nüfusta, yaşla birlikte bireyin psikolojik ve fizyolojik yetilerinin azalması, kronik rahatsızlıkların artması gibi birçok sorunda yaşanmaktadır (5). DSÖ'ne göre dünyada tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar neden olmaktadır. Bu ölümler arasında kalp-damar hastalıkları birinci sırada; kanserler ikinci sırada; kronik solunum yolu hastalıkları üçüncü sırada ve diyabet dördüncü sıradadır (22).

Türkiye’de yaşlılık sorunu demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapıdan kaynaklanan nedenlerle, endüstrileşmiş batı toplumlarının gerisinden gelmektedir. Ancak budurum sorunun olmadığı anlamını taşımamaktadır (7). Çünkü 2000’li yıllarda gelişmekte olan ülkeler kategorisinde, Avrupa Birliği’ne aday bir ülke olarak, yaşlı nüfusun sayısının gelişmiş ülkelere iki kat daha fazla olacağı tahmin edilmekte ve yaşlılık toplumun büyük bir sorunu olmadan önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Bu değişimlere bağlı olarak yaşlı nüfusun bakım gereksinimleri de artmaktadır (4). Türkiye’de düşük sosyoekonomik durumun sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesinin, yaşam kalitesinin düşürdüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (2, 13, 15).

Bu alanda farklı boyutlarda hizmet veren meslek elemanları sayıca yetersizdir. Ancak bu meslek elemanları arasında yaşlıyla uygulama boyutunda hizmeti bire bir yürütecek ve yaşlıyı bütüncül olarak ele alabilecek meslek grubunun bulunmaması nedeniyle bu hizmeti profesyonel olarak yürütebilecek ara elemana gereksinim duyulmuştur. Artan yaşlı nüfus ve bu nüfusun bakım gereksinimlerine karşın Türkiye’de bu gereksinimi karşılayacak, yaşlıya hizmet kurumları ile yaşlı sağlığı, bakımı, tedavisi ve rehabilitasyonu alanlarında yetişmiş profesyonellerin sayısı çok yetersizdir. Bakıma gereksinimi olan ya da olmayan bütün yaşlı bireylerin bakım ve rehabilitasyonunu yapan ve onların yaşam kalitelerinin artırılmasına katkı sağlayan ara profesyonel elemanlar yetiştirmeyi gerektirmektedir (10).

## YAŞLILARIN YAŞAM BİÇİMİ

Yaşlıların yaşam biçimini evde kalma ve kurumda kalma şekli ile inceleyebiliriz.

### Evde Kalan Yaşlılar

Ülkemizde ekonomik ve toplumsal yapıdaki gelişmeler, çeşitli sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Nüfus artışı, nüfusun kırsal kesimlerden akımı ile gerçekleşen ve gelişen kentleşme sürecine bağlı olarak değişen aile yapısı, tıpta gerçekleştirilen gelişmelerin sonucu ortalama insan ömrünün uzaması, yaşlı nüfusunun genel nüfus içinde artmasını sağlamakta, toplumsal değişim öğelerini oluşturmaktadır (21). Geleneksel geniş aile düzeninde, aile içinde bakılan, saygı gören yaşlı, çekirdek aileden dönüşüm sonucunda yalnız ve güçsüz kalmıştır. Bu alanda geniş ailenin işlevlerinin devletin karşılaması yönündeki çabalar da son derece yetersiz kalmış ve toplumsal değişime koşut gidememiştir.

Evde tek başına yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerini karşılama durumları üzerinde yapılan bir araştırmaya göre; evde tek başına yaşayan yaşlıların yarısından çoğu kadın olup, büyük çoğunluğu eşini öldüğü için tek başına yaşamaktadır. Evde yalnız yaşamalarının nedeni ise (% 72) evinden ayrılmak istememesi, kendisi ile yaşayacak birini bulamaması, gidecek başka yeri olmaması ve yakınlarının uzakta olmasıdır. Bakım gereksinimlerini karşılama durumları incelendiğinde çoğunluğu hasta ve yetersiz olup hastalıklarıyla ilgili diyetlere uymada sıkıntı çekmektedirler.



Kişisel bakımını kendisi yapan yaşlılar vücut bakımlarını yapmada zorlanmakta, komşudan, akraba ve arkadaştan yardım almaktadırlar. Ev bakımlarını kendileri yapan yaşlılar ev işlerinde zorlandıklarını belirtmektedirler (14).

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'na göre (2014-2018), yaşlıların kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımını sağlamaya yönelik hizmetleri çeşitlendirilerek yaygınlaştırılması ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliğinin artırılması amaçlanmaktadır (19).

## Kurumda Kalan Yaşlılar

Gelişmiş ülkelerde yaşlıların % 90'dan fazlası bağımsız konutlarda yaşamaktadır. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlılar yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmeyi istemelerine rağmen hem konut maliyetini karşılayamamaları hem de konut açığı nedeniyle bunu yapmaları mümkün olmamaktadır (14).

Geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kırsal alanlardan şehirlere göç, evde bakımda önemli rolü olan kadının iş hayatına katılımı, sağlığın bozulması ve bağımlılık geleneksel kültür değerlerindeki değişimler ülkemizde evde bakımı güçleştiren ve kurum bakımına talebin artmasına neden olan faktörler olarak sıralanabilmektedir (6).

## YAŞLILARA SUNULAN HİZMETLER

Türkiye'de yaşlı hizmetleri ilk defa 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmasıyla kamu hizmetleri içerisindeki yerini almıştır. 1982 Anayasanın 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak "Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir" hükmü yer almaktadır. Bu kanun ile sağlık ve sosyal hizmetler birbirinden ayrılmıştır. Türkiye'de, sosyal hizmetler 1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu" ile hukuken tanımlanmıştır. Buna göre; sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü" dür (16).

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) bünyesinde yatılı yaşlı kuruluşları olarak huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır.

## Huzurevi

60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimleri karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşudur (16).

## Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşunu ifade etmektedir (16) SHÇEK'e ait Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde; 2014 tarihi itibarıyla 297 adet bulunduğu ve 24194 kapasite ile hizmet verdiği aktarılmaktadır (17). SHÇEK dışında Özel Huzurevi hizmeti veren kuruluşlar ve Bakanlık ve Belediyelere ait huzurevleri de bulunmaktadır. Özel huzurevleri adı, sayısı ve kapasitesi Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 28.10.2014 tarihi itibarıyla huzurevi sayıları ve kapasiteleri

Huzurevi	Huzurevi Sayısı	Kapasite
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	31	2556
Azınlıklara Ait Huzurevleri	7	920
Özel Huzurevleri	130	6422
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>9898</b>

Bakanlıklara ve Belediyelere ait huzurevleri sayıları ve kapasiteleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. 28.10.2014 tarihi itibarıyla Bakanlıklara ve Belediyelere ait huzurevleri sayıları ve kapasiteleri

Huzurevi	Huzurevi Sayısı	Kapasite
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	566
Belediyelere Ait Huzurevleri	20	2013
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>2579</b>

SHÇEK dışındaki huzurevlerinin büyük bir çoğunluğu kurum kanunu ve yönetmeliklerden önce açıldığı için yönetmelik hükümleri doğrultusunda düzenleme yapılmasında aksaklıklar yaşanmaktadır. İlgili Yönetmeliğin günümüz koşullarına göre düzenlenmesi ve yaptırımının belirlenmesi gerekmektedir.

## Yaşlı Hizmet Merkezleri

SHÇEK bugüne kadar yaşlılara yönelik Gündüzlü Hizmetlerini yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini engellemek amacı ile açılan Yaşlı Dayanışma Merkezleri aracılığı ile sunmuştur. Ancak Ülkemizde gelişen ve değişen toplum ihtiyaçları gözönüne alınarak yaşlılara sunulan hizmetin çeşitlendirilmesi, Yaşlı Dayanışma hizmetlerinin yanı sıra yaşlılara evinde sosyal-psikolojik destek hizmeti verilmesi ve Alzheimer, demans vb. hastalığı olan yaşlıların gündüzlü bakımının sağlanması amacıyla hazırlanan “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Yaşlı Bakımı ile Evde Yaşlı Bakımı (evde yaşama destek) Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” 07.08.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir (16).

Yaşlı hizmet merkezleri ile yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, Alzheimer hastalığı gibi hastalıkları olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır. Bu amaç kapsamında Ankara, İzmir, Eskişehir, İstanbul illerinde yürürlüğe giren kurumlar bulunmaktadır (16).

## Palyatif Bakım Merkezleri

İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa’da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (hospice; son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise 1967 yılında İngiltere’de hemşire CicelySaunders tarafından başlatılmış olup bu tarihten sonra sayıları hızla artmıştır. İlk kez 2002 yılında DSÖ palyatif bakımın tanımlamasını yapmış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır (9, 11). Türkiye’de ise Palyatif Bakım ile ilgili yönetmelik 2014 yılında kabul edilmiştir.

Palyatif Bakım Merkezleri yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere açılmıştır (20).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Yaşlılar için verilecek hizmetlerin temel amaçları:

- Kendi evlerinde olabildiğince uzun bir süre bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak,
- Yaşlılık, evsizlik, bakım gereksinimi gibi durumlara uyum sağlayabilecekleri alternatif yerleşim olanakları sağlamak,
- Fiziksel ya da mental hastalık nedeni ile gereksinim duyulan durumlarda uygun hastane koşulları sunmak olmalıdır (4).

İl Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışan Merkezlerin Yönetmelik hükümleri ile çalışmalarını sürdürmesi bir gerekliliktir. 2012 yılının Aktif Yaşlanma ve Nesiller arası Dayanışma Yılı ilan edilmesiyle birlikte Avrupa genelinde yaşlı insanların sosyal ve ekonomik yaşamın içerisinde aktif bir şekilde yer almasının sağlanması yönünde birçok faaliyet düzenlenmekte, politikalar geliştirilmekte ve araştırmalar yürütülmektedir (18). Bu çalışmalarda aktif yaşlanma konusunda çeşitli kesimlere yapılan tavsiyelere göz attığımızda, ulusal ve yerel yönetimlere, ruhsal sağlık, engellilik ve kronik hastalıkların tedavisi konularına odaklanmak yoluyla önleyici sağlık politikalarının geliştirilmesi; sağlık danışmanlığına, önleyici hizmetlere, kaliteli sağlık hizmetlerine ve uzun dönemli bakım hizmetlerine evrensel ve eşit erişimin sağlanması; yaşlı kişilerin her türlü suistimalinin önlenmesi; bu kişilerin bağımsız yaşamalarını teşvik edecek barınma ve ulaşım imkanlarının yaşlıların erişimlerine uygun ve güvenli hale getirilmesi ve bu kişilere evlerinde yeterli düzeyde bakım ve destek sunacak araçların tesisi tavsiye edilmektedir (18). Avrupa Birliği (AB) düzeyinde ise, Avrupa Komisyonu tarafından geliştirilmiş farklı tematik alanları kapsayan politikaların daha iyi koordinasyonunun sağlanması, paydaşlarla yürütülen danışma süreci yoluyla iyi uygulamaların değişiminin desteklenmesi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlıklı ve bağımsız yaşlanma için daha fazla desteklenmesi önerilmektedir. Yaşlı bakımı ile ilgilenen tüm profesyonellere de yaşlı ve bağımlı insanların refahının sağlanmasını ve sosyal dışlanmasının önlenmesini amaçlayan gönüllü hizmetler sunmaları (ev ziyaretleri, vb.), sağlıklı yaşlanma yaşam biçimlerini bilgilendirme yapmak suretiyle teşvik etmeleri, nesiller arasındaki işbirliğini ilerletecek projeler geliştirmeleri tavsiye edilmektedir (17, 18).

Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerini ideal seviyelere çekmeyi hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içermek suretiyle daha geniş bir anlamı ifade etmektedir (3).

Yukarıda belirtilen konular ışığında, ülkemizde aktif yaşlanma konusunda yapılabilecekler değerlendirildiğinde, öncelikle hedef gurubumuzun bir değerlendirmesinin yapılması gerekliliği açıktır. Hedef kitleye yönelik bir politika geliştirmeden önce gruba ilişkin yeterli veri toplanması önem arz etmektedir. Bu noktada hedef gurubumuzun büyüklüğü ve dağılımı düşünüldüğünde, geniş saha araştırmaları yoluyla farklı coğrafi, ekonomik, sosyal çevrelerde yaşayan yaşlıların ihtiyaç, istek ve yapabilirliklerinin tespit edilmesi ve bu tespitler doğrultusunda politikaların oluşturulması hareket noktası olmalıdır. Nüfusun yaşlanması konusunda uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel çalışmalar bir arada, koordinasyon içerisinde yürütülmelidir. Yaşlı bakım hizmeti sunan birimlerin yaklaşık kapasitelerinin 24194 olduğu bilinmektedir (12). Bu kapasiteye hizmet verecek nitelikli eleman sayısının yaşlıların yetersizlikleri ve bakım gereksinimleri düşünüldüğünde 10 yaşlıya bir bakım profesyoneli olarak hesaplanabilir (12, 21). Ancak yaşlı nüfus artışının dinamik bir süreç olduğu göz önünde bulundurularak bu sayı her yıl yaşlı nüfus artışına paralel arttırılmalıdır.

Yaşlılık alanında geliştirilen politikalar yalnızca maddi yardım çerçevesinde sınırlı bırakılmayıp, konunun bütün boyutlarıyla değerlendirilmesine olanak sağlayacak bir farkındalığın toplum genelinde tesis edilmesi gerekmektedir. Ülkemizdeki yaşlıların ihtiyaçları, tercihleri ve yapabilirlikleri doğrultusunda gerek çalışma hayatı, gerekse gönüllü aktiviteler yoluyla toplumsal hayata etkin olarak katılmalarının sağlanması hedeflenmelidir. Yaşlılarımızın çalışma hayatına ve gönüllü aktivitelere katılmasını özendirici ve üretkenliklerini artırıcı bir yapının tesis edilmesi bu hedefe ulaşılması için son derece önemlidir.

## KAYNAKÇA

1. Akça, K.N ve Taşçı S., "65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi". Sağlık Bilimleri Dergisi. 14(Hemşirelik Özel Sayısı),30-36, 2005
2. Akın A: Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık. Sağlık: Sorunlar ve Çözümler. 1.Basım, 17-24. Palme Yayıncılık, 2012.
3. Aslan, D., "Aktif yaşlanma kavramı." Türk Geriatri Derneği. [http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza\\_yanitlar.php?pg=aktif](http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=aktif). Erişim Tarihi: 12.06.2016
4. Bahar, G., Bahar, A., Savaş, H.A., "Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler". Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12), 85-98, 2009.
5. Çamur D:Vaizoğlu, A.S., "Sağlıklı Yaşam İçin Çevre. Yaşlı Sağlık: Sorunlar ve Çözümler." 1.Basım, 31-36, Palme Yayıncılık,2012.
6. Çohaz, A., "Türkiye'de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. Ülkemizde Yaşlılık Politikaları". Akademik Geriatri.122-126, 2010.
7. Danış, D., "Demeografi: Nüfus meselelerine sosyolojik bir bakış." [http://www.acikders.org.tr/pluginfile.php/4156/mod\\_resource/content/1/TUBA10.pdf](http://www.acikders.org.tr/pluginfile.php/4156/mod_resource/content/1/TUBA10.pdf). Erişim Tarihi: 07.06.2016.
8. Göka, E., Aydemir, Ç., "Yaşlı ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım." Demans Dizisi, 1, 5-26, 2000.
9. Lorenz, K.A.,Lynn, J., Dy S.M., Shugarman, L.R., Wilkinson, A., Mularski, R.A., "Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review". Ann Intern Med, 148, 147-159, 2008.
10. Selçuk, K.T., Avcı, D., "Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Etkileyen Etmenler". SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 1-9, 2016.
11. Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A., "Palliative care: the World Health Organization's global perspective." Journal of Pain Symptom Management, 24, 91-96, 2002.
12. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK). "Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı kayıtları". <http://www.shcek.gov.tr/> Erişim Tarihi: 07.06.2016
13. Şimşek H., Uçku R.: Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık. Yaşlı Sağlık: Sorunlar ve Çözümler. 1.Basım, 12-16, Palme Yayıncılık, 2012.
14. Şimşek, A. Huzurevi Sakinlerinde Dini Yaşayış. T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi., 2006.
15. Tezcan, S., Seçkiner, P., "Türkiye'de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. Yaşlı Sağlık: Sorunlar ve Çözümler." 1.Basım, 1-8, Palme Yayıncılık, 2012.

16. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hizmet veren kuruluşlar, 2014. <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/turkiyede-yasli-lara-hizmet-veren-kuruluslar> Erişim Tarihi: 07.06.2016.
17. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı’nın Güncel Maddeleri. <http://eyh.aile.gov.tr/duyurular/turkiyede-yasli-larin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-plan-uygulama-programinin-guncel-maddeleri> Erişim Tarihi: 07.06.2016
18. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı. 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu. [http://www.abgs.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif\\_yaslanma\\_bilgi\\_notu.pdf](http://www.abgs.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf) Erişim Tarihi: 07.06.2016
19. Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı. “Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara.” <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf>. Erişim Tarihi:07.06.2016.
20. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı, 2015 <http://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/belge/1-41393/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-.html>. Erişim Tarihi: 12.06.2016.
21. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), “Türkiye’nin Demografik Yapısı Ve Geleceği,2010-2050”. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13140> Erişim Tarihi: 07.06.2016
22. Yardım N: Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar; Türkiye Perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. 1.Basım, Palme Yayıncılık, 2012.

# KADINA ŞİDDET KONUSUNDA BİR DEĞERLENDİRME: “LÜTFEN BENİ İSTİSMAR ETME”

Arın Meriç AKIN<sup>1</sup> Nüket AKIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>International School Almere, NL-1362 Almere, HOLLANDA

<sup>2</sup>Istanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Çocuk Gelişimi Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

## ÖZET

Kadına yönelik şiddet pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yaşanmaktadır. Ne yazık ki her geçen gün kadınların şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Ülkemizde kadın istismarını ve bu konuda gerek Devletin gerekse özel kurumların çalışmalarını inceleyerek konu ile ilgili ayrıntılara daha derinden bakmak amacı ile bu araştırma yapılmıştır. Kadın cinayetlerine ilişkin istatistiki değerlere bakıldığında; yıllar itibariyle gittikçe artış gösterdiği, 2015 yılının ilk yarısında ise bu oranların önceki birçok yılı geride bıraktığı görülmektedir. “Kadına şiddet”, “toplumsal cinsiyet eşitliği” farkındalığını yaratmak isteyen, devlet kuruluşlarının yanı sıra kar amacı gütmeyen özel kuruluşlarda bulunmaktadır. 2009 yılının Mart ayından beri hizmet vermekte ve kadına şiddet karşısındaki savaşını Türkiye Avrupa Komisyonu desteği ile yürütmekte olan Mor Çatı, Kadın Dayanışma Vakfı, Kamer Kuruluşu bu organizasyonların bazılarındandır.

Çalışma Ankara İli Kadın Dayanışma Vakfı’nda yapılmıştır. Çalışma ile ilgili veriler röportaj tekniği kullanılarak toplanmış ve Kadın Dayanışma Vakfı’nda görev yapan iki uzman ile birebir görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma, kadına yönelik istismar ile ilgili devlet ve özel kurumların çalışmaları ile desteklenmiştir.

Araştırmanın sonucunda; Kadına şiddeti engelleme konusunda eğitimin önemli olduğu ve eğitimcilere, sosyal medyaya büyük görevler düştüğü tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Türkiye’de kadın, şiddet, kadına şiddet, kadın sığınma, kadın cinayetleri, kadın istismarı



## AN ASSESSMENT ON VIOLENCE AGAINST WOMEN: “PLEASE DO NOT ABUSE ME”

### ABSTRACT

*Like many women around the world, women in Turkey experience violence. Unfortunately, every day we see women exposing to violence. This study is conducted to have a deep understanding of women abuse in Turkey by examining the studies of public and private organizations. The statistics show that women abuse rates increase by years and 2015 is the boiling point among these years. It is glad to see that there are many public and private institutions working hard on “women abuse” and “gender mainstreaming” issues. The Foundation for Women’s Solidarity who work in cooperation with European Commission since 2009, Mor Çatı, and Kamer Organization are some of these non-profit organizations struggling against women abuse in Turkey.*

*The study is conducted in The Foundation for Women’s Solidarity, Ankara. Data is collected by one-to-one interview with two experts working for The Foundation for Women’s Solidarity. The study is also supported by the actions that are taken by public and private institutions working on women abuse.*

*As a result of this research it is concluded that education is important and educators as well as social media have crucial roles for preventing women abuse.*

*Keywords: Women in Turkey, violence, violence against women, women’s shelter, femicide, women abuse*

## GİRİŞ

Papua Yeni Gine’de bazı yerli topluluklar dışında kadına şiddet ve kadın istismarı dünyada neredeyse her toplumda, her kültürde görülmektedir (21). Kadına yönelik şiddetin pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yaşandığı bir gerçektir. Ne yazık ki her geçen gün kadınların şiddete maruz kaldığı, hatta bazen öldürüldüğü rapor edilmektedir (21).

Kadın istismarı ve kadına şiddet birçok kadını baskı altına alan, kadınların haklarından faydalanmalarını engelleyen her türlü fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet davranışını içermektedir. Kadın istismarı ve kadına şiddet kadının yaşamını tehdit eden ve toplumsal hayata katılımına engel olan en temel sosyal sorundur. Kadına şiddet davranışlarının arkasında her ne kadar cinsiyet rolleri temel sebebi oluştursa da, farklı hormonlar ve çocukluk deneyimleri, ruhsal bozukluklar, bulunulan çevre, alkol ve uyuşturucu kullanımı, şiddet araçlarına erişim gibi çevresel ve psikolojik faktörler de bu davranışların ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (21).

Kadın cinayetlerine ilişkin istatistiki değerlere bakıldığında, 2008 yılından 2010 yılına kadar yükseldiğini, 2011 yılında bir düşme söz konusu olsa da 2014 yılında yine çok yüksek bir seviyeye ulaştığını, 2015 yılının ilk yarısında ise bu oranların önceki birçok yılı geride bıraktığı görülmektedir (11).

## MATERYAL ve METOT

Bu çalışma, ülkemizde kadın istismarına ilişkin çalışmaları incelemek amacı ile planlanmış ve uygulanmıştır. Çalışma Ankara ili Kadın Dayanışma Vakfı’nda yapılmıştır. Çalışma ile ilgili veriler röportaj tekniği kullanılarak toplanmış ve Kadın Dayanışma Vakfı’nda görev yapan iki uzman ile birebir görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma, kadına yönelik istismar ile ilgili devlet ve özel kurumların çalışmaları ile desteklenmiştir.

## BULGULAR

Türk medyasında kadın istismarı konusunda gündeme gelen birçok örnek tespit edilmiştir. Bu örneklerden bazıları cinayete sonuçlanırken bazılarının da psikolojik izler bırakacak kadar uzun süreli etkileri olduğu görülmüştür. 11 Nisan 2008 tarihinde cesedi bulunan 38 yaşındaki M. K. tarafından alıkonularak, tecavüze uğrayan ve boğularak öldürülen 1975 doğumlu Pippa Bacca (19), 3 Mart 2009 tarihinde erkek arkadaşı C. G. tarafından vücudu parçalanarak çöp konteynirine atılan 1991 doğumlu Münevver Karabulut (10), 2013’de cesedi köprüden birkaç kilometre uzaklıkta bulunan, fotoğrafçılık hobisi ile İstanbul’a gelen (7), Z.T. tarafından kaya ve sopalarla dövülerek öldürülen 1980 doğumlu Sarai Sierra(20) ve gece Adana’dan Mersindeki evine dönmek için bindiği minibüs şoförü S.A. tarafından sarf ettiği tüm çabaya rağmen tecavüze uğrayıp, bıçaklanarak, öldürülen ve sonra da yakılan 1995 doğumlu Özgecan Aslan trajik ve çarpıcı kadın istismarı örneklerindedir (14).

Özgecan ASLAN'ın ölümü büyük gruplardan oluşan protesto eylemlerine sebep olmasının yanı sıra özellikle çok kullanılan sosyal medya platformlarında da adından dört milyon kez bahsedilerek büyük bir etki uyandırdığı tespit edilmiştir (8).

8/3/2012 tarihinde kabul edilen 6284 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" yürürlüğe konduktan sonra kadınlar nispeten huzur içinde yaşamaya başlamasına rağmen bazı kadınların hala istismara uğradığı medya organlarında yapılan haberlerden tespit edilmiştir. Bu durum kadınların sürekli sığınabilecekleri ve destek alabilecekleri oluşumlara olan ihtiyacı doğurmuştur. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde çalışan Aile, Kadın, Çocuk ve Engelli Danışma Hattı ALO 183 (16) servisi de bu ihtiyacı karşılamak üzere kurulan bir telefon hattıdır. Türkiye'nin 81 ilinden ulaşılabilen bu hat, haftada 7 gün 24 saat hizmet vermektedir ve "Alo-183 Aile, Kadın, Çocuk ve Engelli Danışma Hattı" şiddete uğrayan ya da uğrama riski taşıyan, destek ve yardıma ihtiyacı olan kadın ve çocuklar için psikolojik, hukuki ve ekonomik danışma hattı olarak çalışmakta, bu kişilere hakları konusunda ve başvuracakları yerler hakkında bilgi vermektedir. Ayrıca ihmal, istismar, şiddet vakaları veya töre ve namus cinayetlerinin önlenmesi için tedbir mahiyetindeki ihbarlarda alınmakta olup; durumun aciliyeti göz önünde tutularak, vakanın bulunduğu ilin acil müdahale ekip sorumlusuna ve/veya kolluk kuvvetlerine bildirilerek müdahale edilmesi sağlanmaktadır (23).

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, kadınların aktif olarak korunmasını amaçlayan ve daha çok koruma sağlayacağı düşünülen mağduru takip etme sistemini içeren "Kadına Şiddete Hayır De" isimli projesini hayata geçirmiştir. Ayrıca T.C. Adalet Bakanlığı ile işbirliği içerisinde yürütülecek proje ile şiddet gösteren kişilerin elektronik bileklik ile takip edilebileceği belirtilmiştir (18).

Aile içi ve kadına karşı şiddet olaylarına ilişkin polis tarafından yürütülen hizmetleri geliştirmek ve kurumlar arası koordinasyonu sağlamak amacıyla 11 Kasım 2015 tarihinde 81 İl Emniyet Müdürlüğünün Asayiş Şube Müdürlüğü bünyesinde Aile içi ve Kadına Karşı Şiddetle Mücadele Büro Amirliği kurulmuştur. Ayrıca şiddete uğrayan kadınlar veya şiddete ya da şiddet uygulanma tehlikesine tanık olan kişiler 7 gün 24 saat 155 Polis İmdat hattını da arayabilmektedir (23).

Ülkemizin 10. Kalkınma Planı'nda "kadın erkek fırsat eşitliği", "şiddetin önlenmesi", "eğitim" ve "sağlık" konularına yer verilmiştir (23). Şanlıurfa'nın Harran ilçesinde şiddet mağdurları için bir hektar alana ekolojik bir şehir inşa edilmiş olup, bu bölge şiddet mağdurlarına kalacak yer sağlamasının yanı sıra takı tasarımı, tarım, rehabilitasyon, spor ve benzeri aktivitelerin gerçekleştirilmesine de olanak vermektedir (22).

Üniversitelerde, temel olarak kadının korunması ve istismarın engellenmesi üzerine, "kadına şiddet", "toplumsal cinsiyet eşitliği" hakkında seminerler verilmekte, konferanslar düzenlenmekte ve toplumsal bilinç oluşturmak ve eşitliği yaygınlaştırmak için çeşitli aktiviteler gerçekleştirilmektedir.

Türkiye’de kadın hareketinin düzenlendiği “Dayağa Karşı Hayır” temalı ilk sokak yürüyüşünün, 17 Mayıs 1987 tarihinde İstanbul’da yapıldığı düşünüldüğünde toplum içinde kadına yönelik şiddet konusunun konuşulmasının çok kolay olmadığı görülmektedir. Kadınların yaşadıkları şiddete sessiz kalmamaları ve şiddetin utancının kadınlarda olmadığına vurgu yapan çalışmaları ile sesini duyuran kadın örgütlerinin sayısı 1990’lı yıllarda artmıştır. Bu yıllar kadın hareketinin kurumsallaştığı, üniversitelerde kadın araştırma ve uygulama merkezlerinin açıldığı, devlet düzeyinde de ulusal mekanizma olarak Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM)’nin kurulduğu, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) bünyesinde kadın konuk evlerinin açıldığı yıllardır. 2000’li yıllar, kadına yönelik şiddetin bir suç olduğunun ve bunun bir insan hakları ihlali olduğunun her düzeyde daha çok seslendirildiği yıllar olmuş, kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda önemli adımlar atılmış (3) ve “kadına şiddet” “toplumsal cinsiyet eşitliği” bilinci yaratmak isteyen, devlet yetkili organlarının yanı sıra kar amacı gütmeyen özel kuruluşlarda çalışmalarına başlamıştır. 2009 yılının Mart ayından beri hizmet vermekte ve kadına şiddet karşısındaki savaşını Türkiye Avrupa Komisyonu desteği ile yürütmekte olan Mor Çatı (15), “Her Kadın İçin Bir Fırsat Projesi” adı altında kurulan birçok kadın sığınma yeri ve bilgi merkezleri ve düzenledikleri kampanyalarla 2000 yılından beri sarf ettikleri çabalar, yürüttükleri projeler sayesinde birçok ödüle layık görülmüş olan Kamer Kuruluşu (13), birçok kadına sığınma yerleri, bilgi merkezleri ve psikolojik yardımda bulunan Kadın Dayanışma Vakfı (12) bu kuruluşlardandır. Kadın istismarını önlemek için çok çalışan insanların olduğunu görmek onur vericidir. Ülkemizde bu gibi pek çok vakıf ve dernek bulunmaktadır.

Bu kuruluşlardan, araştırmanın örneklemini oluşturan Kadın Dayanışma Vakfı’nın 1987 yılında sağlık problemi olan bir kadının eşinden gördüğü şiddet üzerine eşine boşanma davası açtığı, bu başvurusunun mahkeme tarafından reddedilmesi üzerine Ankara’daki birkaç belediye ile işbirliği yapılarak, 1991 yılında kurulduğu ve 1993’te de kurumsallaştığı tespit edilmiştir. Misyonunun, şiddet mağduru kadınlar için ücretsiz psikolojik, sosyal ve/veya hukuksal destek sağlamak, Avrupa Birliği ve Birleşmiş Milletler temelli projeler ile mağdur kadınlara maddi destek sağlamak, bilinç oluşturmak adına farklı okullarda ve çevrelerde kadın istismarı ve cinsiyet rollerine ilişkin dersler ve kampanyalar düzenlemek, çeşitli kadın sığınma merkezleri ile protokoller kurmak olduğu belirlenmiştir.

Kadın Dayanışma Vakfı tarafından tutulan istatistiklere göre 2014 yılı için her ay 30 civarı kadının kuruluşlarına yardım talebinde bulunduğu, bazı durumlarda bir veya iki görüşme ile yardımda bulunabiliyorken, yasal destek gerektiren bazı durumlarda yardım desteğinin uzun bir süreçte devam ettiği saptanmıştır. Kadın Dayanışma Vakfı’na üniversitelerden işbirliği ile ilgili herhangi bir proje teklifinin gelmediği ancak, birçok üniversite öğrencisinin özellikle 8 Mart Dünya Kadınlar Günü ve 25 Kasım Kadına Şiddete Karşı Uluslararası Mücadele Günü gibi günlerde dersler veya sunumlar gerçekleştirmelerini talep ettikleri belirlenmiştir.

Kadın Dayanışma Vakfı “kadının yüzünün karası erkeğin elinin kınası”, “kadının şamdanı altın olsa mumunu dikecek erkektir”, “elinin hamuruyla erkek işine karışma”, “dişi köpek kuyruğunu sallamayınca, erkek köpek ardına düşmez”, “kızı gönlüne bırakırsan ya davulcuya kaçar, ya zurnacıya” gibi günlük hayatımızda çok kullanılan cinsiyetçi atasözlerinin şiddeti maruz göstermekte olduğunu, bu sözlerin revize edilmesini talep ettikleri saptanmıştır.

Kadın Dayanışma Vakfı'nın Türk medyasının cinsiyetçiliği hakkında ki düşüncelerinde, medyanın hayatımızda çok fazla yer aldığı, cinsiyetler arası eşitsizliği ve kadın istismarını empoze edebileceği, erkeklerin üstünlüğünü empoze etmeye çalıştığı görüşünde oldukları belirlenmiştir.

Kadın Dayanışma Vakfı'nın şiddete karşı olan erkekler ve cinsiyetler arası eşitliğe inanmayan kadınlar hakkındaki düşüncelerinde ise, insanların vakfı desteklemelerinin cinsiyetleri ile ilişkili olmadığı, insanların düşüncelerinin yetiştirildikleri şartlar ile alakalı olduğu düsturunu benimsedikleri, çeşitli ikincil kazançlar elde etmek için yardım teklifinde bulunan ancak şiddet eğilimli oldukları tespit edilen kişilerin yardım etme tekliflerini kabul etmedikleri, fakat yine de tüm karşıtlıklarına rağmen insanların fikirlerine saygı duydukları saptanmıştır.

Kadın Dayanışma Vakfı'nın geleceğe dair vizyonu, mevcut projelere devam etmek ve Türkiye ve Avrupa'da daha fazla tanınmaya çalışarak, daha fazla destekçiye sahip olmak; Suriyeli mülteci kadınların sorunlarına yönelik kampanyalar düzenleyerek daha güvenli ve daha iyi yaşam koşullarına sahip olmalarını sağlamak için çalışmalar planladıkları tespit edilmiştir.

## TARTIŞMA

Kadın istismarı ve kadına yönelik şiddet, bütün kültürlerde ve toplumlarda yaygın olarak görülmektedir. Güler ve ark. (2005), tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların %40,7'sinin aile içinde şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir. Resmi istatistik kapsamında bir çalışma olan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün farklı ülkelerde yürütmüş olduğu araştırmalarla karşılaştırılabilir veri sağlaması açısından katkısı olan Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan bir araştırma, her on kadından dördünün fiziksel şiddete maruz kaldığını ortaya koyarak yaşanan şiddetin aslında bugüne kadar bilinenden daha fazla olduğunu göstermiştir (3).

Uluslararası Stratejik Araştırma Kurumu raporu'na göre Türkiye'de yüz kadından 42'sinin fiziksel yada cinsel şiddet gördüğü ve ülkemizde şiddet rakamlarının yüksekliği belirtilmiştir (4).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yapmış olduğu bir çalışmada ailelerin %34'ünde fiziksel şiddet olduğu belirlenmiştir (2). Bilge Kadın Araştırma Merkezi'nin yaptığı çalışmalarda aile dışında kadına yönelik şiddetin boyutlarının her geçen gün arttığını belirtilmektedir (6). Subaşı ve Akın (2003), tarafından gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınların üçte biri ile üçte ikisinin eşi tarafından dövüldüğü belirlenmiştir (21). Literatürdeki bu bulgular yapılan araştırmanın bulgularına benzerlik göstermektedir. Bu da araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yapılan araştırmada, Ankara'da Kadın Dayanışma Vakfı ve İstanbul'da Mor Çatı Sığınma Evlerinin son 20 yıllık süreçte, kadınların yaşadıkları şiddetin farkına varmalarını, haklarını öğrenmelerini, şiddete maruz kaldıklarında psikolojik ve hukuksal destek almalarını sağlamaya çalıştıkları belirlenmiştir. Yaşadıkları şiddet nedeniyle kalacak yeri ve desteği olmayan kadınlara ilk sığınma evlerinde barınma imkanı ve çeşitli alanlarda desteklerin yine bu kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır (3).

Kadına şiddetle mücadele konusunda bütçe yetersizliğinin rol oynadığı Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünce yapılan araştırmada belirtilmektedir (3). Bu da araştırmamızda Kadın Dayanışma Vakfı'nın sürekliliğini sürdürmede Avrupa Birliği'nin projeleri ve bağışlar haricinde hiçbir destek alamadıkları ve kaynak sağlamada sıkıntı çektikleri ile ilgili saptamalar doğrultusunda araştırmamızın bu bulgusunu desteklemektedir.

Nuh ve Demir (2015), tarafından yapılan çalışmada, bazı atasözleri ve deyimlerin kadının toplumdaki statüsünü geçmişten günümüze değersizleştirildiğini ve kadının erkek cinsine oranla ötekileştirildiğinden bugünün kadınları için sorun oluşturduğu belirtilmiş ve kadına yönelik şiddet eylemlerinin son bulması adına 20. yüzyıla ve kadına hitap etmeyen, kadını ötekileştiren atasözleri ve deyimlerin revize edilmesi gerektiği saptanmıştır(17). Bu çalışma da araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Sözlükte kadın kelimesinin araması yapıldığında "dişi", "ev yönetimi" "hizmetçi bayan", açıklaması yer aldığı (24), televizyonlardaki deterjan ürünleri reklamında, örneğin çamaşırları bembeyaz yapmada "bir erkek kurtarıcının" gelmesi, kadına yönelik Türk Dil Kurumunun açıkladığı kadın sözcüğünü açıklaması niteliğinde olduğu görülmektedir (17, 24).

Türk medyasında cinsiyetçiliğinin açıklanmasında (1), medyanın Münevver Karabulut cinayetinin, daha çok "magazinsel" boyutuyla ilgilendiği, Karabulut'un ilgisiz fotoğrafları, özel mesajları ve daha pek çok gereksiz bilginin uzunca zaman kamuoyunu meşgul ettiği, konuya müdahil olan kişilerin "Münevver de suçsuz değil" algısını yaratmak istediği belirtilmektedir (1). Tüm bu literatür incelemeleri araştırmamızın Türk medyasının cinsiyetçiliği ile ilgili bulgusunu desteklemektedir.

## SONUÇ

Ortaya koyulan ihtiyaçlar ve yapılan çalışmalar kadının sosyo-ekonomik konumunun güçlendirilmesi, ekonomik özgürlüğünün olması, istismara ya da şiddete maruz kalan kadınların daha iyi korunması ve destek olunmasının gerekliliğini göstermektedir. Bu doğrultuda şiddet konusunda hizmet yapısının güçlendirilmesi ve şiddetle daha iyi mücadele etmek için iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Kadınların, kadın hakları, yasalar, kurum ve kuruluşlar hakkında çeşitli kanallar aracılığıyla bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Medyanın da bu konuda bilinç gelişimine katkı sağlayıcı önemli rolünün bulunmaktadır. Eğitimin önemi ön plana çıkmaktadır. Bunun için de öğretmenlere çok büyük görevler düşmektedir. Öğretmenler tarafından toplumumuza, kadının değeri ve toplumsal cinsiyet eşitliği konularında seminerler düzenlenerek, yada medya aracılığı ile bilgilendirmeler yapılarak, toplumsal bilinç ve duyarlılığın arttırılması sonucunda kadına şiddet olaylarının geride bırakılabileceği düşünülmektedir.



## KAYNAKÇA

1. Anonim, <http://listelist.com/turk-medyasinda-cinsiyetcilik/>) Erişim tarihi : 26 Aralık 2015.
2. Anonim (T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları, 86 (13)) Ankara. 1995.
3. Anonim (Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü Elma Teknik Basım Matbaacılık) Ankara, 2009.
4. Anonim (Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet Uluslararası Stratejik Araştırma Kurumu USAK RAPOR NO:12-01) Mart 2012.
5. Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.576ffccdc804c7.46546306](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.576ffccdc804c7.46546306). Erişim tarihi : 3 Ocak 2016
6. BİLKA (Bilge Kadın Araştırma Merkezi) [www.2.bilka.org.tr/page-asp?id=80](http://www.2.bilka.org.tr/page-asp?id=80)). Erişim tarihi : 3 Ocak 2016.
7. BLOOM, L., “Report From Istanbul: The Sarai Sierra Murder and American Safety Abroad.” The Huffington Post. TheHuffingtonPost.com, 12 June 2013. Web.[http://www.huffingtonpost.com/lisa-bloom/report-from-istanbul-the\\_b\\_3062713.html](http://www.huffingtonpost.com/lisa-bloom/report-from-istanbul-the_b_3062713.html). Erişim tarihi : 03 Jan. 2016.
8. DAVIDSON, H., “Rape and Murder of Young Woman Sparks Mass Twitter Protest in Turkey.” The Guardian. TheGuardian.com, 17 Feb. 2015. Web. <http://theguardian.com/world/2015/feb/17/turkish-woman-ozgecan-aslans-sparks-anti-violence-campaign-sendeanlat>. Erişim tarihi : 03 Jan. 2016.
9. GULER, N., TEL, H., ve ÖZKAN T., “ Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı” Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 27(2):51-56, 2005.
10. <http://www.hurriyet.com.tr/cem-garipoglu-cinayeti-anlatti-13757326>, Erişim tarihi :11 Şubat 2010
11. “İHD 2014 Report: 335 Women Killed in Domestic Violence in Turkey.” Today’s Zaman, 05 Mar. 2015. Web.[http://www.todayszaman.com/anasayfa\\_i-hd-2014-report-335-women-killed-in-domestic-violence-in-turkey\\_374434.html](http://www.todayszaman.com/anasayfa_i-hd-2014-report-335-women-killed-in-domestic-violence-in-turkey_374434.html). Erişim tarihi : 05 Jan. 2016.
12. Kadın Dayanışma Vakfı [www.kadindayanismavakfi.org.tr/eng](http://www.kadindayanismavakfi.org.tr/eng) Erişim tarihi : 6 Ocak 2016
13. Kamer Kuruluşu. [www.camer.org.tr/eng](http://www.camer.org.tr/eng) Erişim tarihi : 6 Ocak 2016
14. <http://www.milliyet.com.tr/ozgecan-aslan-icin-kadinlardan-gundem-2013849/14> Erişim tarihi : Şubat 2015



15. Mor Çatı. [www.morcati.org.tr/eng/](http://www.morcati.org.tr/eng/) Erişim tarihi : 6 Ocak 2016
16. NATIONS, UNITED. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Turkey." Convention on th Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 45(6), 5-16, 2013. The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Web.<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/CEDAW.C.TUR.CO.6.Add.1.pdf>. Erişim tarihi : 05 Jan. 2016.
17. NUH, A., ve DEMİR, T. "Kadına Şiddetin Arka Planı: Atasözleri ve Deyimlerimiz" Turkish Studies International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic,10(6), 179-196, 2015. DOI Number: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.8136> ISSN: 1308-2140, ANKARA-TURKEY[http://turkishstudies.net/Makaleler/871407476\\_9A%C5%9FanNuh-vd-sos\\_S-179-196.pdf](http://turkishstudies.net/Makaleler/871407476_9A%C5%9FanNuh-vd-sos_S-179-196.pdf). Erişim tarihi : 3 Ocak 2016
18. ÖZGENÇ, M., ve USTA, A., "Fail Ve Mağdura Birlikte Takip." Hürriyet, 25 Kasım. 2015. Web. <http://www.hurriyet.com.tr/fail-ve-magdura-birlikte-takip-40018936>. Erişim tarihi : 05 Jan 2016.
19. POVOLEDO, E., "Performance Artist Killed on Peace Trip Is Mourned." The New York Times, 18 Apr. 2008. Web.<http://www.nytimes.com/2008/04/19/theater/19peac.html?pagewanted=all&r=0>. Erişim tarihi : 05 Jan. 2016.
20. "Sarai Sierra Dead: Missing NYC Woman Found Dead in Istanbul." The Huffington Post. The Associated Press, 04 Apr. 2013. Web.[http://www.huffingpost.com/2013/02/02/report-missing-nyc-woman-sarai-sierra-dead\\_n\\_2606694.html](http://www.huffingpost.com/2013/02/02/report-missing-nyc-woman-sarai-sierra-dead_n_2606694.html). Erişim tarihi : 03 Jan. 2016.
21. SUBAŞI, N., ve AKIN, A., "Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları" Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003.
22. "Şiddet Gören Kadınlar İçinHarran'da Köy Kuruluyor." Hürriyet, 06 Mar. 2015. Web. <http://www.hurriyet.com.tr/siddet-goren-kadinlar-ici-harranda-koy-kuruluyor-28345778> Erişim tarihi :06 Ocak 2016.
23. T.C.AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü TÜRKİYE'DE KADIN MAYIS 2016, ANKARA
24. Türk Dil Kurumu. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.576ffccdc804c7.46546306](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.576ffccdc804c7.46546306) Erişim tarihi : 6 Ocak 2016.