

YAĞMUR DALGIÇ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2017



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**TRAVMATİK VE NON-TRAVMATİK OMURİLİK
HASARLI BİREYLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YAĞMUR DALGIÇ

**DANIŞMAN
PROF. DR. YASEMİN KUTLU**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**TRAVMATİK VE NON-TRAVMATİK OMURİLİK
HASARLI BİREYLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YAĞMUR DALGIÇ

**DANIŞMAN
PROF. DR. YASEMİN KUTLU**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

TEZ ONAYI

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Yağmur Dalgıç tarafından Prof.Dr.F.Yasemin Kutlu'nun danışmanlığında hazırlanan "Travmatik ve Non-Travmatik Omurilik Hasarlı Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin Karşılaştırılması" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/10/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Seyim Buzlu

i.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri-Danışman

Prof.Dr.F.Yasemin Kutlu

i.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Leyla Kılçık

i.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Hülya Bilgin

i.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Jüri

Yard.Doç.Dr.Gül Dikeç

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Yağmur DALGIÇ



İTHAF

Çalışmama katkıda bulunan omurilik hasarlı bireylere ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında benimle bilgi ve deneyimini paylaşan, katkılarıyla bana rehberlik eden Tez Danışmanım Prof. Dr. Yasemin Kutlu'ya

Akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu, Doç. Dr. Leyla Küçük, Doç. Dr. Hülya Bilgin ve anabilim dalındaki tüm arkadaşlarıma,

Tez sürecimde beni her zaman destekleyen ve motive eden eşim Ulaş Dalgıç'a, ablam Bahar Yıldırım Sağlam ve eşi Ömer Sağlam'a,

Tez sürecimde bana maddi, manevi desteğini sunan sevgili aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	12
2. GENEL BİLGİLER	16
2.1. Omurilik Yaralanması.....	16
2.2. Omurilik Yaralanmalarında Epidemiyoloji	16
2.3. Omurilik Yaralanmalarında Etiyolojik Faktörler.....	17
2.4. Omurilik Yaralanmasının Patofizyolojisi	18
2.5. Omurilik Yaralanmasında Görülen Sorunlar	18
2.5.1. Fizyolojik Sorunlar	18
2.5.2. Sosyal Sorunlar	20
2.5.3. Omurilik Yaralanmasında Sık Görülen Ruhsal Sorunlar.....	21
2.6. Omurilik Yaralanması Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni	28
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.3. Araştırma Soruları.....	28
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları	29
3.6.1. Hasta Bilgi Formu:.....	29
3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	29

3.6.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	30
3.6.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)	30
3.6.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	31
3.7. Araştırma Süreci	31
3.8. Araştırmanın etik yönü	32
3.9. Verilerin Analizi	32
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri	33
4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ Puanları ve Karşılaştırmalar İle İlgili Bulgular	37
5. TARTIŞMA	43
5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	43
5.2. Araştırmaya katılan hastaların BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırmalar ile ilgili bulguların tartışılması.....	45
6. SONUÇLAR.....	53
7. ÖNERİLER.....	56
8. KAYNAKLAR	57
9. FORMLAR	71
10. ETİK KURUL KARARI	76
11. İZİNLER.....	86
12. ÖZGEÇMİŞ	95

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo-4.1: Bireysel özelliklerin dağılımı (N=40)

Tablo 4-2: Hastalık özelliklerinin dağılımı (N=40)

Tablo 4-3: Travmatik ve non-travmatik bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırılması (N=40)

Tablo 4-4: Travmatik ve non-travmatik bireylerin BDÖ ve BAÖ düzeylerinin karşılaştırılması (N=40)

Tablo 4-5: BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ arasındaki ilişki (N=40)



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- DSÖ-Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)
- TOY -Travmatik Omurilik Hasarı (Traumatic Spinal Cord Injury)
- NTOY- Non-travmatik omurilik hasarlarının (Non-traumatic Spinal Cord Injury)
- DVT- Derin Ven Trombozu (Deep Vein Thrombosis)
- KLPH- Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (Consultation Liaison Psychiatry Nursing)
- KLP- Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi (Consultation Liaison Psychiatry)
- NANDA-North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)
- BDÖ- Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory BDI)
- BAÖ- Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory BAI)
- BUÖ- Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck Hopelessness Inventory BHI)
- SBÇTÖ- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Style of Coping With Stress Scale)
- HIV- Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
- TSSB Travma Sonrası Stress Bozukluğu (Posttraumatic Stress Disorder)
- SPSS-Statistical Package For SocialScience (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
- NSCISC- National Spinal Cord Injury Statistical Center (Ulusal Omurilik Yaralanması İstatistik Merkezi)

ÖZET

Dagıç, Y. (2017). Travmatik ve Non-travmatik Omurilik Hasarlı Bireylerde Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti ve anksiyete belirti düzeylerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı-karşılaştırmalı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini araştırmanın yapılacağı tarihlerde bir eğitim araştırma hastanesi beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde yatmakta olan 18-65 yaş arası travmatik ve non-travmatik omurilik hasarı olan 40 birey oluşturdu. Çalışmanın verileri Hasta Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile toplandı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı.

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $13,68 \pm 9,39$, Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $15,88 \pm 9,34$, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması $5,45 \pm 3,82$, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puan ortalaması $58,93 \pm 12,25$ puan olarak belirlendi. %60'ında hafif ve orta düzeyde depresif belirti; %67.5'inde hafif ve orta düzeyde anksiyete belirtisi belirlendi. Araştırmaya katılan tüm bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki ($r=0,470$; $p<0,01$); non-travmatik bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki ($r=0,512$; $p<0,05$) bulundu; travmatik ve non-travmatik olan bireylerin depresyon belirti düzeyi ve anksiyete belirti düzeyi arasında fark bulunmadı ($p>0,01$).

Sonuç olarak, travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerin duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları için risk grubu oldukları söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda omurilik hasarlı bireylerle çalışan hemşirelerin hasta bakımında bütüncül yaklaşımı uygulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: omurilik hasarı, depresyon, anksiyete, hemşirelik.

ABSTRACT

Dalgic, Y. (2017). Comparison of Depression and Anxiety Symptoms in Traumatic and Non-traumatic Spinal Cord Injured Individuals. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This study was conducted as a descriptive-comparative and cross-sectional study to compare depressive symptom and anxiety symptom levels in traumatic and non-traumatic spinal cord injured individuals.

The sample of the study consisted of 40 individuals with traumatic and non-traumatic spinal cord injury between the ages of 18-65 who during their time as an inpatient at training research hospital's brain and neurosurgery clinic at the time of the study. Data from the study were collected with the Patient Information Form, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the Beck Hopelessness Scale, and the Style of Coping With Stress Scale. NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program was used for statistical analysis.

The average score of Beck Depression Inventory of the subjects participating in the study was $13,68 \pm 9,39$. Beck Anxiety Inventory averages $15,88 \pm 9,34$. Beck Hopelessness Scale average score $5,45 \pm 3,82$. The average score of the Stress Response Styles Scale was $58,93 \pm 12,25$ points. Mild to moderate depressive symptoms in 60% of patients; 67.5% of them had mild and moderate anxiety symptoms. All individuals participating in the study had a weak positive relationship with the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory ($r=0,470$; $p<0,01$). There was a positive moderate correlation between Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory of non-traumatic individuals ($r=0,512$; $p<0,05$). There was no difference between traumatic and non-traumatic individuals in depression and anxiety levels. ($p>0,05$).

As a result, individuals with traumatic and non-traumatic spinal cord injuries can be considered as risk groups for mood disorders and anxiety disorders. It is important that nurses working with spinal cord injured individuals have a holistic approach in patient care.

Key words: spinal cord injury, depression, anxiety, nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğuştan ya da sonradan hastalık ya da travma gibi birçok nedene bağlı olarak gelişen omurilik (spinal kord) hasarları (Arslantaş ve Özkara 2010), kalıcı fiziksel kısıtlılıkların yanı sıra önemli psikososyal sorunlara neden olur (Eisenberg ve Saltz 1991; Singh ve ark. 2014). Ortaya çıkma şekli ve sonrasında rehabilitasyon ve bakım gerektirmesi nedeni ile hasta, ailesi ve toplum için önemli sonuçlar oluşur. Bireyler yaşamlarını kalıcı engelliliklerle devam ettirmek zorunda kalabilirler ve bu durum başa çıkılması gereken önemli bir sorun haline gelebilir (Eisenberg ve Saltz 1991).

Araştırma metotlarındaki farklılıklar, çalışma yapılan toplumun sosyoekonomik düzeyi, sosyokültürel yapısı gibi farklılıklardan dolayı omurilik yaralanmasıyla ilgili epidemiyolojik veriler her ülkeye göre farklılık göstermekte (Arslantaş ve Özkara 2010) olup gerçek insidans tam olarak bilinmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayınladığı (2013) raporda her yıl yaklaşık 250000 ile 500000 kişide travmatik ya da non- travmatik omurilik yaralanması görüldüğü bildirilmiştir (<http://www.who.int/en/>).

Omurilik hasarlarının en sık rastalanan nedeni 40 yaşın altında travmatik, 40 yaşın üstünde tümörlerdir (Bayraktar 2012). Travmatik omurilik hasarlarının (TOY) etiyojisinde trafik kazaları ve düşme yer alırken (Dinçer ve ark. 1992; Koçyiğit ve ark. 2015), non-travmatik omurilik hasarlarının (NTOY) etiyojisinde vasküler, neoplastik veya enfeksiyona bağlı nedenler yer almaktadır (Erdil ve Elbaş 2001; Kaptanoğlu 2010). TOY çoğunlukla genç erişkinleri etkiler ve en sık 15-30 yaş arası erkeklerde görülür. NTOY ise daha çok ileri yaşta ve kadınlarda görülür (Kaptanoğlu 2010). Akut travmatik omurilik yaralanmasının dünyadaki yıllık görülme sıklığı milyonda 15-40 olarak bildirilmiştir (McKinley ve ark. 2001). İrlanda 'da yapılan bir çalışmada 4 yıllık bir takip süresinin sonunda TOY'nın görülme sıklığı oranı 19.54/100000 kişi/yıl olarak belirlenmiştir (Roche ve ark. 2008). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Karametmetoğlu ve arkadaşları (1997), TOY görülme sıklığını milyon popülasyonda İstanbul için %21, kırsal alan-güneydoğu illeri için 16.9 olarak bildirmişlerdir. Yine çok merkezli ulusal bir çalışmada 12.7/1000000 olarak bildirilmiştir (Karacan ve ark 2000).

Koçyiğit ve arkadaşlarının (2015) Gaziantep'te yaptığı çalışmada non-travmatik yaralanma sebebi olarak en sık başarısız sinir cerrahisi tespit edilmiştir. Tuğcu ve arkadaşlarının (2011) 2000-2007 yılları arasında tek merkezde omurilik yaralanması ile

yatarak tedavi görmüş 905 hastanın verilerini incelediği retrospektif bir çalışmada ise, hastaların ortalama yaşlarının $33,4 \pm 15,0$ ve hastanede yatış sürelerinin ortalama $73,6 \pm 49,8$ gün olduğu belirlenmiştir.

Omurilik yaralanmaları, hem bireysel hemde toplumsal boyutta ekonomik, fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Pickelsimer ve ark. 2010). 25 yaşında yüksek servikal yaralanmalı tetrapilejik bir hastanın hayat boyu bakımının 3.000.000 dolar olduğu tahmin edilmektedir (Priebe ve ark. 2007). Bu hastaların erken dönem tedavi ve rehabilitasyon masrafları yanında, genç nüfusta görülmesi iş gücü kaybına neden olmakta ve önemli bir ekonomik yük getirmektedir.

Omurilik yaralanması olan hastalarda akut dönemde çoğunlukla fiziksel sorunlar yaşanmakta olup en önemli sorunlar, bası yarası, atelektazi/pnömoni, derin ven trombozu/pulmoner emboli, otonom disrefleksi, ortostatik hipotansiyon, depresyon ve mesane/barsak problemleridir (Fehlings ve Baptiste 2005). İlerleyen dönemlerde bireyin, omurilik hasarı ve onun getirdiği sorunlara maruz kalması, kendisi ve yakınlarını psikolojik ve sosyal olarak da önemli derecede etkilemektedir (Şenel ve Kaya 2010).

Hem travmatik hem de non-travmatik omurilik hasarları hastalarda bir krize neden olur. Travmatik olanlarda oluşan kriz durumu ani ve beklenmedik bir şekilde gelişir (Bayraktar 2012) ve hasarın derecesi şiddetli olabilir. Non-travmatik hasarlarda ise durum beklenmedik bir şekilde ortaya çıksa da tetkikler ve tedavi için geçen süre daha uzundur. Genelde, omurilikteki yaranın seviyesi ne kadar yüksekse, zarar o kadar kötü olacaktır. İster travmatik ister non-travmatik olsun her iki durumda da, hasarın seviyesine, büyüklüğüne ve oluş mekanizmasına göre değişik psikolojik tepkiler meydana gelir. Somasundaram ve arkadaşları (1992), omurilik yaralanması sonrası sıklıkla gelişen paralizi sonucu; immobilizasyon, basınç ülserleri, duyu kusuru, anüri, inkontinans, cinsel işlev kayıpları gibi tıbbi sorunların ortaya çıkmasıyla kişilerin sosyal ve iş uyumları ile birlikte gelecekte beklenenlerinin de azaldığını saptamışlardır. Ayrıca fiziksel ve psikolojik travmanın kalıcı sonuçları ile başa çıkma ile ilgili güçlükler depresyon gelişimini de kolaylaştırmaktadır. Bu gibi nedenlerle omurilik yaralanması olan hastalar duygudurum ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar açısından önemli bir risk grubudur (Hancock ve ark. 1993; Kennedy ve Rogers 2000).

DSÖ'nün yayınladığı rapora göre (2013) omurilik yaralanması sonrası birey ve ailesi inkar, öfke, üzüntü, korku, hayal kırıklığı gibi duyguların yaşandığı bir süreç girerler. Bu nedenle omurilik yaralanmalarında en sık görülen psikolojik bozukluk, depresyon ve anksiyetedir. Anksiyete ve depresyonun omurilik yaralanmasını takip eden uyum süreci içinde kaçınılmaz olduğu ileri sürülmekte ve omurilik yaralanması sonrası %20-45 oranında hastada klinik olarak anlamlı derecede depresyon görüldüğü bildirilmektedir (Fuhrer ve ark. 1993). Hancock ve arkadaşlarının (1993) 41 omurilik yaralanmalı 41 sağlıklı hastayı anksiyete ve depresyon puanları açısından karşılaştırdıkları çalışmada omurilik yaralanmalı grubun %25'nin anksiyeteli %25'inin depresif olduğu, sağlıklı grupta ise bu oranın sırasıyla %5 ve %3 olduğu belirlenmiştir. Shahid ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada travmatik ve non-travmatik omurilik yaralanmalı 50 hastanın 40'ında anksiyete (25 hafif, 15'i orta ve ciddi düzeyde), 28'inde depresyon (23 hastada hafif, 5 hastada orta ve ciddi düzeyde) belirtileri saptanmıştır. Williams ve Murray'ın yaptığı (2015) çalışmada omurilik hasarından sonra depresyon görülme yaygınlığı genel toplumda görülme yaygınlığından daha yüksek bulunmuştur. DSÖ'nün raporunda (2013) ise omurilik yaralanmalı bireylerin %20-30'unun depresyonun önemli bulgularını taşıdığı bildirilmiştir (<http://www.who.int/en/>).

Ülkemizde Demirel ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir araştırmada omurilik yaralanması olan hastaların %52'sinde anksiyete, %61'inde depresyon saptanmıştır. Yine NTOY'lu hastalar ile TOY'lu hastaların demografik, klinik ve fonksiyonel özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada 50 hastadan 37'si travmatik, 13'ü travmatik olmayan omurilik yaralanması ile hastaneye kabul edilmiş olup NTOY'lu hasta grubunun %23,1'inde, TOY'lu hasta grubunun %54,1'inde depresyon belirlenmiştir (Yıldız ve ark. 2008).

Depresyon prevelansının ikincil komplikasyonlarla da ilişkili olduğu bildirilmiştir. Omurilik yaralanması olan bireylerde intihar oranları normalin 2-6 katıdır ve 55 yaş altındaki bireylerde en sık ölüm nedenidir (On 2010). McCullumsmith ve arkadaşlarının (2015) omurilik yaralanmalı bireylerde intihar düşüncelerini araştırdıkları çalışmada, çalışmaya katılan 2533 kişiden 323'ünde son iki haftada intihar düşünceleri, 179'unda intihar girişimi olduğu bildirilmiştir. İntihar eylemlerin %47'sinin omurilik yaralanmasıyla ilişkili olduğu ve yaralanmadan sonra meydana geldiği raporlanmıştır. Ayrıca intihar düşüncelerinin şimdiki depresyon düzeyi, toplumsal normlar ve kişinin

manevi refahı, yetersiz eğitim, genç yaş, geçmiş depresyon tedavisi, bipolar bozukluk ve şizofreni öyküsü ile de ilişkili olduğu bulunmuştur. Williams ve Murray (2015)'ın çalışmasında ise omurilik hasarından sonra depresyon tanısı prevelansının alt sınırı %18,7, üst sınırı %26,3, ortalama prevelans % 22,2 olarak belirlenmiştir.

Omurilik hasarları beraberinde getirdiği fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlar ile hem bireysel hem de toplumsal boyutları olan önemli bir problemdir (Güzel ve ark. 2006). Omurilik hasarı olan hastalarda psikiyatrik belirtilerin yüksek olması ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda gösterilmesine rağmen (Demirel ve ark. 1999) bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olup bu hastaların umutsuzluk düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yöntemlerini belirlemeye yönelik çalışmalara ise literatürde rastlanmamıştır. Hem travmatik hem de travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde kriz ve buna bağlı depresyon ve anksiyete kaçınılmaz bir durumdur. Ancak travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlarının oluş şekli farklılık göstermektedir. TOY ani ve beklenmedik bir şekilde gelişirken NTOY'da tanının belirlenmesi ve tedavi için belli bir süreç bulunmaktadır. Bu nedenle depresyon ve anksiyete belirtileri açısından farklılık olabileceği düşünülmüştür. Mevcut çalışma travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile ilgili kanıt oluşturacaktır. Ayrıca hastaların umut düzeylerinin ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi gelecekteki çalışmalar için yol gösterici olabilecektir.

Bu çalışmanın amacı, travmatik (TOY) ve non-travmatik (NTOY) omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti ve anksiyete belirti düzeylerini karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Omurilik yaralanması ulaşılan ilk kaynaklarda ‘tedavisi olmayan hastalık’ şeklinde tanımlanmıştır. Özellikle son yıllardaki teknolojik gelişmelerle, bugün hasarlı omurgaya daha cesaretle ve bilgiyle yaklaşılmaktadır. Günümüzde omurilik hasarlı pek çok hasta hayatta kalabilmekte, üretken ve toplumsal bir yaşam sürebilmektedir. Tamamen tedavi edilemese de artık 25-34 yaş arasındaki omurilik yaralanması olan hastaların travma sonrası ortalama beklenen yaşam süresi 38 yıl olarak bilinmektedir (McColl ve ark. 1997).

2.1. Omurilik Yaralanması

Omurilik yaralanması, travmatik ya da travmatik olmayan herhangi bir nedenle omurilikte komplet ya da inkomplet hasarlanma olması ve buna bağlı motor, duyuşal, otonomik fonksiyonların bozulması ya da kaybolmasıdır (Arslantaş ve Özkara 2010). Komplet yaralanmada (tam spinal kord yaralanması) lezyon seviyesinin altında tam motor ve duyuşal kayıp vardır. Sakral segmentlere ait motor ve duyuşal refleksler alınmaz. İnkomples yaralanmada (tam olmayan spinal kord yaralanması) lezyon seviyesinin altında motor ve duyuşal fonksiyonlar değişik derecelerde korunmuştur. Bu tip hastalarda duyuşal fonksiyonların motor fonksiyonlardan daha çok korunduğı gözlenmiştir (Akday ve Palaoğlu 2009).

2.2. Omurilik Yaralanmalarında Epidemiyoloji

Omurilik yaralanmalarının çoğı önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle omurilik yaralanmalarının epidemiyolojik, demografik, patolojik özelliklerinin anlaşılması, yüksek risk gruplarının belirlenmesi, yaralanmayı önleyecek bireysel ve toplumsal önlemlerin alınmasına katkı sağlayacaktır (Tuğcu ve ark. 2011).

Ciddi ve kalıcı sakatlıklarla seyreden omurilik yaralanmalarının gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. Bu veriler her ülkeye göre farklılık göstermektedir. Yıllık insidansının 15-40/1.000.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir (James ve Cardenas 2005; McKinley ve ark. 2001; Yip ve Malaspina 2012). Dünya ortalamaları dikkate alındığında; ülkemizde omurilik yaralanması olan hastaların hastaneye ulaşmadan hayatını kaybetme oranı yılda yaklaşık 1300’dür ve hastane insidansı 2000 kişi/yıl olarak tahmin edilebilir (Yılmaz 2000). İstatistikler 15-35 yaş grubu erkeklerin

kadınlardan daha fazla omurilik travmasına maruz kaldığını göstermektedir (Akday ve Palaoğlu 2009; Yip ve Malaspina 2012). Benzer birkaç çalışmada Türkiye’de travmatik omurilik yaralanmalarının yıllık insidansı 12,7/1.000.000 olarak bildirilmiştir (Karacan ve ark. 2000). Gelişmiş ülkelerde bu oran 6-56/1.000.000 olarak, US’de yıllık prevalans 250.000 olarak rapor edilmiştir (Karacan ve ark. 2000; Pickett ve ark. 2003). Tuğcu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada omurilik yaralanmalarında ortalama yaş $33,3 \pm 15$ arasında olup, hastaların %73’ünün erkek, %27’sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Koçyiğit ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada omurilik yaralanmalarında erkek/kadın oranı 1,5-2/1 yaş ortalaması $36,61 \pm 16,16$ arasında hesaplanmıştır. Omurilik yaralanmalı hastaların meslek dağılımında ise ilk sırada işçiler yer almaktadır (NSCISC 2015; NSCISC 2017).

2.3. Omurilik Yaralanmalarında Etiyolojik Faktörler

Travmatik yaralanmalar, motorlu taşıt kazaları, düşmeler, şiddet eylemleri, spor ve diğer nedenlerden (NSCISC 2015; NSCISC 2017); travmatik olmayan yaralanmalar konjenital ve gelişimsel (meningosel, skolyoz, spondilolistezis), enfektif, dejeneratif, neoplastik, vasküler, idiopatik, iatrojenik, psikojenik, toksik vb. nedenlerden kaynaklanmaktadır (Arslantaş ve Özkara; 2010). Omurilik lezyonlarının en sık rastlanılan nedeni 40 yaşın altında travmatik, bu yaşın üzerinde ise tümörlerdir (Bayraktar 2012). Gelişmiş ve modern toplumlarda travmatik omurilik hasarlarının etiyojisinde trafik kazaları birinci, düşme ikinci sırada yer alırken (Dinçer ve ark. 1992; Koçyiğit ve ark. 2015; Tuğcu ve ark. 2011; Kaday ve Özyurt 1994; DeVivo ve ark. 1991; Karacan ve ark. 2000; Ho CH ve ark. 2007) bunları iş kazaları, spor yaralanmaları ve şiddet olayları izlemektedir. Gelişmekte olan toplumlarda ise şiddet olayları iş kazalarının önüne geçebilmektedir. Koçyiğit ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ateşli silahla yaralanmaya bağlı omurilik hasarları benzer çalışmalardan belirgin oranda daha yüksek bulunmuştur, yine bu çalışmada omurilik yaralanmalarıyla yüksek ilişkili bulunan sığ suya dalma ve spor yaralanmalarının çok az görülmesi bölgenin sosyodemografik özellikleriyle açıklanmıştır. O’Connor ve arkadaşlarının (2006) İrlanda’da yaptıkları çalışmada ateşli silah yaralanması vakasına rastlamamışlardır. Travmatik olmayan omurilik yaralanmalarının en sık rastlanılan sebebi ise tümörlerdir, bunu diğer nedenler takip eder (Özdemir ve ark. 2012). Koçyiğit

ve arkadaşlarının (2015) Gaziantep üniversitesinde yaptığı çalışmada non-travmatik yaralanma sebebi olarak başarısız sinir cerrahisi en yüksek oranda bulunmuştur.

2.4. Omurilik Yaralanmasının Patofizyolojisi

Travmaya bağlı oluşan hasar sırasında ortaya çıkan enerji vertebral kolonda patolojik fleksiyon, ekstansiyon veya rotasyonlara veya bu hareketlerin kombinasyonlarına neden olur. Sonuçta vertebral kolonda kırıklara ve çıkıklara yol açarak doğrudan spinal kord yaralanmasına veya omurganın stabilitesini bozarak omuriliğin daha sonra yaralanması tehdidine yol açar (Erdil ve Elbaş 2001; Kaptanoğlu 2010; Akbay ve Palaoğlu 2009).

Spinal kord yaralanması patofizyolojik açıdan primer yaralanma ve sekonder yaralanma olarak iki alt başlıkta incelenir (Akbay ve Palaoğlu 2009). Omurilik yaralanmasının patofizyolojisi akson, kan damarı ve hücre membranlarının hasarına neden olan primer mekanik hasar ile başlar. Primer mekanik yaralanma sekonder hasar fazı ile devam eder. Burada vasküler bozulma, ödem, iskemi, eksitotoksisite, elektrolit dengesizlikleri, serbest radikal üretimi, inflamasyon ve hücre ölümü oluşur (Kaptanoğlu 2010; Güzel ve ark. 2006).

2.5. Omurilik Yaralanmasında Görülen Sorunlar

2.5.1. Fizyolojik Sorunlar

Akut dönemde en önemli morbidite nedenleri; bası yarası, atelektazi/pnömoni, derin ven trombozu/pulmoner emboli, otonom disrefleksi, ortostatik hipotansiyon, depresyon ve mesane/barsak problemleridir (Sipski ve Richards 2006; Kirshblum ve ark. 2007). Ayrıca hiperkalsiüri, hiperkalsemi, osteoporoz, kardiyakaritmiler, cinsel sorunlar, ağrı, spastisite, gastrointestinal sorunlar gibi birçok problem de görülmektedir (James ve Cardenas 2005).

Bası yaralarını önlemek için yapılan tüm girişimlere rağmen yıllık insidansı %20-30, prevelans ise %10-30 arasında değişmektedir (Garber ve Rintala 2003; Gelis ve ark. 2009). Bası yarası hastanede yatış süresini ve hastaneye yeniden yatış oranını artıran bir faktördür (Chen ve ark. 2005). Maliyeti en yüksek komplikasyonlardan biridir (James ve Cardenas 2005). Diğer komplikasyonlara zemin hazırlayabilir ve enfekte oldukları zaman sepsis hatta ölüme neden olabilirler (Dursun ve Çakıcı 1995).

Atelektazi ve pnömoni riski koruyucu önlemler alınarak azaltılmaktadır (James ve Cardenas 2005). Akut dönemdeki derin ven trombozu (DVT) görülme sıklığının

%50'den fazla olduğu bildirilmiştir. Profilaksi ve tedavide erken mobilizasyon, fizik tedavi ve varis çorabı kullanımı önemli yer tutar (Kirshblum 2007; Grigorean ve ark. 2009; On 2010; Kunday ve Özyurt 1994; James ve Cardenas 2005).

Otonom disrefleksi olgularının %92'si yaralanmadan sonraki ilk 1 yıl içinde görülmektedir. T6 veya üzerindeki seviyedeki lezyonlarda görülen ciddi bir komplikasyondur. Klinikte hipertansiyon, bradikardi, şiddetli baş ağrısı görülür. En sık nedeni mesane distansiyonu veya enfeksiyonudur (James ve Cardenas 2005; Krassioukov ve ark. 2009a; Kirshblum 2007).

Ortostatik hipotansiyon yüksek düzeyli lezyonların akut döneminde meydana gelir, başlıca belirtileri baş dönmesi, görme bulanıklığı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü ve senkoptur (Krassioukov ve ark. 2009b).

Kontraktürler tedavi ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler. Kırıklara ve bası yaralarına yol açabilir (On 2010).

Omurilik yaralanmalarının çoğunda yaralanmayı takip eden birkaç hafta içinde kardiyak aritmiler görülebilir. Parasempatik hakimiyete bağlı bradikardi gelişir, kardiyak arrestlere neden olabilir. (Grigorean ve ark. 2009; Bauman ve ark. 1995). Barsak sorunları nörolojik düzeyle ilişkilidir. Üst torakal ve servikal lezyonlarda daha sık görülür (Güzel ve Uysal 2004). Barsak motilitesindeki, sfinkter kontrolündeki motor becerideki sorunlara bağlı olarak, barsak fonksiyon bozuklukları ortaya çıkar. Barsak sorunları (konstipasyon, inkontinans vb.) yaşamın her yönünü, yaşam kalitesini ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler (Lynch ve ark. 2001).

Kronik ağrı, omurilik yaralanması sonrası olguların yaklaşık üçte ikisinde gelişir. Yeti yitimine katkıda bulunur. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek depresyona yol açabilmekte (Savaş 2009) ve rehabilitasyon girişimlerine engel olabilmektedir. Omurilik yaralanmasından sonra, yaralanmış kökler ve periferik uzantılardan kaynaklanan radiküler ağrılar, iç organlardan kaynaklanan visseral ağrılar, kas-iskelet sisteminden kaynaklanan nonspesifik ağrılar, somatizasyon ve depresyona bağlı psikojenik ağrılar ve santral nöropatik ağrılar görülebilir (Finnerup ve Jensen 2004).

Omurilik yaralanması sonrası ortaya çıkabilecek sayısız potansiyel komplikasyon vardır. Bu komplikasyonlar akut dönemde ya da daha sonraki herhangi

bir dönemde ortaya çıkabilmektedir ve ömür boyu süren problemler haline gelebilmektedirler (James ve Cardenas 2005).

2.5.2. Sosyal Sorunlar

Omurilik yaralanması sebep olduğu fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar ile kişiyi ve toplumu ilgilendiren önemli bir durumdur. Kişinin yaşamına birçok sınırlılık getirmekle birlikte, topluma da sosyal ve ekonomik yükler getirmektedir. Bireylerin eğitim, iş, rol ve sorumlulukları gibi sosyal alanlarında da bir çok değişime, kayıplara ve sorunlara neden olmaktadır (Beyazova ve Gökçe 2000). Yaralanmanın sonuçlarına uyum sağlama düzeyi; yaralanmanın şiddeti dahil psikososyal ve psikolojik faktörler gibi birçok faktöre bağlı olarak değişir. Bireyin içinde yaşadığı çevre, ekonomik durumu ve sosyal güvencesinin olup olmaması, yaşadığı bölgenin yasaları, ekonomisi, uluslararası yasalar, içinde yaşadığı kültür, ahlaki değerler, inanç, sahip olduğu rol, statü, ilişkiler ve ait olduğu sosyal grup günlük aktiviteleri ve özbakım gücünü etkilemektedir (Roper ve ark 1996). Yapılan bir çalışmada aileden dışlanma, destekleyici ilişkilerin olmaması gibi çevresel engellerin, bu kişilerin topluma tam katılımını zorlaştırdığı belirtilmiştir (Carpenter ve ark. 2007). Sosyal tutumlar, yaralanmış kişi için yaşanan olumsuz durumu daha da şiddetlendirebilir. Yakın çevrede eşler ve anne-babalar kendilerini bakım veren kişi olarak bulurlar. Bu durum kişilerin fiziksel rahatsızlık, stres ve kızgınlık duyguları yaşamalarına neden olabilir. Arkadaşlar, nasıl ilişki kuracaklarını bilemeyebilirler ya da bu değişikliklerle baş edemeyip zamanla kişiden uzaklaşabilirler (Michael 1999; Blackwell ve ark. 2001). Yakın çevresinden görülen sosyal destek yokluğunda, omurilik hasarlı kişilerin topluma katılımları olumsuz etkilenebilmekte ve karşılaşılan diğer engellerle baş etmeleri zorlaşabilmektedir (Lund ve ark. 2005; Carpenter ve ark. 2007). Yapılan bir çalışmada omurilik yaralanmalı kişilerin daha çok sorunla karşılaştıkları çevresel engeller; doğal çevre, ulaşım, evde yardım, sağlık bakımı ve hükümet politikaları olarak belirtilmiştir (Whiteneck ve ark. 2004).

Gelişmiş ülkelerde yaşam kalitesini iyi derecede belirten omurilik hasarlı kişilerin sağlık hizmetine, adaptif araçlara, ekonomik ve sosyal desteğe sahip olabildiği; evlerinin, devlet binalarının ve halka açık alanların bulunduğu yerlerde yaşamlarının ve ulaşımalarının gittikçe daha ulaşılabilir olduğu görülmektedir (Dijkers 2005).

2.5.3. Omurilik Yaralanmasında Sık Görülen Ruhsal Sorunlar

Bedensel hastalıklar bireyin genel işlevselliğini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek çeşitli duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına sebep olabilir (Özkan 1993). Hastalık bireyde narsistik bir zedelenme, kriz ya da kayıp duygusu ortaya çıkararak bireyin benlik saygısını, kimlik bütünlüğünü, çalışabilme durumunu, aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Birey kendisini yetersiz hissetmektedir (Özkan 1993). Toplum örneklerinde major depresyonun nokta prevalansı %4-5’lerde bulunurken genel tıbbi bir durumu bulunanlarda bu oran %12-36’lara çıkmaktadır (Köroğlu 2007). Trafik kazaları, fiziksel hastalıklar, tıbbi ya da cerrahi girişimler geçici ya da kalıcı psikolojik travmalara sebep olmakta ve ciddi stres yaratmaktadır (Bayraktar 2012). Kişi sahip olduğu biyolojik ve psikolojik kaynaklarla stres yaratan durum ya da olayla başa çıkmaya, uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağladığında başlangıçta ortaya çıkan tepkiler kaybolur. Ancak uzun süre devam eder ve uyum sağlanamazsa tükenme başlar (Tuğrul 2000), depresyona sebep olur (Bayraktar 2012). Omurilik yaralanması ile beklenmedik bir şekilde karşılaşan hasta ve yakınlarının günlük yaşam aktivitelerinde, yaşam amaçlarında ani ve önemli değişiklikler olur. Kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olması ile doğal yaşam sürecinin bozulması travmatik yasa neden olur. Birey şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve sonuçta kabullenme yaşar (Bayraktar 2012). Omurilik yaralanması kişinin yaşamında birçok kısıtlılığa, fiziksel ve psikolojik birçok probleme sebep olmaktadır. Bireyler yaşamlarını kalıcı engelliliklerle devam ettirmek zorunda kalabilmektedirler (Sakakibara ve ark. 2009). Fiziksel ve psikolojik travma ve yaralanmanın kalıcı sonuçları ile başa çıkmada yaşanan güçlükler de depresyon gelişimi riskini artırabilmektedir (Kennedy ve Rogers 2000). Travmatik omurilik yaralanmalarında yaralanma kazanın kalıcı etkisidir ve kişiye travmayı sürekli hatırlatır. Ayrıca yaşamı tehdit eden ağır travma atlatılmış, yerini yeti yitimine ve tıbbi sorunlara bırakmıştır. Baş edilmesi gereken sorunlar katlanarak çoğalmıştır. Bu sorunlar travma sonrası stress bozukluğu gelişimine katkıda bulunmaktadır (Atagün ve ark. 2012).

Omurilik yaralanması sonrası birçok komplikasyon gelişme riski vardır ve ciddi yaralanmalarda ciddi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlar bireyin tedavi, rehabilitasyon sürecini uzatır ve zorlaştırır (Reitz ve ark. 2004; Beyazova ve Gökçe 2000). Widerström-Noga ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada omurilik yaralanmalarından sonra bireylerin üzüntü duyguları ile diğer komplikasyonlar (yürüyüş

ve harekette azalma, mesane ve bağırsak kontrolünde azalma, cinsel işlevde azalma ve ağrı) arasında ileri düzeyde ilişki bulmuşlardır.

Fonksiyonel açıdan daha bağımlı kişiler psikolojik problemlere daha yatkındırlar (Demirel ve ark. 1999). Omurilik yaralanması sonrası sıklıkla paralizi gelişmektedir. Paralizi sonucunda immobilizasyon, duyu kusuru, ağrı, inkontinans, cinsel işlev kayıpları gibi komplikasyonlar meydana gelmektedir (Somasundaram ve ark. 1992). Özellikle servikal yaralanmalarda ellerde ve kollarda his ve hareket kaybı meydana gelmektedir. Birey beslenme aktivitesini uzun süre bağımlı olarak gerçekleştirmek zorunda kalır, bireyin aktivitelerinde bağımlı olması öz-güveninde azalmaya sebep olmaktadır (Chen ve Boore 2008; Kaya 2004b). Fiziksel özürllülük durumundan dolayı günlük yaşam gereksinimlerinde çevresindekilere bağımlı hale gelen bireyin yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir (Adams ve ark. 2004). Bu sorunlar kişilerin sosyal ve iş uyumu ile birlikte gelecekte beklenenlerini de azaltmaktadır (Somasundaram ve ark. 1992). Bu gibi sebepler omurilik yaralanması olan kişileri duygudurum ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar açısından önemli bir risk grubu haline getirmektedir (Kennedy ve Rogers 2000; Demirel ve ark. 1999; Karacan 2006).

Omurilik yaralanmalarında solunum kasları paralizisine bağlı solunum yetersizlikleri gelişmekte ve hastaya mekanik solunum desteği verilmesi (Akçıl ve Tunalı 2015) ve servikal yaralanmalarda trakeostomi açılması gerekebilmektedir. Bu durum bireyin sözel iletişimini kısıtlamaktadır. Fonksiyon kaybı, dış görünüşde değişiklikler, tedavinin uzun sürmesi gibi nedenlerden dolayı birey, ailesi ve sağlık çalışanlarına karşı kızgınlık yaşamakta, depresyon, geri çekilme gibi tepkiler verebilmektedir (Mitcho ve Yanko 1999; Kaya 2004a).

Kronik ağrı ise kişinin rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler, iş ve ev yaşamına geri dönmesini engeller (Rintala 1999), yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek depresyona (Savaş 2009; Craig ve ark. 1997; Russo-McCourt 2009) ve anksiyeteye yol açabilir (Craig ve ark. 1997).gg Şüphesiz psikolojik sorunların ağrının tanımlanmasında ve deneyimlenmesinde büyük önemi vardır (Siddall ve Middleton 2006; Rintala ve ark. 1999). Omurilik yaralanmasını takip eden sürekli ağrı; depresif belirtiler ve stresle ilişkilidir (Rintala ve ark. 1999). Ayrıca ağrı, spastisite ve üzüntü arasında da güçlü bir ilişki vardır (Widerström-Noga ve ark. 1999). Ağrının giderilmesine yönelik tedavi

yaklaşımlarında psikolojik, çevresel ve sosyal faktörlerinde hesaba katılması gerekebilir (Siddall ve Middleton 2006).

Bası yarası, omurilik yaralanmaları sonrası gelişen en ciddi sorunlardan biridir (Chen ve ark. 2005). Hastanın ağrı duymasına, sağlığıyla ilgili endişelerinin artmasına, beden imajındaki değişikliğe ve sosyal izolasyona sebep olabilir (Fox 2002). Hastaya ve ailesine büyük acı verir. (Garber ve Rintala 2003; Gelis ve ark. 2009). Hastanede yatış süresini ve hastaneye yeniden yatış oranını artırır (Chen ve ark. 2005). Beden imajı, bireyin bedeni ve bedenine ait tüm duyumların zihindeki tablosudur. Bedenin yapı fonksiyon ve görünüşünde meydana gelen tehditler beden imajının değişmesine sebep olur. Kişi bu değişime uyum sağlayamazsa çeşitli davranışlar sergiler. Kendini izole eder, yardımı reddeder, ihtiyaçlarını söylemede yetersiz kalır, düşmanca tutumlar sergileyebilir, engellenmiş hisseder, utangaç ve depresif olmaya başlar (Erkal ve Pek 1993).

Spastisitenin; tekerlekli sandaliyeye oturma, transfer aktivitelerini zorlaştırma veya olanaksız hale getirme, idrarını kontrol edememesine sebep olma, tekrarlayan kasılmalar nedeniyle özellikle topuk ve ayak bileği çevresindeki derinin incilmesi ile bası yarası, uyurken kasılmalar nedeniyle yataktan düşme riskini artırma gibi olumsuz sonuçları olabilir (Gündüz 2003) ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, anksiyete ve depresyona sebep olabilir.

Yaralanmanın seviyesine bağlı olarak bağırsaklarda istemli kontrolün kısmi ya da tamamen kaybı ve rektumda his kaybı olabilir. Kişi boşaltım ihtiyacını hissetmeyebilir ya da sfinkter kontrolü olmadığı için boşaltım ihtiyacını kontrol edemeyebilir. Bu tür sorunlar bireyin sosyal çevresinden, sevdiklerinden uzak durmasına, onlarla iletişiminin bozulmasına sebep olabilir (Kaya 2004b). Bağırsak sorunları yaşamın her yönünü, yaşam kalitesini ve rehabilitasyon sürecini olumsuz etkiler (Kaya 2004b; Lynch ve ark. 2001).

Omurilik yaralanmalarında hem kadınların hem erkeklerin cinsel yaşamı fiziksel ve psikolojik yönden etkilenir. Gebelik genellikle mümkündür ancak artan risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekebilir (Kaya 2004b). Bireyin benlik saygısı azalır, cinsel kimliği, rolleri, beden imajı tehlikeye girmiş olur (Kaya 2004b; Reitz ve ark. 2004).

Omurilik yaralanması sonrası fizyolojik ve sosyal bir çok kaybı bir arada yaşayan birey olumsuz beden imajı geliştirmekte ve bu durum bireyin tutum ve

davranışlarını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Dunnum 1990). Bu bireylerde depresyon ve anksiyete bozuklukları ya da belirtileri yaygın bir şekilde görülmektedir (Sakakibara ve ark. 2009).

Depresyon, derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü hem de bunalıklı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin 2008). Anksiyete, nedeni bilinmeyen, belirsiz korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalı duyusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit duygu durumudur (Sadock BJ ve Sadock VA 2010). Hasta yaşadığı anksiyeteyi korku, endişe, dehşet, kaygı gibi terimlerle ifade edebileceği gibi, sürekli bir tetikte bekleyiş gerginliği, bilinmeyen ve ayırt edilemeyen bir tehlike ya da kötülük duygusu olarak da ifade edebilir. Ayrıca bazı hastalar baş dönmesi, ağız kuruluğu, tüm vücudunu soğuk bir duygunun kaplaması, irkilme, huzursuzluk, titreme gibi psikofizyolojik belirtilerle anlatabilirler (Sakakibara ve ark. 2009). Omurilik yaralanmalarında depresyon ilk ay içinde daha sık görülür. İntihar olayları normalin 2-6 katı olup, 55 yaş altı en sık ölüm nedenidir (NSCISC 2005).

2.6. Omurilik Yaralanması Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Sağlık, fiziksel ve ruhsal yönleri ile bir bütündür. Bedendeki değişiklikler beyni ve ruhu etkiler (Özkan 2006). Hemşire, bireylerin bireysel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak, biyopsikososyal gereksinimlerini tanımalı, belirlemelidir. Bu gereksinimleri karşılamak için gereken bakımı yerine getirme, bakımın yönetilmesinde gerektiğinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini de kullanarak onları “destekleme ve güçlendirmeyi” amaç edinmelidir. Bu amaca ve hastaya ulaşmada da bireysel ya da grup müdahaleleri araç olarak kullanmalı, gerektiğinde uygun diğer sağlık profesyonellerine hastayı yönlendirmeli ve yardım almalıdır (Hallaç ve Öz 2011; Shives 2008).

Fiziksel hastalığı olanlar da sıklıkla stres, anksiyete, depresyon, uyum bozukluğu, kişilerarası problemler, hastalar ve ailelerinde sosyal destek eksikliği görülür (Andersen 2002). Genel hastanelerde dahili ve cerrahi kliniklerde yatan olguların %20-65 oranında, başta anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklar olmak üzere, çeşitli psikiyatrik bozukluklar görülmektedir (Yılmaz ve ark. 2006).

Gelişen psikiyatrik sorunlar hastanın uyumunu, yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastalığın komplikasyonlarını artırmakta, tedavi ve bakım sürecini, iyilik halini, hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemekte iş yükünü, tedavi süresini ve masraflarını artırmaktadır (Kumbasar ve Yılmaz 2007). Fiziksel hastalığı olan hastalarda psikiyatrik bozukluklar genel toplumdan iki kat daha fazladır fakat genel hastanede çalışan sağlık elemanları tarafından yeterince tanınmamaktadır (Andersen 2002). Bütüncül bakım vermek üzere eğitim alan ve uzun saatler boyunca hasta ile birlikte olan hemşireler hastaların psikososyal bakımı için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (Hicks 1989). Hemşireler hastaların fiziksel sağlık problemlerini yönetmede daha etkindirler fakat psikososyal problemleri yönetmede daha az hazırlıklı olabilmektedir (Gorman ve ark. 2002).

Fiziksel hastalığa bağlı görülen psikososyal sorunları yönetmede Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Hemşireleri rol almaktadır. Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH), gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan ‘emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel, davranışsal’ tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen hemşirelerin eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır. KLPH, hastanede yatış süresinin kısaltılması ve hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasını amaçlar ve bütüncül yaklaşımı savunur. KLP (Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi) hemşiresinin uygulama alanı, stresle başa çıkma, uyum, sağlık ve hastalık arasındaki biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel faktörlerin birbirleriyle ilişkisi üzerine kurulur. Primer korumadan müdahale ve rehabilitasyona kadar uzanır. (Ekinci ve Okanlı 2001). Bütüncül hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın niteliğini, sağlık çalışanlarının iş doyumunu arttıracaktır (Kocaman 2006).

Omurilik yaralanması da bireyi biyofiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak etkileyen bütüncül yaklaşılması gereken bir sağlık sorunudur. Omurilik yaralanmalarında hemşirelik bakımı; akut dönemde sekonder yaralanma ve komplikasyonları önlemek, akut dönem geçtikten sonra bireyin katılımı ile gereksinimlerinin karşılanması, yeni durumunu kabullenmesi ve uyumu, olumlu kendilik kavramının geliştirmesi ile sorumluluğunu üstlenmesine yardımcı olmak,

mmkn olduğunca bağımsızlığını kazanması, problem çözme, bağ etme becerilerini geliştirerek öz-bakım gücünün artması amaçlanarak planlanmalıdır (Kaya 2004a).

Omurilik yaralanmalı bireylerin yağam aktiviteleri ve bunları etkileyen faktörlere ilişkin veriler; görüşme, gözlem, fizik muayene gibi yöntemlerle toplanır. Toplanan veriler gruplandırılır, yorumlanır ve NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association- Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) belirlediği hemşirelik tanıları çerçevesinde hastayla ilgili hemşirelik tanıları belirlenir. Hemşirelik tanılarına yönelik beklenen hasta sonuçları tespit edilir, uygun girişimler planlanır, uygulanır ve değerlendirilir.

Omurilik yaralanması olan hastaların hastaneden taburcu olurken eğitilmesi ve rehabilitasyon sürecine hazırlanması da hemşirenin sorumluluklarındandır. Rehabilitasyonda amaç kişinin en uygun yağam kalitesine ulaşmasını sağlamaktır. Başarılı taburculuk planında taburcu olduktan sonra bakımının sürdürülme, yeni duruma uyum sağlamasını kolaylaştırmaya yönelik bilgi ve becerileri içeren eğitime yer verilir. Eğitimde bireyin zeka, dikkat, algılama ve diğer bilişsel özelliklerinin yanı sıra ilgi, gereksinim, eğitime hazır olma durumu, heyecan, korku ve kaygı gibi psikolojik durum ve davranışları dikkate alınır. Bireyin eğitim ve ekonomik düzeyi, kültürel yapısı, özellikle sağlık konusundaki bilgi, inanç ve alışkanlıkları göz önünde bulundurulur.

Omurilik yaralanmalı hasta ve ailenin eğitiminde yaralanma düzeyi göz önünde bulundurularak; fiziksel hareket, deri bakımı, komplikasyonların önlenmesi, ilaç kullanımı, beslenmedeki değişimler ve bağ etme, boşaltımdaki değişimler ve bağ etme, cinsel değişimler ve bağ etme, iş terapisi, seyahat ve sosyal ilişkiler gibi konular yer almalıdır (Kaya 2004b).

Sonc olarak, omurilik yaralanmaları hasta ve ailesini önemli derecede etkileyen bir durum olup fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların önlenmesinde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmalar ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarına yönelik kanıtların oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Bu çalışma, travmatik (TOY) ve non-travmatik (NTOY) omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti ve anksiyete belirti düzeylerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı-karşılaştırmalı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni travmatik ve nontravmatik omurilik hasarı olması; bağımlı değişkenler; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) düzeyi puanlarıdır. Kontrol değişkeni ise yaş, cinsiyet, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) puanlarıdır.

3.3. Araştırma Soruları

1. Travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti düzeyi nedir?
2. Travmatik omurilik hasarlı bireylerde anksiyete belirti düzeyi nedir?
3. Non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti düzeyi nedir?
4. Non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde anksiyete belirti düzeyi nedir?
5. Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti ve anksiyete belirti düzeyi açısından fark var mıdır?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kasım 2014-Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma verileri Bursa İlinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde Kasım 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında toplandı. Klinik toplam 24 yataklı olup odalar tek kişiliktir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı tarihlerde beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde yatan travmatik ve non-travmatik omurilik hasarı olan bireyler oluşturdu (N=40). ‘Örneklem sayısı G*Power (v3.1.7) programı kullanılarak güç analizi ile hesaplandı.’ ‘Beck Depresyon Ölçeğine ve Beck Anksiyete Ölçeğine göre yapılacak olan ikili karşılaştırmalarda minimum 5 puanlık farkın klinik anlamlılık ifade edeceği öngörülerek etki büyüklüğü $d=1,000$ alınarak $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek

için gruplarda en az 17'ser, toplamda en az 34 kişi olması gerektiği hesaplandı.' Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18-65 yaş arasında olma,
- Mental retardasyonu olmama,
- Daha önce herhangi bir ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi görmüş olmama,
- İşitme, anlama, görme sorunları olmama,
- Araştırmaya katılmayı kabul etme olarak belirlendi.

Araştırma verileri toplam 40 hasta ile oluşturuldu.

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

3.6.1. Hasta Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Kaya 2004b; Çelik 2005; Akkurt 2012; Akgün 2015) ve uzman görüşü alınarak geliştirilen anket formu kullanıldı. Bu form, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, ekonomik durum gibi bireysel özellikler ve hastanın tanısı, kliniğe yatış sayısı, kronik hastalık varlığı, travma öyküsü olup olmadığı gibi bilgileri içeren 19 sorudan oluşan bir anket formudur (Ek-1).

3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Ölçek Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup bireyin depresyon yönünden riskini, depresif belirtilerin düzeylerini ve şiddet değişimini ölçer. 21 maddelik 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte bireylerin bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını değerlendirerek cevaplandırmaları istenmektedir. Ölçek maddeleri 0-3 puan arasında puan almakta ve toplam puan madde puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ölçekten alınan 0-9 puan; minimal, 10-16 puan; hafif düzey, 17-29 puan; orta düzey ve 30-63 puan; şiddetli düzey depresif belirtiler olarak sınıflandırmıştır (Beck ve ark. 1961). Ülkemizde ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Teğin (1980) tarafından yapılmış olup, güvenilirlik katsayısı 0,65 olarak bulunmuştur. Daha sonra Hisli (1989) tarafından yapılan çalışmada güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir. Mevcut çalışmada Cronbach alpha değeri 0,87 olarak belirlendi (Ek-2).

3.6.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve ark. (1988) tarafından bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin düzeyini sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Puan aralığı 0- 63 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-7 puan anksiyete belirtileri yok, 8-15 hafif düzeyde anksiyete, 16-25 orta düzeyde, 26-63 şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri şeklindedir (Beck ve ark.1988). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır ölçeğin cronbach alpha değeri 0,93 bulunmuştur. Mevcut çalışmada güvenilirlik değeri 0,80 olarak belirlendi (Ek-3).

3.6.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Bu ölçek, Folkman ve Lazarus (1988) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçek 66 madde olup 8 alt boyutu bulunmaktadır (Folkman ve Lazarus 1988). Bireylerin stresle başa çıkmada kullandıkları bilişsel ve davranışsal stratejileri ortaya çıkarmak için hazırlanmış bir ölçüm aracıdır. Ölçek Şahin ve Durak (1995) tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Türkçe ölçek 30 maddeden oluşmakta olup 0-3 arası puanlanmaktadır. Her alt grubun toplam puanı o grubun soru sayısına bölünerek grubun ortalama puanı belirlenir. Türkçe ölçeğin, “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım” ve “sosyal destek arama” olmak üzere 5 alt boyutu vardır (Ek-4) (Şahin ve Durak 1995). Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0,81olarak belirlendi.

3.6.4.1. Kendine Güvenli Yaklaşım

Yedi maddeden (8,10,14,16,20,23,26) oluşur. Problemin ne derece önemli olduğunu, çözüm alternatiflerini değerlendirme; çözüme giderken planlı, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı olmayı yansıtır. İç tutarlılığı 0.80'dir.

3.6.4.2. İyimser Yaklaşım

Beş maddeden (2,4,6,12,18) oluşur. Olaylara karşı daha hoşgörülü ve iyimser bakmayı, sorunlar karşısında daha sakin ve gerçekçi davranmayı yansıtır. İç tutarlılığı 0.68'dir.

3.6.4.3. Kendine Güvensiz Yaklaşım

Sekiz maddeden (3,7,11,19,22,25,27,28) oluşur. Olaylar karşısında enerjisini sorunu çözmeye değil, duygulara ya da başka kaynaklara dayandırmayı ifade eder. İç tutarlılığı 0.73'tür.

3.6.4.4. Boyun Eğici Yaklaşım

Altı maddeden (5,13,15,17,21,24) oluşur. Çaresiz hissetmeyi, kaderci bir tutumu ve çözümü doğaüstü güçlerde aramayı vurgular. İç tutarlılığı 0.70'dir.

3.6.4.5. Sosyal Destek Arama

Dört maddeden (1,9,29,30) oluşur. Problemleri paylaşmak, çözüm için yardım istemek gibi sosyal destek aramanın probleme ve duygulara yönelik iki alt boyutunu içerir. İç tutarlılığı 0.47'dir (Şahin ve Durak 1995) (Ek-4).

3.6.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla Beck ve ark. (1974) tarafından geliştirilmiştir. 11doğru, 9 yanlış anahtar yanıtı olan 20 doğru-yanlış önermeden oluşmuştur. Ölçek kendi kendine yanıtlanmaktadır. Anahtara uyumlu her yanıt için 1 puan, uyumsuz her yanıt içinse 0 puan verilmektedir. Elde edilen aritmetik toplam 'Umutsuzluk puanı' olarak kabul edilmiştir. Puanların olası değişkenliği 0 ile 20 arasındadır. 1., 6., 13., 15., 19., önermeler gelecek ile ilgili duyguları, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20., önermeler motivasyon kaybını, 4., 7., 8., 14., 18., önermeler gelecekle ilgili beklentileri ifade etmektedir. Önermeler duygusal, bilişsel ve motivasyonel etmenlerden oluşmaktadır (Beck ve ark. 1974). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve ark. (1993) tarafından yapılmış olup, güvenilirliği 0,86 bulunmuş, daha sonra Durak (1994) ölçek üzerinde çalışmış; ölçeğin geçerliliğine, güvenilirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir (Savaşır ve Şahin 1997). Mevcut çalışmada güvenilirlik değeri 0,78 olarak belirlendi (Ek-5).

3.7. Araştırma Süreci

Araştırmacı, araştırmanın yapıldığı zaman aralığı boyunca kliniğe giderek araştırma kriterlerini karşılayan hastaları araştırmaya dahil etti. Araştırma, hastaların görüşmeye uygun oldukları zamanlarda ve hasta odalarında yürütüldü. Ölçeklerin

doldurulması yaklaşık 30- 45 dakika sürdü. Görüşmeler hastaların hastaneye yattığı ilk bir hafta içinde yapıldı.

3.8. Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın etik onayı Uludağ Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi (Ek-6). Veri toplanmaya başlamadan önce bireylere Helsinki Deklarasyonuna göre bilgilendirme yapıldı, yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek-7). Araştırmaya katılan bireylere bilgilerin araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı hakkında güvence verilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

3.9. Verilerin Analizi

‘İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student’s t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test; Fisher Freeman Halton test, Fisher’s exact test ve Yates’ continuity correction test (Yates düzeltilmeli Ki-kare) kullanıldı.’ ‘Ölçekler ve değişkenler arasında ilişkiyi belirlemede Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.’ ‘Korelasyon analizi; 0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,89 yüksek, 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirildi. Anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.’

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Örneklemin küçük olması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti ve anksiyete belirti düzeylerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı-karşılaştırmalı ve kesitsel araştırma tipinde gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunuldu.

Birinci bölümde; araştırmaya katılan bireylerin bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulgular; ikinci bölümde; araştırmaya katılan bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırmalar ile ilgili bulgular verildi.

4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin %50'si travmatik %50'si non-travmatik omurilik yaralanması tanısı almıştı.

Bireylerin bireysel özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4-1'de verildi.

Tablo-4.1: Bireysel özelliklerin dağılımı (N=40)

		Travmatik (n=20)	Non-Travmatik (n=20)	Toplam	p
Yaş	Min-Max	20-69	18-67	18-68	^a 0,834
	Ort±SD	42,70±13,46	43,70±16,45	43,20±14,84	
Cinsiyet		n (%)	n (%)	n (%)	^b 0,740
	Kadın	6 (30,0)	8 (40,0)	14 (35,0)	
	Erkek	14 (70,0)	12 (60,0)	26 (65,0)	
Medeni Durum	Evli	17 (85,0)	14 (70,0)	31 (77,5)	^c 0,693
	Bekar	2 (10,0)	5 (25,0)	7 (17,5)	
	Dul/Boşanmış	1 (5,0)	1 (5,0)	2 (5,0)	
Yaşadığı Yer	Köy	1 (5,0)	2 (10,0)	3 (7,5)	^c 1,000
	İlçe	8 (40,0)	8 (40,0)	16 (40,0)	
	Şehir	11 (55,0)	10 (50,0)	21 (52,5)	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	^c 0,134
	Okuryazar	1 (5,0)	3 (15,0)	4 (10,0)	
	İlköğretim	12 (60,0)	6 (30,0)	18 (45,0)	
	Lise	5 (25,0)	6 (30,0)	11 (27,5)	
	Yüksek Öğretim	1 (5,0)	5 (25,0)	6 (15,0)	
İş Mesleki Durum	Ev Hanımı	4 (20,0)	3 (15,0)	7 (17,5)	^c 0,784
	Emekli	4 (20,0)	4 (20,0)	8 (20,0)	
	İşçi	9 (45,0)	6 (30,0)	15 (37,5)	
	Serbest Meslek	2 (10,0)	3 (15,0)	5 (12,5)	
	Memur	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,5)	
	Öğrenci	1 (5,0)	3 (15,0)	4 (10,0)	
	Gelir Durumu				
	Gelir Gidere Denk	3 (15,0)	7 (35,0)	10 (25,0)	^b 0,273
	Gelir Giderden Az	17 (85,0)	13 (65,0)	30 (75,0)	
Sağlık Güvencesi Sağlık Giderlerinin	Tümünü Karşılıyor	18 (90,0)	16 (80,0)	34 (85,0)	^c 0,795
	Kısmen Karşılıyor	1 (5,0)	3 (15,0)	4 (10,0)	
	Sağlık Güvencesi Yok	1 (5,0)	1 (5,0)	2 (5,0)	
Evde Kiminle Yaşıyor	Aile	20 (100,0)	18 (90,0)	38 (95,0)	^d 0,487
	Yalnız	0 (0,0)	2 (10,0)	2 (5,0)	

^aStudent-t Test^bYates Continuity Correction Test^cFisher Freeman Halton Test^dFisher's Exact Test

Çalışmaya katılan TOY olan bireylerin yaşları 20 ile 69 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş 42,70±13,46 yıldır. TOY olan bireylerin %30'u (n=6) kadın, %70'i (n=14) erkek olup %85'i (n=17) evli; %55'i (n=11) şehirde yaşamakta; %60'ı (n=12) ilköğretim mezunu; %45'i (n=9) işçi; %85'inin (n=17) geliri giderinden az; %90'ının (n=18) "sağlık güvencesinin sağlık giderlerinin "tümünü karşıladığı"; %100'ünün (n=20) evde ailesi ile birlikte yaşadığı belirlendi. NTOY olan travmatik bireylerin

yaşları 18 ile 67 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $43,70 \pm 16,45$ yılı. NTOY olan bireylerin %40'ı (n=8) kadın, %60'ı (n=12) erkek olup %70'i (n=14) evli; %50'si (n=10) şehirde yaşamakta; %30'u (n=6) ilköğretim, %30'u (n=6) lise mezunu; %30'u (n=6) işçi; %65'inin (n=13) geliri giderinden az; %80'inin (n=16) sağlık güvencesinin sağlık giderlerinin tümünü karşıladığı; %90'ının (n=18) ailesi ile yaşadığı belirlendi. TOY olan ve NTOY olan bireylerin bireysel özellikleri açısından aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-1).

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4-2'de verildi.



Tablo 4-2: Hastalık özelliklerinin dağılımı (N=40)

		Travmatik (n=20)	Non- Travmatik (n=20)	Toplam	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Nörolojik Durum	Parapleji	2 (10,0)	2 (10,0)	4 (10,0)	0,392
	Paraparezi	0 (0,0)	4 (20,0)	4 (10,0)	
	Monopleji	1 (5,0)	1 (5,0)	2 (5,0)	
	Monoparezi	1 (5,0)	2 (10,0)	3 (7,5)	
	Hemipleji	2 (10,0)	1 (5,0)	3 (7,5)	
	Kuvvet Kaybı Yok	14 (70,0)	10 (50,0)	24 (60,0)	
Yatış Nedeni Travmatik ise Nedeni;	Trafik Kazası	10 (50,0)	-	10 (50,0)	
	Yüksekten Düşme	7 (35,0)	-	7 (35,0)	
	Spor Yaralanması	1 (5,0)	-	1 (5,0)	
	İntihar Girişimi	1 (5,0)	-	1 (5,0)	
	Diğer	1 (5,0)	-	1 (5,0)	
Yatış Nedeni Non-Travmatik ise Nedeni	Neoplastik Nedenler	-	18 (90,0)	18 (90,0)	
	Dejeneratif Nedenler	-	1 (5,0)	1 (5,0)	
	Enfeksiyöz Nedenler	-	1 (5,0)	1 (5,0)	
Tanı Koyulması ile Yatış Arasında Geçen Süre	1-4 Hafta	-	11 (55,0)	11 (55,0)	
	4-8 Hafta	-	5 (25,0)	5 (25,0)	
	8-12 Hafta	-	2 (10,0)	2 (10,0)	
	≥16 Hafta	-	2 (10,0)	2 (10,0)	
Non-Travmatik Ameliyat Öyküsü	Hayır	-	18 (90,0)	18 (90,0)	
	Evet	-	2 (10,0)	2 (10,0)	

Çalışmaya katılan travmatik bireylerin %10'ununda (n=2) parapleji, %5'inde (n=1) monopleji, %5'inde (n=1) monoparezi ve %10'ununda (n=2) hemipleji olduğu, %70'inde (n=14) kuvvet kaybı olmadığı gözlemlendi. Non-travmatik bireylerin %10'ununda (n=2) parapleji, %20'sinde (n=4) paraparezi, %5'inde (n=1) monopleji, %10'unda (n=2) monoparezi ve %5'inde (n=1) hemipleji olduğu, %50'sinde (n=10) kuvvet kaybı olmadığı gözlemlendi. Spinal hasarın oluş nedenine göre bireylerin nörolojik durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Travmatik bireylerin %50'sinin (n=10) yatış nedeni trafik kazası, %35'inin (n=7) yüksekten düşme, %5'inin (n=1) spor yaralanması, %5'inin (n=1) intihar girişimi ve %5'inin (n=1) diğer sebepler olduğu saptandı. Non-travmatik bireylerin %90'ının (n=18) yatış nedeni neoplastik nedenler, %5'inin (n=1) dejeneratif nedenler ve %5'inin (n=1) enfeksiyöz nedenler olduğu saptandı.

Non-travmatik bireylerin %55'inin (n=11) tanı koyulması ile yatış arasındaki geçen süresi 1-4 hafta arasında, %25'inin (n=5) 4-8 hafta, %10'unun (n=2) 8-12 hafta ve %10'unun (n=2) 16 hafta ve üzeri olduğu belirlendi.

Non-travmatik olguların %10'unun (n=2) daha önce aynı nedenle ameliyat olduğu, %90'ının (n=18) ameliyat öyküsü bulunmadığı saptandı.

4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ Puanları ve Karşılaştırmalar İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırılması ile ilgili bulgular Tablo 4-3'de verildi.

Tablo 4-3: Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarı olan bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırılması (N=40)

		Travmatik (N=20)	Non-Travmatik (N=20)	Toplam (N=40)	p
BDÖ	Ort±SD	13,40±8,49	13,95±10,44	13,68±9,39	^a0,968
	Min-Max	2-29	3-45	2-45	
BAÖ	Ort±SD	17,20±10,43	14,55±8,16	15,88±9,34	^a0,473
	Min-Max	4-42	4-33	4-42	
BUÖ	Ort±SD	4,55±2,89	6,35±4,45	5,45±3,82	^a0,139
	Min-Max	0-12	1-14	0-14	
SBÇTÖ	Ort±SD	62,40±10,56	55,45±13,08	58,93±12,25	^a0,072
	Min-Max	36-82	28-81	28-82	
Kendine Güvenli Yaklaşım	Ort±SD	18,50±3,02	16,40±5,24	17,45±4,35	^a0,170
	Min-Max	10-21	0-21	0-21	
İyimser Yaklaşım	Ort±SD	12,15±2,60	10,40±3,55	11,28±3,19	^a0,098
	Min-Max	6-15	0-15	0-15	
Çaresiz Yaklaşım	Ort±SD	13,65±5,76	13,40±5,73	13,53±5,67	^a0,891
	Min-Max	4-24	3-24	3-24	
Boyun Eğici Yaklaşım	Ort±SD	9,70±2,77	8,35±3,70	9,03±3,30	^a0,200
	Min-Max	5-15	1-15	1-15	
Sosyal Destek Arama	Ort±SD	8,40±2,30	6,90±2,17	7,65±2,34	^a0,047*
	Min-Max	4-12	3-12	3-12	

^aStudent-t Test

^aMann Whitney U Test

*p<0,05

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeğinin puanları 2 ile 45 puan arasında değişmekte olup ortalama depresyon puan ortalaması $13,68 \pm 9,39$; Beck Anksiyete Ölçeğinin puanları 4 ile 42 puan arasında değişmekte olup ortalama anksiyete puan ortalaması $15,88 \pm 9,34$; Beck Umutsuzluk Ölçeğinin puanları 0 ile 14 puan arasında değişmekte olup ortalama umutsuzluk puan ortalaması $5,45 \pm 3,82$; Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği toplam puanı 28 ile 82 arasında değişmekte olup, $58,93 \pm 12,25$ olarak saptandı. SBÇTÖ ölçeğinin “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyut puan ortalaması $17,45 \pm 4,35$; “İyimser Yaklaşım” alt boyut puan ortalaması $11,28 \pm 3,19$; “Çaresiz Yaklaşım” alt boyut puan ortalaması $13,53 \pm 5,67$; “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyut puan ortalaması $9,03 \pm 3,30$ ve “Sosyal Destek Arama” alt boyut puan ortalaması $7,65 \pm 2,34$ ’di. TOY olan ve NTOY olan bireylerin BDÖ, BAÖ ve BUÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). TOY olan ve NTOY olan bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği karşılaştırıldığında, “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım” “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), “Sosyal Destek Arama” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p = 0,047$; $p < 0,05$). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen ($p = 0,072$; $p > 0,05$); TOY bireylerin aldıkları toplam puanlar, NTOY’lı bireylere göre daha yüksek belirlendi ($p > 0,05$) (Tablo 4-3).

Araştırmaya katılan TOY’lı ve NTOY’lı bireylerin BDÖ ve BAÖ düzeylerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular Tablo 4-4’de verildi.

Tablo 4-4: Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarı olan bireylerin BDÖ ve BAÖ düzeylerinin karşılaştırılması (N=40)

		Travmatik (N=20)	Non- Travmatik (N=20)	Toplam	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
BDÖ	Minimal	7 (35,0)	8 (40,0)	15 (37,5)	^c0,919
	Hafif	7 (35,0)	5 (25,0)	12 (30,0)	
	Orta	6 (30,0)	6 (30,0)	12 (30,0)	
	Şiddetli	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,5)	
	Belirti Yok	3 (15,0)	4 (20,0)	7 (17,5)	
BAÖ	Hafif	6 (30,0)	9 (45,0)	15 (37,5)	^c0,572
	Orta	8 (40,0)	4 (20,0)	12 (30,0)	
	Şiddetli	3 (15,0)	3 (15,0)	6 (15,0)	

^cFisher Freeman Halton Test

Araştırmaya katılan bireylerin %37,5'inde (n=15) minimal, %30'unda (n=12) hafif, %30'unda (n=12) orta ve %2,5'inde (n=1) şiddetli düzeyde depresif belirti; %17,5'inde (n=7) anksiyete belirtisi gözlenmezken, %37,5'inde (n=15) hafif düzeyde, %30'unda (n=12) orta düzeyde ve %15'inde (n=6) şiddetli düzeyde anksiyete belirtisi belirlendi. Travmatik ve non-travmatik bireylerin BDÖ ve BAÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-4).

Araştırmaya katılan travmatik, non-travmatik ve tüm bireylerin BDÖ, BAÖ, BUÖ, SBÇTÖ yaş arasındaki ilişki Tablo 4-5 'de verildi.

Tablo 4-5: BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ arasındaki ilişki (N=40)

Ölçekler	Beck depresyon			Anksiyete			Umutsuzluk			Yaş		
	Travmatik	Non-travmatik	Toplam	Travmatik	Non-travmatik	Toplam	Travmatik	Non-travmatik	Toplam	Travmatik	Non-travmatik	Toplam
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
Beck Depresyon Ölçeği										0,07	0,10	0,05
Beck Anksiyete Ölçeği	0,40	0,51*	0,47*							0,02*	0,03*	0,01*
Beck Umutsuzluk Ölçeği	0,20	0,27	0,22	0,15	0,32	0,11				0,13	-0,11	-0,02
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	0,26	0,18	0,04*	0,13	0,23	0,22	0,13	-0,24	-0,17	-0,13	0,52*	0,24

r=Spearman Korelasyon testi *p<0,05 **p<0,01 ^gr=Spearman'ın Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya katılan tüm bireylerin BD’den aldıkları puanlar ile BA’den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki ($r=0,470$; $p=0,002$; $p<0,01$), non-travmatik bireylerin BD’den aldıkları puanlar ile BA’den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki ($r=0,512$; $p=0,021$; $p<0,05$), non-travmatik olan olguların yaşları ile SBÇTÖ aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki ($r=0,526$; $p=0,017$; $p<0,05$) bulundu. Diğerleri arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4-5).



5. TARTIŞMA

Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresif belirti ve anksiyete belirti düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı.

Birinci bölümde; Araştırmaya katılan hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulgular,

İkinci bölümde; Araştırmaya katılan hastaların BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırmalar ile ilgili bulgular tartışıldı.

5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan travmatik bireylerin yaşları 20 ile 69 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş $42,70 \pm 13,46$; non-travmatik bireylerin ise yaşları 18 ile 67 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $43,70 \pm 16,45$ yıldı. Travmatik veya non-travmatik bireylerin bireysel özellikler açısından aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4-1). Travmatik ve non-travmatik bireylerin nörolojik durumları açısından da aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4-2).

Omurilik yaralanmalarının epidemiyoloji ve etiyolojisiyle ilgili veriler farklılık göstermektedir. Ülkeler arasında farklılıklar olduğu gibi ülkelerin kendi içlerinde de farklılıklar görülmektedir. Toplumun ekonomisi, bölgenin sosyodemografik özellikleri, sosyokültürel yapısı spinal kord yaralanmalarının epidemiyolojisini değiştirmektedir (Aslantaş ve Özkara 2010; Singh ve ark. 2014; Karamehmetoğlu ve ark. 1997). Ülkemizde İstanbul'un insidansı Güneydoğu bölgesinden yüksek bulunmuştur (Karamehmetoğlu ve ark. 1997).

Omurilik lezyonlarının en sık rastlanılan nedeni 40 yaşın altında travmatik, bu yaşın üzerinde ise tümörlerdir (Bayraktar 2012). Ulusal ve uluslararası çalışmalar, 15-35 yaş grubu erkeklerin kadınlardan daha fazla omurilik travmasına maruz kaldığını göstermektedir (O'Connor ve ark. 2006; Yip ve Malaspina 2012; Singh ve ark. 2014; Dinçer ve ark. 1992; Akbay ve Palaoğlu 2009; Coşar ve ark. 2010; Tuğcu ve ark. 2011; Akkurt 2012; Koçyiğit ve ark. 2015). Mevcut çalışma sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu yaş dönemi tırmanma, kavga, araba veya motor sürme

gibi yüksek riskli aktivitelerle karakterize bir dönemdir, omurilik hasarlarının görülme oranının bu yaş aralığında yüksek olması bu sebeplere bağlanmıştır (Karamehmetoğlu ve ark. 1997). Genç erkek populasyonun etkilenmesi iş gücü kaybına da neden olmaktadır. Bizim çalışmamızda da yaralanmaların yarısından fazlasını genç erkek bireyler oluşturmakla birlikte, yarısının yaralanma nedeni trafik kazalarıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaralanma nedenlerinin trafik kazaları %35,8, düşmeler %32,7, %16,5 ateşli silah yaralanması, %15 diğer sebeblere bağlı olduğu görülmüştür (Altıoklar ve ark. 1990 Kaynak: Çelik 2005 p.50). Ülkemizin sosyo-ekonomik düzeyi gelişmiş batı kesimlerinde travmatik omurilik hasarlarının etiyolojisinde trafik kazaları birinci sıradayken, doğu ve güneydoğu bölgelerinde neden yüksekten düşmelerdir (Karamehmetoğlu ve ark. 1997). Koçyiğit ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ateşli silahla yaralanmaya bağlı omurilik hasarları benzer çalışmalardan belirgin oranda daha yüksek bulunmuştur, yine bu çalışmada omurilik yaralanmalarıyla yüksek ilişkili bulunan sığ suya dalma ve spor yaralanmalarının çok az görülmesi bölgenin sosyodemografik özellikleriyle ilişkili bulunmuştur. ABD’de etiyolojide trafik kazaları %36,6 ile en sık rastlanılan sebep olup, şiddet olayları % 27,9, düşmeler %21,4 spor yaralanmaları %6,5 oranı ile bunu izlenmektedir (Altıoklar ve ark. 1990 Kaynak: Çelik 2005 p.50). Travmatik yaralanma sebebi olarak Rusya’da yüksekten düşme en yüksek bulunurken, spor yaralanmaları motorlu taşıt kazalarından yüksek çıkmıştır (Silberstein ve Rabinovich 1995). Ürdün’de şiddet olaylarına bağlı yaralanmaların, spor yaralanmalarından fazla olduğu görülmüştür (Otom ve ark. 1997). 1973-1979 yılları arasında yapılan çalışmalarda travmatik omurilik hasarının ortalama görülme yaşı 28,7 iken bu durum, yıllarla birlikte artış göstermiş ve 2000-2003 yılları arasında yapılan çalışmalarda görülme yaşı 37,6 olmuştur. Şiddetin neden olduğu yaralanmalardaki ortalama yaş zamanla sabit kalmışken, diğer etiyolojik gruplarda ortalama yaş artmıştır. Yine 65 yaş üstü etkilenenlerin ortalama yaşı da artış göstermiştir (Ho ve ark. 2007). Bu durum rehabilitasyonda yaşla ilgili geriatrik ihtiyaçlar üzerinde durulmasının önemini göstermektedir. Ayrıca yaşlılarda düşmeyi önleme konusunda eğitim ve düzenlemelerin gerekliliğinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda da yaralanmaların yarısı önlenebilir nedenlerden dolayı meydana gelmiştir. Yapılan çalışmalar yaralanmaların prevelans ve insidansını azaltmada yol gösterici olabilir.

Travmatik omurilik yaralanmalarına karşı non-travmatik omurilik yaralanmaları daha çok ileri yaş ve kadınlarda görülmektedir (Kaptanoğlu 2010). Mevcut çalışmada non-travmatik hastaların yaş ortalaması literatürle benzerlik göstermekte ancak benzer araştırmalardan farklı olarak non-travmatik hastaların yarısından fazlası erkektir. Bu sonuca ulaşılmasında çalışmanın tek bir merkezde yapılmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Non-travmatik omurilik hasarı etiyolojisinde çok çeşitli nedenler bulunmaktadır (Kaptanoğlu 2010), genellikle vasküler, neoplastik nedenler veya enfeksiyona bağlı olabilir (Erdil ve Elbaş 2001; Coşar ve ark. 2010). Mevcut çalışmada non-travmatik omurilik hasarlarının oluş nedeni literatürle benzerlik göstermektedir. Koçyiğit ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada non-travmatik yaralanma sebebi olarak başarısız sinir cerrahisi en yüksek oranda bulunmuştur. Güney Afrika'da yapılan çalışmalarda non-travmatik omurilik yaralanmasının birinci sebebi, dünya genelinden farklı olarak tüberküloza bağlı gelişen omurilik enfeksiyonlarıdır. Bunu tümörler ve HIV'e bağlı omurilik enfeksiyonları takip etmektedir (Draulans ve ark. 2011). Yapılan çalışmalar doğrultusunda non-travmatik yaralanmalarının bir kısmının da önlenabilir nedenlerden dolayı oluştuğu sonucuna varabiliriz.

5.2. Araştırmaya katılan hastaların BDÖ, BAÖ, BUÖ ve SBÇTÖ puanları ve karşılaştırmalar ile ilgili bulguların tartışılması

Omurilik hasarları bireylerin hayatlarında sosyal, psikolojik ve bedensel açıdan sorunlara sebep olur. Çoğu insan için omurilik hasarları olumsuz duygusal reaksiyonlarla ilişkilendirilmektedir. Bunlar üzüntü, ağlama, umutsuzluk, suçluluk, korku, panik, çaresizlik, yetersizlik, öfke, yorgunluk, yalnızlık, vazgeçme gibi çeşitli duygusal reaksiyonlardır. Bombardier ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada, omurilik yaralanması olan bireylerin en sık uyku bozukluğu, yorgunluk hissi veya enerji azlığı, anhedoni, depresif ruh hali gibi belirtileri bildirdiklerini, %15,4'ü son iki hafta içerisinde ölmenin veya bir şekilde kendini yaralamanın daha iyi olacağını düşündüğünü bildirmişlerdir. Dezarnaulds ve Ilchef (2014) omurilik yaralanmalı bireylerle yaptıkları çalışmada yaralanan nüfusun %40'ında klinik müdahale gerektiren bir psikolojik tanı görüldüğünü belirtmişlerdir. Depresyon, panik bozukluğu, depresif veya anksiyeteli uyum güçlükleri, akut stress reaksiyonları ve diğer anksiyete bozuklukları, büyük bir strese maruz kalanlarda posttravmatik stress bozukluğu gibi fiziksel hastalığa ikincil

gelişen psikiyatrik bozukluklar görülebilir (Dezarnaulds ve Ilchef 2014, Aydın ve Kulaksızoğlu 1999). Schöenberg ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada hastaların yarıya yakın bir kısmının taburcu olduktan hemen sonra ruhsal durumları değerlendirildiğinde klinik olarak anlamlı depresif belirtiler göstermişler, hastaların %8,80'i TSSB (travma sonrası stress bozukluğu) ile tanılanmış %12,70'inde 4 yıl sonra depresyonun devam ettiği görülmüştür.

Anksiyete ve depresyonun tıbbi hastalıklarda ki oran ve yaygınlığı genel nüfustan yüksektir (Özkan 1993; Salter ve ark. 2013). Omurilik yaralanmalı bireylerle sağlıklı bireylerin karşılaştırılmış olduğu bir çalışmada omurilik yaralanmalı bireylerde depresyon skoru sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Salter ve ark. 2013). Hancock ve arkadaşlarının (1993) omurilik yaralanmalı ve sağlıklı hastaları anksiyete ve depresyon puanları açısından karşılaştırdıkları çalışmada yaralanmalı grubun %25'nin anksiyeteli %25'inin depresif olduğu, sağlıklı grupta ise bu oranın sırasıyla %5 ve %3 olduğu belirlenmiştir. En iyi tahminler omurilik yaralanması sonrası %13 ile %40 arasında kaygı bozukluğu gelişeceğini önermektedir (Craig ve ark. 1994; Kennedy ve Evans 2001; Chung ve ark. 2006). Omurilik yaralanmalarında depresyon prevalansı birçok çalışmaya konu olmuştur, geniş bir olasılık yelpazesi vardır ve %8,8'den %60'a kadar değişmektedir (Migliorini ve Tonge 2009; Craig ve ark. 1994; Kennedy ve Rogers 2000; Krause ve ark. 2000; Kennedy ve ark. 2011; Bombardier ve ark. 2004).

Mevcut çalışmada da omurilik hasarlı bireylerin çoğunluğunda hafif ve orta derece depresif belirti ve anksiyete belirtisi olduğu saptandı (Tablo 4-3). Ülkemizde Demirel ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir araştırmada omurilik yaralanmalı bireylerin yarısından fazlasında anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Kessler ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada omurilik yaralanmalı bireylerde ortalama minimal düzeyde depresyon görüldüğünü belirtmişlerdir. Kishi ve arkadaşlarının (1994) rehabilitasyon merkezine kabul edilen 60 omurilik yaralanmalı bireyi 6 ay boyunca duygudurum bozuklukları açısından incelediği prospektif çalışmada, ilk değerlendirme sırasında hastaların %22'sinde şiddetli depresyon, %8'inde hafif depresyon saptanmıştır. Hastaneye yatış sırasındaki duygudurum bozukluklarının gelişimi, kişinin önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmanın şiddeti de dahil olmak üzere çeşitli faktörlerle ilişkili görülmüştür. Yaralanmadan sonraki ilk 3

ay boyunca depresyonun yaklaşık yarısı düzelmiştir, düzelmeyen kısmı yeterli sosyal desteğin olmamasıyla ilişkilendirilmiştir (Kishi ve ark. 1994). Omurilik yaralanmalarındaki depresif davranışlar psikosozal ve tıbbi komplikasyonlarla da (bası yaraları, idrar yolu enfeksiyonu vb.) ilişkilidir. İkincil komplikasyonlar, günlük yaşam aktivitelerinin azalması, düşük sosyoekonomik statü, sosyal desteğin zayıf olması gibi faktörler depresyonun gelişim riskini artırmakta ve tedaviye yanıtın zayıf olmasına sebep olabilmektedir (Hoffman ve ark. 2011). Çünkü komplikasyonların kişiye ve topluma yüksek maliyeti olmaktadır (Elliott ve Frank 1996; Herrick ve ark. 1994; Fuhrer ve ark. 1993).

Omurilik yaralanmasından sonraki 1-5 yıl arasında bireylerdeki depresyonun değerlendirildiği bir başka çalışmada 1. yılındaki katılımcıların %21'inde 5. yılındaki katılımcıların %18'inde major depresyon bulunmuştur. Bu çalışma katılımcıların %8.7'sinin yaralanmadan 1 ila 5 yıl sonrasında kronik veya tekrarlayan depresyona sahip olabileceğini göstermiştir (Hoffman ve ark. 2011). Somasundaram ve arkadaşları (1992) omurilik yaralanmalı hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %70'inde minimal ya da hafif depresyon, %11'inde ciddi depresyon ve % 26'sında ciddi anksiyete görüldüğünü belirtmişlerdir. Shahid ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada travmatik ve non-travmatik omurilik yaralanmalı 50 hastanın 40'ında anksiyete, 28'inde depresyon belirtileri saptanmıştır. Omurilik yaralanmalı bireylerle yapılan birçok çalışmada yaralanmadan sonra bireylerde çeşitli düzeylerde depresyon görüldüğü belirtilmiştir (Fullerton ve ark. 1981; Fuhrer ve ark. 1993; Yıldız ve ark. 2009; Fann ve ark. 2011; Toygar ve ark. 2012).

Hem travmatik hem de travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde kriz ve buna bağlı depresyon ve anksiyete kaçınılmaz bir durumdur. Ancak travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlarında oluş mekanizmaları farklılık göstermektedir. Travmatik olanlar ani ve beklenmedik bir şekilde gelişirken travmatik olmayanlarda tanının belirlenmesi ve tedavi için belli bir süreç bulunmaktadır. Bu nedenle depresyon ve anksiyete belirtileri açısından farklılık olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda travmatik ve non-travmatik bireylerin BDÖ, BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-4). Yıldız ve arkadaşlarının (2009) NTOY'lu hastalar ile TOY'lu hastaların demografik, klinik ve

fonksiyonel özelliklerini karşılaştırdığı çalışmada da iki grup arasında depresyon gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Omurilik hasarlarından sonra bireylerin yeni duruma verecekleri yanıt bireyseldir ve yeni durumla karşılaştıklarında uyum sürecinde baş etme yolları geliştirirler. Baş etme, bireyin stres yaratan olaylar ya da etkenlerin olumsuz sonuçlarıyla mücadele etmek için kullandığı kişiye özgü çabadır (Oktan 2012). Hastalık öncesi kişilik, yaralanmayı algılama, ikincil komplikasyonlar ve ilaçlar gibi dış faktörlerin bu süreçte etkili olduğu görülmektedir (Dezarnaulds ve Ilchef 2014). Bu süreçte sıklıkla inkar, minimizasyon, rasyonalizasyon savunma mekanizmaları kullanılır (Aydiner ve Kulaksızoğlu 1999). Craig ve arkadaşları (1994) yaptıkları çalışmada omurilik yaralanmalı kişilerin %40'ının yaralanmadan 12 ay sonra daha düşük benlik saygısı, daha çaresiz ve kaderci başa çıkma yöntemlerine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Erken dönemde uyumu kolaylaştırıcı olan bu mekanizmalar uzun dönemde uyumu bozabilir (Aydiner ve Kulaksızoğlu 1999). Sorunlarla etkili bir biçimde baş edememe ya da yetersiz kalma stresle ilişkilendirilen bazı fiziksel ve ruhsal hastalıkların artmasına sebep olmaktadır (Sağbaş 2009). Kayahan ve Sertbaş (2007) yaptıkları çalışmada fiziksel hastalığı bulunan ancak stresle etkili bir şekilde başa çıkabilen bireylerde depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğünü belirtmişlerdir. Omurilik hasarlarının %60'ı bu durumla başa çıkmakta daha iyi uyum sağlamaktadır. Bu kişilerin iyimserlik, güçlü özgüven duyguları, problem çözme becerisi gibi ortak olumlu özellikleri vardır (Dezarnaulds ve Ilchef 2014). Premorbid özellikler, iç çatışmalar, olumsuz duyguların ve zorlanmanın sürmesiyle savunma mekanizmaları yetersiz kalır ve psikopatoloji başlar (Özkan 1993). Omurilik hasarlarına mahremiyet eksikliği, bağımsızlığın kaybı, yaşam tarzı ve rollerin değişimi, geleceğe ilişkin belirsizlik, çaresizlik, aileden ve arkadaşlardan ayrılma, temel bedensel işlevleri kontrol edememe, fiziksel sağlıkta değişiklik, beden imajında değişim gibi psikososyal değişiklikler eşlik eder. Rehabilitasyon süreci, hastalığa uyum, ailesel ve sosyal yaşamı, mesleğine geri dönebilme olasılıkları kişilerde ciddi endişeler yaratabilir (Hancock ve ark. 1993). Kronik ağrı, kronik yorgunluk, ilaçlar, yalnızlık, bıkkınlık, sıkıntı, komplikasyonlar, aile, arkadaş ve sosyal destek gibi faktörler psikososyal uyumu etkilemektedir (Dezarnaulds ve Ilchef 2014). Depresyonda olumlu baş etme yollarının desteklenmesi ve olumsuz olanların ise uygun terapi yöntemi ile fark ettirilip

değiştirilmesi ile hastanın tedavisine uyumunu kolaylaştırabilir, tedavinin daha etkili olması sağlanabilir (Özarslan ve ark. 2013). Bizim çalışmamızda tüm bireylerin BDÖ puanları ile SBÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-5). Elliott ve arkadaşları (1991) omurilik yaralanmalı bireylerle yaptıkları çalışmada baş etme becerileriyle depresif belirtilerin ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Mevcut çalışmada, travmatik ve non-travmatik bireylerin SBÇTÖ'den aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen ($p=0,072$; $p>0,05$); travmatik olguların aldıkları toplam puanlar, non-travmatik olgulara göre daha yüksek belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-3). Travmatik ve non-travmatik bireylerin SBÇTÖ puanları karşılaştırıldığında, "Sosyal Destek Arama" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,047$; $p<0,05$) (Tablo 4-3). Elliott ve arkadaşları (1992) depresif davranışların sosyal destek eksikliğiyle ilişkili olduğunu belgelemişlerdir. Baş etme becerileri ve psikolojik faktörler birbirleriyle ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda gençlerin yeni durumu daha kolay kabullendiği, yeni yön ve deneyime daha açık oldukları, uyum sağlamada daha kabiliyetli oldukları belirtilmiştir (Dezarnaulds ve Ilchef 2014). Hemşirelik bakımı hastada farkındalık ve kendi bakımını yönetme beceri ve motivasyonu geliştirmeyi hedefleyen, hastayı aktif bir katılımcı olarak gören yaklaşımın en önemli unsurudur (Stuifbergen ve ark. 2006). Hemşire hastanın başetmesini sağlama konusunda önemli bilgi ve beceri birikimine sahip olmalıdır.

Aydiner ve Kulaksızoğlu (1999) kuadruplejili bir hastada panik bozukluğu ve psikolojik savunma süreçlerini incelemişlerdir. Hasta kuadrupleji gelişiminden sonra en sık inkar savunma mekanizmasını kullanarak yeni duruma uyum güçlüğü yaşamış, panik bozukluk tanısını almış genç bir erkektir. Hasta için huzursuzluk, uyku bozukluğu ve tedaviye uymama nedeniyle KLP bilim dalından konsültasyon istenmiştir. Hastada, en basit yaşamsal ihtiyaçlarını gidermek için dışarıya bağımlı olma, vücudunu kullanamama şeklinde otonomi kaybı olmuştur, anne babanın zamanla kendisinden bıkip terkedilebileceği fikri, okul ve sosyal yaşamından uzaklaşması gibi sebepler anksiyetesini artırmıştır. Tedavi sürecinde panik ataklarının kaybolduğu, tedaviye uyumu daha iyi olmaya başladığı belirtilmiştir. Bu hastada da görüldüğü gibi omurilik yaralanmalı hastalarda hastanın mevcut durumu ile başetmesinde yardımcı olacak uygun yöntemler belirlenmesi önemlidir.

Çelik H. D. (2006) 18 yaşının altındayken ve 18 yaş üstündeyken omurilik yaralanması geçirmiş 18 yaşını geçmiş iki grupla yaptığı çalışmada iki grup arasında depresyon açısından fark olmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da tüm bireylerin yaşları ile BDÖ, BAÖ, BUÖ'den aldıkları puanlar arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Travmatik ve tüm bireylerin yaşları ile SBÇTÖ'den aldıkları puanlar arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$) ancak non-travmatik olan olguların yaşları ile SBÇTÖ'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu ($r=0,526$; $p=0,017$; $p<0,05$) (Tablo 4-5).

Umut duygusuna sahip olmak olumsuzluklar karşısında koruyucu bir faktör olarak belirtilmektedir. Umut bireylerin olumlu bir geleceğe inanmalarına, bir amaç belirlemelerine ve buna ulaşmalarına, karşılaştıkları engelleri aşma ve yeni koşullara uyum sağlamalarına olanak tanır (Oktan 2012). Kişinin ağır bir engele sahip olması; başkasına bağımlı olmasına neden olmaktadır. Engelli bireylerin başka kişilere bağımlı olmaları, umutsuzluğa yol açabilir (Aysoy 2006). Ekonomik bağımlılık, kronik hastalığın uzun süren tedavi ve bakım gerektirmesi bireyin aile içi rollerini ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek daha çok umutsuzluk yaşamasına neden olduğunu gözlemlenmiştir (Bayramova ve Karadakovan 2004; Özgür ve ark. 2003). Kronik ve sağaltımı olanaksız hastalıklarda, sonucu kuşkulu, gerilimli, uzun sağaltım sürelerinde, sık sık yinelenen engellenmelerde, hastanın bedeninin bir parçasını kaybettiği durumlarda gerilimin uyardığı endişe depresyona yol açabilir ve bu durumlar hastanın umutsuzluk duygusunu artırır (Kumral 1981). Umutsuzluk depresyonun temel belirtilerinden biridir. Depresif kişi kendini yetersiz, değersiz, kusurlu bulur ve geleceğinden umudu yoktur (Durak 1994). Depresyon, umutsuzluk arasındaki yakın ilişkiden dolayı çalışmamıza katılan bireylerin umutsuzluk düzeyine baktık. BUÖ'nün umutsuzluk puan ortalaması $5,45\pm3,82$ 'di (Tablo 4-3). Akgün (2015) yaptığı çalışmada ortopedik engelli bireylerde umutsuzluk düzeyinin, intihar olasılığıyla pozitif yönde yüksek düzey bir ilişki gösterdiğini belirtmiştir. Kişide depresif bozukluk ya da anksiyete bozukluğunun olmasıda intihar riskini artırmaktadır (Doruk ve Özşahin 2007) Travmatik omurilik yaralanmalarında intihar eylemlerine bağlı ölümlerde sık görülmektedir (Silberstein ve Rabinovich 1995; Pajareya 1996; Karamehmetoğlu ve ark. 1997; Turner ve ark. 2003; Bajracharya ve ark. 2007) İntihara bağlı ölümler normal popülasyona göre omurilik hasarlarında beş kat daha fazla görülmektedir. Son yirmi

yılda bu grupta endişe verici artış yaşanmıştır. Yaralanmadan sonraki 5-6 yıl içinde gerçekleşme ihtimali yüksektir ve omurilik hasarlı bireylerdeki ölümlerin % 6-10'undan sorumludur (Dezarnaulds ve Ilchef 2014). Fann ve arkadaşları (2011) omurilik yaralanmalı hastalarla yaptıkları çalışmada örneklemin % 15'inin intihar düşünceleri olduğunu belirtmişlerdir. Durak ve Palabıyıkoglu'nun (1994) yaptığı çalışmada da belirttiği gibi kronik fiziksel hastalığı olan grupta görülen depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyi hastaların tedaviye uyumunu ve iyileşmelerini etkileyebileceği gibi intihar riski açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir sonuçtur. İntihar ve intihar girişimi kişinin çaresizliği ve umutsuzluk durumuna bir çözüm, bir çıkış yolu olarak görülür (Minkof ve ark. 1973, Kumral 1997). Kapsamlı bir müdahale programı içeriğinde iyimserliği güçlendirmenin, umudu öğretmenin, cesaret ve yaşam becerilerini geliştirmenin olması gerekmektedir (Oktan 2012).

Fann ve arkadaşları (2011) omurilik yaralanmalı hastalarla yaptıkları kesitsel ve tanımlayıcı çalışmada major depresyon oranlarının yüksek olmasını; düşük eğitim düzeyi ve işsizlikle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Sosyal entegrasyon ve işle depresyon ölçeği ters ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalar omurilik yaralanmalı bireylerin yaşam kalitelerini iyi olarak belirtenlerin bunu evliliklerine, ailelerindeki anlamlı ve üretken rollerine, toplumdaki başarılı ilişkilerine ve sosyal uyuma, iş sahibi olamaya bağlılıkları görülmüştür (Chapin ve ark. 2004; Hammell 2004). Salar ve Kayhan'ın (2011) yaptığı çalışmaya travmatik spinal kord yaralanması geçirmiş, en az 1 yıldır bununla toplumda yaşayan 91 tetraplejik ve paraplejik olan omurilik hasarlı bireyler katılmıştır. Katılımcıların ev hayatına (yemek, günlük ev işleri, çocuk bakımı, market alış-verişi, banka işleri) ve üretkenlik aktivitelerine (paralı iş, aktif iş arama, eğitim ve gönüllü aktiviteler) katılımları düşük bulunmuş fakat sosyal katılımlarının (aile ve arkadaşlarla geçirilen zaman, kültürel-sportif aktiviteler, alış-veriş) fazla olduğu belirtilmiştir. Mesleki rehabilitasyon müdahaleleri ve bu programların artırılması için yapılacak toplum temelli rehabilitasyon programlarıyla bireylerin üretici ve toplumsal rollerine katılmasına fayda sağlanabilir.

Sonuç olarak hem travmatik hem de non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde hafif ve orta düzeyde depresyon ve anksiyete belirtileri görülmektedir. Mevcut çalışma travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtileri düzeyleri ile ilgili kanıt oluşturmuştur. Bu sonuç, bu grup hastalarda depresyon ve

anksiyetenin önlenmesine yönelik alınabilecek önlemlerin belirlenmesi için bir kaynak oluşturacaktır. Ayrıca hastaların umut düzeylerinin ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi gelecekteki çalışmalar için yol gösterici olabilecektir.



6. SONUÇLAR

Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon belirtileri ve anksiyete düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- Travmatik bireylerin yaş ortalamasının $42,70 \pm 13,46$, %70'inin (n=14) erkek olup %85'inin (n=17) evli; %55'inin (n=11) şehirde yaşamakta; %60'ının (n=12) ilköğretim mezunu; %45'inin (n=9) işçi; %85'inin (n=17) geliri giderinden az; %90'ının (n=18) "sağlık güvencesinin sağlık giderlerinin "tümünü karşıladığı"; %100'ünün (n=20) evde ailesi ile birlikte yaşadığı belirlendi. Travmatik bireylerin %10'ununda (n=2) parapleji, %5'inde (n=1) monopaleji, %5'inde (n=1) monoparezi ve %10'ununda (n=2) hemipleji olduğu, %70'inde (n=14) kuvvet kaybı olmadığı belirlendi.
- Non-travmatik bireylerin yaş ortalamasının $43,70 \pm 16,45$, %60'ının (n=12) erkek olup %70'inin (n=14) evli; %50'sinin (n=10) şehirde yaşamakta; , %30'unun (n=6) ilköğretim, %30'unun (n=6) lise mezunu; %30'unun (n=6) işçi; %65'inin (n=13) geliri giderinden az; %80'ının (n=16) sağlık güvencesinin sağlık giderlerinin tümünü karşıladığı; %90'ının (n=18) ailesi ile yaşadığı belirlendi. Non-travmatik bireylerin %10'ununda (n=2) parapleji, %20'sinde (n=4) paraparezi, %5'inde (n=1) monopaleji, %10'unda (n=2) monoparezi ve %5'inde (n=1) hemipleji olduğu, %50'sinde (n=10) kuvvet kaybı olmadığı belirlendi.
- Travmatik ve non-travmatik bireylerin bireysel özellikleri ve spinal hasarın oluş nedenine göre bireylerin nörolojik durumlarının dağılımları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).
- Travmatik olguların %50'sinin (n=10) yatış nedeni trafik kazası, %35'inin (n=7) yüksekten düşme, %15'inin (n=3) diğer sebepler olduğu saptandı.
- Non-travmatik olguların %90'ının (n=18) yatış nedeni neoplastik nedenler, %10'unun (n=2) diğer nedenler olduğu saptandı.

- BECK Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması $13,68 \pm 9,39$ 'dur. Olguların %60'ında ($n=24$) hafif ve orta, %37,5'inde ($n=15$) minimal düzeyde, depresif belirti olduğu belirlendi.
- BECK Anksiyete Ölçeğinin puan ortalaması $15,88 \pm 9,34$ 'tür. Olguların %37,5'inde ($n=15$) hafif düzeyde, %30'unda ($n=12$) orta düzeyde anksiyete belirtisi olduğu belirlendi.
- BECK Umutsuzluk Ölçeğinin puan ortalaması $5,45 \pm 3,82$ 'di.
- Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeği toplam puan ortalaması $58,93 \pm 12,25$ puan olarak saptandı. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin, Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyut puan ortalaması $17,45 \pm 4,35$ olarak saptanırken, İyimser yaklaşım alt boyut puan ortalaması $11,28 \pm 3,19$ olarak, çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalaması $13,53 \pm 5,67$ olarak, boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması $9,03 \pm 3,30$ olarak ve sosyal destek arama alt boyut puan ortalaması $7,65 \pm 2,34$ puan olarak saptandı.
- Travmatik ve non-travmatik bireylerin BDÖ, BAÖ ve BUÖ Puanlarının karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmadı.
- Travmatik ve non-travmatik bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği karşılaştırıldığında, "Sosyal Destek Arama" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p=0,047$; $p<0,05$). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen ($p=0,072$; $p>0,05$); travmatik olguların aldıkları toplam puanlar, non-travmatik olgulara göre daha yüksek belirlendi ($p>0,05$).
- Tüm bireylerin BDÖ'den aldıkları puanlar ile BAÖ'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulundu ($r=0,470$; $p=0,002$; $p<0,01$). Travmatik bireylerin BDÖ'den aldıkları puanlar ile BAÖ'den aldıkları puanlar arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Non-travmatik bireylerin BDÖ'den aldıkları puanlar ile BAÖ'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptandı ($r=0,512$; $p=0,021$; $p<0,05$).
- Travmatik, non-travmatik ve tüm bireylerin yaşları ile BDÖ, BAÖ, BUÖ'den aldıkları puanlar arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$).
- Travmatik ve tüm bireylerin yaşları ile SBÇTÖ'den aldıkları puanlar arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$) ancak non-travmatik olan olguların yaşları ile

SBÇTÖ aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu ($r=0,526$; $p=0,017$; $p<0,05$).



7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gelecek araştırmalar için;

- Örneklem grubunun daha geniş olduğu,
- Kadın erkek oranının eşit olduğu,
- Omurilik hasarlarından sonra görülen depresyon ve anksiyete düzeyi dikkate alınarak, bunu azaltmaya yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliğini ölçen çalışmalar yapılması önerilebilir.

Bunun dışında;

- İkincil komplikasyonların önlenmesi için gerekli tedavi ve hemşirelik bakımının sağlanması,
- Fiziksel hastalığı olan hastalarla çalışacak olan hemşirelere yönelik eğitimlerin artırılması, bunları uygulamaya yansıtabilmeleri için desteklenmeleri ve gerektiği durumlarda KLP hemşireleriyle birlikte çalışılması,
- Omurilik hasarlarının çoğunluğu önlenabilir nedenlerden geliştiğinden dolayı, trafik kurallarının sıkı bir biçimde uygulanması ve denetlenmesi, kuralları ihlal edenlere caydırıcı cezalar getirilmesi, gerekli ekipmanlar kullanarak ve işçi eğitimleri ile yüksekten düşme oranlarının azaltılması, geriatrik popülasyona ve yakınlarına düşme konusunda eğitim verilmesi, yaşam alanlarında gerekli düzenlemeler yapılması, ülkemizde silah edinilmesi, taşınması ve kullanılması konusunda daha sıkı kanunlarla ateşli silah yaralanmalarının azaltılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Adams, K.B. Sanders, S. ve Auth, E.A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging Ment Health*, 8(6), 475-85.

Akbay, A. ve Palaoğlu, S. (2009). Acil Spinal Girişimler. İçinde T. Özgen ve İ.M. Ziyal (Ed.), *Acil Nöroşirürji*. Ankara: Hacettepe Basımevi;124-158.

Akçıl, E. F. ve Tunalı, Y. (2015). Omurilik Yaralanmalarında Yoğun Bakım. *Türkiye Klinikleri*, 5(2), 72-9.

Akgün, B. P. (2015). Ortopedik Engelli Bireylerin Umutsuzluk Düzeyi ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Akkurt, H. (2012). Omurilik Yaralanması Olan Hastalarda Aerobik Egzersizin Kardiyopulmoner Fonksiyonlar Yaşam Kalitesi Psikolojik Durum Engellilik ve Metabolik Sendrom Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir.

Andersen, B.L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 590-610.

Aslantaş, A. ve Özkara, E. (2010). Omurilik Yaralanmasında Epidemiyoloji ve Sınıflama. İçinde E. Korfalı, M. Zileli (Ed.), *Temel Nöroşirürji*. Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları; 1653-54.

Atagün, M. İ. Altınok, Ü. Balaban, Ö.D. Atagün, Z. Yılmaz-Yalçınkaya, E. ve Öneş, K. (2012). Omurilik felçli hastalarda travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili faktörler. *Klinik Psikiyatri*, 15, 92-102.

Aydiner O. ve Kulaksızoğlu I. B. (1999) Kuadriplejili bir hastada panik bozukluğu ve psikolojik savunma süreçleri. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 62-66.

Aysoy, M. (2006). Sosyal Bakım Rehberi. Ankara: Eller Yayıncılık; 178.

Bajracharya, S. Singh, M. Singh, G.K. ve Shrestha, B.P. (2007). Clinico-epidemiological study of spinal injuries in a predominantly rural population of eastern Nepal: A 10 years' analysis. *Indian Journal of Orthopaedics*, 41(4), 286-9.

Bauman, W.A. Raza, M. Spungen, A.M. Machac, J. (1994). Cardiac stres testing with thallium-201 imaging reveals silent ischemia in I-individuals with paraplegia. *Medicine Physical Rehabilitation*, 75, 946-50.

Bayraktar, S. (2012). Psikolojik Travma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 62-64.

Bayramova, N. ve Karadakovan, A. (2004). Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniviversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2).

Beck, A. T. Ward, C. H. Mendelson, M. Mock, J.ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A.T. ve ark. (1974). The measurement of pessimism. The hopelessness scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Beck A.T. Epstein, N. Brown G. Ve Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-7.

Beck, A. T. Steer, R. A. ve Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty- five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beyazova, M. ve Kutsal, Y.G. (Ed.). (2000). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2,1915-1935.

Blackwell, T.L. Krause, J.S. Winkler, T. ve Stiens, S.A. (2001). *Spinal Cord Injury Desk Reference; Guidelines for Life Care Planning and Case Management, Model for Life Care Planning With Spinal Cord Injury*. NewYork: Demos Medical Publishing.

Bombardier, C.H. Richards, J.S. Krause, J.S. Tulskey, D. ve Tate, D.G. (2004). Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. *Physical Medicine Rehabilitation*, 85, 1749-56.

Carpenter, C. Forwell, S.J. Jongbloed, L.E. ve Backman, C.L. (2007). Community participation after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 427-33.

Chapin, M.H. Miller, S.M. Ferrin, J.M. Chan, F. ve Rubin S.E. (2004). Psychometric validation of a subjective well-being measurefor people with spinal cord injuries. *Disability and rehabilitation*, 26(19), 1135-1142.

Chen, Y. DeVivo, M.J. ve Jackson, A.B. (2005). Pressure ulcer prevalence in people with spinal cord injury: ageperiod-duration effects. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1208-1213.

Chen, H. Y. ve Boore J.R. (2008). Living with a spinal cord injury: a grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 116-124.

Chung, M.C. Preveza, E. Papandreou, K. ve Prevezas, N. (2006). The relationship between post-traumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of Affective Disorders*; 93: 229–232.

Coşar, S.N.S. Yemişci, O.U. Oztop, P. Cetin, N. Sarifakioglu, B. Yalbuşdag, S.A.ve ark. (2010). Demographic characteristics after traumatic and non-traumatic spinal cord injury: a retrospective comparison study. *Spinal Cord*, 48(12), 862-6.

Craig, A.R. Hancock, K.M. ve Dickson, H.G. (1994). A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia*, 32, 675–679.

Craig, A.R. Hancock, K. M. Dickson, H. ve Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: results of a controlled trial using cognitive behaviour therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 33–38.

Çelik, E.C. (2005). Medulla Spinalis Yaralanmalı Hastalardaki Nöropatik Ağrıya Akupunktur Benzeri Tens'in Etkisi. 70.Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Klinik. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Çelik, H.D.(2006). Omurilik Felçlilerinde Engellilik Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Demirel, G.G. Yılmaz, H. ve Hacıhaliloğlu, Ş. (1999). Spinal cord yaralanmalı hastalarda anksiyete ve depresyon. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 45, 4.

De vivo, M. J. Richards, J. S. Stover S.L. and Go, B. K. (1991). Spinal cord injury. Rehabilitation adds life to years. *The Western Journal of Medicine*, 154(5), 602–606.

Dezernaulds, A.ve Ilcef, R. (2014). Psychological Adjustment After Spinal Cord Injury: Useful Strategies for Health Professionals. NSW Agency for Clinical

Innovation.https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/155197/Psychosocial-Adjustment.pdf

Dijkers, M.P.J. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 87-110.

Dincer, F. Oflazer, A. Beyazova, M. Çeliker, R. Başgoze, O. ve Altıoklar, K. (1992). Traumatic spinal cord injuries in Turkey. *Paraplegia*, 30, 641-646.

Doruk, A. ve Özşahin, A. (2007). İntihar. İçinde C. Güleç, E. Koroğlu (Ed.), *Temel Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; (2), 556-62.

Draulans, N. Kiekens, C. Roels ve E. Peers, K. (2011) Etiology of spinal cord injuries in Sub-Saharan Africa. *Spinal Cord*, 49(12), 1148-54.

Dunnum, L. (1990). Life satisfaction and spinal cord injury: the patient perspective. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 22(1), 43-7.

Durak, A. (1994). Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 1-11.

Durak, A. ve Palabıykoğlu, R. (1994). Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.

Dursun, E. ve Cakıcı, A. (1995). Medulla Spinalis Yaralanmaları. İçinde H. Oğuz (Ed.), *Tıbbi Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp; 407-427.

Eisenberg, M.G. ve Saltz, C. C. (1991). Quality of life among aging spinal cord injured persons: long term rehabilitation outcomes. *Paraplegia*, 29, 514-520.

Ekinci, M. ve Okanlı, A. (2001). *Konsultasyon liyezon psikiyatri hemşireliği: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2).

Elliott, T. R. ve Frank, R. G. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 816-23.

Elliott, T.R. Godshall, F. Herrick, S. Witty, T. ve Spruell, M. (1991). Problemsolving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy Research*, 15, 387-98.

Elliott, T.R. Herrick, S. Witty, T. Godshall, F. ve Spruell, M. (1992). Social support and depression following spinal cord injury. *Rehabilitation Psycho*, 1(37), 37-48.

Erdil, F. ve Elbaş, N. Ö. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Aydoğdu Ofset; 4.

Erkal, S. ve Pek, H. (1993). Beden imajında değişimler ve hemşirenin rolü. *Hemşirelik Bülteni*, 7(30), 61-71.

Fann, J. R. Bombardier, C. H. Richards, J. S. Tate, D. G. Wilson, C. S. ve Temkin, N. (2011). Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 352-360.

Fehlings, M.G. ve Baptiste, D. C. (2005). Current status of clinical trial for acute spinal cord injury. *Injury*, 36(2), 113-22.

Finnerup, N. B. ve Jensen, T.S. (2004). Spinal cord injury pain-mechanisms and treatment. *European Journal of Neurology*, 11(2), 73-82.

Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1988). Manual for the ways of coping questionnaire. USA, Consulting psychologists press.

Fox, C. (2002). 'Living with a pressure ulcer: a descriptive study of patients' experiences.' *British journal of community nursing*, 7(6):10- 22.

Fuhrer, M.J. Rintala, D.H. ve Hart, K.A. (1993). Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 255-260.

Fullerton, D. T. Harvey, R. F. ve Klein M. H. (1981). Psychiatric disorders in patients with spinal cord injuries. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1369-71.

Garber, S. L.ve Rintala, D. H. (2003). Pressure ulcers in veterans with spinal cord injury: A retrospective study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(5), 433-442.

Gelis, A. Dupeyron, A. Legros, A. Benaim, C. Pelissier, J. ve Fattal, C. (2009). Pressure ulcer Risk factor in persons with spinal cord injury part 2: the chronic stage. *Spinal Cord*, 47, 651- 661.

Gorman, L. M. ve Sultan, D.F. (2002). *Psychosocial Nursing for General Patient Care*. USA: FA Davis Company; 2.

Grigorean, V. T. Sandu A. M. Popescu, M. Iacobini M. A. Stoian, R. Neascu, C. ve ark. (2009). Cardiac dysfunctions following spinal cord injury. *Journal of Medicine and Life*, 2(2), 133-45.

Güleç, C. (2009). *Psikiyatri'nin ABC'si*. Say yayınları; 23-24.

Gültekin, Ö. (2007). Torakal Seviyeli Medulla Spinalis Yaralanmalı Hastalarda Solunum Egzersizlerinin Solunum Fonksiyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Gur, A. Kemaloğlu, M.S. Cevik, R. Sarac, A.J. Nas, K. Kapukaya, A. Ve ark. (2005). Characteristics of traumatic spinal cord injuries in South-eastern Anatolia, Turkey: a comparative approach to 10 years' experience. *International journal of rehabilitation research*, 28, 57-62.

Gündüz, Ş. (2003). Spinal kord yaralanmasında seksüel disfonksiyonlara rehabilitatif yaklaşım. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 49 (3), 28-31.

Güzel, A. Tatlı, M. Ökten, A.İ. ve Çaylı, S. (2006). Omurilik yaralanmasının patoloji ve fizyopatolojisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28 (2), 73-78.

Güzel, R. ve Uysal, F. G. (2004). Spinal Kord Yaralanmaları. İçinde H. Oğuz H, E. Dursun, N. Dursun (Ed.), *Tıbbi Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2, 627-647.

Hallaç, S. ve Öz, F. (2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 595-610.

Hammell, K.W. (2004). Exploring quality of life following spinal cord injury: a review and critique. *Spinal Cord*, 42, 491-502.

Hancock, K. M. Craig, A. R. Dickson, H. G. ve Chang, E. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: A longitudinal study. *Paraplegia*, 31, 349-357.

Herrick, S. Elliott, T.R. ve Crow, F. (1994). Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 1(39), 231-50.

Hicks, S. (1989). The psychiatric nurse in liaison psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 89-96.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.

Hoffman, J. M. Bombardier, C.H. Graves, D. E. (2011). Kalpakjian, C. Z. ve Krause, J.S. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92,411-8.

Ho, C.H. Wuermsen, L.A. Priebe, M.M. Chiodo A. E. Scelza W.M. ve Kirshblum S.C. (2007) Spinal cord injury medicine. 1. Epidemiology and classification. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 49-54.

Hofling, C. K. ve Leininger, M.M. (1981). *Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar*. A. Kumral (çev.), doğan ofset.

James, J.J. ve Cardenas, D.D. (2005). Spinal Cord Hasarları. İçinde V. Kavuncu (Ed.), *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2, 274.

Kaptanoğlu, E. (2010). Omurilik Yaralanmasının Patofizyolojisi. İçinde E. Korfalı, M. Zileli (Ed.), *Temel Nöroşirürji*. Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları; 1623-36.

Karacan, I. Koyuncu, H. Pekel, O. Sümbüloğlu, G. Kirnap, M. Dursun, H. ve ark. (2000). Traumatic spinal cord injuries in Turkey: a nation-wide epidemiological study. *Spinal Cord*, 38, 697-701.

Karacan, Y. (2006). Periferik Kök Hücre Nakli Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Karamehmetoğlu, S.S. Nas, K. Karacan, I. Sarac, A.J. Koyuncu, H. Ataoğlu ve ark. (1997). Traumatic spinal cord injuries in southeast Turkey: an epidemiological study. *Spinal Cord*, 35(8), 531-3.

Kaya, H. (2004a). Yoğun bakım ünitesinde yatan spinal kord yaralanmalı hastaların hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(1),32-7.

Kaya, H. (2004b). Spinal Kord Yaralanması Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı ve Eğitimin Bağımlılık-Bağımsızlık ve Öz-Bakım Gücü Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora, Tezi , İstanbul.

Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.

Kennedy, P. ve Evans, M.J. (2001). Evaluation of post-traumatic distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord*, 39, 381-386.

Kennedy, P. Lude, P. Elfstrom M.L. ve Smithson, E.F. (2011). Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 597-602.

Kennedy, P. ve Rogers, B.A. (2000). Reported quality of life of people with spinal cord injuries: a longitudinal analysis of the first 6 months post-discharge. *Spinal Cord*, 38, 498-503.

Kessler, R.C. Chiu, W.T. Demler, O. Merikangas, K.R. Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-27.

Kirshblum, S. (2007). Spinal kord hasarı rehabilitasyonu. İçinde B. Erhan, A.N. Bardak (Çev. Ed.) *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 4. baskı. Güneş Tıp Kitabevi; 1715-1751.

Kirshblum, S.C. Priebe, M.M. Ho, C.H. Scelza, W.M. Chiodo, A.E. ve Wuermser, L. (2007). Spinal cord medicine. 3. Rehabilitation phase after acute spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 62-70.

Kishi, Y. Robinson, R.G. ve Forrester, A.W. (1994). Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. *Journal of Neuropsychiatry clinical neuroscience* 6 (3), 237-44.

Kocaman, N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım (2006). *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı*, 47(2), 97-107.

Koçyiğit, B.F. Akaltun, M. S. Altındağ, Ö. Aydeniz, A. Gürsoy, S. ve Gür, A. (2015). Epidemiological and clinical data of patients with spinal cord injury: Five-year experience of our center. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6 (2), 140-143.

Köroğlu, E. (2007). Majör Depresyon. İçinde E. Köroğlu ve C. Güleç (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 241-45.

Krause, J.S. Kemp, B. ve Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1099–1109.

Krassioukov, A. Warburton, D.E. Teasell, R. ve Eng, J.J. (2009a). A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 682-95.

Krassioukov, A. Eng, J.J. Warburton, D.E. Teasell, R. (2009b). Spinal cord injury rehabilitation evidence research team. A systematic review of the management of orthostatic hypotension after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 876-885.

Kuday, C. ve Özyurt, E. (1994). *Servikal Spinal Cerrahide Komplikasyonlar*. Logos Yayıncılık A.Ş. ,36-46.

Kumbasar, H. ve Yılmaz, A. (2007). Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi. İçinde C. Güleç, E. Köroğlu (Ed.), *Temel Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; (2), 536-38.

Lund, M.L. Nordlund, A. Nygard, L. Lexell, J. ve Bernspang, B. (2005). Perception of participation and predictors of perceived problems with participation in persons with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 3–8.

Lynch, A.C. Antony, A. Dobbs, B.R. Ve Frizelle, F.A. (2001). Bowel dysfunction following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 39, 193-203.

McColl, M.A. Walker, J. Stirling, P. Wilkins, R. ve Corey, P. (1997). Expectations of life and health among spinal cord injured adults. *Spinal Cord*, 35(12), 818-28.

McCullumsmith, C.B. Kalpakjian, C.Z. Richards, J.S. Forchheimer, M. Heinemann, A.W. Richardson, E.J. ve ark. (2015). Novel risk factors associated with current suicidal and lifetime suicide attempts in individuals with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(5), 799-808.

McKinley, W.O. Seel, R.T. Gadi, R.K. ve Tewksbury, M.A. (2001). Nontraumatic vs. traumatic spinal cord injury: a rehabilitation outcome comparison. *American journal of physical medicine & rehabilitation* ,80, 693-9.

Minkoff, K. Bergman, E. Beck, A.T. ve Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130 (1), 155-159.

Michael, G. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22 (2), 1–7.

Michael, M. Priebe, M.D. Anthony, E. Chiodo, M.D. William, M. Scelza, M.D. ve ark. (2007). 6. Economic and Societal Issues in Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 88, 54-88.

Migliorini, C. ve Tonge, B. (2009). Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. *Journal Medicine Rehabilitation*, 41, 445–450.

Mitcho, K. ve Yanko, J.R. (1999). Acute care management of spinal cord injures. *Critical Care Nursing quarterly*, 22(2),60-79, quiz 100.

NSCISC (2005). The anual statistical repot fort he model spinal cord injury care systems.Erişim03.01.2015,<https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/reports/pdf/NSCISC%20Annual%2005.pdf>.

NSCISC (2015). Complet Public Version of the 2015 Anual Statistical Report for the Spinal Cord Injury Model Systems. Erişim 18.03.2016, <https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/reports/pdf/2015%20NSCISC%20Annua1%20Statistical%20Report%20Complete%20Public%20Version.pdf>.

NSCISC (2017). Facts and figures at a glance. Erişim06.04.2017, <https://www.nscisc.uab.edu/Public/Facts%20and%20Figures%20-%202017.pdf>.

O'Connor, R.J. and Murray, P.C. (2006). Review of spinal cord injuries in Ireland. *Spinal Cord* 44, 445–448.

Oktan, V. (2012). Psikolojik Sağlamlığın Gelişiminde Bir Moderatör Olarak Umut. *International Journal of Human Sciences* (Online), (9) 2, 1691-1701.

On, A. Y. (2010). Omurilik Yaralanmalarında Rehabilitasyon. İçinde E. Korfalı, M. Zileli (Ed.), *Temel Nöroşirürji*. Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları; 1731-46.

Otom, A.S. Doughan, A.M. Kawar, J.S. ve Hattar, E.Z. (1997). Traumatic spinal cord injuries in Jordan – an epidemiological study. *Spinal Cord*, 35(4), 253-5.

Özdemir, O. Altuntaş, O. Ünlüer, N.Ö. ve Kutsal, Y.G. (2012). Comparison of functional outcomesbetween the patients traumatic and non-traumatic spinal cord injury after inpatient rehabilitation. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*.

Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche İlaç Sanayi A.ř; 81-132.

Özkan, S. (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Kavramlar, Kurumsallaşma, Uygulama. *Türkiye Klinikleri Journal of neurosurg-special*, 2(47), 1-13.

Özarslan, Z. Fıstıkcı, N. Keyvan, A. Uğurad Z. I. ve Saygılı S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal*, 26, 130-5.

Özgür, B. Kürsat, S.ve Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12 (2), 113 – 116.

Öztürk, M.O. ve Ulaşın, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevi: Ankara; 342.

Pajareya, K. (1996). Traumatic spinal cord injuries in Thailand: An epidemiologic study in Siriraj Hospital, 1989- 1994. *Spinal Cord*, 34(10),608-10.

Pickelsimer, E. Shiroma, E.J. ve Wilson, D.A. (2010). Statewide investigation of medically attended adverse health conditions of persons with spinal cord injury. *Journal Spinal Cord Medicine*, 33, 221.

Pickett, W. Simpson, K. Walker, J. ve Brison, R.J. (2003). Traumatic spinal cord injury in Ontario, Canada. *Journal Trauma*, 55, 1070-6.

Reitz, A. Tobe, V. Knapp, P.A. ve Schurc, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16, 167-174.

Rintala, D. Loubser, P.G. Castro, J. Hart, K.A. ve Fuhrer, M.J. (1999). Chronic pain in a community-based sample of men with spinal cord injury: prevalence, severity, and relationship with impairment, disability, handicap, and subjective wellbeing. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 79, 604-614.

Roche, S.J. Sloane, P.A. ve McCabe, J.P. (2008). Epidemiology of spine trauma in an Irish regional trauma unit: a 4 year study. *Injury*. 39(4), 436-42.

Roper, N. Logan, W.W. ve Tierney, A.J. (1996). *The Elements of Nursing*. Churchill Livinstone Butler Tonner Ltd. London.

Russo-McCourt, T. A. (2009). Spinal Cord Injury. İçinde K. A. McQuillan, M. B. F. Makic, E. Whalen Trauma Nursing From Resuscitation Through Rehabilitation. Elsevier Health Science. 4th Edition, 605.

Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. (2010). Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. H. Aydın, A. Bozkurt (Çev. Ed.) 8. Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri; 1559-1800.

Sağbaşı, Ö. (2009). Ruhsal Bozukluklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi.Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sakakibara, B.M. Miller, W.C. Orenczuk, S.G. ve Wolfe, D.L. (2009). A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47, 841–851.

Salar, S. Kayıhan, H. (2011). Travmatik spinal kord yaralanmalı kişilerde katılım fizyoterapi rehabilitasyon. 3. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, *Fizyoterapi Rehabil*, 180.

Salter, J.E. Smith, S.D. and Ethans, K.D. (2013). Positive and negative affect in individuals with spinal cord injuries. *Spinal cord*, 51, 252-256.

Savaş, F. (2009). Medulla Spinalis Yaralanması Sonrası Nöropatik Ağrı Değerlendirmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 1. Klinik Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Savaşır, I. ve Şahin, N.H. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*.

Salter, J.E. Smith, S.D. and Ethans, K.D. (2013). Positive and negative affect in individuals with spinal cord injuries. *Spinal cord*, 51, 252-256.

Schönenberg, M. Reimitz, M. Jusyte, A. Maier, D. Badke, A. ve Hautzinger, M. (2014). Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *International Journal Behavioral Medicine*, 21, 169–176.

Seber, G. Dilbaz, N. Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği geçerlik güvenirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), 139-142.

Shahid, H. Jabeen, S. ve Aslam, A. (2012). Prevalence of psychological problems and the quality of life of spinal cord injury patient. *Gulf Medical Journal*, 1(2), 15-18 Erişim 03.05.15, [http://www.gulfmedicaljournal.com/download/supplement2_12/sup2-12%20\(6\).pdf](http://www.gulfmedicaljournal.com/download/supplement2_12/sup2-12%20(6).pdf).

Shives, L. R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.

Singh, A. Tetreault, L. Kalsi-Ryan, S. Nouri, A. ve Fehlings, M. G. (2014). Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury.

Clinical Epidemiology, 23(6), 309-31.

Siddall, P.J. ve Middleton, J.W. (2006). A Proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44,67-77.

Silberstein, B. Rabinovich, S. (1995). Epidemiology of spinal cord injuries in Novosibirsk, Russia. *Paraplegia*, 33(6), 322-5.

Sipski, M.L. ve Richards, J.S. (2006). Spinal Cord Injury, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 310-342.

Somasundaram, O. Balakrishnan, S. Ravindran, O.S. ve Shanmugasundaram, T.K. (1992). A psychological study of spinal cord injured patients involved in the Madras paraplegia Project. *Paraplegia*, 30, 799-802.

Summers, J.D. Rapoff, M.A. Varghese, G. Porter, K. ve Palmer, R.E. (1991). Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 47, 183–189.

Stuifbergen, A.K. Blozis, S.A. Harrison, T.C. Becker, H.A. (2006). Exercise, functional limitations and quality of life: A longitudinal study of persons with multiple sclerosis. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 935-43.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

Şenel, A. ve Kaya, A. H. (2010). Omurilik Yaralanmasında Farmakolojik Tedavi. İçinde E. Korfalı M. Zileli (Ed.), *Temel Nöroşirürji*. Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları; 1637.

Toygar, B. Kotevoğlu, N. Ahmetoğlu H. (2012). A retrospective review of clinical and demographic parameters in patients with spinal cord injury within last one year. *Maltepe Medical Journal*, 4(3).

Tuğcu, İ. Tok, F. Yılmaz, B. Göktepe, A.S. Alaca, R. Yazıcıoğlu, K. ve Möhür, H. (2011). Epidemiologic data of the patients with spinal cord injury: Seven years' experience of a single center. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 17 (6), 533-538.

Tuğrul, C.D. (2000). Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 12-17.

Turner, A.P. Bombardier, C.H. ve Rimmele, C.T. (2003). A typology of alcohol use patterns among persons with recent traumatic brain injury or spinal cord injury:

implications for treatment matching. *Archive Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(3), 358-64.

Ulusoy, M. Şahin, N. ve Erkman, H. (1998). Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 28-35.

Whiteneck, G. Meade, M.A. Dijkers, M. Tate, D.G. Bushnik, T. Martin, B. ve ark. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1793-803.

WHO (2013). International Perspectives on Spinal Cord Injury. Erişim 15.02.2016, <http://www.iscos.org.uk/sitefiles/WHO%20international%20perspectives%20on%20SCI.pdf>.

Widerstrom-Noga, E.G. Felipe-Cuervo, E. Broton, J.G. Duncan, R.C. ve Yeziarski, R.P. (1999). Perceived difficulty in dealing with consequences of spinal cord injury. *Archive Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 580-586.

Williams, R. ve Murray, A. (2015). Prevalence of depression after spinal cord injury: A Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 133-40.

Yıldız, N. Alkan, H. Sarsan, A. Özgen, M. Topuz, O. ve Ardıç, F. (2009). *Comparison of the differences between traumatic and non-traumatic spinal cord injury. Turkish Journal Physical Medicine and Rehabilitation*, 55, 50-4.

Yılmaz, H. (2000). Medulla Spinalis Yaralanmalarına Multidisipliner Yaklaşım ve Ülkemizdeki Durumu. İçinde H. Yılmaz, M. Hancı, (Ed.), 1. Medulla Spinalis Yaralanmaları Sempozyumu. Logos Yayıncılık.

Yılmaz, A. Kale, E. İ. Aygör, B. Küçüktepepınar, F. Tuncel, H. Çeri, Ö. Ve ark. (2006). Model of multidisciplinary team work at Ankara University Faculty of Medicine, Division of Consultation Liaison Psychiatry. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Sciences*, 2(47), 89-96.

Yip, P.K. Malaspina, A. (2012). Spinal cord trauma and the molecular point of no return. *Molecular Neurodegeneration*, 8(7), 6.

9. FORMLAR

HASTA BİLGİ FORMU (Ek-1)

Anket No: _____ Adres: _____
 Adı Soyadı: _____ Tel: _____
 Yatış Tarihi: _____

1. Spinal hasarın oluş nedeni nedir?
 1. Travmatik 2. Non-travmatik

2. Nörolojik Durum: 1. Parapleji 5. Hemipleji 9. Tetrapleji
 2. Paraparezi 6. Hemiparezi 10. Tetraparezi
 3. Monopleji 7. Tripleji 11. Kuvvet kaybı yok
 4. Monoparezi 8. Triparezi

3. Yaş: _____
 4. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
 5. Medeni durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul/Boşanmış
 6. Yaşadığı yer/ bölge: 1. köy 2. Şehir 3. İlçe
 7. Eğitim durumu: 1. Okur-yazar değil 2. okur-yazar 3. İlköğretim
 4. Lise 5. Yükseköğretim

8. İş/ Mesleki durum: 1. Ev hanımı 4. İşçi 6. Memur
 2. Emekli 5. Serberst meslek 7. Öğrenci
 3. İşsiz

9. Kazancı tüm giderlerini karşılıyor mu?
 1. Evet 2. Hayır

10. Sağlık güvencesi sağlık giderlerini karşılıyor mu?
 1. Tümüünü karşılıyor 2. Kısmen karşılıyor 3. Sağlık güvencesi yok

11. Evde kiminle yaşıyor?
 1. Ailesiyle 2. Yalnız

12. Alışkanlıkları?
 1. Alkol kullanımı 3. Sigara kullanımı 5. Hepsi
 2. Alkol ve madde kullanımı 4. Madde kullanımı 6. Hiçbiri

13. Eşlik eden diğer sağlık sorunları;
 1. Kronik hastalıklar 1. Psikiyatrik hastalıklar 2. Psikiyatri dışı hastalıklar
 2. Travmaya bağlı kırık
 3. Sağlık sorunu yok

(14 ve 15. soruları omurilik lezyonu travmaya bağlı olarak oluşan bireyler cevaplandıracaktır.)

14. Yatış nedeni travmatik ise nedeni nedir?
 1. Trafik kazası 3. Ateşli silah yaralanması 5. İntihar girişimi
 2. Yüksekten düşme 4. Spor yaralanması 6. Diğer

15. Yatış nedeni travmatik ise bu olaydan etkilenme derecenizi aşağıdaki çizelgede belirtiniz.
 ('0' hiç etkilenmedim, '10' çok şiddetli etkilendim.)

0	5	10
---	---	----

(16, 17 ve 18. Soruları omurilik hasarı travmaya bağlı olmayan bireyler cevaplandıracaktır.)

16. Yatış nedeni non-travmatik ise nedeni nedir?
 1. Vasküler nedenler 3. Dejeneratif nedenler 5. Diğer nedenler
 2. Neoplastik nedenler 4. Enfeksiyöz nedenler

17. Tanı konulması ile yatış arasında geçen süre ne kadar?
 1. 1-4 hafta 2. 4-8 hafta 3. 8-12 hafta 4. 12-16 hafta 5. 16 hafta ve üzeri

18. Yatış nedeni non-travmatik ise daha önce aynı nedenle ameliyat oldu mu?
 1. Hayır 3. İki kez
 2. Bir kez 4. Üç veya daha fazla

19. Birçok kişinin başından, yaşamının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da birebir tanık olduğunuz olayların HEPSİNİ yanındaki kutucukları işaretleyerek belirtiniz.

1. Trafik kazası ()	7. Hapsedilme (örneğin; cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi) ()
2. Trafik kazası dışında ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı ()	8. İşkenceye maruz kalma ()
3. Doğal afet (örneğin; deprem, sel.) ()	9. Yaşamı tehdit eden bir hastalık ()
4. Fiziksel bir saldırıya maruz kalma ()	10. Sevilen ya da yakın birinin ani ve beklenmedik ölümü ()
5. Cinsel bir saldırıya maruz kalma ()	11. Bunların dışında bir travmatik olay (kısaca yazınız): ()
6. Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma ()	

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (Ek -2)

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmış gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor vebunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgisizim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (Ek-3)

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR

(1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini

yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Hiç Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi

Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim

Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım

1. Bedeninizin herhangi biryerinde uyuşma veya karıncalanma

2. Sıcak/ ateş basmaları

3. Bacaklarda halsizlik, titreme

4. Gevşeyememe

5. Çok kötü şeyler olacakkorkusu

6. Baş dönmesi veya sersemlik

7. Kalp çarpıntısı

8. Dengeyi kaybetme duygusu

9. Dehşete kapılma

10. Sinirlilik

11. Boğuluyormuş gibi olmaduygusu

12. Ellerde titreme

13. Titreklik

14. Kontrolü kaybetme korkusu

15. Nefes almada güçlük

16. Ölüm korkusu

17. Korkuya kapılma

18. Midede hazımsızlık ya darahatsızlık hissi

19. Baygınlık

20. Yüzün kızarması

21. Terleme (sıcaklığa bağlı

olmayan)

Toplam BECK-A skoru:.....

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (Ek-4)

Aşağıda ifadeler size ne kadar uygunsa onu işaretleyiniz

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Kimsenin bilmesini istemem.	()	()	()	()
İyimser olmaya çalışırım.	()	()	()	()
Bir mucize olmasını beklerim.	()	()	()	()
Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	()	()	()	()
Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	()	()	()	()
Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	()	()	()	()
Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.	()	()	()	()
Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	()	()	()	()
İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	()	()	()	()
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.	()	()	()	()
Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	()	()	()	()
İş olacağına varır diye düşünürüm.	()	()	()	()
Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	()	()	()	()
Problemin çözümü için adak adarım.	()	()	()	()
Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	()	()	()	()
Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	()	()	()	()
Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	()	()	()	()
BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	()	()	()	()
Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	()	()	()	()
Mücadeleden vazgeçerim.	()	()	()	()
Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm.	()	()	()	()
Hakkımı savunabileceğime inanırım.	()	()	()	()
Olaylar karşısında kaderim buymuş derim	()	()	()	()
“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	()	()	()	()
Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim.	()	()	()	()
“Benim suçum ne?” diye düşünürüm	()	()	()	()
“Hep benim yüzümden diye” düşünürüm.	()	()	()	()
Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	()	()	()	()
Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	()	()	()	()

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (Ek-5)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanam için de hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	()	()
Evet Hayır		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

10. ETİK KURUL KARARI

(Ek-6)



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : B.30.2.ULU.0.20.70.02-050.99/ 275
Konu : Etik Kurul kararı

16.07.2014

Sayın Doç.Dr.Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz “Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 08 Temmuz 2014 tarih ve 2014-14/26 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.


Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN
Kurul Başkan

EKLER:

- 1- Karar (1 adet)
- 2-BGO formu (1 adet)
- 3-Anket formu (ölçek, hasta bilgi formu)

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

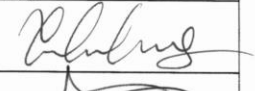
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ ADISOYADI	Doç.Dr.Fatma Yasemin Kutlu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Yağmur Yıldırım (Klinisyen hemşire)
	DESTEKLEYİCİ	UÜ.Sağlık Uy.ve Araş.Hast.Beyin ve Sinir Cerrahisi AD
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	1 yıl
	KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	200

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	Araştırma ilk başvuru ön yazısı	07.07.2014	Türkçe
	GİRİŞİMSEL OYMAZAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	07.07.2014	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.07.2014	Türkçe
	ANKET FORMU (Ölçek,hasta bilgi formu)	-	Türkçe
	BÜTÇE FORMU	07.07.2014	Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	07.07.2014	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2014-14/26	Tarih : 08 Temmuz 2014
	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Fatma Yasemin Kutlu'nun sorumluluğunda yürütülmesi planlanan, yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvurusu dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; 1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN					
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile İlişki	Katılım (*)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU BaşkanYardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr.Necdet KARLI Üye	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	İzinli
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr.Emel İRGİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	İzinli
Doç.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd.Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Raportör	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER Üye	Tıp Tarihi ve Etik	UÜ.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uz.Dr.Serhat YALÇINKAYA Üye	Göğüs Cerrahisi	Bursa Yüksek İhtisas EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	İzinli
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ecz.Zeynep Gözde SÖZER Üye	Eczacı	UÜ.SUAM	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbet Meslek	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	İzinli

* Toplantıda Bulunma

(Ek-7)

Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği'nin 18. Genel Kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964) benimsenmiş, 29. Genel Kurulunda (Tokyo, Japonya, Ekim 1975), 35. Genel Kurulunda (Venedik, İtalya, Ekim 1983), 41. Genel Kurulunda (Hong Kong, Eylül 1989), 48. Genel Kurulunda (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996), 52. Genel Kurulunda (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000) 53. Genel Kurulunda (Washington 2002-29. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.) 55. Genel Kurulunda (Tokyo 2004-30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.) 59. Genel Kurulunda (Seul, Ekim 2008) ve 64. Genel Kurulunda (Fortaleza, 2013) geliştirilmiştir.

Giriş

1. Dünya Tıp Birliği, insanlardan elde edilen ve kime ait olduğu belirlenebilen materyal veya veriler üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere, gönüllülerin yer aldığı tıbbi araştırmalar için etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir.

Bildirge bir bütün olarak ele alınmalı ve içerdiği maddeler, ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurularak uygulanmalıdır.

2. Bildirge, Dünya Tıp Birliği'nin göreviyle tutarlı olarak en başta hekimlere yöneliktir. Dünya Tıp Birliği, gönüllüler üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda yer alan diğer tarafları da bu ilkeleri benimsemeye teşvik etmektedir.

Genel İlkeler

3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastanın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın yararına göre davranması gerektiği"ni bildirir.

4. Hekimin görevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılan gönüllüler de dahil olmak üzere, insan sağlığını, esenliğini ve haklarını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgisi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

5. Tıbbi ilerlemeler, en sonunda insanlar üzerinde yapılan çalışmaları da içermek zorunda olan araştırmalara dayanır.

6. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Kanıtlanmış en iyi girişimler bile güvenlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

7. Tıbbi araştırma, üzerinde araştırma yapılan tüm gönüllülere saygıyı destekleyen ve temin eden, onların sağlığını ve haklarını koruyan etik standartlara tabidir.

8. Tıbbi araştırmanın birincil amacı yeni bilgi üretmek olduğu halde, bu amaç araştırmaya katılan gönüllülerin bireysel haklarından ve çıkarlarından asla üstün tutulamaz.

9. Gönüllülerin yaşamını, sağlığını, onurunu, bütünlüğünü, kendisi ile ilgili karar verme hakkını, mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak, tıbbi araştırmalarda yer alan hekimlerin görevidir. Gönüllüleri koruma sorumluluğu her zaman hekim veya diğer sağlık mesleği uzmanına aittir ve olur vermiş olsalar bile asla gönüllülere ait değildir.

10. Hekimler, gönüllüler üzerindeki araştırmalar konusunda kendi ülkelerinde yürürlükte olan etik, yasal ve düzenleyici kurallar ile standartların yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları da göz önünde bulundurmak zorundadır. Hiçbir ulusal veya uluslararası etik, yasal veya düzenleyici kural, bu bildirgede bulunan ve gönüllülerin korunmasına yönelik olan herhangi bir hükmü zayıflatamamalı veya ortadan kaldıramamalıdır.

11. Tıbbi araştırmalar, çevreye verilebilecek olası zararı en aza indirecek şekilde yürütülmelidir.

12. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca etik ve bilimsel açıdan uygun eğitime, yetiştirmeye ve niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır.

13. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen gruplara, araştırmaya katılım konusunda uygun erişim sağlanmalıdır.

14. Tıbbi araştırma ile sağlık hizmetini birlikte yürüten hekimler, ancak bunun koruyucu, tanısal veya tedavi edici yönden değerli olabileceği durumlarda ve gönüllü olacak hastaların sağlığının bu durumdan olumsuz etkilenmeyeceği konusunda makul gerekçelere sahip olmaları halinde, hastalarını araştırmalarına dahil etmelidir.

15. Bir araştırmada yer almaları nedeniyle zarar gören gönüllülere uygun tazminat ve tedavi temin edilmek zorundadır.

Riskler, Sakıncalar ve Yararlar

16. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda, girişimlerin çoğu riskler ve sakıncalar içermektedir.

Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca amacın taşıdığı önem gönüllülerin maruz kalacakları risklere ve sakıncalara ağır bastığında yapılmalıdır.

17. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde, araştırmaya katılan bireylere veya gruplara yönelik öngörülebilir riskler ve sakıncalar; kendilerinin ve araştırma konusu olan durumdan etkilenen diğer bireylerin veya grupların göreceği tahmin edilebilen faydayla karşılaştırılarak dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir.

Riskleri en düşük düzeyde tutacak önlemler alınmalıdır. Riskler, araştırmacı tarafından sürekli olarak izlenmeli, değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

18. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde bunlarla baş edilebileceğinden emin olmadıkça, gönüllüler üzerindeki araştırmalarda yer almamalıdır. Hekimler, saptanan riskler yararlılardan daha fazla olduğunda veya olumlu ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtlara ulaşıldığında, araştırmayı derhal sona erdirmelidirler.

Risklerin potansiyel yararları ağır bastığı görüldüğünde veya kesin sonuçlara ilişkin yeterli kanıt elde edildiğinde; hekimler çalışmaya devam etmeyi, çalışmayı değiştirmeyi veya hemen durdurmayı değerlendirmelidir.

İstismara Açık Gruplar ve Bireyler

19. Bazı gruplar ve bireyler özellikle istismara açıktır, bu grup ve kişilerin istismar edilme veya ek zarar görme olasılıkları daha fazla olabilir.

İstismara açık tüm gruplara ve bireylere, özel olarak düşünülmüş koruma sağlanmalıdır.

20. İstismara açık bir grup üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca söz konusu grubun sağlık gereksinimlerine ve önceliklerine yanıt verir özellikte olmaları ve istismara açık olmayan başka bir grup üzerinde yürütülemeyecek olmaları halinde kabul edilebilir. Ek olarak, bu grup araştırmadan elde edilen bilgilerden, uygulamalardan veya girişimlerden yarar görmelidir.

Bilimsel Gereklikler ve Araştırma Protokolleri

21. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar; genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, kapsamlı bilimsel literatür bilgisini, ilgili diğer bilgi kaynaklarını, yeterli laboratuvar ve uygun hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik haline saygılı olunmalıdır.

22. Gönüllüler üzerinde yapılacak bütün araştırmaların tasarım ve uygulaması, araştırma protokolünde açık bir şekilde tanımlanmalı ve gerekçelendirilmelidir.

Protokol, dikkate alınan etik düşüncelere ilişkin bir beyan içermeli ve bu bildirgede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol; finansmanı, destekleyiciyi/destekleyicileri, kurumsal bağları, olası çıkar çatışmalarını, gönüllülerle

sunulan teşvikleri ve araştırmaya katılmaları sonucu zarar görebilecek gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir.

Protokol, gönüllülerin araştırma sürecinde gördüğü tedavilere araştırmadan sonra da devam edebilmeleri veya diğer uygun tedavi veya faydalara erişimleri konusundaki düzenlemeleri tanımlamalıdır.

Klinik çalışmalarda protokol, ayrıca, çalışma sonrası sağlanacak olanaklarla ilgili uygun düzenlemeleri de tanımlamak zorundadır.

Araştırma Etik Kurulları

23. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için ilgili araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul, işleyişinde saydam olmak; araştırmacı, destekleyici ve diğer unsurlardan bağımsız olmak ve gerekli nitelikleri taşımak zorundadır. Kurul, araştırmanın yapıldığı ülke veya ülkelerin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları dikkate almalı, ancak bunlar bu bildirmede gönüllülerin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya yok saymamalıdır.

Etik Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili bilgileri kurula sunmak zorundadır. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokolda hiçbir değişiklik yapılamaz.

Çalışma bittikten sonra, araştırmacılar, çalışmanın bulgularını ve sonuçlarını içeren bir nihai raporu etik kurula sunmak zorundadır.

Mahremiyet ve Gizlilik

24. Araştırmaya katılan gönüllülerin mahremiyetinin ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için her türlü önlemin alınması gerekir.

Bilgilendirilmiş Olur

25. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip bireylerin araştırmaya katılımları gönüllü olmalıdır. Her ne kadar aile üyelerine veya toplum liderlerine danışmak uygun görülse de, bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip hiçbir birey, serbest iradesi ile kabul etmedikçe hiçbir araştırma çalışmasına dahil edilemez.

26. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip bireyler üzerinde yapılacak bir araştırmada her gönüllü adayının; benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar, olası tehlikeler, araştırmacının vereceği rahatsızlıklar, çalışma sonrası sağlanacak olanaklar ve çalışmanın diğer ilgili yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmesi zorunludur. Gönüllü adayının; araştırmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir

zamanda katılım olurunun geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmesi zorunludur. Gönüllü adaylarının özgül bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere de özel dikkat gösterilmelidir.

Gönüllü adayının bu bilgileri anlaması temin edildikten sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gönüllünün serbest iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş olurunun almak zorundadır. Eğer, onay yazılı olarak alınamıyor ise; gönüllü olurunun, tanık huzurunda resmi olarak belgelenmesi zorunludur.

Tüm tıbbi araştırma gönüllülerine, çalışmanın genel sonuçları ve bulguları hakkında bilgilendirilme seçeneği sunulmalıdır.

27. Bir araştırma için bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınırken, hekim, kendisiyle gönüllü arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı veya baskı altında olur verilip verilmediği konusunda özellikle dikkatli olmak zorundadır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, bilgilendirilmiş gönüllü olurunun; tamamen bu konunun dışında olan ve konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir kişi tarafından alınması zorunludur.

28. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip olmayan bir gönüllü adayı söz konusu olduğunda, hekim bu kişinin kanunî temsilcisinden olur almak zorundadır. Bu bireyler; ilgili araştırmanın gönüllü adayı tarafından temsil edilen bir grubun sağlığını ilerlettiği, bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip gönüllülerle gerçekleştirilemediği ve araştırmanın gönüllüye sadece en az derecede risk ve sakınca getirdiği durumlar dışında, kendilerine fayda sağlaması ihtimali olmayan bir araştırmaya dahil edilemez.

29. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip olmayan bir gönüllü adayı, araştırmaya katılma kararı hususunda olur verebiliyorsa; hekim, kanunî temsilcinin onayına ek olarak gönüllünün olurunun da almak zorundadır. Gönüllü adayı ret kararı vermiş ise buna saygı duyulmalıdır.

30. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme yetisi bulunmayan gönüllü içerecek bir araştırma, ancak bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonunun zorunlu bir karakteristik özelliği olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda kanunî temsilcinin bilgilendirilmiş gönüllü olurunun almak zorundadır. Eğer böyle bir temsilci mevcut değilse ve araştırma ertelenemiyorsa; bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermelerini engelleyen durumda olan gönüllüleri araştırmaya dahil etmenin özel gerekçelerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bunun bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma, bilgilendirilmiş gönüllü oluru olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur, gönüllüden veya kanunî temsilcisinden mümkün olan en kısa sürede alınmak zorundadır.

31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmek zorundadır. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması, hekim hasta ilişkisini asla olumsuz etkilememesi zorunludur.



32. Biyo-bankalarda veya benzeri depolama yerlerinde bulundurulmuş materyal veya veriler gibi kime ait olduğu belirlenebilen materyal veya verilerin kullanılacağı bir tıbbi araştırma için hekim; verilerin toplanması, analizi, saklanması ve/veya yeniden kullanımı konusunda onay almak zorundadır. Bu onayın elde edilmesinin söz konusu araştırma için olanaksız olduğu veya pratik olmadığı istisnai durumlar olabilir. Bu durumlarda araştırma, yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

Plasebo Kullanımı

33. Yeni bir girişimin; yararları, riskleri, sakınca ve etkililiği, aşağıdaki durumlar dışında, kullanılmakta olan kanıtlanmış en iyi girişim(ler)le karşılaştırılarak denenmelidir:

Mevcut kanıtlanmış yöntemin olmadığı durumlarda plasebo kullanımı veya hiçbir girişimde bulunulmaması kabul edilebilir; veya,

Kanıtlanmış en iyi yöntemden daha az etkili bir girişimde bulunmanın veya plasebo kullanmanın veya hiçbir girişimde bulunmamanın, bir girişimin etkililiğini veya güvenliliğini saptamak için gerekli olduğuna dair reddedilemez ve bilimsel açıdan sağlam yöntemsel gerekçeler bulunduğunda,

ve kanıtlanmış en iyi yöntemden daha az etkili girişim uygulanacak veya plasebo verilecek veya hiçbir girişimde bulunulmayacak hastaların, kanıtlanmış en iyi girişimin uygulanmamasına bağlı olarak, ilave ciddi veya geri dönüşsüz zarara uğramayacak olmaları halinde.

Bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için azami dikkat gösterilmelidir.

Çalışma Sonrası Sağlanacak Olanaklar

34. Klinik bir deneme öncesinde; destekleyiciler, araştırmacılar ve ev sahibi ülke hükümetleri, tüm katılımcıların deneme sırasında yararlı olduğu saptanan girişimlere araştırma sonrasında da erişimlerini sağlayacak düzenlemeler yapmalıdır. Bu bilginin bilgilendirilmiş olur alma sürecinde katılımcılara da açıklanması zorunludur.

Araştırmaların Kayıt Edilmesi, Bulguların Yayımlanması ve Yaygınlaştırılması

35. İnsanlar üzerinde yapılacak her araştırma, ilk gönüllü araştırmaya dahil edilmeden önce kamuya açık bir veritabanına kaydedilmelidir.

36. Araştırmacılar, yazarlar, destekleyiciler, editörler ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayımlanmasına ve yaygınlaştırılmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırmacıların, gönüllüler üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını toplumsal kullanıma sunma görevi bulunmaktadır ve yazarlar, raporlarının doğru ve

eksiksiz olmasından sorumludurlar. İlgili tüm taraflar, kabul edilmiş etik raporlama kılavuzlarına bağlı kalmalıdır. Araştırmadan elde edilmiş olumsuz ve yetersiz sonuçlar da, olumlu sonuçlar gibi, yayımlanmak veya başka yollarla topluma duyurulmak zorundadır. Finansman kaynakları, kurumsal bağlar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmek zorundadır. Bu Bildirgede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirileri yayına kabul edilmemelidir.

Klinik Uygulamalarda Kanıtlanmamış Girişimlerin Kullanımı

37. Bir hastalığın tedavisinde kanıtlanmış girişimler mevcut değilse veya bilinen diğer girişimler etkisiz olmuşsa; hekim, hayat kurtarma, sağlığı düzeltme veya acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanaatinde olursa uzman görüşüne başvurmak ve hastadan veya yasal temsilcisinden bilgilendirilmiş olur almak kaydıyla, kanıtlanmamış bir girişimi hastaya uygulayabilir. Bundan sonra, bu girişim, güvenilirlik ve etkililik açısından araştırma konusu yapılmalıdır. Bütün vakalarda, yeni bilgilerin kayıt edilmesi zorunludur ve bu bilgiler, uygun olduğu durumlarda, kamuya açık hale getirilmelidir.



11. İZİNLER

(Ek-8)

07/07/2014

ANABİLİ DALI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Travmatik ve non-tavmatikomurlik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırması adlı çalışmanın anabilim dalı başkanı olduğum Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde yapılması planlandığı konusunda bilgilendirildim ve onayım alınmıştır.

Prof.Dr.Selçuk YILMAZLAR
Uludağ Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi A.D.
Dip.No: 2508/86-000-0443
Tels.No: 32089-42544

(Ek-9)

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22 Rev. No : 02	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010 Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	Sayfa : 1 / 2

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi tarafından yürütülen “ Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması ” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.


 Araştırma Sorumlusu
 (Adı, Soyadı-Ünvanı-İmzası)
 Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu

Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dilde anlatılmalıdır)

Bu çalışmanın ana amacı, travmatik (omurilik hasarına trafik kazaları, yüksekten düşme, spor yaralanmaları vb. olayların neden olduğu durumlar) ve non-travmatik (omurilik hasarına enfeksiyonun, damarsal bir bozulmanın ya da omurilikte meydana gelen kitle vb. oluşumların neden olduğu durumlar) omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete (kaygı, bunalım, endişe veya sıkıntı her insan tarafından zaman zaman yaşanan korkuya benzer bir duygu) belirtilerini belirlemektir. İkinci amaç ise bu bireylerin umutsuzluk ve başa çıkma yöntemlerini belirleyerek psikiyatri hemşireleri ve KLP hemşirelerine (hastane ortamındaki hastaların psikolojik gereksinimlerini karşılamakla sorumlu hemşireler) bu hastalara yaklaşımda öneriler sunmaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(Gönüllüye verilecek anket formlarının kaç sorudan oluştuğu, nasıl ve ne zaman doldurulacağı, doldurma esnasında gönüllünün dikkat etmesi gereken noktalar, anket sorularını yanıtlarken yaklaşık ne kadar zamana gereksinim olduğu vb. yazılmalıdır)

Toplam 111 sorudan oluşan 5 adet anket uygulanacaktır. Anket formlarını nasıl dolduracağınız formlarda anlatılmıştır, anket formlarını doldurmanız ortalama bir saatinizi alacaktır. Formları doldururken dikkatli okumanız, hiçbir baskı altında kalmadan ve verdiğiniz cevapların gizli kalacağından emin olarak doldurmanız rica olunur.

Çalışmanın adı: Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması

Tarih:

 07.07.2014

Uludağ Üniversitesi
 Tıp Fakültesi
 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
 tarafından onaylanmıştır.
 Tarih : 8.7.2014
 Karar No : 2014-14/26

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22 Rev. No : 02	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010 Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	Sayfa 2 / 2

Araştırmanın Süresi: Bir yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200 kişi

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
 Beyin ve Sinir Cerrahisi AD. Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu
 Klinisyen hemşire Yağmur Yıldırım

Uludağ Üniversitesi
 Tıp Fakültesi
 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
 tarafından onaylanmıştır.
 Tarih : 8.7.2014
 Karar No : 2014-14/26
 f

(Handwritten signature)

Çalışmanın adı: Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması
 Tarih: 07.07.2014.

(Ek-10)

	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HYH-20 Rev. No : 01	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010 Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011	Sayfa 1 / 4

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın

Sizi Uludağ üniversitesi tıp fakültesi araştırma ve uygulama hastanesi beyin ve sinir cerrahisi kliniğinin (araştırmanın yapıldığı yer-merkez)'de yürütülen "travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı-Soyadı-Ünvanı-imza)
Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu

Araştırmanın Amacı:

(Çalışmanın araştırma amaçlı olduğu mutlaka belirtilmeli, gönüllünün anlayabileceği sade bir dil kullanılmalı ve kısaltılmış ifadeler açıklanmalıdır).

Bu çalışmanın ana amacı, travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerini belirlemektir. İkinci amaç ise bu bireylerin umutsuzluk ve başa çıkma yöntemlerini belirleyerek psikiyatri hemşireleri ve KLP hemşirelerine bu hastalara yaklaşımda öneriler sunmaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler -invazif olsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmeli, kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin alınma sıklığı ve miktarları, alınma şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka yazılmalıdır)

Çalışmaya katılan bireylere psikiyatrik belirtilerin olup olmadığını ölçen birkaç anket doldurtulacaktır. Bu işlem çalışmaya katılan bireylerin ortalama bir saatini alacaktır.

Çalışmanın adı: travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde psikiyatrik belirtiler

Tarih: 07.07.2014

	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HYH-20	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 2 / 4
Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011		

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi AD. Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Doç Dr. Fatma Yasemin Kutlu
Klinisyen hemşire Yağmur Yıldırım

Araştırmanın Süresi: Bir yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200 kişi

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)
Araştırmaya katılan bireylerin depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ölçülecek, gerek görüldüğü takdirde bu konuda gerekli bakımı almaları planlanacaktır.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık (örneğin ağrı, enfeksiyon riski, tedavideki olası başarısızlık vb) açıkça belirtilmelidir. Minimal riskten fazla bir riski bulunan araştırmalarda bunun nasıl giderileceği veya tedavi edileceği açıkça belirtilmelidir.)

Anketleri doldurmanız zaman alacağından sıkılabilir, yorulabilirsiniz.

Katılma ve Çıkma:

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.)

Çalışma masrafları araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

İletişim Kurulacak Kişi(ler): (Çalışma ile ilgili olarak bilgi alma veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumda günün 24 saatinde ulaşılabilir kişilerin isim ve telefon numaraları belirtilmelidir)

Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu, 0212 440 00 00/ 270 08
Yağmur Yıldırım, 0544 568 03 73

Çalışmanın adı: travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde psikiyatrik belirtiler
Tarih:

07.07.2014

	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HYH-20	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa 3 / 4
	Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011	

Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]
 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimim bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve diğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Çalışmanın adı: travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde psikiyatrik belirtiler

Tarih:

07.07.2014

	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HYH-20 Rev. No : 01	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010 Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011	Sayfa 4 / 4

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır

Çalışmanın adı: travmatik ve travmatik olmayan omurilik hasarlı bireylerde psikiyatrik belirtiler

Tarih: 07.07.2014



(Ek-10)

	ÜÜ-SK ARAŞTIRMA YAPAN VEYA BU ARAŞTIRMALARA KATILAN ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HYH-23	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011		

Lütfen bu dökümanı dikkatlice okumak için zaman ayırınız

“Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması” başlıklı araştırmaya katılan ve aşağıda imzası olan sorumlu ve yardımcı araştırmacılar olarak;

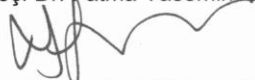
1. Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu ve araştırma süresince ulusal ve uluslar arası mevzuatlara uyacağımı ve gereklerini yerine getireceğimi,
2. Araştırma ekibini araştırma hakkında bilgilendirdiğimi
3. Hasta ve/veya sağlıklı gönüllülerden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru” (Aydınlatılmış Gönüllü Onam) alırken, gönüllüleri sözlü olarak da bilgilendireceğimi,
4. “Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru” (Aydınlatılmış Gönüllü Onam) formunda belirtilenler dışında gönüllüler üzerinde herhangi bir girişim yapmayacağımı,
5. Gönüllülerden elde edilen bilgi ve materyalleri araştırma protokolünde belirtilen amaçlar dışında kullanmayacağımı,
6. “Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru” (Aydınlatılmış Gönüllü Onam) formlarının bir nüshasını gönüllüye vereceğimi,
7. Yatarak tedavi gören hasta gönüllülerden alınan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru” (Aydınlatılmış Gönüllü Onam) formunun bir nüshasını hasta dosyasında “onamlar” separatörü altına yerleştireceğimi,
8. Elektronik hasta dosyası kullanan poliklinik hastaları ve sağlıklı gönüllülerden alınan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru” (Aydınlatılmış Gönüllü Onam) formunun bir nüshasını çalışma dosyasında saklayacağımı,
9. Çalışmanın etik onay alındıktan sonraki kesin başlama tarihini, çalışmada yapılan değişiklikleri, çalışmaya alınan gönüllülerin isim ve protokol numaralarını, gizlilik ilkesine uygun bir şekilde zamanında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na bildireceğimi
10. Araştırma sona erdikten sonra, 1 (bir) yıllık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasını Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunacağımı

beyan ve taahhüt ederim / ederiz.

Tarih: 07.07.2014

Araştırma Sorumluları (Unvanı, Adı, Soyadı ve imzası):

Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu



Yardımcı Araştırmacılar (Unvanı, Adı, Soyadı ve imzası):

Klinisyen hemşire Yağmur Yıldırım

**UÜ-SK ARAŞTIRMA YAPAN VEYA BU ARAŞTIRMALARA
KATILAN ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU**

Dok.Kodu : FR-HYH-23

İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010

Sayfa

Rev. No : 01

Rev.Tarihi : 19 Aralık 2011

2 / 2

TRAVMATİK VE NON TRAVMATİK OMURİLİK HASARLI BİREYLERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 10	% 8	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
2	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	linikpsikiyatri.org İnternet Kaynağı	% 1
4	hemsireliknew.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	dergiler.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	fizyoterapirehabilitasyon.org İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
8	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1

