



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

**SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARDA
STRESLE BAŞA ÇIKMA, ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Yücel Olgun

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2019



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARDA
STRESLE BAşA ÇIKMA, ALGILADIğI SOSYAL DESTEK
VE İLİşKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Yücel Olgun

TEZ DANIşMANI

Doç. Dr. Halim Yılmaz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA/2019

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın ve uzmanlık eğitimimin her aşamasında yakın desteğini gördüğüm, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tez danışmanım sayın hocam Doç. Dr. Halim YILMAZ'a, uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle yetişmemde değerli katkıları bulunan sayın hocam Doç. Dr. Halil Ekrem AKKURT'a, rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım saygıdeğer hocalarıma, görevim süresince birlikte çalıştığım değerli uzmanlarımıza, asistan arkadaşlarıma, bölüm hemşirelerimize, fizyoterapistlerimize, sekreterlerimize ve tüm yardımcı personelimize teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca bu süreçte desteğini hep yanımda hissettiğim annem, ağabeyime de sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yücel OLGUN

ÖZET

SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARDA
STRESLE BAŞA ÇIKMA, ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER
(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Yücel OLGUN

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON KLİNİĞİ

AMAÇ: Spinal kord yaralanması (SKY); omuriliğin normal motor, duyuşal veya otonomik fonksiyonlarını geçici veya kalıcı olarak bozulmasına neden olabilen yıkıcı bir hastalıktır. SKY kişinin kendine bakım, mobilite, bağırsak ve mesane bakımı gibi günlük yaşam aktivitelerinde zorluğa neden olarak kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu hastalar başta fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları olmak üzere birçok branş hekimi tarafından mobilizasyonu artırmak ve eşlik eden komplikasyonları önlemek için hayatı boyunca yakından takip edilmektedir. Ancak genellikle mobilizasyon ve komplikasyonlara yönelik artmış dikkate rağmen, SKY’li hastalar evlerinde veya hastaneden ayrılınca zorlu yaşamları ile baş başa kalmaktadır. Bu andan itibaren hasta yoğun sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Eşlik eden sorunlar kompleksi ile uğraşabilmek için etkin stres ile başetme yöntemlerine gereksinim duymaktadır. Bu çalışmanın amacı SKY’li hastaların algıladığı sosyal destek ve etkin stres ile başetme yöntemleri geliştirip ve geliştiremediğinin sorgulanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran, klinik ve radyolojik SKY tanısı konulan 18-65 yaş arası 76 hasta ve 74 sağlıklı birey çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol

grubunun yaş, cinsiyet, boy, kilo, gelir düzeyi, eğitim durumu, evlilik durumu, aile yapısı, sosyal güvencesi, çalışma durumu, kiminle yaşadığı gibi sorularla sosyodemografik durumu belirlendi. Hastaların detaylı fizik muayeneleri yapıldı ve klinik özellikleri belirlendi. Hasta grubunda, SKY'yi sınıflandırmak için ASIA Bozukluk Skalası, engellilik durumunu değerlendirmek için CHART-SF (The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique - Short Form) ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ) kullanıldı. Hasta ve kontrol grubunda algıladığı sosyal destek Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), stresle başa çıkma tarzları Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), anksiyete düzeyi Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), yaşam kalitesi WHOQOL-BREF-TR (The World Health Organization Quality of Life-BREF) skalası ve genel vücut ağrısı Vizüel Analog Skala (VAS) (0-10 cm) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hasta grubunda kontrol grubuna göre yaralanma seviyesinden bağımsız olarak yaşam kalitesinin her alanda azaldığını, depresyon, ağrı, anksiyete düzeyinin arttığını tespit ettik. Hasta grubunda stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımı ve algıladığı sosyal destek aile, arkadaş, özel insan bakımından azaldığını bulunduk. İlaveten hasta grubunda SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı ile ÇBASDÖ aile, özel insan ve toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Depresyonu olan SKY hastalarında SBTÖ kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım azalırken; çaresiz yaklaşımının arttığı bulundu.

SONUÇ: SKY hastalarında kontrollere göre stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımı ile algıladığı sosyal destek aile, arkadaş, özel insan bakımından azaldığını tespit ettik. Bu nedenle bu hastaların takipleri ve tedavileri sırasında stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek üzerinde daha fazla durulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Spinal kord yaralanması, algıladığı sosyal destek, stresle başa çıkma

ABSTRACT

AIM: Spinal cord injury (SCI); It is a destructive disease that can cause temporary or permanent impairment of normal motor, sensory or autonomic functions of the spinal cord. SCI can cause difficulties in daily life activities such as self-care, mobility, bowel and bladder care. These patients are followed closely by many physicians, especially physical medicine and rehabilitation specialists, to improve mobilization and prevent comorbid complications. However, in spite of the increased consideration for mobilization and complications, patients with SCI remain alone with their difficult life at their home or when they leave their hospital. From this moment onwards, the patient needs intensive social support. In order to deal with accompanying problems complex, it is necessary to effective ways of cope with stress. The aim of this study was to investigate whether the patients with SCI developed perceived social support and effective methods coping stress and to determine the related factors.

MATERIALS AND METHODS: 76 patients aged between 18-65 years who were admitted to the Konya Education Research Hospital Physical Medicine and Rehabilitation outpatient clinic with clinical and radiological diagnosis of SCI and 74 healthy individuals were included in the study. Sociodemographic status of the patient and control groups were determined by questions such as age, sex, height, weight, income level, educational status, marital status, family structure, social security status, working status, with whom lives. Detailed physical examination was performed and clinical features were determined. In the patient group, ASIA Impairment Scale was used to classify SCI, CHART-SF (The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique - Short Form) was used to evaluate the disability status, and Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL) was used to evaluate the activities of daily living. In the patient and control groups; Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) to assess perceived social support, Scale of Ways of Coping with Stress to assess ways of coping with stress, Beck Depression Inventory (BDI) to assess depression level, Beck Anxiety Inventory (BAI) to assess anxiety level, WHOQOL-

BREF-TR (The World Health Organization Quality of Life-BREF) to assess quality of life, Visual Analog Scale (VAS) (0-10 cm) to assess body pain was used.

RESULTS: In the patient group, regardless of the level of injury we found that the quality of life decreased in all areas, the level of depression, pain, and anxiety increased compared to the control group. In the patient group, the ways of coping with stress-in terms of social support search approach-and the perceived social support-in terms of family, friends, special person-found to be reduced. In addition, there was a positive correlation between SBTÖ social support search approach and MSPSS family, special person and total scores in the patient group. In SCI patients with depression, while the self-confident approach and the optimistic approach were decreasing; helpless approach increased.

CONCLUSION: We found that the ways of coping with stress in terms of social support search approach-and perceived social support in terms of family, friend and special person decreased compared to controls inpatients with SCI. Therefore, we think that should be more focus on ways of coping with stress and perceived social support during follow up and treatment of these patients.

KEYWORDS: Spinal cord injury, perceived social support, coping with stress

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 SPİNAL KORD YARALANMASI	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji ve Etyoloji	3
2.1.4. Spinal Kord Anatomi	4
2.1.5. Fizyopatoloji	5
2.1.6. Klinik Muayene ve Sınıflama	6
2.1.7. ASIA Bozukluk Skalası	7
2.1.8. İnkomplet Spinal Kord Yaralanma Sendromları	8
2.1.9. Lezyon Seviyesine Göre Hedeflenen Fonksiyonel Durum	9
2.1.10. Prognoz	10

2.1.11. Rehabilitasyon Sürecinde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlar	10
2.1.11.1. Pulmoner Problemler	10
2.1.11.2. Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli	11
2.1.11.3. Otonomik Disfonksiyon	11
2.1.11.4. Heterotopik Ossifikasyon	12
2.1.11.5. Nörojen Mesane ve Genitoüriner Komplikasyonlar	13
2.1.11.6. Nörojenik Barsak ve Gastrointestinal Problemler	13
2.1.11.7. Seksüel Sorunlar ve İnfertilite	14
2.1.11.8. Bası yaraları	15
2.1.11.9. Spastisite	15
2.1.11.10. Ağrı	16
2.1.11.11. Siringomiyeli	17
2.1.11.12. Psikolojik Sorunlar	17
2.2. STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA	17
2.2.1. Stres Kavramı	17
2.2.2. Genel Adaptasyon Sendromu	17
2.2.3. Stresle Başa Çıkma	18
2.3. SOSYAL DESTEK	19
2.3.1. Sosyal Destek Türleri	19
2.3.1.1. Duygusal Destek	19
2.3.1.2. Bilişsel Destek	19
2.3.1.3. Eşlik Etme Desteği	20

2.3.1.4. Araçsal Destek	20
2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları	20
2.3.3. Algılanan Sosyal Destek	20
2.3.4. Sosyal Destek Modelleri	21
2.3.4.1. Temel Etki Modeli	21
2.3.4.2. Tampon Etki Modeli	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. OLGULAR	22
3.2. DEĞERLENDİRME	23
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	63
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER	74
8.1. EK-1 ANKET FORMU	74

SİMGELER ve KISALTMALAR

SİMGELER

n	Olgu sayısı
p	İstatistiksel bir hipotez testinin olasılık değeri
r	Korelasyon katsayısı
SS	Standart sapma

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASIA	American Spinal Injury Association
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BGYAİ	Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
CHART-SF	Craig Handicap Assessment and Reporting Technique–SF
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği
DVT	Derin ven trombüsü
ED	Eretil disfonksiyon
GYA	Günlük yaşam aktiviteleri
NSAİİ	Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç
OD	Otonomik disrefleksi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SKY	Spinal kord yaralanması
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
VAS	Vizüel Analog Skala
VKİ	Vücut kitle indeksi
WHOQOL-BREF-TR	The World Health Organization Quality of Life–BREF-TR

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1:	Araştırmaya dahil edilme kriterleri
Tablo 2:	Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri
Tablo 3:	Hasta ve kontrol gruplarına göre klinik ve demografik özellikler
Tablo 4:	Hasta ve kontrol gruplarının göre demografik özellikler
Tablo 5:	Hasta ve kontrol gruplarının BAÖ ve BDÖ skorları
Tablo 6:	Hasta ve kontrol gruplarının göre WHOQOL-BREF-TR ölçeği değerleri
Tablo 7:	Hasta ve kontrol gruplarına ilişkin SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
Tablo 8:	SKY’li hastaların yaralanma seviyelerine göre klinik değerleri
Tablo 9:	SKY’li hastaların yaralanma seviyelerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
Tablo 10:	SKY’li hastaların yaralanma seviyelerine göre WHOQOL-BREF-TR değerleri
Tablo 11:	SKY’li hastaların ASIA evrelerine ilişkin SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
Tablo 12:	SKY’li hastaların depresyon durumuna ilişkin SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
Tablo 13:	SKY’li hastaların depresyon durumuna ilişkin WHOQOL-BREF-TR değerleri
Tablo 14:	SKY’li hastaların demografik ve toplam ölçek puanları arasındaki ilişkiler
Tablo 15:	SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki

- Tablo 16:** SKY’li hastaların cinsiyetlerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 17:** SKY’li hastaların medeni durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 18:** SKY’li hastaların yaş gruplarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 19:** SKY’li hastaların eğitim durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 20:** SKY’li hastaların çalışma durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 21:** SKY’li hastaların gelir durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 22:** SKY’li hastaların yaralanma sürelerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri
- Tablo 23:** SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ ile WHOQOL-BREF-TR arasındaki ilişkiler
- Tablo 24:** SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ ile CHART-SF toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkiler
- Tablo 25:** SKY’li hastaların CHART-SF ile WHOQOL-BREF-TR boyutları arasındaki ilişkiler

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1:** Spinal kord yaralanması nedenlerine ilişkin bulgular
- Şekil 2:** ÇBASDÖ toplam ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler alt boyutu arasındaki ilişki
- Şekil 3:** ÇBASDÖ toplam ile SBTÖ sosyal destek alt boyutu arasındaki ilişki
- Şekil 4:** ÇBASDÖ toplam ile BGYAİ arasındaki ilişki



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Spinal kord yaralanması (SKY); omuriliğin normal motor, duyuşal, otonomik fonksiyonlarının geçici veya kalıcı olarak bozulmasına neden olabilen bir hastalıktır. SKY insanın karşılaşılabileceği en ağır engellilik durumlarından birisidir. SKY ve beraberinde getirdiği fiziksel, ruhsal, maddi ve sosyal sorunlar, bireyle birlikte toplumu ilgilendiren sorunlardır (1,2). Geçmişe baktığımızda, SKY'lilerin tedavisinde asıl amacın hastayı hayatta tutmak olduğunu görmekteyiz. Bu amaç doğrultusunda, gelişen ilk yardım olanakları, hasta bakımının kalitesinin artırılması, komplikasyonlara karşı yapılan erken müdahaleler ile hastaların yaşam süresi artmaktadır. Bununla birlikte hekimler artık hastanın fiziksel sağlığının yanında ruhsal, sosyal sağlığına, fonksiyonelliğine yaşam kalitesine yani hastanın sosyal desteğine stresle başa çıkmasına önem vermeye başlamışlardır (2,3).

Spinal kord yaralanması; fiziksel, psikolojik, sosyal ve toplumsal yıkıcı etkiye neden olan bir hastalıktır. Hastaların bu yıkıcı etki ile başa çıkma yeteneği ve sosyal desteğin rolü hasta ve toplum için önem teşkil etmektedir. Doğal destek sistemlerinin ruhsal problemlerin çözümlerinde olumlu veya olumsuz yönde önemli etkileri olduğu ifade edilmektedir. Psikolojik veya bedensel sağlık ile sosyal destek arasında olumlu ilişki olduğunu belirten birçok araştırma yapılmıştır (4-6).

Stresle başa çıkma; stresli durumla karşılaşan kişinin etrafından gelen isteklerin üstesinden gelebilmesi için kendisinin geliştirdiği davranışsal ve bilişsel çabalar olarak belirtilmektedir (7). Folkman ve Lazarus'un Stresle Başa Çıkma Modelinde başa çıkma çabaları, duygu odaklı ve problem odaklı olmak üzere ikiye ayrılır. Problem odaklı başa çıkma, tehdit oluşturan durumu yok etmeye veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içerir. Duygu odaklı başa çıkmada ise, insanın kendisi için stres verici neden ile mücadele etmek yerine, stres verici nedeninin etkisini azaltmak için tehdit edici olayın gerçekliğini inkar etme, problemden uzak durma ve hissettiği kötü duyguları paylaşma gibi etkinlikleri içerir (8,9).

Spinal kord yaralanmasının görüldüğü yaş ortalaması 31.7 bulunmuştur (10). Bireyler hayatının en üretken döneminde SKY geçirebilmekte ve özellikle komplet

yaralanması olanlar yürümesini kaybetmekte, genellikle tekerlekli sandalyeye ve yakınlarının bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bu hastalar başta fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları olmak üzere birçok branş hekimi tarafından özellikle mobilizasyonu artırmak ve eşlik eden komplikasyonları önlemek için hayatı boyunca yakından takip edilmektedir. Ancak genellikle mobilizasyon ve komplikasyonlara yönelik artmış dikkate rağmen, SKY'li hastalar evlerinde veya hastaneden ayrılınca zorlu yaşamları ile baş başa kalmaktadır. Bu andan itibaren hasta sosyal desteğe yoğun gereksinim duyar. Eşlik eden sorunlar kompleksleri ile uğraşabilmek için etkin stres ile baş etme yöntemlerine gerek duyar (1,2,8). SKY'li hastaların algıladığı sosyal destek ve etkin stres ile baş etme yöntemleri geliştirip ve geliştiremediği yönünde kapsamlı ve yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı ile SKY'li hastaların algıladığı sosyal destek ve etkin stres ile baş etme yöntemleri geliştirip ve geliştiremediğinin sorgulanması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SPİNAL KORD YARALANMASI

2.1.1. Tanım

Spinal kord yaralanması; omuriliğin normal motor, duyuşal veya otonomik fonksiyonlarını geçici veya kalıcı olarak bozulmasına neden olur. SKY'li kişinin kendine bakım, mobilite, bağırsak ve mesane bakımında önemli fonksiyon bozukluğuna neden olan bireyin yaşamını tamamen değiştiren klinik bir durumdur. SKY genellikle kalıcı ve yıkıcı nörolojik defisit ve sakatlığa neden olur. SKY hastalarının bakımında öncelik sakatlılığa bağlı komplikasyonların önlenmesidir. Destekleyici bakımın SKY ile ilgili komplikasyonları azalttığı gösterilmiştir (11,12).

2.1.2. Tarihçe

Spinal kord yaralanması ile ilgili ilk kayıtlar yaklaşık 5000 yıl öncesine dayanmaktadır. Bulunmuş ilk dikkate değer antik belge Edwin Smith Cerrahi Papirus kayıdır ve milattan önce 3000 yılında yazıldığı öngörülmekte olup, belgede quadriplesjik hastalar detaylı tasvir edilmiş ve “tedavi edilemeyen bir hastalık” olarak tanımlanmıştır (13).

SKY, binlerce yıldır hastayı hızlıca ölüme götüren bir hastalık olarak bilinirken, son yüz yılda erken rehabilitasyon yaklaşımlarındaki gelişmeler neticesinde yaşam süresi uzamıştır. Artık SKY'lı hastalar hayatta kalmasının yanında, üretken ve toplum içinde sosyal bir yaşam sürebilmektedirler (14).

2.1.3. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Spinal kord yaralanması insidansı, prevalansı, yaralanma şiddeti, etiyolojisi, cinsiyet dağılımı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (15). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre ABD'de toplam 1.3 milyon SKY'li birey yaşamaktadır. Yine ABD verilerine göre erkek/kadın oranı 4/1, prevalans 350.000 ve yıllık insidans ise milyonda 40 olarak tahmin edilmektedir (16,17). Türkiye çapında

yıllık insidans milyonda 12.7 olarak tahmin edilmektedir ancak ülke genelinde veri tabanı eksikliği nedeniyle kesin rakamlara ulaşamamaktadır (18).

Spinal kord yaralanma yaşı; 16-30 yaş aralığında en fazla görülmekle birlikte, bu yaralanmaların %80'den fazlasında erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Ancak 15 yaş altında SKY daha az görülmüştür (16). Türkiye'de travmatik SKY yaşı ortalama 35.5, erkeklerin kadınlara oranı 2,5 olarak bildirilmiştir (18). Travmatik olmayan SKY'sinde ise yaş arttıkça insidans artmaktadır (19).

Travmatik SKY en sık trafik kazası (%42-51), düşme (%24-27), şiddet (%15) ve spor (%7) nedeni ile gerçekleşmektedir (16,20). ABD verilerine göre yaralanma seviyesi yönünden tetrapleji daha sık görülmekte iken, Türkiye'de parapleji daha sık görülmektedir. Yine ülkemizde en sık yaralanma seviyesi paraplejide T12, tetraplejide C5'tir (16,18).

Spinal kord yaralanmalı hastalarda ekonomik düzey ve sağlık hizmetlerinin iyi olması yaşam süresini uzatmaktadır. SKY'li bireylerde yaşam beklentisi artmasına rağmen, hala sağlıklı bireylere göre düşüktür (10). Solunum sistemi hastalıkları en sık ölüm nedenidir. Bunu azalan sıklıkla miyokard infarktüsü, enfeksiyon, tümör, pulmoner emboli, genitoüriner hastalıklar, intihar ve diğer nedenler oluşturur (16). Yaralanma sonrasında ilk bir yıl içinde ve komplet yaralanmalarda ölüm oranı daha fazla görülür (21). Daha yüksek seviyeli yaralanma, solunum cihazı ihtiyacı, yaş ve erkek cinsiyet mortaliteyi etkileyen diğer faktörlerdir (22).

2.1.4. Spinal Kord Anatomisi

Spinal kord; spinal kanalın 2/3 üst kısmını kaplayan santral sinir sistemi parçasıdır. C1 vertebranın üst sınırından başlayıp, L1 vertebranın alt kenarı ya da L2'nin üst sınırına uzanır. Üstte medulla oblongata ile devam eder, alt kısımda ise konus medullaris olarak sonlanır. Filum terminale, konus medullaris apeksinden koksikse kadar uzanır. Omurilik; içten dışa doğru pia, araknoid ve dura olarak adlandırılan koruyucu membran ile örtülüdür (23).

Spinal kord, vertebral arter dalları (anterior ve posterior spinal arterler) ile radiküler arterlerden (her segmentte foramen intervertebralisten giren) beslenir.

Omurilik kabaca silindire benzer ancak, lumbosakral pleksus ve brakial pleksusun olduğu bölgelerde lomber (T10-L2 arasında) ve servikal (C3-T3 arasında) genişlemeler mevcuttur.

Omurilikten toplam 31 çift sinir çıkar. Her bir sinir çifti anterior (ventral) ve posterior (dorsal) sinir köklerine ayrılır. Omurilikten sinir çiftleri toplam 31 çift olmak üzere; servikalden 8, torasikden 12, lumbardan 5, sakralden 5, koksigealden 1 çift sinir kökü çıkar (24).

2.1.5. Fizyopatoloji

Vertebra fraktürü ve dislokasyonu sonucu oluşan ani darbe ve yırtılma nedeni ile oluşan bası primer hasarı başlatır. Omurilik etrafında kanama olmuşsa basıya bu sebep olur. Yapısal bir hasar olmasa dahi sinir iletimi durur, tekrar sinir iletiminin sağlanması zaman alabilir. Omurilikte ödematöz değişiklikler meydana gelir; ödematöz değişiklikler omurilik basısını arttırarak dokudaki kan akımını azaltır ya da sonlandırabilir. Kan akımı kesilince otoregülasyon bozulur, spinal şok tablosu ortaya çıkar ve böylece lezyon seviyesinin altında motor, duyu ve refleks kayıpları görülür. Primer mekanik yaralanma ile birlikte sekonder yaralanmayı izleyen nekroz ve apoptozise bağlı olarak nörolojik hasar gelişir (25).

Travma anında primer mekanik yaralanma ile hücre ölümü ve doku hasarı meydana gelir. Primer mekanik yaralanma ile başlayan hücre ölüm kaskadı, endojen hücre ölümü yollarını aktive ederek, sekonder yaralanmayı meydana getirir. Primer hasar haftalar boyunca devam eder ve biyokimyasal, hücresel olaylar immün yanıtı harekete geçirerek, nöron ve akson ölümüne neden olur. Bu sekonder hasar sürecinin başlangıcıdır. Primer mekanik travmayı sonrası birkaç gün içinde ödem, elektrolit dengesindeki bozukluklar, hemodinamiğin bozulması ve diğer nedenler ile sekonder hasar meydana gelir (26). Sekonder hasardan haftalar sonrasında bile destrüksiyonda artış gözlemlenebilir.

2.1.6. Klinik Muayene ve Sınıflama

Hekimler arasında doğru iletişimin sağlanması açısından; SKY'lı hastaların değerlendirme ve izleminde standart metodlar kullanılmalıdır (27).

Parapleji: Spinal kordun kanal içinde yaralanması sonucu omuriliğin (servikal segment hariç) sakral, lomber ve torakal segmentlerinin duysal ve/veya motor fonksiyon bozukluğunu veya kaybını gösterir. Lezyon seviyesine göre bacakları, pelvik organları ya da gövdeyi tutar. Kolların fonksiyonu korunmuştur. Nöral kanal dışındaki ve lumbosakral pleksus lezyonlarını içermez.

Tetrapleji: Spinal kordun kanal içinde yaralanması sonucu omuriliğin servikal segmentlerindeki duysal ve/veya motor fonksiyon bozukluğunu veya kaybını gösterir. Kolların, gövdenin, bacakların ve pelvik organların fonksiyonların kaybına veya bozukluna yol açar. Nöral kanal dışındaki ve brakial pleksus lezyonlarını içermez (2,14,28,29).

Kuadriparezi ve paraparezi: İnkomplet yaralanmaları belirsiz bir şekilde tariflediğinden, kullanımı önerilmemektedir. Bu terimlerin yerine ASIA Bozukluk Skalası kullanılması yaralanmanın şiddetini daha doğru tanımlamaktadır.

Motor seviye: Kas gücünün en az 3/5 olduğu ve üst seviyesindeki anahtar kasların sağlam (5/5) olduğu en kaudal anahtar kasın ait olduğu seviyedir. Bedenin sağında veya solunda motor seviye farklı olabilir. Üzerindeki anahtar kasların sağlam olması (5/5) koşulu ile anahtar kası olmayan segmentlerde (C1-C4, T2-L1, S2-S5 seviyelerinde) motor seviye, duysal seviye ile belirlenir (Bu seviyelerde motor seviye=duysal seviye).

Duysal seviye: Yüzeysel dokunma (hafif dokunma) ve ağrı (iğne) duysunun sağlam olduğu en kaudal seviyedir. Bedenin sağında veya solunda motor seviye farklı olabilir (2,14,28,29).

Nörolojik seviye: Sağ motor, sol motor, sağ duysal, sol duysal seviyelerin en kaudalinde olan seviyedir.

İskelet seviyesi: Radyolojik değerlendirmede vertebral hasarın en fazla olduğu seviyedir.

Komplet lezyon: En alt sakral segmentlerde (S4-S5) korunmuş motor ve duysal fonksiyonun kaybıdır.

Kısmi korunmuş alan: Yalnızca komplet (ASIA-A) yaralanmalarında kullanılır. Motor ve duysal seviyelerin altında kısmen inerve miyotom ve/veya dermatomları ifade eder (2,14). Anahtar kas dışındaki kaslar değerlendirmeye dahil değildir.

İnkomplet lezyon: Nörolojik seviyenin altında en alt sakral segmentleri (S4-S5) içeren motor ve/veya duysal fonksiyonun korunduğu yaralanmalardır.

2.1.7. ASIA (American Spinal Injury Association) Bozukluk Skalası (22)

- **A (Komplet):** Sakral segmentlerde (S4-S5) korunmuş duysal ve motor fonksiyon yoktur.
- **B (Duysal İnkomplet):** Nörolojik seviyenin altındaki sakral segmentlerde (S4-S5) duysal fonksiyon korunmuştur, ancak sakral segmentlerde motor fonksiyon korunmamıştır. Sakral segmentlerde hafif dokunma, iğne veya derin anal basınç duyusu korunmuştur.
- **C (Motor İnkomplet):** Nörolojik seviyenin altında sakral segmentlerde (S4,5) duysal ile motor fonksiyon korunmuştur. Motor seviyenin altında anahtar kasların en az yarısından fazlasının 3/5 kas gücünün altında olması ve/veya istemli anal kontraksiyon olmasıdır.
- **D (Motor İnkomplet):** Nörolojik seviyenin altında sakral segmentlerde (S4,5) duysal ile motor fonksiyon korunmuştur. Anahtar kasların en az yarısından fazlasının 3/5 kas gücü ve üzerinde olmasıdır.

- **E (Normal):** Önceki değerlendirmelerde duyuşal ve/veya motor defisiti olan ancak güncel değerlendirmede motor ve duyuşal fonksiyonu normal olan kişileri tanımlar.

2.1.8. İnkompset Spinal Kord Yaralanma Sendromları

Santral Kord Sendromu: En sık görülen inkompset SKY sendromudur. En sık yaralanma nedeni servikal spondilozlu kişilerin servikal hiperekstansiyonudur. Servikal bölgedeki lezyon nedeni ile kollarda bacaklara göre daha belirgin motor kusur mevcuttur. Duyu kaybı değişkendir ancak sakral duyu korunması ile karakterizedir. Kortikospinal traktus üst ekstremitte liflerinin daha medialde olmasına nedeni ile üst ekstremitte daha fazla etkilenir. Sakral lifler en dışta yerleştiğinden sakral duyu korunur (30).

Brown Sequard Sendromu: Omuriliğin transvers hemiparsiyel lezyonlarında görülür. Lezyon seviyesinde tüm duyular etkilenir. Lezyon seviyesinin altında ise ipsilateral propriyoseptif ile motor, kontralateral iğne batırma ile ısı duyusu kaybına neden olur. Hafif dokunma duyusu korunur. Bıçaklanma, spinal kord iskemisi ve tümörleri, yer kaplayıcı lezyonlar, servikal diskopati nedeni ile olabilir. Tanımlanan şekliyle nadiren görülür; genelde tam olmayan bulgularla görülür. Sıklıkla Brown Sequard ve santral kord sendromu bulguları birlikte görölmektedir ve Brown Sequard Plus Sendromu adını almaktadır (31).

Anterior Kord Sendromu: Medulla spinalisin ön spinal arter iskemisi nedeni ile görülür. Dorsal kolonlar sağlam ve spinotalamik ve kortikospinal yollar etkilendiği için lezyon seviyesinin altında ağrı-ısı duyusu ve motor kayıp görülür. Dorsal kolon duyuları korunur. Genelde ASIA B hastalarında görülür. En kötü prognoza sahip inkompset SKY sendromudur (2,14).

Konus Medullaris Sendromu: L1-L2 seviyesinde koni şeklinde sonlanan konus medullarisin santral disk hernisi, travma, tümör, hemoraji gibi nedenler ile yaralanmasıdır. Simetrik alt ve üst motor nöron bulguları ile birlikte bilateral eyer

tarzında anestezi, gayta-üriner inkontinans veya seksüel disfonksiyon görülebilir (2,14,28).

Kauda Ekina Sendromu: Lumbosakral sinir köklerinin nöral kanal içinde yaralanmasıdır. L1-L2 aralığı ve altındaki yaralanmalarda görülür. Üst motor nöron bulgusu yoktur. Asimetrik alt motor nöron bulguları ile birlikte arefleks mesane, barsak bulguları ortaya çıkar. L4-5 ile L5-S1 akut santral disk herniasyonları en tehlikeli kauda ekina sendromu nedenlerindendir. Acil dekompresyonla bile iyileşmeyebilir. Ambulasyon potansiyeli yüksek olan bir inkomplet SKY sendromudur (2,14).

Posterior Kord Sendromu: Vertebranın posterior kırıklarında görülür. Arka kolon duyularında kayıp vardır. Spinotalamik ve kortikal traktus korunduğundan; ağrı, ısı duyusu ve motor fonksiyonlar korunur (2,14).

2.1.9. Lezyon Seviyesine Göre Hedeflenen Fonksiyonel Durum

- **C2-3:** Yapay solunum cihazına gereksinim vardır. Günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) tam bağımlıdır.
- **C4:** Dil, çene veya pnömotik kontrollü tekerlekli sandalye kullanabilir. Solunum cihazına gereksinimi yoktur. GYA'da tam bağımlıdır.
- **C5:** Özel araç ve gereçlerle GYA'yı yapabilir. El kontrollü motorlu tekerlekli sandalye kullanabilir.
- **C6:** Tenodez ile el kavrama fonksiyonu vardır. Topuz tutamaklı tekerlekli sandalye ve el kumandalı araba kullanabilir.
- **C7:** Transferlerinde bağımsızdır. Rampa inme çıkma hariç tekerlekli sandalye kullanımında bağımsızdır. Mesane ve barsak bakımını yapabilir.
- **C8-T1:** GYA ve tekerlekli sandalye kullanımında bağımsızdır.
- **T2-10:** Ortez ile ayakta durma (Terapötik ambulasyon).

- **T11-L2:**Koltuk değneği ve uzun bacak yürüme cihazı ile ev içinde ambuledir (Ev içi ambulasyon).
- **L3-S3:** Ön kol değneği ve kısa yürüme cihazı ile ev dışı ambulasyonu vardır. (Toplum içi ambulasyon) (32).

2.1.10. Prognoz

Yaralanma seviyesi, şiddeti, etyolojisi, başlangıç kas gücü, spinal şok, komplet/inkomplet yaralanma, yaş ve cinsiyet iyileşme potansiyelini belirler. 72. Saatte yapılan muayene iyileşme tahmininde yol göstericidir. İyileşme en çok ilk 3-6 ayda görülür. Sonrasında iyileşme yavaşlar ancak 2 yıla kadar da iyileşmenin sürdüğü görülmüştür. Komplet tetraplejikler çoğunlukla fonksiyonel ambule olamazlar. İnkomplet tetraplejikler komplet tetraplejiklere göre daha iyi prognoza sahiptir. İnkomplet paraplejikler en yüksek ambulasyon potansiyeline sahiptir (33,34).

2.1.11. Rehabilitasyon Sürecinde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlar

2.1.11.1. Pulmoner Problemler

Spinal kord yaralanmasında pulmoner problemler en önemle mortalite ve morbitide nedenidir. Erken dönemde ateletazi, geç dönemde pnömoni en sık ölüm sebebidir. Yüksek seviyeli yaralanmalarda belirgin olmak üzere T12 ve üzerindeki yaralanmalarda solunum sistemi etkilenir. C3 ve üzerindeki yaralanmalarda diyafram etkilenir ve hasta mekanik ventilasyon bağımlıdır; implante pil ve elektrotlar ile diyafram ve frenik sinir stimülasyonu uygulanabilir. C4-C8 diyafram etkilenmemiştir, bazı yardımcı inspiratuar kaslar, interkostal ve abdominal kaslar etkilenmiştir. T1-5 yaralanmalarında üst seviyeli interkostal kaslar etkilenmiştir; ekspirasyon ve inspirasyonda problemler olur. T5-T12 yaralanmalarında bazı interkostal kaslar ve abdominal kaslar etkilenmiştir; ekspirasyonda ve öksürmede problemler olur. (16,22,35,36).

2.1.11.2. Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli

Spinal kord yaralanması sonrasında derin ven trombozu (DVT) sık görülür, pulmoner emboli gelişirse mortaldır. Bu yüzden düşük molekül ağırlıklı heparin ile DVT profilaksisi önerilir. Koagülopati, kafa travması bulgusu yok ise ilk 72 saat içinde düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisine başlanılmalıdır. Komplike olmayan komplet yaralanmalarda 8 hafta, motor inkomplet yaralanmalarda taburculuğa kadar DVT profilaksisi önerilir. 70 yaş üzerinde, obez, kalp yetmezliği geçirilmiş tromboemboli, alt ekstremitte kırığı olan komplet yaralanmalarda ise 12 hafta düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi yapılmalıdır. Pnömatik kompresyon ilk 2 haftada önerilmektedir. DVT tedavisinde ise düşük molekül ağırlıklı heparin ile başlanır ve oral warfarin ile 6 ay tedaviye devam edilmelidir. Antikoagülan profilaksisi başarısız olursa ya da kontrendikasyon var ise veya inferior vena kava veya iliak venlerde tromboemboli var ise vena kava filtresi kullanılmalıdır (16,37).

2.1.11.3. Otonomik Disfonksiyon

Spinal kord yaralanması sonrasında ortostatik hipotansiyon, bradikardi, ısı regülasyon bozuklukları ve otonomik disrefleksi meydana gelebilir.

Ortostatik Hipotansiyon: Yatar pozisyondan oturur pozisyona gelindiğinde sistolik kan basıncının 20 mmHg, diyastolik kan basıncını 10mm veya daha fazla düşmesidir (38). Güçsüzlük, yorgunluk, baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı, bayılma hissi, solukluk, senkop görülebilir. Tedavide yeterli sıvı alımı, yatarken baş açısının arttırılması, tilt table’da dik pozisyona gelme, tuz tüketimini arttırılması, elastik çorap, abdominal yastık, tuz tüketiminin arttırılması, sıvı kaybının önlenmesidir (16,39).

Bradikardi: Genelde erken dönemde bradikardi görülür ve spinal şok sona erip sempatik tonus döndüğünde düzelir. Yakın takip edilmeli eğer kalp atım hızı 40/dk altına düşerse tedavi edilmelidir (16).

Isı regülasyon Bozuklukları: Genelde T6 ve üzerindeki komplet yaralanmalarda görülür. SKY’li hastalar poikilotermiktir yani sıcakta vücut ısıları yükselirken, soğukta düşer (40). Bu yüzden T6 ve üzerindeki SKY’de sıcak havalarda

ağır egzersiz yapılmamalı, ortam ısısı kontrol edilmeli ve uygun kıyafet seçimi yapılmalıdır (16).

Otonomik Disrefleksi (OD): T6 ve üzeri yaralanmalarda genelde spinal şok dönemi bittikten sonra lezyon seviyesinin altındaki herhangi bir uyarana kontrolsüz sempatik yanıt olmasıdır. Terleme, piloereksiyon, baş ağrısı, kızarıklık, görme bulanıklığı, nazal konjesyon, hipertansiyon ile kendini gösterir (41). En sık nedeni üriner distansiyon ve fekal tıkaçlardır. Daha az sıklıkta tırnak batması, akut batın, gebelik, bası yarası, kırık, enfeksiyon, spastisite, DVT, sıkı ortez ve ateller neden olabilir (42). Tedavisinde tetikleyen neden ortadan kaldırılmalıdır. Hasta öncelikle oturur pozisyona getirilir, dar kıyafet ve ateller çıkarılır. Kalıcı kateter var ise tıkanıklık açısından kontrol edilir. Fekal tıkaç veya başka bir neden var ise ortadan kaldırılır. Sistolik kan basıncı 160 mmHg üzerinde ise farmakolojik tedavi verilir (40).

2.1.11.4. Heterotopik Ossifikasyon

Eklem çevresinde özellikle kas ve eklem kapsülü arasındaki ossifikasyon gelişimidir (43). En sık kalça, diz, omuz ve dirseklerde görülür. Sıklıkla ilk 4 ayda gelişir (44). Eklem çevresinde ağrı, şişlik, ısı artışı, eklem aralığında daralma görülebilir. Komplet yaralanma, bası yarası, spastisite, uzun yaralanma süresi risk faktörleridir (45,46). Ayrıcı tanıda DVT, travma, bası yarası, enfeksiyon düşünülür (16).

İlk 2 haftada 3 fazlı kemik sintigrafisinde, ilk 10 hafta içinde düz grafide saptanabilir (44). Ultrason ucuz, güvenilir ve kolay ulaşılır olduğundan erken tanıda önerilir (47). Serum alkalin fosfataz, klinik ve radyolojik görünümünden önce artmaya başlar. Profilakside NSAİİ (nonsteroid antiinflamatuvar ilaç) kullanılır (48). Tedavide NSAİİ, bifosfonat (etidronat sodyum) kullanılır. Şiddetli durumlarda radyoterapi ve cerrahi tedavi tercih edilir (16,48).

2.1.11.5. Nörojen Mesane ve Genitoüriner Komplikasyonlar

Spinal kord yaralanmasında morbiditenin önemli nedenlerindendir. SKY'li hastalarda nörojen mesane; işeme bozukluklarının dışında vezikoüretal reflü, üriner taş, mesane kanseri, üriner enfeksiyon, hidronefroz, piyelonefrit, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olabilir.

Spinal kord yaralanmasında iki tip mesane disfonksiyonu neden olan lezyon mevcuttur; suprasakral ve sakral lezyonlar. Suprasakral lezyon; en sık görülendir. Bu durumda detrüsör-sfinkter sinerjisi (aşırı aktif detrüsör-aşırı aktif sfinkter) meydana gelir. Sakral lezyonda ise arefleks mesane (akontraktıl detrüsör) görülür.

Ürodinami spinal şok dönemi bittikten sonra hızla yapılmalıdır. Mesane rehabilitasyonunda erken dönemde daimi sonra tercih edilir ancak spinal şok dönemi geçtikten sonra ise aralıklı kateterizasyona geçilir. Aralıklı kateterizasyon dışında gerekli durumlarda farmakolojik tedavi (antikolinerjik, kolinerjik, adrenerjik antagonistler kas gevşeticileri) ve cerrahi tedavi uygulanır (36,49-51).

2.1.11.6. Nörojenik Barsak ve Gastrointestinal Problemler

Spinal kord yaralanması nedeni ile erken dönemde konstipasyon, ileus, gastrik boşalma problemleri, akut kolesistit, pankreatit, üst gastrointestinal kanama, apandisit; geç dönemde ise safra kesesi taşı görülebilir (2,14,52).

Konus medüllaris üzerindeki yaralanmalarda üst motor nöron tipi (refleks) barsakmeydana gelir. Refleks aktivite ve intestinal peristaltizmin devam eder ancak barsağın istemli kontrolü kaybolur. Dış anal sfinkterin hiperaktivitesi nedeni ile gayta refleks defekasyonbaşlayana kadar kolonda birikir. Fekal retansiyon ve konstipasyon meydana gelir. Supozituar ile refleks defekasyon sağlanır.

Kauda ekina ve konuş medullarisyaralanmalarında ise alt motor nöron tipi (arefleks) barsak meydana gelir. Miyenterik plexus koordinasyonu ile gayta yavaşça ilerler ancak intestinal peristaltizm kaybolur. Eksternal anal sfinkterin tonusu azalır ve levator ani kasının aktivitesi azalması sonucunda inkontinans ve kabızlık görülür (53).

Tedavide SKY öncesindeki barsak alışkanlığı, oturma dengesi ve lezyon seviyesi sorgulandıktan sonra yeterli sıvı alımını içeren diyet ile barsak programı planlanır (54). Lif miktarının arttırımı önerilmez, çünkü lif arttırımı; sağlıklı kişilerin aksine barsak geçiş süresi uzatabilir (55). Her gün aynı saatte tuvalete oturmak, dijital stimülasyon, transanal irrigasyon, farmakolojik tedaviler ve cerrahinörojenik barsak tedavisini oluşturur (53).

2.1.11.7. Seksüel Sorunlar ve İnfertilite

Seksüel sorunlar genelde erkeklerde erektil disfonksiyon (ED) ve kadınlarda ise libido azalması olarak gözlenir. Erkeklerde infertilite gözlenirken, kadınlarda yaralanma sonrası amenore gözlenebilir ancak 12 ay içinde menstrüasyon normale döner ve kadınlarda fertilite korunur. Özetle, SKY sonrası seksüel erkeklerde daha sık görülmektedir.

Kadınlarda lubrikasyon, erkeklerde ereksiyon; otonom sinir sistemi ve T11-L2 duyusunun korunması ile sağlanır. Bulbokavernöz refleks hiperaktif veya hipoaktif ama S4-S5 duyusu var ise genellikle lubrikasyon ve refleks ereksiyon mümkündür. Hatta bulbokavernöz refleks ve S4-S5 duyusu yok ancak T11-L2 duyusu var ise lubrikasyon ve psikojenik ereksiyon mümkündür.

Erkeklerde ED tedavisinde 5-fosfodiesteraz inhibitörleri, vakum cihazları, penil enjeksiyonlar ve penil implant kullanılır. SKY sonrası erkeklerde semen kalitesi bozulması ve ejakülasyon azalması/olmaması nedeni ile infertilite gözlenebilir. Masturbasyon ile ejakülasyon sağlanamıyorsa penil vibratör ve elektroejakülasyon ile semen elde edilir. Bu yöntemlerde başarısız ise testiküler aspirasyon veya biyopsi ile semen elde edilir.

Gebelik ve doğum eyleminin OD'yi tetikleyebileceği unutulmamalıdır. Seksüel sorunlar infertilite gibi bedensel sorunlarının yanında kişinin kendine olan saygısını, motivasyonunu, toplumsal ilişkilerini etkileceğinden ihmal edilmemeli; bütün hastalarda seksüel sorunlar sorgulanmalı ve hasta bilgilendirilmelidir. (2,14,16,56-59).

2.1.11.8. Bası Yaraları

Kapiller dolum basıncı olan 32 mmHg'nin üzeri uzun süreli basınç nedeni ile meydana gelen iskemik doku hasarıdır. SKY sonrasında sık görülen morbitide nedenidir. Etyopatogenezinde; basınç, uzun süren hareketsizlik, duyuda bozulma, sürtünme, makaslama kuvveti, nem, vasküler dolaşımda yetersizlik, malnütrisyon rol oynar. Sıklıkla sakrum, trokanterler, iskiyum ve topuklarda gelişir. En etkili tedavi yöntemi bası yarasının oluşmasının önlenmesidir. Profilaksisinde basıncı azaltılmalı, 2 saatte bir pozisyon değişikliği, günlük deri bakımı, vitamin ve mineral takviyesi (arjinin, c vitamini, çinko takviyesi), 1-2mg/kg/gün protein alımı, aneminin düzeltilmesi önerilir. Bası (dekübit) yarası enfekte olduğunda sepsis hatta ölüme neden olabilir (1,2,14,58,60).

Dekübit yaraları dört evrede sınıflandırılır:

- 1.evre: Basıncın kaldırılması sonucunda 30 dakikada geçmeyen eritemdir. Epidermis sağlamdır, gerekli önlemlerin alınmasıyla geri dönebilir.
- 2.evre: Epidermis ve dermisin parsiyel deri kaybıdır. Yüzeyseldir, kızarıklık bül şeklinde görülebilir.
- 3.evre: Dermis ile hipodermise uzanan tam kalınlıkta deri kaybıdır.
- 4.evre: Hipodermisten kemik, eklem, kas, fasyaya uzanan derin deri kaybıdır (60).

2.1.11.9. Spastisite

Spinal şok dönemi bittikten sonra gelişen üst motor nöron bulguları (derin tendon reflekslerin artması, spastisite) meydana gelir. Spastisite, inhibitör nöronların etkisinin azalması ile omurilikteki alfa motor nöronların aşırı uyarılmasıyla görülür. SKY'lı hastaların %70'inde spastisite ortaya çıkar (10,11). Fakat bunların hepsi tedaviyi gerektirmeyebilir (1,2,14,61). Spastisite tedavisi; non-farmakolojik, farmakolojik ve cerrahi tedavi olarak üçe ayrılır. Non-farmakolojik tedavide fizik tedavi modaliteleri (TENS, ultrason, soğuk uygulama, vibrasyon, elektrik stimülasyonu) ve rehabilitasyon

teknikleri kullanılır. Farmakolojik tedavide ise oral baklofen, diazepam, dantrolen sodyum, tizanidin, intramüsküler botulinum toksin-A kullanılır. Farmakolojik ve non farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen hastalara son çare olarak cerrahi tedavi planlanır (2).

2.1.11.10. Ağrı

SKY hastalarında ağrı görülme sıklığı %94'e kadar çıkmaktadır. SKY'lilerin %5-45'i GYA'da problemler görülür. Ağrı genelde ilk bir senede görülür (56,57).

Ağrı pek çok şekilde sınıflanabilir (62,63).

- Nörofizyolojik mekanizmalara göre: Nosiseptif ağrı (Somatik/Visseral)
 - Nöropatik (non-nosiseptif) ağrı (Santral/ Periferik)
 - Psikojenik ağrı
- Zamana göre: Akut ve kronik ağrı
- Etyolojik sınıflama: Sistemik, kansere bağlı, idiopatik vb. gibi ağrı nedenine göre sınıflandırılır.
- Ağrı Bölgesine göre sınıflama: Baş, boyun ağrısı gibi anatomik olarak sınıflandırılır.

Ağrı genelde nörolojik seviyenin altında ya da geçiş zonunda görülür. Uyuşma ve yanma olarak ifade edilen dizestezik ağrı görülür.

2.1.11.11. Siringomiyeli

Spinal kord içinde görelen kavitasyondur. Radiküler ya da segmental ağrı, duyuusal-motor kayıp, spastisitenin artması ve hiperhidrozis gibi semptomlar gözlenir. SKY sonrası 2 ay-25 yıl arasında görülebilir. Sirens genelde yukarıya doğru genişler ve duyuusal seviyenin yukarı yükselmesine neden olur. Beyin sapına kadar ilerlerse solunum yetmezliği ve Horner sendromu gelişebilir (64).

2.1.11.12. Psikolojik Sorunlar

SKY hasta ve yakınlarının yaşamında ve günlük aktivitelerinde ani ve önemli değişikliklere neden olur. SKY sonrasında %22'sinde major, %8'inde minör depresyon gözlenir. Yaralanmadan 3 ay sonra hastaların %50'sinde depresyonun düzeldiği gözlenmiştir. Depresyonu düzelmeyenlerde sosyal desteğin yeterli olmadığı düşünülür. Depresyonun geçmişteki psikiyatrik hastalık ve depresyon öyküsü ile ilişkilidir (65). Hedefler belirlendikten sonra uyum sürecinde kişinin ev, iş hayatı ve çevresi ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır (64).

2.2. STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA

2.2.1. Stres Kavramı

Stres kelimesi Latince "estricita" kelimesinden türemiştir. 17-19. Yüzyılda stres; musibet, felaket, baskı, zor, güç gibi anlamlarında kişiye, objeye, organa, ruhsal yapıya yönelik kullanılmıştır (66). Hans Selye ise stresi, vücudun olaylara karşı verdiği özgül olmayan reaksiyon olarak tanımlamıştır. (67,68).

2.2.2. Genel Adaptasyon Sendromu

Selye adrenal korteksin strese yanıt olarak aktivasyonu temeline dayanan genel adaptasyon sendromunu alarm, direnç ve tükenme olarak üç döneme ayırmıştır. Birinci dönem olan alarm dönemde birey dış uyarı stres olarak algılar. Vücut stresle başa çıkmak için otonom faaliyetleri başlatır. İkinci dönem olan direnç döneminde ise stres veren durum devam ederse organizmanın direnci yükselir. Bu dönem aşıldığında vücut

tekrar eski haline normale döner. Ancak stres veren durum aşılamaz ve uzun süre devam ederse vücut son dönem olan tükenme dönemine girer. Bu son dönemde stres hastalıklara zemin hazırlar (69).

2.2.3. Stresle Başa Çıkma

Stresli durumla karşılaşan kişinin etrafından gelen isteklerin üstesinden gelebilmesi için kendisinin geliştirdiği davranışsal ve bilişsel çabalar olarak belirtilmektedir (7). Stresle başa çıkma, fiziksel ile bedensel sağlığı korumak ve verimli bir yaşam sürdürmek için gereklidir. Stresle başa çıkmanın amacı stresin tamamen ortadan kaldırmak değildir. Günlük yaşamda stresi tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. Asıl amaç, bireyin yaşamını ve verimliliğini bozan stres seviyesini düşürmektir. Özetle stresle başa çıkma, stresin neden olduğu duygusal gerilimi düşürmek, ortadan kaldırmak ya da bu gerilimle mücadele etmek için gösterilen davranışsal ya da duygusal tepkileri kuvvetlendirmektir (70).

Roth ve Cohen'e göre başa çıkma sürecini yaklaşma ve kaçınma olarak ikiye ayırmışlardır (71). Başa çıkma, tehdit edici algılanan bir olayda davranışsal veya bilişsel olarak bu durumun üzerine gitme veya olaydan uzaklaşma sürecidir. Böylelikle başa çıkma tarzları önce bilişsel ve davranışsal alt gruplarına ayrılır ve sonra davranışsal yaklaşma veya uzaklaşma ile bilişsel yaklaşma veya uzaklaşma olarak dörde ayrılır (72).

Lazarus'a göre başa çıkma duygu ile problem odaklı diye ikiye ayrılır. Problem odaklı başa çıkma kişi-çevre ilişkisini değiştiren doğrudan başa çıkma davranışları kullanılır. Duygu odaklı başa çıkmada ise kişi çevre ilişkisinde değişim doğrudan davranışlar yoluyla değil de bireyin çevreyi yorumlama şeklinde olur. Problem odaklı başa etme yöntemleri dış koşullarda değişimle sonuçlanırken, duygu odaklı başa çıkma ise kişide içsel bir değişimle sonuçlanır. Düşünmekten kaçınma, olayın önemini inkar etme, tehlikeli bir durumu tekrar değerlendirerek tehlikesiz olarak algılama gibi bilişsel yöntemlerin hepsi stres seviyesini düşüren duygu odaklı başa çıkma tarzlarıdır. (9).

2.3. SOSYAL DESTEK

Literatürde sosyal desteğe ait ortak bir görüş yoktur. Sosyal desteğin farklı tanımları yapılmıştır. Bir görüşe göre stres altındaki ya da güç durumdaki bireye etrafındakilerce yapılan her türlü manevi, maddi yardımlara sosyal destek denilebilmektedir (73). Başka bir görüşe göre sosyal destek, kişinin etrafındakilerce değer verilme, saygı duyulma, ilgi görme, sevilme, güvenilme gibi gereksinimlerin karşılanmasıdır. Sarason ve ark. göre sosyal destek bireyin sevildiğini, önemsendiğini, değer verildiğini bildiğini bildiği ve güvendiği insanların olmasıdır (74).

2.3.1. Sosyal Destek Türleri

Wills ile Cohen sosyal desteği duygusal destek, bilişsel destek, eşlik etme desteği, araçsal destek olarak 4'e ayırır (75).

2.3.1.1. Duygusal Destek

Değerlilik desteği, güven desteği diye de adlandırılır. Duygusal destek kişinin değer verilme, hoşlanma, sevgi, özen gösterilme, anlayış, korunma ihtiyaçlarını karşılayarak kendini iyi hissetmesini sağlar (76). Bu rolü başta aile olmak üzere arkadaş, akraba, komşu, meslek grupları yerine getirebilir (77).

Kişinin özel sorunları ve hayatına dair konuları danışıp anlatabileceği insanların ve sırdaş ilişkilerin varlığı, sorunların neden olduğu durumla mücadeleyi kolaylaştırır. Kişinin önemli olduğunu, yalnız olmadığını duygusunu verip rahatlamasını sağlar. İnsanın birlikte olma gereksinimini karşılayarak pozitif yönlü duygularını arttırırken, stresini önler veya azaltır (78).

2.3.1.2. Bilişsel Destek

Bilgi sağlayıcı destek olarak da adlandırılır. Sorunların çözümünde hayatı kolaylaştırıcı tavsiyeler, öğütler, geri bildirimler gibi bilgi ve düşüncelerin alınmasıdır (79). Kişinin sorunu ile ilgili hizmetler, yasalar, kurumlar ve kaynaklar hakkında bilgilendirerek baş etmesi sağlanır (78).

2.3.1.3. Eşlik Etme Desteği

Aktivitelerde kişiye eşlik ederek verilen destek türüdür (80). Ait olma desteği olarak adlandırılır Kişinin sorunlarından dikkatini başka yöne çekerek pozitif duygu durumuna girmesi, sorunlarıyla daha kolay başa çıkmasını (75).

2.3.1.4. Araçsal Destek

Araçsal destek; Kişinin ihtiyaç durumuna göre bağış, eşya, araç gereç, işlere yardımcı olarak zaman kazandırma gibi maddi ve somut yardımı içerir. Araçsal problemlere çözüm üretmek; bireyin rahatlamasına, eğlenmesine zaman kazandırır ve stresi azaltır (78). Araçsal desteğe maddi destek, materyal kaynak, maddi ve ihtiyaç duyulan servislerin temini dahildir (75). Böylelikle bireyin maddi problemi çözülür ve kişi eğlenmesine daha fazla zaman ayırır.

2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek kaynakları resmi ve resmi olmayan destek kaynakları olarak ikiye ayrılır. Resmi kurum ve kuruluşlar, sivil, toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar resmi destek kaynaklarıdır. Resmi kurumlar ailelere çeşitli destekler sağlar. Örneğin aile destek programları ile aile üyeleri bir araya getirilerek duygusal destek sağlanır. Belediyelerin ihtiyaç sahibi ailelere giyecek, yiyecek yardımında bulunarak araçsal destek sağlar. Kişinin çevresinde bulunarak katkı sağlayan aile, akraba, komşu, arkadaş ise resmi olmayan sosyal destek kaynakları olarak ifade edilmektedir (81).

2.3.3. Algılanan Sosyal Destek

Bireyin çevresinde destek alabileceği ve güvenilebileceği insanlar olduğuna dair bilişsel algılamasıdır. Çevresinden elde edebildiği sevgi, saygı, sosyal bağların kişisel bilimsel değerlendirmesidir. Bu algı; değer verildiğimizi, sevildiğimizi, diğer insanlar ile iyi ilişkiler kurmamızı içerir (82). Diğer bir tanımda ise algılanan sosyal destek kişinin yaşamının farklı alanlarında önemsendikleri, özen gösterildikleri, ihtiyaç anında başvurdukları kişilerin varlığı ile bu ilişkilerden doyum sağlamasıdır (83). Yapılan çalışmalarda mizaç, tutum gibi kolay değişen özellikler nedeni ile algılanan sosyal destek ile alınan sosyal desteğin genelde benzer olmadığı gösterilmiştir. (84).

2.3.4. Sosyal Destek Modelleri

Bireylerin ihtiyaç duyduğunda sosyal destek alması sağlık durumunu etkilemektedir (85). Sosyal destek alan bireylerin daha sağlıklı ve uzun yaşadığı, fiziksel ve ruhsal hastalıklara karşı daha dayanıklı oldukları gözlenmiştir. Sosyal destek alan bireylerin hastalandıklarında tedavi uyumlarının daha kolay olduğu ve daha hızlı iyileştikleri gözlenmiştir (86). Cohen ve Wills sosyal desteğin sağlık üzerine olumlu etkilerini tampon etki modeli ile temel etki modeli olarak iki çeşit teoriye ayırmıştır (75).

2.3.4.1. Temel Etki Modeli

Temel etki modelinde sosyal destek, kişinin stres düzeyinden bağımsız olarak sağlığına yararlıdır (75). Sosyal desteğin kişinin sağlığına olumlu etkileri olduğu gibi asıl stresli durum ise sosyal desteğin olmamasıdır. Sosyal destek düzeyi yükselmesi ile birey duygusal ve fiziksel anlamda kendisini daha iyi hisseder (87).

2.3.4.2. Tampon Etki Modeli

Stres hem hastalığın bozucu yönünü arttırarak hemde sempatik sinir sistemini harekete geçirerek sağlık üzerinde olumsuz etki yapar. Stresli kişilerde fiziksel ve ruhsal sağlığın korunması için sosyal destek algısı önemlidir. Tampon etki modeline göre yeterli sosyal destek stresin sağlık üzerindeki etkisini olumsuz etkisine tampon etkisi gösterir (75). Tampon etkisi bireyi günlük hayatın streslerine karşı korumak yerine en fazla ihtiyacı olduğu anda harekete geçer. Mesela; yüksek sosyal desteğe sahip bir hastalandığında daha az stresli gözlenir. Çünkü ihtiyacı durumunda başvurabileceği insanlar olduğunu bilir. Ancak zayıf sosyal desteği olanlar ise ihtiyacı olduğunda başvuracak birini bulamayabilirler (88).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Nisan 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran, klinik değerlendirmelerle SKY tanısı konulan 18-65 yaş arası 76 hasta vaka grubu ve polikliniğe başvuran SKY tanısı almamış, engel durumu olmayan hastalara refakat eden 18-65 yaş arası 74 sağlıklı birey kontrol grubuna dahil edildi. Çalışma öncesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurul onayı ve Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurul onayı alındı. Hastalara ve sağlıklı gönüllülere çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında ön bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden SKY'li hastalara ve sağlıklı gönüllülere "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile çalışma hakkında detaylı bilgiler verilerek imzaları alındı.

3.1. OLGULAR

Araştırmada SKY tanısı alan 76 hasta ve 74 kontrol değerlendirildi. Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri ise Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Araştırmaya dahil edilme kriterleri

❖ 18-65 yaş arası olan kadın veya erkek hastalar
❖ SKY tanısı almış olmak
❖ SKY üzerinden en az 1 yıl geçmiş olan hastalar
❖ Herhangi bir ilaç/madde ya da alkol bağımlısı olmayan
❖ İletişim problemi olmayan
❖ Son 3 ay içinde antidepresan, antikolinerjik, benzodiazepin ve anksiyolitik kullanım hikayesi olmayan
❖ Major psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan
❖ İşitme ve görme bozukluğu olmayanlar

Tablo 2: Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

❖ 18 yaşından küçük olanlar, 65 yaşından büyük olanlar
❖ Herhangi bir ilaç/madde ya da alkol bağımlısı olan
❖ İletişim problemi olan
❖ Son 3 ay içinde antidepresan, benzodiazepin ve anksiyolitik kullanım hikayesi olan
❖ Major psikiyatrik hastalık öyküsü olan
❖ İşitme ve görme bozukluğu olan

3.2. DEĞERLENDİRME

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan SKY’li hasta ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), gelir düzeyi, eğitim durumu, evlilik durumu, aile yapısı, sosyal güvencesi, çalışma durumu, kiminle yaşadığı gibi sorularla sosyodemografik belirlendi. Hastaların detaylı fizik muayeneleri yapıldı ve klinik özellikleri belirlendi. Hasta grubunda hastalık süresi, SKY nedeni ve aldığı tedaviler sorgulandı. Hasta grubunda, SKY’i sınıflandırmak ASIA Bozukluk Skalası kullanıldı. Engellilik durumunu değerlendirmek için CHART-SF (The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique - Short Form) kullanıldı. Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ) kullanıldı.

Hasta ve kontrol grubunda algıladığı sosyal desteği değerlendirmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanıldı. Stresle başa çıkmayı değerlendirmek için Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanıldı. Depresyonu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı. Anksiyeteyi değerlendirmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanıldı. Yaşam kalitesini değerlendirmek için WHOQOL-BREF-TR (The World Health Organization Quality of Life-BREF) skalası kullanıldı. Genel vücut ağrısını değerlendirmek için Vizüel Analog Skala (VAS) (0-10 cm) kullanıldı.

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ); Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilen BGYAİ ile hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık

düzeyini incelemektedir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve ark. tarafından nöroloji hastaları ile yapılmıştır. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kişilerin GYA'daki bağımsızlık seviyesini ifade etmek için kullanılır. BGYAİ skorları 0-100 olarak belirlenir. Skorun 0 olması tam bağımlılığı, skorun 100 olması ise bağımsızlığı gösterir. BGYAİ kullanıldığı araştırmalarda cutt off skoru 60'dır, skorun 60'ın üzerinde olması GYA'da bağımsız işlev yapabilmeyi gösterir (89).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ); Folkman ve Lazarus (1980)'un geliştirdiği "Ways of Coping Inventory" (Başa Çıkma Yolları Envanteri), stresle başa çıkmanın incelendiği çalışmalarda sık olarak kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de Şahin ve Durak (1995) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlaması yapılan "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" olarak yeniden adlandırılan 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir soruda tepkiler, hiç (%0); biraz (%30); oldukça (%70); tamamen (%100) olarak gösterilmiştir. Ölçekteki 1 ile 9. sorular ters skorlanmaktadır. Ölçek toplamda beş alt boyuttan oluşmaktadır: Çaresiz Yaklaşım (8 Madde), Kendine Güvenli Yaklaşım (7 Madde), Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (4 Madde), İyimser Yaklaşım (5 Madde), Boyun Eğici Yaklaşım (6 Madde). Alt boyutlar birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı puanlanabilmektedir. Her bir alt boyuttan elde edilen skor, ilgili soruların sayısına bölünerek alt grup skoları hesaplanmaktadır. Yüksek skor kişinin ilgili alt boyut yaklaşımını daha fazla kullandığını gösterir. Ölçeğin faktör analizi, ölçüt bağıntılı ve karşıt grup karşılaştırmalarıyla geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekteki alt boyutlardan, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım ile kaygı, depresyon, yalnızlık, strese yatkınlık ve A-tipi kişilik gibi psikolojik özellikler arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Buna karşılık boyun eğici ve çaresiz yaklaşım ile pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Karşıt grup karşılaştırmalarında, iyimser ve kendine güvenli yaklaşım rahat-sorunsuz kişilerin, kronik stresli kişilere göre anlamlı seviyede daha fazla kullandıkları bildirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik bulguları, iyimser yaklaşım ,49 ile ,68, kendine güvenli yaklaşım α = ,62 ile ,80, boyun eğici yaklaşım ,47 ile ,72, çaresiz ,64 ile ,73, sosyal destek arama yaklaşımı,45 ile ,47 arasında bulunmuştur (90,91).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ); 1961'de Beck ölçeği, depresyonda görülen vejetatif, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtileri değerlendirmek için geliştirmiştir (92). Her soru, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü göstermekte ve

azdan çoğa doğru giden dört seçeneği olan 21 sorudan oluşmaktadır. Bu belirtiler depresif ruh durumu, başarısızlık duygusu, karamsarlık, suçluluk duyguları, doyumsuzluk, kendini suçlama, kendinden nefret etme, cezalandırılma beklentisi, intihar düşüncesi, ağlama nöbeti, sosyal çekilme, irritabilite, beden imajında değişiklik, kararsızlık, çalışamama, yorgunluk, uyku bozukluğu, kilo kaybı, iştah azalması, bedene odaklanma ve libido kaybıdır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Hisli tarafından 1989'da yapılmıştır (93). Puan hesaplanırken her bir ifadeye tek bir puan verilir. Birden fazla seçenek işaretlendiğinde yüksek puan hesaba dahil edilmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesim (cut off) puanı 17 olarak belirlenmiştir (94). 17 ve üzerindeki skorlar depresyon lehine değerlendirilecektir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ); algıladığı sosyal desteği değerlendirmek üzere 1988'de Zimet ve ark. Tarafından geliştirilen bir ölçektir (95,96). Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. 12 sorudan oluşan bir ölçektir. Her biri 4 sorudan oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç gruba ayrılır. Destek kaynakları; aile, arkadaş ve özel insandır. Her soru için 7 aralıklı ölçek kullanarak derecelendirilmesi yapılmıştır. Çalışmamızda, her alt boyuttaki dört sorunun skorlarının toplanması ile alt boyut skoru hesaplanmıştır. Alt boyut skorlarının hepsinin toplanması ile de ölçeğin toplam skoru hesaplanmıştır. Hesaplanan skorun yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (97,98).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ); 1988'de Beck ve ark. anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilen bir ölçeğin ihtiyacından ötürü geliştirmiştir. Kişinin hissettiği anksiyetenin düzeyinin belirler. 21 sorudan oluşan, 0–3 arası likert tipi puanlanan; hasta tarafından doldurulan bedensel belirtileri ve kişisel anksiyeteyi irdeleyen bir ölçektir. 0 ile 63 arasında skorlanır. Yüksek skor, kişinin yüksek anksiyete şiddetine sahip olduğunu ifade eder. Ülkemizde Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H güvenirlik geçerlilik çalışmalarını yapmışlardır (99).

CHART-SF (The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique - Short Form); Dünya Sağlık Örgütü'nün 1980'de engellilik modelinden esinlenerek geliştirilmiştir. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ankara Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı tarafından yapılmıştır. CHART-SF, hastanın katılım derecesi ve engellilik durumunu subjektif yorumdan ziyade ölçülebilir kriterlere dayandırarak değerlendirir. Fiziksel bağımsızlık, kognitif bağımsızlık, mobilite, sosyal uyum, iş, ekonomik bağımsızlık alt boyutları ve CHART-SF toplam puanı içeren 6 parametre değerlendirilir. Her parametre 0-100 arasında puanlanır. Yüksek puan hastanın yüksek katılıma sahip olduğunu, düşük puan ise engellilik durumunu gösterir. Maksimum puan olan 100, engelliliği olmayan bireyin katılım düzeyini gösterir. 6 parametredeki skorların toplamından oluşur (100).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR); DSÖ tarafından geliştirilen yaşam kalitesini gösteren bu ölçeğin, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarını ülkemizde Eser ve ark. yapmışlardır. Kısa ve uzun olmak üzere ölçeğin iki farklı formu bulunmaktadır. Ölçek ruhsal, çevresel, bedensel, ve sosyal iyilik durumlarını belirleyen 26 maddeden oluşur. Ülkemizde geçerlilik çalışmalarında ulusal 27. madde eklenmiştir. 27. Soru sosyal baskı ile ilgili ulusal çevre alan sorudur. Alt boyutların her biri, birbirlerinden bağımsız olarak kendi alt boyutlarındaki yaşam kalitesini gösterir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (101-103).

ASIA Bozukluk Skalası; SKY'de standart nörolojik sınıflandırma Amerikan Spinal Yaralanma Birliği (American Spinal Injury Association-ASIA) tarafından hazırlanan ASIA Bozukluk Skalası ile belirlenir. SKY'lilerin motor ve duyu ve değerlendirmesinde detaylı bir değerlendirme sağlar. ASIA bozukluk skalası için detaylı fizik muayene yapılmalıdır. Tüm dünyada sıklıkla, ASIA bozukluk skalası kullanılmaktadır. 1982'de ilk olarak bu fizik/nörolojik muayene yöntemleri duyurulmuş olup zamanla bu yöntemler sürekli yenilenerek 2002 yılındaki son halini almıştır (104,105).

Vizüel Analog Skala (VAS); sayısal olarak ölçülemenin güç olduğu bazı değerleri sayısal hale dönüştürme amacıyla kullanılmaktadır. 10 cm lik bir çizginin her iki ucuna değerlendirilmesi planlanan parametrenin iki uç tanımı yazılır sonrasında kişiden bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir nokta koyarak ya da işaret ederek ya da çizgi çizerek göstermesi söylenir. Örneğin ağrı için kağıdın sağ ucuna hiç ağrı yok, sol ucuna çok şiddetli ağrı yazılır ve kişi o andaki kendi durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu kişinin ağrısını gösterir. Testin avantajları arasında uygulamasının kolay olması ile bir dilinin olmaması sayılabilir. Kısa zaman aralıkları ile testin tekrarlanması sonrası verilen cevaplarda anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Uygulanan kişiler için ölçülen verilerin ortalaması alınmalıdır. Tüm dünya tarafından kabul görmüş ve uzun zamandır güvenilirliği kanıtlanmış bir testtir (106-109).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

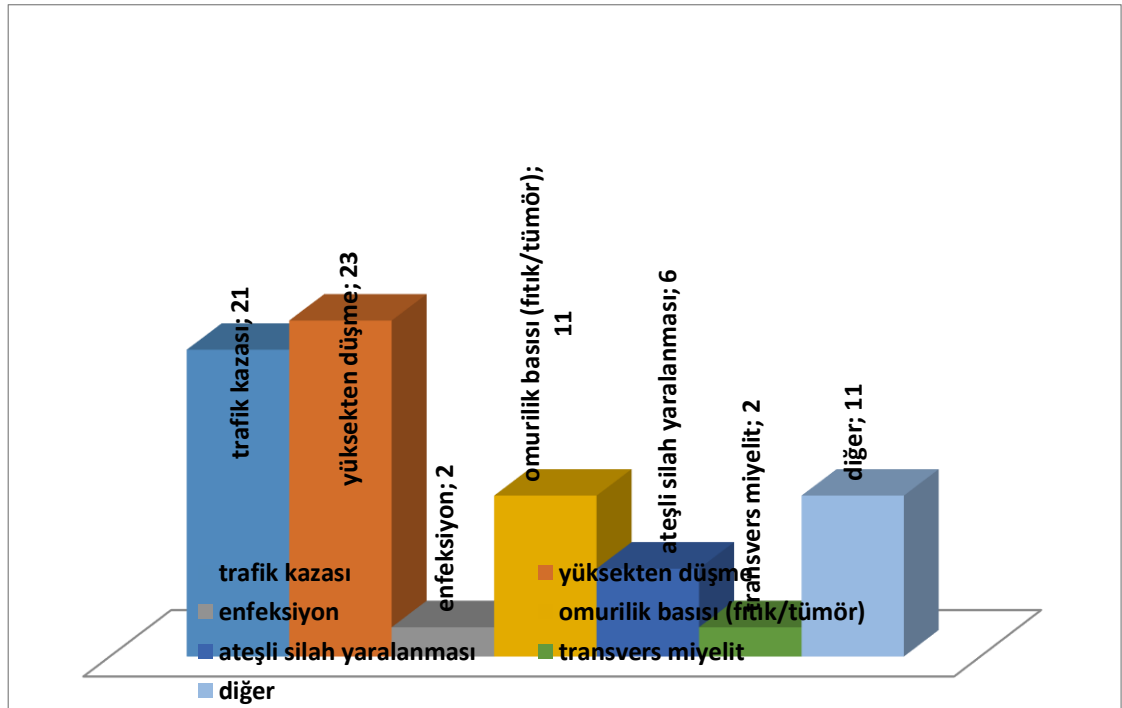
Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 20.0 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) programı ile gerçekleştirildi. Tanımlayıcı ölçüler hesaplanarak kategorik değişkenler frekans ve yüzde oranı, oransal ölçekli değişkenler ise ortalama $\pm$ SS şeklinde tablolar kullanılarak sunuldu. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edildi. Ancak ölçek değerlerinin büyük çoğunluğunun normal dağılıma uymadığı anlaşıldı. Bu nedenle iki bağımsız grup karşılaştırması için Mann-Whitney U, çoklu gruplar için Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için Monte-Carlo düzeltilmeli ki-kare testi, sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için Spearman's Rho korelasyon analizi kullanıldı. Çoklu gruplara ilişkin ikili (post-hoc) karşılaştırmalar yapıldı ve tablolarda üstel küçük harfler kullanılarak belirtildi. Ölçek puanları üzerinde diğer ölçek sonuçları, demografik ve klinik özelliklerin etkisi belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturuldu. Modele ilişkin açıklayıcılık gücü ve uyum iyiliği sonuçları verildi. Çalışmanın tamamında tip-I hata değeri %5 alınarak $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya hasta ve kontrol grubu olmak üzere; 83 SKY tanılı hasta, 83 kontrol dahil edildi. Hasta grubunda 7, kontrol grubunda 9 katılımcı tüm sorulara cevap vermek istemediği için çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 76 hasta ve 74 kontrol ile tamamlandı.

Spinal kord yaralanmalı hastaların %76,3'ü (n= 58) paraplejik, %23,7'si (n= 18) tetraplejik idi. Paraplejik hasta oranı tetraplejik hasta oranına göre daha yüksekti. SKY'li hastaların ASİA evrelemesine göre %28,9'u (n=22) ASİA-A, %26,3'ü (n=20) ASİA-C, %23,6'sı (n=18) ASİA-D ve %21,2'i (n=16) ASİA-B idi. Hasta grubunda ASIA evreleme oranları birbirine yakındı.

Spinal kord yaralanması nedenlerine bakıldığında sırasıyla; yüksekten düşme %30,26 (n= 23), trafik kazası %27,63 (n= 21), omurilik basısı (herni/tümör) %14,47 (n= 11), transvers miyelit %2,63 (n= 2), enfeksiyon %2,63 (n= 2), ateşli silah yaralanması %7,89 (n= 6), diğer %14,47 (n= 11) olarak belirlendi (Şekil.1). SKY nedenleri içerisinde yüksekten düşme ve trafik kazası oranları diğer nedenlere göre daha yüksekti.



Şekil 1: Spinal kord yaralanması nedenlerine ilişkin bulgular

Hasta ve kontrol grubunda demografik özellikler ayrıntılı incelendiğinde yaş, VKİ yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Gruplar arasında cinsiyet dağılımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. Erkeklerin oranı hasta grubunda daha yüksek bulundu ($p=0,014$). Hasta grupta SKY süresi $8,25\pm 8,67$ yıl olarak bulundu. Gruplar arasında VAS ortalama ağrı skoru yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,001$). Hasta grubunda VAS ağrı skoru daha yüksek idi. (Tablo.3)

Gruplar arasında BGYAİ skoru yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). Hasta grubunda BGYAİ skoru daha düşük idi. Gruplar arasında evlilik yılı ($p=0,001$) ve çocuk sayısı ($p=0,012$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). Hasta grubunda evlilik süresi ($p=0,001$) ve çocuk sayısı ($p=0,012$) kontrol grubundan fazla idi. Gruplar arasında eğitim düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). Hasta grubunda eğitim seviyesi daha düşük iken kontrol grubunda lise ve üniversite mezunu oranları daha yüksekti. (Tablo.3)

Gruplar arasında medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,007$). Evli olanlar kontrol grubunda daha yüksek orana sahipken bekâr ve dul olanlar hasta grubunda daha yüksek orana sahipti. Gruplar arasında yaşadığı kişiler bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). Hasta grubunda bakım evinde yaşayanlar ve ailesi ile birlikte yaşayanlar anlamlı düzeyde yüksek iken kontrol grubunda eş ve çocukları ile birlikte yaşayanlar daha yüksek orana sahipti. Gruplar arasında aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,028$). Hasta grubunda geniş aileye sahip olan kişilerin oranı daha yüksek iken, kontrol grubunda çekirdek aileye sahip olan kişiler oranı daha yüksek idi. (Tablo.3)

Tablo 3: Hasta ve kontrol gruplarına göre klinik ve demografik özellikler

		Hasta grubu	Kontrol grubu	p
		n (%)	n (%)	
Yaş	<i>Yıl</i>	40,65±13,66	37,87±9,03	0,191
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	30 (39,5)	44 (59,5)	0,014*
	<i>Erkek</i>	46 (60,5)	30 (40,5)	
VKİ	<i>Kg/m²</i>	25,20±5,06	26,20±4,40	0,065
SKY Süresi	<i>Yıl</i>	8,25±8,67	--	
VAS	<i>Ortalama±SS</i>	3,65±3,25	1,94±2,31	0,001*
BGYAİ	<i>Ortalama±SS</i>	55,65±26,88	--	
Evlilik Yılı	<i>Yıl</i>	22,35±12,50	14,81±9,95	0,001*
Çocuk Sayısı	<i>Adet</i>	2,56±1,16	2,01±0,87	0,012*
Eğitim Durumu	<i>Okur-yazar değil</i>	1 (1,3)	1 (1,4)	<0,001*
	<i>İlkokul</i>	33 (43,4)	9 (12,2)	
	<i>Ortaokul</i>	19 (25,0)	7 (9,5)	
	<i>Lise</i>	14 (18,4)	19 (25,7)	
	<i>Üniversite</i>	9 (11,8)	38 (51,4)	
Evlilik Durumu	<i>Evli</i>	41 (53,9)	56 (75,7)	0,007*
	<i>Bekar</i>	27 (35,5)	17 (23,0)	
	<i>Dul</i>	8 (10,5)	1 (1,4)	
Kiminle Yaşıyor	<i>Yalnız</i>	2 (2,6)	3 (4,1)	<0,001*
	<i>Aile ile</i>	26 (34,2)	16 (21,6)	
	<i>Eş ile</i>	13 (17,1)	7 (9,5)	
	<i>Eş ve çocuklar ile</i>	22 (28,9)	47 (63,5)	
	<i>Bakım evinde</i>	11 (14,5)	0 (0,0)	
	<i>Yakınlar ile</i>	2 (2,6)	1 (1,4)	
Aile Tipi	<i>Çekirdek aile</i>	56 (73,7)	65 (87,8)	0,028*
	<i>Geniş aile</i>	20 (26,3)	9 (12,2)	

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, **VAS:** Vizüel Analog Skala, **BGYAİ:** Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Hasta ve kontrol grupları arasında çalışma ve iş gücü bilgilerine ait demografik özellikler karşılaştırıldı (Tablo.4). Gruplar arasında meslek grupları anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p<0,001$). Memurlar ve diğer meslek grubunda olan kişiler kontrol grubunda daha yüksek orana sahipken engelli aylığı alan ve çalışmayan kişiler hasta grubunda daha yüksek orana sahipti. Çalışmaya katılan kişilerin sosyal güvence yapıları ile gruplar arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,001$).

Hasta ve kontrol grubu arasında gelir durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,001$). Hasta grubunun gelir düzeyi kontrol grubuna göre düşüktü. Sigara kullanımı gruplar arasında anlamlı farklılığa sahip bulundu ($p=0,014$). Sigara içen ve içmeyen oranları her iki grupta birbirine yakın iken bırakmış olanların büyük oranda hasta grubunda olduğu gözlemlendi. Alkol kullanımı ile ilgili oranlar gruplar arasında birbirine oldukça yakındı ($p=0,583$).

Tablo 4: Hasta ve kontrol gruplarının göre demografik özellikler

		Hasta grubu	Kontrol grubu	p
		n (%)	n (%)	
Çalışma Durumu	<i>Öğrenci</i>	5 (6,6)	2 (2,7)	<0,001*
	<i>Memur</i>	4 (5,3)	26 (35,1)	
	<i>Esnaf</i>	3 (3,9)	2 (2,7)	
	<i>Diğer</i>	8 (10,5)	30 (40,5)	
	<i>Engelli aylığı alıyor</i>	20 (26,3)	0 (0,0)	
	<i>Çalışmıyor</i>	26 (34,2)	1 (1,4)	
	<i>Ev hanımı</i>	10 (13,2)	13 (17,6)	
	<i>SGK</i>	64 (84,2)	72 (97,3)	
Sosyal Güvence	<i>Yeşil kart</i>	6 (7,9)	2 (2,7)	<0,001*
	<i>Sosyal güvence yok</i>	6 (7,9)	0 (0,0)	
Aylık Gelir	<i>1000 TL'den az</i>	26 (34,2)	6 (8,1)	<0,001*
	<i>1000-2000 TL</i>	30 (39,5)	28 (37,8)	
	<i>2000-3000 TL</i>	15 (19,7)	16 (21,6)	
	<i>3000-5000 TL</i>	4 (5,3)	13 (17,6)	
	<i>5000 TL ve üstü</i>	1 (1,3)	11 (14,9)	
Sigara	<i>Sigara içiyor</i>	2 (2,7,6)	29 (39,2)	0,014*
	<i>Sigara içmiyor</i>	39 (51,3)	41 (55,4)	
	<i>Bırakmış</i>	16 (21,1)	4 (5,4)	
Alkol	<i>Alkol kullanıyor</i>	4 (5,3)	5 (6,8)	0,583
	<i>Alkol kullanmıyor</i>	69 (90,8)	67 (91,8)	
	<i>Bırakmış</i>	3 (3,9)	1 (1,4)	

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

BDÖ ≥ 17 depresyon lehine değerlendirilirken; BAÖ ≥ 16 anksiyete lehine değerlendirilmiştir. Hasta grubunda BAÖ ve BDÖ ortalama skoru kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi (sırasıyla $p=0,003$ ve $p<0,001$). İlâveten depresyonu ve anksiyetesi olan hastaların oranları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi (sırasıyla $p=0,006$ ve $p<0,001$) (Tablo.3).

Tablo 5: Hasta ve kontrol gruplarının BAÖ ve BDÖ skorları

		Hasta grubu (n=76)	Kontrol grubu (n=74)	p
BAÖ	<i>Ortalama$\pm$SS</i>	14,55 $\pm$ 9,13	10,95 $\pm$ 10,47	0,003*
BDÖ	<i>Ortalama$\pm$SS</i>	16,68 $\pm$ 9,63	8,68 $\pm$ 9,10	<0,001*
BAÖ	<i>Var</i>	35 (%46,1)	18 (%24,3)	0,006*
	<i>Yok</i>	41 (%53,9)	56 (%75,7)	
BDÖ	<i>Var</i>	39 _a (%51,3)	14 _b (%18,9)	<0,001*
	<i>Yok</i>	37 _a (%48,7)	60 _b (%81,1)	

BAÖ: Beck Anksiyet Ölçeği, **BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

Hasta ve kontrol gruplarına göre WHOQOL-BREF-TR ölçeği incelendiğinde tüm alt boyutların anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,001$). Tüm skorlar kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak ölçüldü (Tablo.6).

Tablo 6: Hasta ve kontrol gruplarının göre WHOQOL-BREF-TR ölçeği değerleri

	Hasta grubu (n=76)	Kontrol grubu (n=74)	p
	Ortalama$\pm$SS	Ortalama$\pm$SS	
Genel Sağlık Durumu	5,97 $\pm$ 1,81	7,22 $\pm$ 1,77	<0,001*
Fiziksel Sağlık	19,86 $\pm$ 6,94	27,06 $\pm$ 5,44	<0,001*
Psikolojik	20,25 $\pm$ 4,81	22,78 $\pm$ 4,62	<0,001*
Sosyal İlişkiler	8,67 $\pm$ 2,83	11,66 $\pm$ 5,28	<0,001*
Çevre	25,52 $\pm$ 6,26	30,85 $\pm$ 10,23	<0,001*

Hasta ve kontrol grubuna ilişkin SBTÖ incelendiğinde yalnızca sosyal destek arama yaklaşım skorlamasında anlamlı bir farklılık görüldü ($p=0,011$). Sosyal destek arama yaklaşım skorlamasının hasta grubunda daha düşük olduğu saptandı (Tablo 7).

Hasta ve kontrol gruplarına ilişkin ÇBASDÖ incelendiğinde ise tüm skorlamaların anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (aile alt boyutu ($p=0,02$), arkadaş alt boyutu ($p=0,002$), özel insan alt boyutu ($p=0,003$), toplam skor ($0,002$)). Tüm skorlamalarda kontrol grubunun ortalama değerlerinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo.7).

Tablo 7: Hasta ve kontrol gruplarına ilişkin SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	Hasta grubu (n=76) Ortalama±SS	Kontrol grubu (n=74) Ortalama±SS	<i>p</i>
SBTÖ			
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,09±0,67	2,20±0,56	0,512
İyimser Yaklaşım	2,00±1,18	2,04±0,58	0,357
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	1,87±0,50	2,08±0,43	0,011*
Çaresiz Yaklaşım	1,23±0,59	1,10±0,52	0,156
Boyun Eğici Yaklaşım	1,44±1,11	1,02±0,54	0,186
ÇBASDÖ			
Aile	16,46±8,31	19,75±7,10	0,020*
Arkadaş	22,43±5,50	24,77±4,17	0,002*
Özel insan	19,60±7,08	23,02±5,01	0,003*
Toplam	58,48±18,65	67,55±14,72	0,002*

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek

Hasta grubu yaralanma seviyelerine göre tetraplejik ve paraplejik olarak iki gruba ayrıldı. İki grup arasında tüm klinik özellikler ve skorlar karşılaştırıldı. İki grup arasında VAS skoru, BAÖ ve BDÖ ortalama skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi. Ancak BGYAI ve CHART-SF toplam skoru paraplejik hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla $p=0,006$, $p<0,001$) (Tablo 8).

Tablo 8: SKY’li hastaların yaralanma seviyelerine göre klinik değerleri

	Parapleji (n=58)	Tetrapleji (n=18)	
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	<i>p</i>
VAS	3,50 $\pm$ 3,05	4,11 $\pm$ 3,87	0,702
BGYAI	61,63 $\pm$ 25,45	36,38 $\pm$ 22,41	0,006*
Beck Anksiyete ölçeği	14,15 $\pm$ 9,38	15,83 $\pm$ 8,38	0,362
CHART-SF Toplam	284,72 $\pm$ 125,34	220,15 $\pm$ 163,87	<0,001*
Beck Depresyon Ölçeği	16,27 $\pm$ 9,67	18,00 $\pm$ 9,66	0,474

VAS: Vizüel Analog Skala, **BGYAI:** Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, **CHART-SF:** The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique-Short Form

Yaralanma seviyelerine göre SBTÖ incelendiğinde skorlamalar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım SBTÖ alt boyutları tetrapleji hastalarında biraz daha yüksek iken iyimser ve sosyal destek alt boyut değerleri parapleji hastalarında biraz daha yüksekti. Yaralanma seviyelerine göre ÇBASDÖ incelendiğinde ise skorlamalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Paraplejik ve tetraplejik hastalara ait ortalama değerleri birbirine çok yakındı (Tablo 9).

Tablo 9: SKY’li hastaların yaralanma seviyelerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	Parapleji (n=58)	Tetrapleji (n=18)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	p
SBTÖ			
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,05±0,70	2,21±0,60	0,401
İyimser Yaklaşım	2,06±1,30	1,76±0,62	0,239
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	1,87±0,51	1,86±0,40	0,804
Çaresiz Yaklaşım	1,18±0,57	1,36±0,66	0,269
Boyun eğici Yaklaşım	1,37±0,80	1,65±1,80	0,324
ÇBASDÖ			
Aile	16,77±7,89	15,44±9,74	0,466
Arkadaş	22,50±5,70	22,22±5,00	0,635
Özel insan	19,55±7,13	19,72±7,15	0,873
Toplam	58,82±18,60	57,38±19,29	0,696

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek

Yaralanma seviyelerine göre WHOQOL-BREF-TR ölçeğine ilişkin alt boyutların ortalama değerleri incelendiğinde skorlamalar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). WHOQOL-BREF-TR fiziksel sağlık boyutu istatistiksel anlamlılığa yakın bulundu ($p=0,089$). Paraplejik hastalarda 27,06 puan bulunurken tetraplejik hastalarda 17,72 puan olarak hesaplandı. Diğer alt boyutlar olan WHOQOL-BREF-TR genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre skorları ise tetrapleji hastalarında biraz daha yüksek ortalamaya sahipti (Tablo.10).

Tablo 10: SKY’li hastaların yaralanma seviyelerine göre WHOQOL-BREF-TR değerleri

	Parapleji (n=58)	Tetrapleji (n=18)	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	p
Genel Sağlık Durumu	5,87±1,86	6,27±1,63	0,347
Fiziksel Sağlık	27,06±5,44	17,72±4,82	0,089
Psikolojik	20,13±4,66	20,61±5,40	0,540
Sosyal İlişkiler	8,60±2,75	8,88±3,16	0,868
Çevre	25,10±6,34	26,88±5,97	0,304

ASIA evrelemesine göre SBTÖ incelendiğinde skorlamalar arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım evre grupları arasında birbirine oldukça yakın değerlere sahipken iyimser yaklaşım alt boyutu ASIA D evresinde daha düşük skora sahipti. Sosyal destek arama boyutu ise ASIA D evresinde en yüksek skora sahipti (Tablo 11).

ASIA evrelerine göre ÇBASDÖ incelendiğinde ise aile ve arkadaş alt boyutlarına ait skorların gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği gözlemlendi (sırasıyla $p=0,044$, $p=0,045$). Aile alt boyutuna ait skoru ASIA B evresinde ASIA C evresine göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,044$). Arkadaş alt boyutu skor değeri de benzer şekilde ASIA B evresine ait hasta grubunda daha yüksek bulundu (Tablo 11).

Tablo 11: SKY’li hastaların ASIA evrelerine ilişkin SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	ASIA A Ort.±SS	ASIA B Ort.±SS	ASIA C Ort.±SS	ASIA D Ort.±SS	<i>p</i>
SBTÖ					
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,01±0,87	2,14±0,56	2,29±0,45	1,91±0,68	0,481
İyimser Yaklaşım	2,00±0,89	2,02±0,56	2,40±1,88	1,52±0,68	0,095
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	1,78±0,57	1,87±0,47	1,77±0,48	2,09±0,33	0,140
Çaresiz Yaklaşım	1,23±0,60	1,12±0,50	1,35±0,73	1,19±0,49	0,718
Boyun eğici Yaklaşım	1,23±0,60	1,12±0,50	1,35±0,73	1,19±0,49	0,871
ÇBASDÖ					
Aile	16,40±8,43	19,62±9,34	12,40±6,96	18,22±7,32	0,044*
Arkadaş	23,22±6,36	23,87±4,84	20,55±5,41	22,27±4,84	0,045*
Özel insan	19,27±7,64	21,62±7,98	16,90±6,43	21,16±5,63	0,089
Toplam	58,90±20,45	65,12±18,93	49,85±17,04	61,66±15,38	0,063

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek, **ASIA:** American Spinal Injury Association

SBTÖ alt boyutları depresyonu olan ve olmayan hasta grubunda karşılaştırıldı. Sosyal destek arama puanı haricinde diğer kendine güvenli, iyimser ve çaresiz yaklaşım alt boyutları depresif olmayan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksek değerlere sahipti (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Sosyal destek arama yaklaşımı ise depresif hastalarda biraz daha düşük olmasına rağmen anlamlılık istatistiksel olarak yüksek bulunmadı ($p>0,05$). Depresyon durumuna göre ÇBASDÖ skorları depresyon grupları arasında karşılaştırıldı. Sosyal destek alt boyutları genel olarak depresif hasta grubunda daha düşük bulundu. Toplam sosyal destek puanı depresyonu olan hasta grubunda 57,20 olurken depresif olmayan hasta grubunda 59,83 puan olarak hesaplandı (Tablo.12).

Tablo 12: SKY’li hastaların depresyon durumuna ilişkin SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	Depresyon Var (n=39) Ortalama±SS	Depresyon Yok (n=37) Ortalama±SS	p
SBTÖ			
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,88±0,71	2,30±0,56	0,001*
İyimser Yaklaşım	1,65±0,74	2,35±1,43	<0,001*
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	1,83±0,45	1,91±0,52	0,083
Çaresiz Yaklaşım	1,36±0,51	1,09±0,64	<0,001*
Boyun eğici Yaklaşım	1,38±0,90	1,49±1,31	0,679
ÇBASDÖ			
Aile	15,38±8,41	17,59±8,16	0,256
Arkadaş	22,92±4,83	21,91±6,17	0,710
Özel insan	18,89±7,34	20,32±6,82	0,488
Toplam	57,20±18,62	59,83±18,83	0,476

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek

Depresyon durumuna göre WHOQOL-BREF-TR skorları karşılaştırıldı (Tablo.13). Tüm alt boyutlara ait skorlamalar gruplar arasında oldukça önemli düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,05$). Alt boyutların tamamı depresif olmayan hasta grubunda daha yüksek skorlara sahipti.

Tablo 13: SKY’li hastaların depresyon durumuna ilişkin WHOQOL-BREF-TR değerleri

	Depresyon Var (n=39)	Depresyon Yok (n=37)	
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	<i>p</i>
Genel Sağlık Durumu	5,07 $\pm$ 1,56	6,91 $\pm$ 1,57	<0,001*
Fiziksel Sağlık	17,66 $\pm$ 7,69	22,18 $\pm$ 5,21	<0,001*
Psikolojik	17,87 $\pm$ 4,35	22,75 $\pm$ 3,95	<0,001*
Sosyal İlişkiler	7,48 $\pm$ 2,64	9,91 $\pm$ 2,49	<0,001*
Çevre	24,15 $\pm$ 7,01	26,97 $\pm$ 5,07	<0,001*

Hasta grubunda demografik özellikler ve ölçüm yapılan klinik özellikler ve ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman’s Rho korelasyon analizi ile tespit edildi. BDÖ ile CHART-SF toplam skorlaması arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,014$ $r=-0,282$). BAÖ ile BDÖ skorları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$ $r=0,467$). WHOQOL-BREF-TR genel sağlık skorları ile BDÖ ve BAÖ skorları arasında negatif yönlü ve anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=<0,001$ $r=-0,478$ $p=0,005$ $r=-0,319$) (Tablo 14).

BGYAİ ile CHART-SF toplam puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ($p<0,001$ $r=0,613$). BGYAİ ile BDÖ arasında ise negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,017$ $r=-0,273$). CHART-SF toplam ve BGYAİ ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,025$ $r=-0,257$, $p=0,015$ $r=-0,279$). VAS ortalama ağrı skoru ile yaş arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı ($p=0,016$ $r=0,278$). CHART-SF toplam skoru ile hastalık süresi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı ($p=0,036$ $r=0,241$). SBTÖ sosyal destek arama yaklaşım ile ÇBASDÖ toplam skoru arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,003$ $r=0,331$) (Tablo.14).

Tablo 14: SKY’li hastaların demografik ve toplam ölçek puanları arasındaki ilişkiler

		BAÖ	BDÖ	ÇBASDÖ Toplam	CHART toplam	BGYAI	SKY süresi (yıl)	Yaş (yıl)	WHOQOL Genel Sağlık D.	SBTÖ Sosyal Destek
VAS	r	0,197	0,132	0,221	-0,070	0,020	0,005	0,278	-0,092	0,081
	p	0,090	0,260	0,056	0,551	0,867	0,967	0,016*	0,433	0,490
BAÖ	r		0,467	-0,109	-0,039	-0,026	-0,048	0,077	-0,319	-0,030
	p		<0,001*	0,348	0,741	0,825	0,677	0,508	0,005*	0,797
BDÖ	r			-0,164	-0,282	-0,273	-0,093	0,076	-0,478	-0,136
	p			0,157	0,014*	0,017*	0,424	0,514	<0,001*	0,241
ÇBASDÖ	r				-0,088	-0,149	-0,115	-0,011	0,126	0,331
Toplam	p				0,450	0,198	0,324	0,928	0,280	0,003*
CHART	r					0,613	0,241	-0,257	0,090	0,105
Toplam	p					<0,001*	0,036*	0,025*	0,437	0,367
BGYAI	r						0,173	-0,279	-0,013	0,203
	p						0,135	0,015*	0,909	0,078
SKY	r							0,128	0,155	0,158
süresi (yıl)	p							0,270	0,181	0,174
Yaş (yıl)	r								-0,152	-0,055
	p								0,189	0,639
WHOQOL	r									-0,027
Genel	p									0,818
Sağlık D.										

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek, BAÖ: Beck Anksiyet Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, VAS: Vizüel Analog Skala, BGYAI: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, CHART-SF: The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique-Short Form, WHOQOL-BREF-TR: The World Health Organization Quality of Life-BREF-TR, Genel Sağlık D: Genel Sağlık Durumu, SBTÖ Sosyal Destek: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ile stresle başa çıkma tarzı ölçeği alt boyutlarına ilişkin korelasyonlar incelendi (Tablo 15). SBTÖ alt boyutları içerisinde sosyal destek arama yaklaşım ile ÇBASDÖ aile, özel insan alt boyutu ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,006$ $r=0,313$, $p=0,007$ $r=0,305$, $p=0,003$ $r=0,331$).

Tablo 15: SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki

SBTÖ	ÇBASDÖ				
		Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
Kendine Güvenli Yaklaşım	<i>r</i>	0,120	0,060	0,082	0,111
	<i>p</i>	0,303	0,607	0,481	0,338
İyimser Yaklaşım	<i>r</i>	0,116	0,176	0,146	0,148
	<i>p</i>	0,319	0,129	0,208	0,203
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	<i>r</i>	0,313	0,163	0,305	0,331
	<i>p</i>	0,006*	0,159	0,007*	0,003*
Çaresiz Yaklaşım	<i>r</i>	0,012	0,183	0,113	0,091
	<i>p</i>	0,917	0,114	0,329	0,433
Boyun Eğici Yaklaşım	<i>r</i>	-0,176	-0,126	-0,167	-0,178
	<i>p</i>	0,129	0,279	0,150	0,125

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği

SKY’li hastaların cinsiyetlerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo 16). SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 16: SKY’li hastaların cinsiyetlerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	Kadın Ortalama±SS	Erkek Ortalama±SS	p
SBTÖ			
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,09±0,60	2,09±0,72	0,773
İyimser Yaklaşım	1,90±0,64	2,05±1,42	0,966
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1,81±0,35	1,91±0,56	0,261
Çaresiz Yaklaşım	1,15±0,53	1,27±0,62	0,397
Boyun Eğici Yaklaşım	1,36±0,92	1,48±1,22	0,605
ÇBASDÖ			
Aile	14,66±8,65	17,63±7,96	0,095
Arkadaş	20,96±6,08	23,39±4,93	0,061
Özel insan	18,26±7,47	20,45±6,76	0,208
Toplam	53,90±19,38	61,47±17,72	0,091

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği

SKY'li hastaların medeni duruma göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo 17). SKY'li hastaların SBTÖ alt boyutlarından sadece boyun eğici yaklaşım puanı medeni duruma göre istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p=0,018$). Evli olanların boyun eğici yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. SKY'li hastaların SBTÖ boyun eğici dışındaki yaklaşımlar ve ÇBASDÖ puanları ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 17: SKY'li hastaların medeni durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	Evli Ortalama±SS	Bekar Ortalama±SS	Dul Ortalama±SS	<i>p</i>
SBTÖ				
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,09±0,64	2,12±0,72	1,94±0,75	0,771
İyimser Yaklaşım	2,13±1,46	1,91±0,69	1,55±0,64	0,290
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1,83±0,48	1,93±0,52	1,87±0,40	0,764
Çaresiz Yaklaşım	1,33±0,66	1,15±0,48	0,98±0,52	0,234
Boyun Eğici Yaklaşım	1,63±1,24	1,31±1,00	0,89±0,37	0,018*
ÇBASDÖ				
Aile	15,07±8,39	18,51±7,62	16,62±9,69	0,209
Arkadaş	23,00±4,71	22,07±6,00	20,75±7,66	0,904
Özel insan	19,87±6,82	19,11±7,39	19,75±8,20	0,844
Toplam	57,95±18,24	59,70±18,96	57,12±21,87	0,923

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği

SKY'li hastaların yaşa göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo.18). SKY'li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları ile yaş arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 18: SKY'li hastaların yaş gruplarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	30 yaş ve altı Ortalama±SS	31-50 yaş Ortalama±SS	51 yaş ve üstü Ortalama±SS	p
SBTÖ				
Kendine Güvenli Y.	2,22±0,60	2,08±0,66	1,94±0,77	0,543
İyimser Yaklaşım	2,00±0,69	2,12±1,57	1,74±0,67	0,363
Sosyal Destek AY.	1,90±0,55	1,88±0,46	1,81±0,47	0,779
Çaresiz Yaklaşım	1,28±0,48	1,19±0,65	1,23±0,62	0,628
Boyun Eğici Yaklaşım	1,48±1,04	1,30±0,62	1,64±1,75	0,923
ÇBASDÖ				
Aile	18,50±7,52	15,82±8,68	15,26±8,49	0,280
Arkadaş	22,77±5,28	22,14±6,39	22,57±4,03	0,792
Özel insan	19,59±7,15	19,02±7,18	20,63±7,08	0,683
Toplam	60,86±18,05	57,00±20,04	58,47±17,28	0,830

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği, **Kendine Güvenli Y.:** Kendine Güvenli Yaklaşım, **Sosyal Destek AY.:** Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

SKY'li hastaların eğitim durumuna göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo 19). SKY'li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları ile eğitim durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 19: SKY'li hastaların eğitim durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	OYD Ortalama±SS	İlköğretim Ortalama±SS	Lise Ortalama±SS	Üniversite Ortalama±SS	<i>p</i>
SBTÖ					
Kendine Güvenli Y.	1,42	2,09±0,71	2,20±0,60	1,95±0,56	0,507
İyimser Yaklaşım	2,20	2,00±1,33	1,97±0,66	1,95±0,94	0,872
Sosyal Destek AY.	1,75	1,84±0,50	1,83±0,45	2,11±0,48	0,579
Çaresiz Yaklaşım	0,62	1,30±0,63	0,93±0,42	1,33±0,48	0,125
Boyun Eğici Y.	2,00	1,57±1,26	1,10±0,45	1,12±0,78	0,210
ÇBASDÖ					
Aile	22,00	16,82±8,51	14,14±7,74	17,33±8,57	0,659
Arkadaş	25,00	22,84±4,96	22,57±6,84	19,55±6,34	0,443
Özel insan	23,00	20,26±6,85	17,71±7,87	18,22±7,62	0,506
Toplam	70,00	59,94±17,94	54,42±20,54	55,11±21,21	0,716

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği, **Kendine Güvenli Y.:** Kendine Güvenli Yaklaşım, **Sosyal Destek AY.:** Sosyal Destek Arama Yaklaşımı, **Boyun Eğici Y.:** Boyun Eğici Yaklaşım, **OYD:** Okuryazar değil

SKY’li hastaların çalışma durumuna göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo 20). SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları ile çalışma durumu arasında göre istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 20: SKY’li hastaların çalışma durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	Çalışıyor Ortalama±SS	Çalışmıyor Ortalama±SS	p
SBTÖ			
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,99±0,61	2,11±0,69	0,424
İyimser Yaklaşım	2,20±2,33	1,94±0,67	0,301
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1,81±0,39	1,88±0,51	0,596
Çaresiz Yaklaşım	1,35±0,77	1,20±0,54	0,452
Boyun Eğici Yaklaşım	1,68±1,96	1,37±0,79	0,748
ÇBASDÖ			
Aile	15,77±8,31	16,63±8,37	0,932
Arkadaş	20,40±6,63	22,93±5,13	0,165
Özel insan	18,46±6,94	19,86±7,15	0,471
Toplam	54,60±19,98	59,44±18,35	0,396

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği

SKY’li hastaların gelir durumuna göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo 21). SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları ile gelir durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 21: SKY’li hastaların gelir durumlarına göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	<1000 TL Ortalama±SS	1000-3000 TL Ortalama±SS	3000-5000 TL Ortalama±SS	>5000 TL Ortalama±SS	<i>p</i>
SBTÖ					
Kendine Güvenli Y.	1,86±0,76	2,25±0,58	1,75±0,76	2,00	0,135
İyimser Yaklaşım	1,69±0,80	2,20±1,35	1,80±1,04	1,40	0,277
Sosyal Destek AY.	1,89±0,57	1,85±0,46	2,00±0,28	1,75	0,837
Çaresiz Yaklaşım	1,15±0,49	1,30±0,65	1,12±0,46	0,62	0,514
Boyun Eğici Y.	1,50±1,57	1,45±0,81	1,00±0,47	0,83	0,441
ÇBASDÖ					
Aile	17,65±8,57	15,71±8,47	17,00±6,37	17,00	0,850
Arkadaş	22,15±6,83	22,73±4,50	20,75±8,13	23,00	0,958
Özel insan	19,46±7,78	19,60±6,89	20,25±7,27	20,00	0,998
Toplam	59,26±20,86	58,04±17,73	58,00±21,19	60,00	0,970

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği, **Kendine Güvenli Y.:** Kendine Güvenli Yaklaşım, **Sosyal Destek AY.:** Sosyal Destek Arama Yaklaşımı, **Boyun Eğici Y.:** Boyun Eğici Yaklaşım

SKY'li hastaların yaralanma sürelerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları incelenmiştir (Tablo 22). SKY'li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ puanları ile yaralanma süreleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 22: SKY'li hastaların yaralanma sürelerine göre SBTÖ ve ÇBASDÖ değerleri

	1-5 yıl Ortalama±SS	6 yıl ve sonrası Ortalama±SS	<i>p</i>
SBTÖ			
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,03±0,59	2,14±0,75	0,239
İyimser Yaklaşım	2,05±1,52	1,94±0,66	0,746
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1,80±0,48	1,94±0,48	0,237
Çaresiz Yaklaşım	1,28±0,67	1,17±0,49	0,621
Boyun Eğici Yaklaşım	1,62±1,42	1,24±0,61	0,267
ÇBASDÖ			
Aile	16,51±8,32	16,40±8,41	0,778
Arkadaş	22,87±5,63	21,97±5,41	0,351
Özel insan	19,71±7,10	19,45±7,16	0,727
Toplam	59,10±19,18	57,83±18,31	0,647

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği

ÇBASDÖ ve SBTÖ ile WHOQOL-BREF-TR boyutları arasındaki korelasyonlar hesaplandı (Tablo.23). SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ile WHOQOL-BREF-TR genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,005$ $r=0,318$, $p=0,003$ $r=0,334$, $p=0,007$ $r=0,308$, $p=0,001$ $r=0,361$). SBTÖ iyimser yaklaşım puanları ile WHOQOL-BREF-TR genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık puanları ile çok düşük düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon bulundu (sırasıyla $p=0,037$ $r=0,240$, $p=0,027$ $r=0,253$). SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler ve çevre puanları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,036$ $r=0,241$, $p=0,012$ $r=0,288$).

Benzer şekilde ÇBASDÖ aile alt boyutu ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler ve çevre puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon bulundu (sırasıyla $p<0,001$ $r=0,405$, $p=0,016$ $r=0,276$). WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler ile ÇBASDÖ özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon değerleri hesaplandı (sırasıyla $p=0,007$ $r=0,305$, $p=0,003$ $r=0,331$) (Tablo 23).

Tablo 23: SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ ile WHOQOL-BREF-TR arasındaki ilişkiler

	WHOQOL-BREF-TR				
	Genel Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık	Psikolojik	Sosyal İlişkiler	Çevre
SBTÖ					
Kendine Güvenli Yaklaşım	r 0,318 p 0,005*	0,212 0,067	0,334 0,003*	0,308 0,007	0,361 0,001*
İyimser Yaklaşım	r 0,240 p 0,037*	0,253 0,027*	0,169 0,145	0,222 0,054	0,159 0,171
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	r -0,027 p 0,818	-0,098 0,401	0,163 0,160	0,241 0,036*	0,288 0,012*
Çaresiz Yaklaşım	r 0,051 p 0,662	-0,035 0,762	-0,147 0,204	0,059 0,613	-0,009 0,937
Boyun Eğici Yaklaşım	r -0,146 p 0,207	-0,157 0,175	-0,128 0,272	-0,074 0,526	-0,125 0,282
ÇBASDÖ					
Aile	r 0,149 p 0,198	0,047 0,686	0,128 0,269	0,405 <0,001*	0,276 0,016*
Arkadaş	r 0,021 p 0,858	-0,237 0,039	0,014 0,905	0,193 0,094	0,083 0,475
Özel insan	r 0,117 p 0,313	-0,066 0,572	0,107 0,357	0,305 0,007*	0,178 0,125
Toplam	r 0,126 p 0,280	-0,092 0,430	0,096 0,411	0,331 0,003*	0,207 0,073

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği, **WHOQOL-BREF-TR:**

The World Health Organization Quality of Life–BREF-TR

Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutları ile stresle başa çıkma tarzı ölçeği ile CHART-SF boyutları arasındaki ilişkiler incelendi (Tablo.24). Ancak yalnızca CHART-SF toplam ile ÇBASDÖ arkadaş puanları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ($p=0,019$ $r=-0,269$).

Tablo 24: SKY’li hastaların SBTÖ ve ÇBASDÖ ile CHART-SF toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkiler

	CHART-SF							
		FB	KB	M	İD	EB	SU	T
ÇBASDÖ								
Aile	<i>r</i>	0,032	-0,058	0,147	-0,011	-0,114	0,023	-0,076
	<i>p</i>	0,784	0,618	0,206	0,923	0,327	0,843	0,515
Arkadaş	<i>r</i>	-0,116	-0,168	-0,097	-0,191	-0,120	-0,097	-0,269
	<i>p</i>	0,318	0,148	0,405	0,099	0,303	0,482	0,019*
Özel insan	<i>r</i>	-0,016	-0,102	0,058	-0,007	-0,094	0,038	-0,017
	<i>p</i>	0,894	0,382	0,620	0,955	0,418	0,743	0,887
Toplam	<i>r</i>	0,087	0,008	0,146	0,144	0,041	0,084	0,022
	<i>p</i>	0,453	0,948	0,209	0,216	0,726	0,472	0,848
SBTÖ								
Kendine Güvenli Yaklaşım	<i>r</i>	-0,106	-0,040	0,124	0,134	-0,049	0,213	0,087
	<i>p</i>	0,890	0,732	0,288	0,247	0,674	0,064	0,453
İyimser Yaklaşım	<i>r</i>	0,109	0,067	0,002	-0,018	0,078	0,143	0,085
	<i>p</i>	0,347	0,563	0,989	0,876	0,504	0,217	0,468
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	<i>r</i>	0,090	0,072	0,184	0,092	0,014	0,027	0,140
	<i>p</i>	0,441	0,537	0,112	0,429	0,907	0,816	0,227
Çaresizlik Yaklaşım	<i>r</i>	-0,061	-0,085	-0,131	-0,092	0,021	0,132	-0,092
	<i>p</i>	0,601	0,467	0,259	0,428	0,858	0,256	0,432
Boyun Eğici Yaklaşım	<i>r</i>	0,019	-0,30	-0,106	-0,104	0,180	-0,127	-0,036
	<i>p</i>	0,869	0,796	0,362	0,373	0,120	0,273	0,760

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, **ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algıladığı Sosyal Destek Ölçeği, **CHART-SF:** The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique-Short Form, **FB:** Fiziksel Bağımsızlık, **KB:** Kognitif Bağımsızlık, **M:** Mobilité, **İD:** İş Durumu, **EB:** Ekonomik Bağımsızlık, **SU:** Sosyal Uyum, **T:** Toplam Skor

CHART-SF fiziksel ve kognitif bağımsızlık ile WHOQOL-BREF-TR fiziksel sağlık skorları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,002$ $r=0,347$, $p=0,001$ $r=0,368$). CHART-SF mobilite ile WHOQOL-BREF-TR ölçeğine ait tüm boyutlar arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon elde edildi. CHART-SF toplam ile WHOQOL-BREF-TR fiziksel bağımsızlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutlar arasında düşük düzeyde anlamlı ve pozitif yönlü ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,003$ $r=0,331$, $p=0,012$ $r=0,287$, $p=0,001$ $r=0,388$, $p=0,009$ $r=0,297$) (Tablo.25).

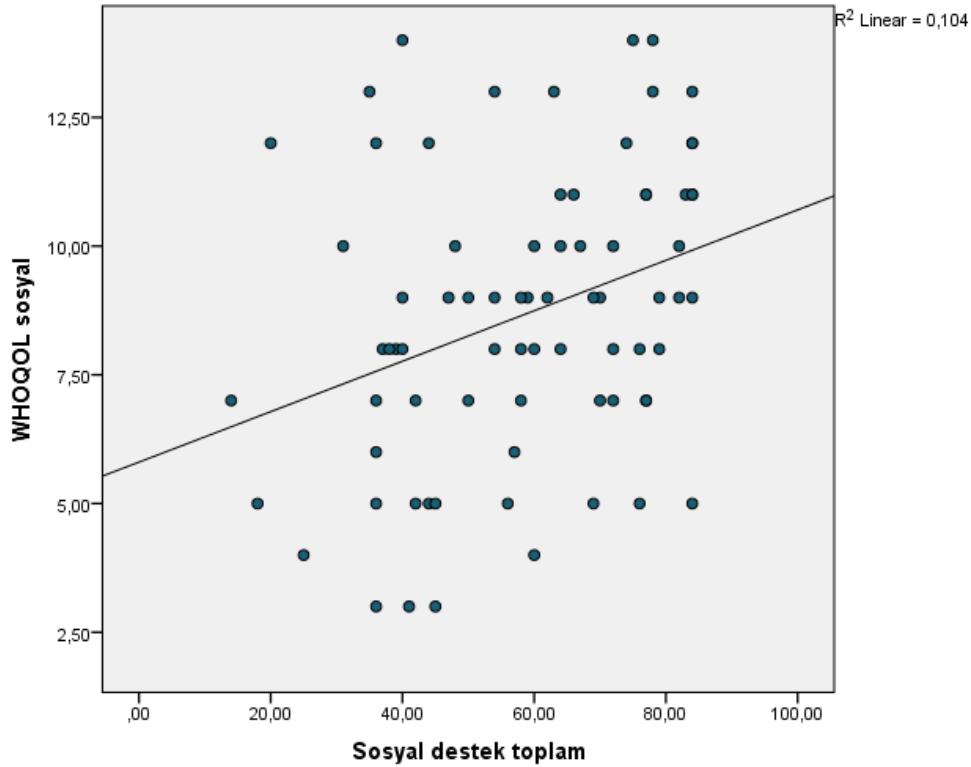
Tablo 25: SKY’li hastaların CHART-SF ile WHOQOL-BREF-TR boyutları arasındaki ilişkiler

CHART-SF	WHOQOL-BREF-TR					
		Genel Sağlık D.	Fiziksel Sağlık	Psikolojik	Sosyal İlişkiler	Çevre
Fiziksel Bağımsızlık	<i>r</i>	-0,099	0,347	0,098	0,171	0,180
	<i>p</i>	0,394	0,002*	0,402	0,139	0,120
Kognitif Bağımsızlık	<i>r</i>	0,010	0,368	0,217	0,232	0,055
	<i>p</i>	0,931	0,001*	0,060	0,044*	0,639
Mobilite	<i>r</i>	0,236	0,379	0,323	0,470	0,308
	<i>p</i>	0,040*	0,001*	0,004*	<0,001*	0,007*
İş Durumu	<i>r</i>	0,247	0,458	0,217	0,290	0,325
	<i>p</i>	0,032*	<0,001*	0,059	0,011*	0,004*
Ekonomik Bağımsızlık	<i>r</i>	-0,107	-0,062	-0,053	0,118	-0,141
	<i>p</i>	0,359	0,596	0,652	0,309	0,226
Sosyal Uyum	<i>r</i>	0,057	0,085	0,128	0,349	0,196
	<i>p</i>	0,628	0,467	0,269	0,002*	0,089
Toplam	<i>r</i>	0,138	0,331	0,287	0,388	0,297
	<i>p</i>	0,236	0,003*	0,012*	0,001*	0,009*

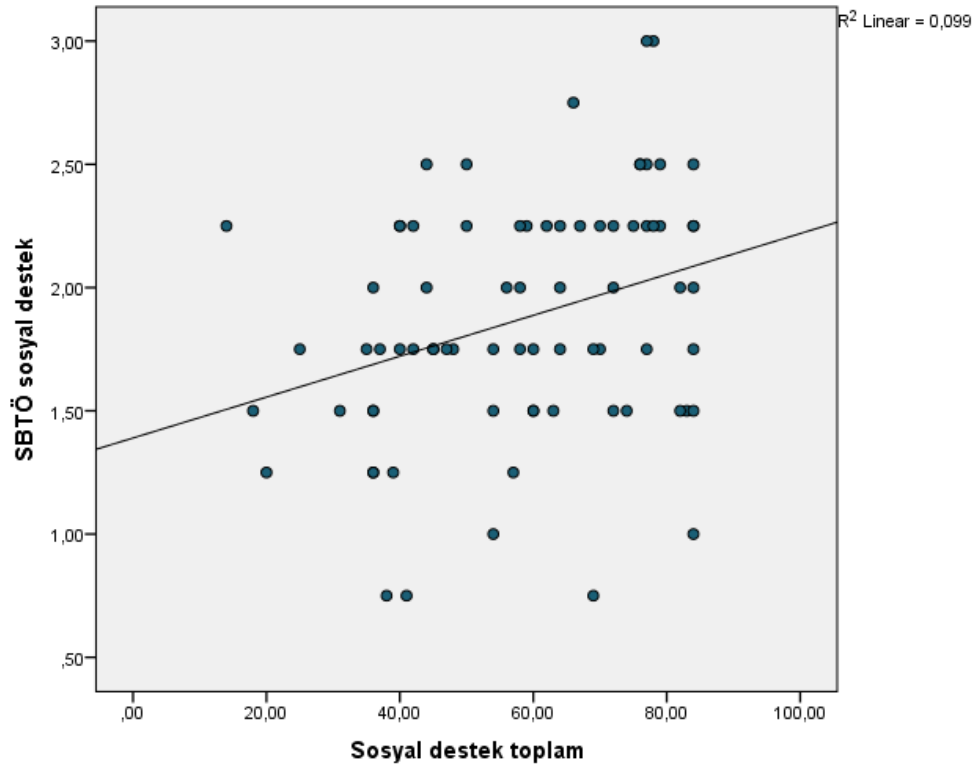
CHART-SF: The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique-Short Form, **WHOQOL-BREF-TR:** The World Health Organization Quality of Life–BREF-TR

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile aralarındaki korelasyon değerleri anlamlı olan diğer ölçek skorları kullanılarak regresyon modeli oluşturuldu. Sosyal destek üzerinde etkili olan faktörlerin etki güçleri tespit edilmeye çalışıldı. İleriye dönük aşamalı çoklu doğrusal regresyon modeli için anlamlılık $p=0,003$ olurken modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,150$ bulundu. Modele yalnızca stresle başa çıkma ölçeği sosyal destek alt boyutu (Beta=0,358; $p=0,002$) ve BGYAİ (Beta=-0,228; $p=0,041$) indeksi bağımsız değişkenlerinin anlamlı katkı yaptığı görüldü. WHOQOL-BREF-TR genel sağlık, anksiyete, depresyon, CHART-SF toplam, SBTÖ kendine güven, SBTÖ iyimser, SBTÖ çaresizlik, SBTÖ boyun eğici, yaş ve VKİ bağımsız değişkenleri anlamlı katkı yapmadıkları için modelden çıkarıldı. ÇBASDÖ ile ilgili korelasyon grafikleri Şekil.2-4 arasında görselleştirildi.

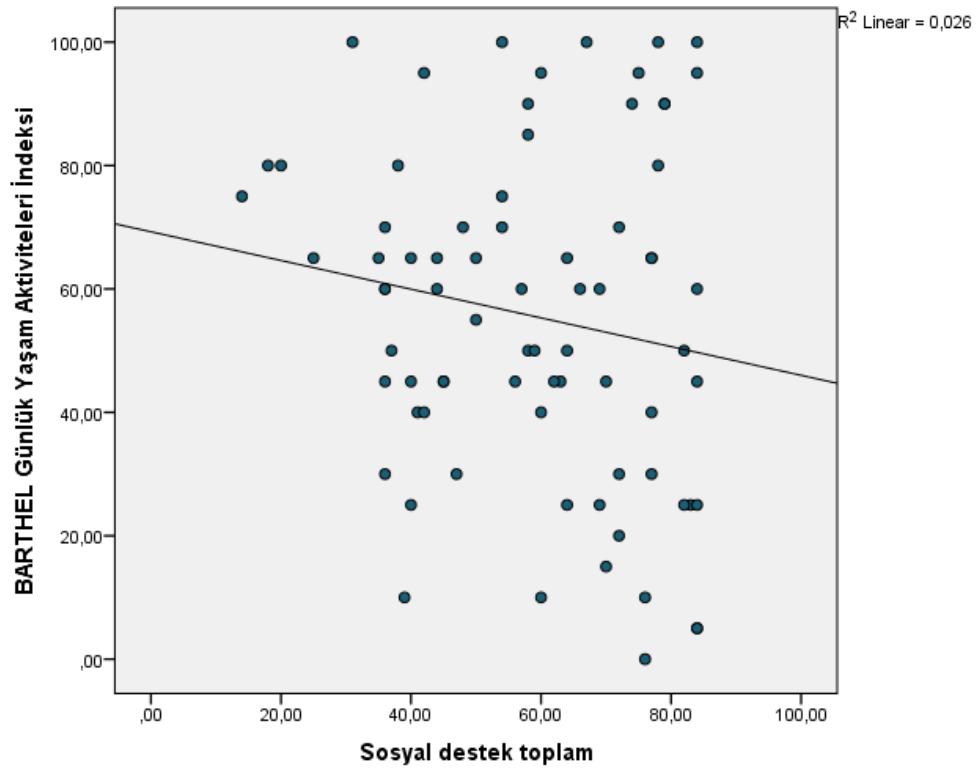
SBTÖ sosyal destek arama puanı bağımlı değişken olarak alınarak oluşturulan modelin anlamlılık değeri $p=0,015$ olurken açıklayıcılık katsayısı ($R^2=0,078$) oldukça düşük bulundu. Modelin uyum iyiliği yeterli değildi. Modele yalnızca WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler alt boyutu anlamlı katkı yaptı (Beta=0,279; $p=0,015$).



Şekil 2: ÇBASDÖ toplam ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler alt boyutu arasındaki ilişki



Şekil 3: ÇBASDÖ toplam ile SBTÖ sosyal destek alt boyutu arasındaki ilişki



Şekil 4: ÇBASDÖ toplam ile BGYAİ arasındaki ilişki

5. TARTIŞMA

Spinal kord yaralanması; fiziksel, psikolojik, sosyal ve toplumsal yıkıcı etkiye neden olan bir hastalıktır. Hastaların bu yıkıcı etki ile başa çıkma yeteneği ve sosyal desteğin rolü hasta ve toplum için önem teşkil etmektedir.

Stresle başa çıkma; stresli durumla karşılaşan kişinin etrafından gelen isteklerin üstesinden gelebilmesi için kendisinin geliştirdiği davranışsal ve bilişsel çabalar olarak belirtilmektedir (7). Folkman ve Lazarus'un Stresle Başa Çıkma Modelinde başa çıkma çabaları, duygu odaklı ve problem odaklı olmak üzere ikiye ayrılır. Problem odaklı başa çıkma, tehdit oluşturan durumu yok etmeye veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içerir. Duygu odaklı başa çıkmada ise, insanın kendisi için stres verici neden ile mücadele etmek yerine, stres verici nedeninin etkisini azaltmak için tehdit edici olayın gerçekliğini inkar etme, problemden uzak durma ve hissettiği kötü duyguları paylaşma gibi etkinlikleri içerir (8,9).

Sosyal destek; kişi bunalımdayken etrafından yapılan her türlü manevi ve manevi yardımlardır (73). Kişinin eş, dost, arkadaş, akraba gibi yakın çevresinden gelecek destek, onlara sıkıntılı durumdayken yardımcı olabilecek kişilerin varlığını bilmek, fiziksel ve duygusal olarak kişilerin iyi ve güçlü hissetmelerine katkısı olacaktır. Algılanan sosyal destek ise bireyin çevresinde destek alabileceği ve güvенеbileceği insanlar olduğuna dair bilişsel algılamasıdır (82).

Yakın zamanda gelişen yeni teknolojiler ile SKY'li hastalara karşı artan farkındalık ile SKY rehabilitasyonunda büyük adımlar atılmıştır. Atılan büyük adımlara rağmen, ne yazık ki; SKY'lilerde stresle başa çıkma, sosyal destek ve ilişkili faktörlerin hasta rehabilitasyonundaki önemi gözardı edilmekte ya da unutulmaktadır. Bu konuda yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır. Literatüre baktığımızda kontrol grubu ile yapılan SKY'lilerin stresle başa çıkma tarzları, algıladıkları sosyal destek ve ilişkili faktörleri inceleyen bir çalışmaya rastlamadık. Bu yönüyle kontrol grubu ile yapmış olmamız çalışmamızın değerini arttırdığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda SKY'lilerin medeni durumuna göre %53,9'u evli, %35,5'i bekar, %10,5'i dul olarak bulunmuştur. Hasta grubunda bekar ve dul oranının kontrol grubundan fazla olduğu belirlenmiştir. Tas ve ark. çalışmasında SKY'li hastaların medeni durumunu %30'sunun bekar olduğu bulunmuştur (110). Sipski ve ark. araştırmasında SKY'li hastaların %62'sinin bekar olduğunu bulunmuştur (111). Kreuter'in literatür taramasında SKY'lilerin boşanma oranının %8-48 arasında değiştiği görülmüştür (112). Bizim çalışmamızda SKY'lilerin boşanma oranı %10,5 bulunmuştur ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek düzeyde boşanma olduğu gözlemlendi. Yapılan çalışmalarda boyun eğici yaklaşım kişide depresyon, kaygı, yalnızlık ve strese yatkınlığı arttırmaktadır (90,91). Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşımı, evli ve bekarlara göre dul hastalarda daha düşük olarak bulunmuştur. Bu durum bize SKY'li hastaların boyun eğici yaklaşımı azaldığı için evliliğini sürdürmekte zorlanabileceğini düşündürdü.

Çalışmamızda yaş ile hastaların ağrı düzeyleri ve engellilik durumunun arttığını ancak yaş ile stresle başa çıkma tarzları ve algıladığı sosyal destek ile ilişkili olmadığını tespit ettik. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Safer ve ark. inmeli hastalarda yaş ile engellilik durumunun arttığını bulmuşlardır (113). Bizim sonuçlarımız yaşı ilerlemesinin stresle başa çıkma tarzlarına ve algılanan sosyal desteğe etkisinin olmadığı düşündürmektedir. Bu konuda daha kesin bilgilere ulaşabilmek için ileri çalışmalara gerek olduğunu düşünüyoruz.

Araştırmamıza katılan SKY'lilerin çalışma durumuna bakıldığında; %80,3 çalışmadığı (%34,2 işsiz, %26,3 engelli aylığı alıyor, %13,2 ev hanımı, %6,6 öğrenci) saptanmıştır. Akıncı'nın araştırmasına katılan SKY'lilerin çalışma durumu; %97,1 çalışmıyor (%73 işsiz, %25,5 emekli) olarak bulunmuştur (114). Çalışmamızın bu sonuçları SKY'li hastaların iş yaşamına tam katılmadığını ve mesleki rehabilitasyonunda eksiklikler olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan SKY'li bazı bireyler düşük ücretler ile çalışmalarına rağmen engelli aylığı almamaktadır. Bu durum bize SKY'li hastaların bir kısmının sosyal haklarını bilmediğini veya bu haklardan nasıl faydalanacağı bilmediğini düşündürmektedir. Bu hastaların mesleki rehabilitasyonun geliştirilmesi ve sosyal hakları açısından yönlendirilmesi, iletişim

aletleri (televizyon, radyo, gazete, internet, hastane broşürleri vb.) ile sosyal hakları yönünden bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Araştırmamızda SKY’li hastaların gelir durumunu bakıldığında %34.2’si 1000 TL altında, %39.5’i 1000-2000 TL, %19,7’si 2000-3000 TL, %5,3’ü 3000-5000 TL, %1,3’ü 5000 TL üstünde aylık gelire sahipti, kontrol grubunun ise %8,1’i 1000 TL altında, %37.8’i 1000-2000 TL, %21,6’si 2000-3000 TL, %17,6’si 3000-5000 TL, %14,9’u 5000 TL ve üstü aylık gelire sahip olduğu gözlenmiştir. Altınok’un SKY’liler ile yaptığı araştırmasında gelir durumları ise 500-1000 TL arasında olanlar %61, 1000-1500 TL %22.1, 1500-2500 TL arası %13 olarak bulunmuştur (115). Araştırmamızda SKY’li hastaların gelir durumunun literatür ile uyumlu olarak normal popülasyona göre düşük olduğu bulunmuştur. Bu hastalara gerekli rehabilite yöntemleri ile iş sahibi olmaları veya sahip oldukları meslekleri verimli yapabilmeleri sağlanmış olsaydı, gelir durumunun daha üst seviyelere çıkmasının sağlanabileceğini düşünmekteyiz. Bu da bu hastalardaki mesleki rehabilitasyonun önemini göstermektedir.

Araştırmamıza katılan SKY’lilerin sosyal güvencesine bakıldığında %84,2 SGK, %7.9 sosyal güvencesi olmayan, %7.9 yeşil kart olarak bulunmuştur. Altınok’un SKY’lilerle yaptığı araştırmasında ise % 10.4 sosyal güvencesi olmayan, %77.9 SGK, %11.7 yeşil kart olarak bulunmuştur (115). Çalışmamızda kontrol grubuna göre SKY’lilerde sosyal güvencesi olmayanlar daha fazlaydı. Bu sonuçlar toplumumuzda SKY’li bireylerin hastalığın yıkıcı etkileri ve engellilik durumlarından ötürü iş bulamakta zorlandıklarını, yine bu nedenle sosyal güvence sahibi olmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmamıza katılan paraplejik ve tetraplejik SKY’lilerin ağrı, depresyon, anksiyete durumlarının benzer olduğu bulunmuştur. BGYAİ skoru ve CHART-SF toplam skoru tetraplejik hastalarda paraplejiklere göre düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum tetraplejik SKY’lilerin paraplejiklere göre günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda hastalar yaralanma seviyelerine göre ayrıldığında, paraplejik ve tetraplejik hastaların depresyon, anksiyete durumlarının benzer olduğu bulunmuştur. Shin ve ark. SKY’li hastalar ile yaptığı çalışmada BDÖ ortalaması

13.8±8.4 olarak bulunmasına rağmen paraplejik ve tetraplejikler arasında depresyon yönünden anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (116). Bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. Bu durum bize SKY'lilerde yaralanma seviyesinden bağımsız olarak hastalığın yıkıcı etkileri nedeni ile depresyon, anksiyete sıklığının arttığını düşündürmektedir. İlaveten araştırmamızda SKY'li hasta grupları arasında BDÖ ile BAÖ skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Beklenildiği üzeri SKY'lilerde depresyon anksiyeteyi; anksiyeten de depresyon tetiklemektedir.

Araştırmamıza katılan SKY'li hastaların VAS ağrı skorları kontrol grubuna göre yüksekti. Hasta grubunda VAS genel ağrı skorları ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak VAS genel ağrı skorları ile SKY süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu durum bize SKY'li hastaların yaralanma süresinden bağımsız olarak ileri yaşlarda daha şiddetli ağrı sorunu ile karşılaştığını düşündürmektedir.

Westgren ve Levi çalışmasında SKY hastalarının SF-36 (Short Form-36) ile değerlendirdikleri yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmişlerdir (117). Bizim araştırmamızda SKY'lilerin yaşam kalitesi WHOQOL-BREF-TR ile değerlendirilmiştir ve WHOQOL-BREF-TR beş alanının tüm skorlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum SKY'li hastaların yaşam kalitesinin her alanında düştüğünü göstermektedir.

Çalışmamıza katılan SKY'li hastalarda depresyon ve anksiyete ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Hasta grupları arasında WHOQOL-BREF-TR ile BDÖ ve BAÖ skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. SKY'li hastalarda depresyon ve anksiyete arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

İnmeli hastalarda yapılan CHART-SF geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastaların günlük yaşam aktivitelerine bağımsızlık ve katılım düzeyini Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) ile CHART-SF değerlendirmişlerdir ve aralarında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (113). Bizim çalışmamızda da benzer olarak SKY'li hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı ile günlük yaşam aktiviteleri katılım düzeyi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini gösteren BGYAI skoru ile günlük yaşam

aktivitelerine katılım düzeyi ve engellilik durumunu değerlendiren CHART-SF skoru arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç bize SKY’li hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımı ile bağımsızlık düzeylerinin arttığını göstermektedir.

Tate ve ark. araştırmasında Zung Self Rating Scale ve CHART-SF kullanılarak hastaların depresyonları ve engellilik değerlendirilmiş, CHART-SF toplam ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (118). Bizim araştırmamızda ise SKY’li hastaların CHART-SF ve BDÖ kullanarak engellilik ve depresyonlarını değerlendirilmiştir ve BDÖ ile CHART-SF toplam skoru arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu SKY’li hastaların bağımlılığı arttıkça depresyon düzeyinin de arttığını gösterir.

Çelik’in SKY hastalarının engellilik durumu ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında, 18 yaşından sonra tanı alan SKY hastalarında sadece CHART-SF iş durumu ile WHOQOL-BREF-TR çevresel alan arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (119). Bizim çalışmamızda da SKY’li hastaların engellilik durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. CHART-SF fiziksel ve kognitif bağımsızlık ile WHOQOL-BREF-TR fiziksel sağlık skorları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuç bize, SKY’li hastaların fiziksel ve kognitif bağımsızlıkları arttıkça fiziksel sağlık yönünden yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

CHART-SF iş durumu ile WHOQOL-BREF-TR genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum iş sahibi olan SKY’li hastaların sosyal ilişkiler, çevre, genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık yönünden yaşam kalitesinin arttığı göstermektedir.

CHART-SF mobilite ile WHOQOL-BREF-TR ölçeğine ait tüm boyutlar arasında anlamlı ve pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum bize SKY’li hastaların mobilitesi arttıkça yaşam kalitesinin her yönüyle arttığını düşündürmektir.

CHART-SF toplam ile WHOQOL-BREF-TR fiziksel bağımsızlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu bize SKY’li hastaların günlük yaşama katılım düzeyi arttıkça fiziksel

bağımsızlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre yönünden yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzının nasıl olduğunu belirlemek için kullanılan SBTÖ ölçeğinin alt parametrelerinden biri olan sosyal destek arama yaklaşımı, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Buradan yola çıkarak SKY hastalarının stresle başa çıkma yeteneğinde kısmı azalma olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hasta bireyin etrafından gördüğü algıladığı sosyal desteği değerlendirmede kullanılan ÇBASDÖ ölçeğinin tüm alt boyutları ile toplam skoru, istatistiksel olarak hasta grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktü. Buna göre SKY’li bireylerin sağlıklı bireylere göre algıladığı sosyal destek aile, arkadaş ve özel insan yönünden azaldığı söylenebilir.

SKY’li hastaların kontrol grubuna göre VAS, BDÖ, BAÖ skorlarının yüksek olduğu; ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel insan ile toplam skorları, SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı skoru ve WHOQOL-BREF-TR tüm alt boyut skorları ise düşük olduğu bulunmuştur. Yaralanma seviyelerine göre paraplejik ve tetraplejik olarak SKY’li hastalar karşılaştırıldığında VAS, BAÖ, BDÖ, WHOQOL-BREF-TR tüm alt boyutları, SBTÖ tüm alt boyutları, ÇBASDÖ tüm skorları her iki grupta benzerdi. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Shin ve ark. SKY sonrası ilk 6 ayın değerlendirildiği bir çalışmada, hastalar yaralanma seviyelerine göre paraplejik ve tetraplejik hastaların depresyon, yaşam kalitesi ve stres düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığı bulmuşlardır (116). Bu bulgulara göre SKY hastalarında yaralanma seviyesinden bağımsız olarak ağrı, depresyon, anksiyete arttığı, ayrıca bu hastaların yine yaralanma seviyesinden bağımsız olarak sosyal desteğin, stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımının ve yaşam kalitesinin azaldığı sonucu çıkmaktadır.

Araştırmamızda katılan SKY’li hastalar depresyon durumuna göre kıyaslandığında; depresyonu olanların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanları daha düşük, çaresiz yaklaşım puanları ise daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumludur (90,91). Bu bulgudan yola çıkarak

depresyonlu SKY hastalarının stresle başa çıkmalarında azalma olması; kişinin günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmasına neden olabileceğinden, SKY hastalarının fizik muayene dışında depresyon durumunun da değerlendirilip, gerekli ise ilgili branşlara yönlendirilmesi rehabilitasyonunun başarısını arttırabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda SKY’li hastaların depresyonu olanlar ile olmayanların ÇBASDÖ tüm puanları benzerdi. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Rintala ve ark. SKY’li gazilerle yaptığı çalışmasında ise depresyon ile sosyal destek arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (120). Biz SKY’li hastalarda depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran ileri çalışmalara gerek olduğunu düşünüyoruz.

SKY’li olmayan bireylerin alındığı çeşitli çalışmalardan; Banaz, 401 öğrenci ile yaptığı araştırmasında sosyal desteğin, stresi azalttığı ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini bulmuştur (121). Yamaç’ın 620 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmasında; ÇBASDÖ aile desteği ile SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü; çaresiz yaklaşım alt boyutu ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu puanları arasında ise negatif yönlü ilişki saptanmıştır. ÇBASDÖ ile SBTÖ arkadaş desteği ile SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ve iyimser yaklaşım alt boyutu puanları arasında pozitif bir ilişki; sosyal desteğe başvurma alt boyutu ile negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. ÇBASDÖ özel insan desteği ile SBTÖ kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif ilişki; boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutları ile ise negatif ilişkili olduğu saptanmıştır (122). SKY’lilere bakım verenler ile yapılan bir çalışmada sosyal desteği yüksek olanların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşım arasında anlamlı ilişki olduğunu bulunmuştur (123). McColl ve ark. çalışmasında sosyal desteğin başa çıkma üzerine doğrudan etkileri olduğunu bulmuştur (124).

SKY’li bireylerin alındığı çeşitli çalışmalardan; Bacı’nın çalışmasında ÇBASDÖ aile, arkadaş ve toplam puanı ile SBTÖ kendine güvenli yaklaşım arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptamıştır. ÇBASDÖ aile puanı ile SBTÖ iyimser yaklaşım arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlemiştir. ÇBASDÖ arkadaş ve toplam puanı ile SBTÖ iyimser yaklaşım arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptamış. ÇBASDÖ arkadaş, özel kişi ve

toplam puanları ile SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı ile arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (125). Rintala ve ark. yaptığı çalışmasında sosyal destek ile algılanan stres arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir (120).

Çalışmamızda SKY’li hastaların stresle başa çıkma ve algıladığı sosyal destek arasında bazı alt boyutlarında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı ile ÇBASDÖ aile, özel insan ve toplam skor arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Bu bulguya göre aile ve özel insana ilişkin sosyal desteğin bulunması stresle başa çıkmada sosyal destek arama yaklaşımını arttırdığı söylenebilir. Görüldüğü üzere literatürde stresle başa çıkma ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çalışmamız bu yönden literatür ile uyumludur. Ancak stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek alt boyutları arasında farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Literatürde rastladığımız çalışmaların çoğu tek merkezli olduğu için alt boyutlarda değişken sonuçlar ortaya çıkmış olabilir. Bu nedenle çok merkezli çalışmalara gerek olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamıza katılan SKY’li hastaların engellilik durumu ile algıladığı sosyal destek arasında bazı alt boyutlarında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. CHART-SF skorları ile ÇBASDÖ aile, özel insan, toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bunun yanında CHART-SF toplam ile ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre SKY’li hastaların arkadaşlara ilişkin sosyal desteğin bulunması durumunda hastanın günlük hayata katılımını arttırdığı ve engellilik durumunu azalttığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan SKY’li hastaların engellilik durumu ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. CHART-SF skorları ve SBTÖ yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulduğumuz kadarıyla literatürde CHART-SF ile SBTÖ ve ÇBASDÖ karşılaştıran çalışmaya rastlamadık. SKY’li hastaların stresle başa çıkma tarzları ve algıladığı sosyal destek ile engellilik durumu ilişkisini açıklayabilmek için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan SKY’li hastaların stresle başa çıkma tarzları ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğu bulunmuştur. SBTÖ kendine güvenli yaklaşım ile WHOQOL-BREF-TR genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre

alanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı artan kişilerin yaşam genel sağlık durumu, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre yönünden yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir.

SBTÖ iyimser yaklaşım ile WHOQOL-BREF-TR genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre stresle başa çıkmada iyimser yaklaşımı kullanan SKY'li hastaların genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık alanlarında yaşam kalitesinin arttığı sonucu çıkarılabilir.

SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler ve çevre puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre stresle başa çıkmada sosyal destek arama yaklaşımı artan SKY'li hastaların sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında yaşam kalitesinin arttığı sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamıza katılan SKY'li hastaların algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. ÇBASDÖ aile ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler ve çevre puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre SKY'li hastaların aileye ilişkin sosyal desteğin bulunması durumunda sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir.

ÇBASDÖ özel insan ve toplum ile WHOQOL-BREF-TR sosyal ilişkiler puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre SKY'li hastaların özel insana ilişkin sosyal desteğin bulunması durumunda sosyal ilişkiler ve çevre alanlarında yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir.

Bu bilgiler ışığında stresle başa çıkma tarzlarının ve algıladığı sosyal desteğin SKY'li bireylerin yaşam kalitesini arttırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Bu tez çalışması bazı kısıtlılıklara sahiptir. Bunlar; Çalışmanın çok merkezli olmaması, hastaların yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmeyip sadece ölçekler ile değerlendirilmiş olması, hastaların sosyal destek ve stresle başa çıkma durumunun zamanla nasıl değişiklikler gösterdiği değerlendirilememiş ve sadece kesitsel olarak değerlendirilmiş olması sayılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Spinal kord yaralanması; fiziksel, psikolojik, sosyal ve toplumsal yıkıcı etkiye neden olan insanın başına gelebilecek en ağır engellilik ile sonuçlanabilen bir hastalıktır. Rehabilitasyon alanında büyük gelişmeler ile SKY'li hastaların mobilitesi ve bağımsızlığı artmaktadır. Ancak SKY hastalarının yaşadığı ağır travma sonrasında stresle başa çıkma tarzları ve algıladığı sosyal desteği göz ardı edilmektedir.

Literatürde SKY'li hastaların stresle başa çıkma tarzları ve algıladığı sosyal destek ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda yeterli çalışma olmadığı gibi sağlıklı bireylerle karşılaştırılarak ilişkili faktörlerin detaylandırıldığı bir çalışmaya rastlamadık.

Çalışmamızda SKY hastalarının kontrol grubuna göre algıladığı sosyal desteğin aile, arkadaş ile özel insan yönünden azaldığını, stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımının azaldığını, ilaveten yaşam kalitesinin azalırken, ağrı, depresyon, anksiyetenin arttığını saptadık. Ayrıca SKY hastalarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hastalık süresinin algıladığı sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarını etkilemediği, medeni durum yönünden ise algıladığı sosyal destek arasında farklılık olmadığı ancak evli olan SKY hastalarında dul olanlara göre stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşımının arttığını tespit ettik.

SKY hastalarının yaralanma seviyesine göre stresle başa çıkma tarzları, sosyal destek, depresyon, yaşam kalitesi, anksiyete, ağrı arasında farklılık olmadığını saptadık. SKY'lilerin ASIA bozukluk skalasına göre ise stresle başa çıkma yaklaşımları benzerken, ASIA-C olanların arkadaş ve aile bakımından algıladığı sosyal desteğin azaldığını tespit ettik.

Depresyonu olan SKY hastalarında iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım azalırken, çaresiz yaklaşımın arttığı ancak depresyonu olan ile olmayan hastaların algıladığı sosyal desteğin değişmediğini saptadık. Stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile algıladığı sosyal desteğin aile ve özel insan bakımından yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini tespit ettik. Algıladığı sosyal desteğin arkadaş bakımından

günlük yaşama katılımı arttırdığını ve SKY hastalarının günlük yaşama katılımı arttıkça, yaşam kalitesinin arttığı saptadık.

Çalışmamız sonucunda SKY hastalarının çoğunun çalışmadığı ve çalışmayan hastaların içinde; gelir durumu düşük olmasına rağmen engelli aylığı almayanlar ve sosyal güvencesi olmayanlar olduğu gözlemlendi. Bu hastalara uygun iş bulma, iş değişikliği ve işe geri dönmeyi sağlayan meslek rehabilitasyonu ve meslek danışmanlığı verilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. SKY hastaları ve yakınları sosyal hakları yönünden detaylı bilgilendirilmeli ve ilgili kurumlara yönlendirilmelidir.

Bulgularımız sonucuna göre SKY hastalarının yaşam kalitesi azalırken, depresyonu, anksiyetesi ve ağrı düzeyleri artmıştır. SKY sonrası hastalara, yakınlarına ve hastaya bakım verenlere psikolojik/psikiyatrik destek verilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Ağrısı olan SKY hastalarının ağrı etyolojisi araştırılmalı ve uygun medikal tedavisi düzenlenmelidir.

SKY hastalarının aktif yaşama katılımı arttırmak için hastanede yattıkları süre boyunca ve taburculuk sonrası rehabilitasyonuna rekreasyonel aktivitelerinin eklenmesi önerilebilir.

Taburculuk sonrası SKY hastasının kullandığı cihazları (tekerlekli sandalye, koltuk değneği, ortezler vs. gibi) uygun ev içi düzenlemeleri (banyo, tuvalet, mutfak vs.), ev dışı düzenlemeleri (rampa vs.) gibi bireysel ve toplumsal ergonomik düzenlemelerin hastaların yaşamına adapte edilmesi desteklenmelidir.

Çalışmamız sonucunda SKY hastaların stresle etkin başa çıkamadığı ve algıladığı sosyal desteğinin azaldığı bulunmuştur. SKY rehabilitasyonunda başarının sırrı hastayı her yönüyle değerlendirmektir. Önerilerimiz ile SKY hastalarının stresle etkin baş edeceğini ve sosyal desteğinin artacağını, SKY rehabilitasyonunun daha başarılı olacağını düşünmekteyiz. Bu nedenle bu hastaların değerlendirilmesi bedensel sağlık ve ambulasyonu ile sınırlı kalmamalı; kişinin etkin stres ile baş etme yöntemleri geliştirip geliştirmediği, algıladığı sosyal desteği sorgulanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Dursun E, Çakıcı A: Tıbbi Rehabilitasyon, birinci baskı, ed. Hasan Oğuz: Nobel Tıp Kitabevi, Bursa, 407-427, 1995
2. Erhan B, Gündüz B Omurilik Yaralanması. In: Oğuz H eds. Tıbbi Rehabilitasyon 3. Baskı Nobel Tıp Kitabevi; 2015 s:461-478
3. Oral A, Yalın A, Küçükdeveci A, Güven Z, Özaras N: Romatizmal ve nörolojik hastalıklarda değerlendirme ve izleme yöntemleri: Çubukçu Günleri 1994.
4. Christenfeld N, Gerin W, Sanders M ve ark. (1997) Social support effect on cardiovascular reactivity: is a stranger as effective as a friend? Psychosom Med, 59; 388-398.
5. Beck AT, Weissman A, Lester D ve ark. (1974) The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. J Consult Clin Psychol, 42:861-865.
6. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM (1997) The mental health of informal caregivers in Ontario: An epidemiological survey. Am J Public Health, 87:2002-2007.
7. Folkman, S. Ye Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 54(3), 466-475.
8. Lazarus, R.S. (1991). Progress on a Cognitive-Motivational-Relational Theory of emotion. American Psychologist, 46(8), 819-834.
9. Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions. Annual Review of Psychology, 44, 1-21.
10. Banovac K, Sherman AL. Spinal cord injury rehabilitation. In Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, Bell GR, Balderston RA (Eds): The Spine Saunders/Elsevier, Philadelphia, 2011, p.1464-79
11. Chin LS. Spinal Cord Injuries. Emergency Medicine. August 10, 2017. <https://emedicine.medscape.com/article/793582-overview>
12. Savaş S. Sınıflandırma. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics 2011;4(2):18-22
13. Elsberg LA. The Edwin Smith Surgical Papyrus and the diagnosis and treatment of injuries of the skull and spine 5000 years ago. Ann Med Hist. 1931;3:271.
14. Güzel R, Uysal FG. Spinal kord yaralanmaları. Editör Oğuz H, Dursun E, Dursun N. Tıbbi Rehabilitasyon. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2004:627-647.

15. Hagen EM, Rekand T, Gilhus NE, Gronning M. Traumatic spinal cord injuries – incidence, mechanism and course. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2012; 132(7): 831-7.
16. Bryce TN, Ragnarrson KT, Stein AB, Sorensen FB. Spinal Cord Injury. In Braddom RL (Ed). *Physical Medicine and Rehabilitation*. Saunders, Philadelphia, 2011, p. 1293-346.
17. Spinal cord injury facts and figures at a glance. *J Spinal Cord Med* 2011; 34(6): 620-1
18. Karacan I, Koyuncu H, Peker Ö, Sümbüloğlu G, Kınap M, Dursun H, Kalkan A, Cengiz A, Yalinkiliç A, Unalan HI, Nas K, Orkun S, Tekeoglu I. Traumatic spinal cord injuries in Turkey: a nation wide epidemiologic study. *Spinal Cord* 2000; 38(11): 697-701
19. Van den Berg ME, Castellote JM, Mahillo –Fernander I, de Pedro-Cuesta J. Incidence of spinal cord injury worldwide. A systemic review. *Neuroepidemiology* 2010, 34(3): 184-92.
20. Hua R, Shi J, Wang X, Yang J, Zheng P, Cheng H, Li M, Dai G, An Y. Analysis of the causes and types of traumatic spinal cord injury based on 561 cases in China from 2001 to 2010. *Spinal Cord* 2013; 51(3): 218-21
21. Krause JS, DeVivo MJ, Jackson AB. Health status, community integration, and economic risk factors for mortality after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehab* 2004; 28: 1764-73.
22. DeVivo MJ, Krause Js, Lammertse DP. Recent trends in mortality and causes of death among persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehab* 1999; 80(11): 1411-9.
23. Gray's Anatomy of the human body-find-in depth information on the anatomy and physiology of the human body an education. Philadelphia:Lea&Febiger,1918,Newyork Bartleby.com. 2000.
24. Kamanlı A, Aydoğan R: Spinal kord fonksiyonlarının muayene ve tanı yöntemleri. Editör Turgut Göksoy *Nörolojik Rehabilitasyon* 1.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008:173-190.
25. Anderson DK, Meaans ED, Waters TR, Green ES: Microvascular perfusion and metabolism in injured spinal cord after methylprednisolone treatment. *J Neurosurg* 56: 106-113, 1982
26. Hardman JM: Cerebrospinal Trauma. Davis RL, Robertson DM, ed. *Textbook of Neuropathology*. Baltimore, William-Wilkins: 1212-1215
27. Michaelis LS: International injury on neurological terminology and prognosis in paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia* 7: 1-5, 1969.
28. Tator CH. Classification of spinal cord Injury Based on Neurological Presentation. In Narayan RK, Wilberger JE; Poulshock JT (Eds): *Neurotrauma*, Mc Graw Hill Co , USA, 1996, pp:1059-1073
29. Delisa JA, Gans BM, Walsh NE: Rehabilitation of spinal cord injury, *Physical Medicine and Rehabilitation*, forth edition, Philadelphia, 2004, 1715-1751

30. Gündüz B. Medulla spinalis yaralanmalarında sınıflama. *Türk Fizik Ted Rehabil Derg* 2002; 48 (6): 12-4.
31. Roth EJ, Park T, Pang T, Yarkony GM, Lee MY, Traumatic cervical Brown Sequard and Brown Sequard plus syndromes; the spectrum of presentations and outcomes. *Paraplegia* 1991; 29; 582-9.
32. Kirshblum S, DOnovan WH. Neurologic assesment and classification of traumatic spinal injury. In Kirshblum S, Campgnolo DI, DeLisa JA (Eds): *Spinal Cord Medicine*. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2002, p. 82-95.
33. Kirshblum SC, O'Connor KC. Levels of spinal cord injury and predictors of neurologic recovery. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2000; 11(1): 1: 1-8.
34. Erhan B. Tekrar yürüyebilecek miyim? Omurilik yaralanmasında prognoz . In Hancı M, Erhan B (editörler): *Omurga ve Omurilik Yaralanmaları*. İntertıp Kışitabevi, İzmir 2012, p. 201-207
35. LiVecchi MA. Spinal cord injury. *Continuum Lifelong Learning NEurol* 2011; 17(3):568-83.
36. Akyüz M, Karataş GE: Omurilik Yaralanması Rehabilitasyonu. Editör Ayhan F.Figen FTR Akıl Notları, Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara 2015, 137-154.
37. Teasell RW, Hsieh JT, AUButJA, Eng JJ, Krassioukov A, Tu L. Spinal Cord İnjury Rehabilitation Evidence Review Research Team. Venous Thrombormbolism after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 232-45
38. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Auton Neurosci* 2011; 161(1-2): 46-8.
39. Krassioukov A, Eng JJ ,, Warburton DE, Teasell R. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. A systematic review of the management of orthostatic hypotension after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90(5): 876-85
40. Campagnolo DI, Merli GC. Autonomic and cardiovascular complications of spinal cord injury. In Kirshblum S, Campagnolo DI, Delisa JA (Eds): *SPinal Cord MEDicine*. Phyladelphia, Lippincott Williams, 2002, p. 123-124.
41. Krassioukov AV, Karlsson AK, Wecht JM, Wuermsen LA, Mathias CJ, Marino RJ. Assessment of autonomic dysfunctioon following spinal cord injury: Rationale for addicions to International Standarts for Neurological Assesment. *J Reahabil Res Dev* 2007; 44: 103-11.
42. Bardak AN. Otonom disrefleksi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2012; 58(1): 6-9.

43. Şahin E, Peker Ö. Medulla spinalis yaralanmalarında osteoporoz ve heterotopik ossifikasyon. *Türk J Phys Med Rehab* 2010; 56: 75-80.
44. Banovac K, Banovac F. Heterotopic ossification. In Kirshblum S, Campagnolo DL, DeLisa JA (Eds): *Spinal Cord Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, p. 253-60.
45. Coelho CV, Beraldo PS. Risk factors of heterotopic ossification in traumatic spinal cord injury. *Arq Neuropsiquiatr* 2009; 67(2): 382-7.
46. Dai L. Heterotopic ossification of the hip after spinal cord injury. *Med J (Engl)* 1998; 111(12): 1099-101.
47. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Carpinteri F, Patrizio C, Lenzi L. Bedside ultrasound in early diagnosis of neurogenic heterotopic ossification in patients with acquired brain injury. *Clin Neurol Neurosurg* 2011; 113(1): 22-7.
48. Teasell RW, Mehta S, Aubut JL, Ashe MC, Sequeira K, Macaluso S, Tu L; SCIRE Research Team. Systematic review of the therapeutic interventions for heterotopic ossification after spinal cord injury. *Spinal Cord* 2010; 48(7): 512-21.
49. Linsenmeyer TA, Stone JM, Steins SA. Neurogenic bladder and bowel dysfunction. In DeLisa JA, Gans BM (Eds): *Physical Medicine and Rehabilitation Principles and Practise*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005, p. 1619-53.
50. Gündüz B, Erhan B. Omurilik yaralanması sonrası gelişen nöropatik mesanenin fizyopatolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2003; 49(3): 3-5.
51. Gündüz B, Erhan B, Lakşe E, Akyürek B, Elbaş N. Omurilik yaralanmalı hastalarda antikolinergik tedavinin nörojenik mesane disfonksiyonu üzerine etkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006; 52(2): 48-50
52. Chen D, Nussbaum S B: *Gastrointestinal Disorders*. Editors Kirshblum S, Campagnolo D L, Delisa J A, *Spinal Cord Medicine*.2002:155-163
53. Krassioukov A, Eng JJ, Claxton G, Sakakibara BM, Shum S. Neurogenic bowel management after spinal cord injury: a systematic review of the evidence. *Spinal Cord* 2010; 48(10):718-33
54. Alaca R. Spinal kord yaralanmasında rehabilitasyon. (Gökçe-Kutsal Y, Beyazova M (Editörler): *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara, Güneş Kitapevi, 2011, p. 2893-916.
55. Cameron KJ, Nyulasi IB, Collier GR, Brown DJ. Assessment of the effect of increased dietary fibre intake on bowel function in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord* 1996; 34: 277-83.
56. Sipski ML, Richards JS. Spinal cord injury rehabilitation: State of the science. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85: 310--42.

57. Gündüz B, Baran S, Erhan B, Bardak AN, Savaş F. Omurilik yaralanmalı hastalarda erektil disfonksiyonun değerlendirilmesi. Turk J Phys Med Rehab 2010; 56: 71-4.
58. Kirshblum S. Spinal kord hasarı rehabilitasyonu. Çeviri editörü Erhan B. Bardak AN. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. 4. baskı. Güneş tıp kitabevi;2007: 1715-1751.
59. Stiens SA, Kirshblum SC, Groah SL, McKinley WO, Gittler MS. Spinal cord injury medicine. 4. optimal participation in life after spinal cord injury: Physical, psychosocial and economic reintegration into the environment. Arch Phys Med Rehabil 83 (Suppl 1): S72-S81, 2002.
60. Oğuz H, Dursun E, Dursun N: Basınc yaraları, Tıbbi Rehabilitasyon 2. baskı Nobel tıp kitabevleri: Ankara 2004, 711-722 .
61. Nielsen J B, Biering-Sorensen F: Spasticity. Editor Biering-Sorensen F Management of spinal Cord Lesions State of the Art 2002; 60-64
62. Merskey H, Bogduk N: Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. IASP Press Seattle:1994, S:394.
63. Erdine S: Ağrı mekanizmaları ve Ağrıya Genel Yaklaşım. In: Erdine S: Ağrı 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, 37-49.
64. Mc Kinley WO, Gittler MS, Kirshblum SC, Stiens SA, Groah SL. Spinal cord injury medicine. Second medical complications after spinal cord injury: Identification and management Arch Phys Med Rehabil 83 (Suppl 1): S58-S64, 2002
65. Kishi Y, Robinson RG, Forrester AW; Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. J. neuropsychiatry clinical neuroscience 6 (3): 237-44, 1994
66. Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21(1):91-109.
67. Allen R. J.: Human stress: Its nature and control, Burgess. 1983
68. Anıl L. Askerlikte ruhsal bozukluk belirtisi gösteren ve göstermeyen erlerin sosyal destekler ve başa çıkma yöntemleri açısından karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı 1999
69. Selye H.: The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, The journal of clinical endocrinology; 6: 2, 117-230, 1946.
70. Yaşar G. Beden eğitimi öğretmenlerinin okulla ilgili sorunları ve stresle başa çıkma tarzlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek lisans tezi Adana: Çukurova University Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, 2008.

71. Roth S. and Cohen L. J.: Approach, avoidance, and coping with stress, *American psychologist*; 41: 7, 813, 1986.
72. Valentiner D. P., Holahan C. J. and Moos R. H.: Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model, *Journal of Personality and Social Psychology*; 66: 6, 1094, 1994.
73. Eker, D. ve Arkar, H.(1995).Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*. 34: 17-25.
74. Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. and Sarason, B.R. (1983) Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
75. Cohen, S. and Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98 (2): 310-357.
76. Okyayuz Ü. *Sağlık Psikolojisi*, 1.Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği, 1999.
77. Tufan B. *Göçmen İşçilerde İş Kazaları*, Ankara, SSK Gen. Müd. Yay. No: 556 1994.
78. Kaner S. Aile destek ölçeği: Faktör yapısı, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2003, 4(1): 57-72.
79. Şahin D, Sosyal Destek ve Sağlık. İçinde: Okyayuz ÜH (editör). *Sağlık Psikolojisi Giriş*, Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1999: 39-78.
80. Yorulmaz O. Stres ve Hastalık: İçinde: Sağlık Psikolojisi, Dirik G (Çeviri editörü). *Health Psychology*, Ogden J, 5. Baskı. Ankara, Nobel Kitapevi, 2016.
81. Özbesler C. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2001.2.2 Stresle başa Çıkma
82. Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişmesine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005, 21: 183-192.
83. Karadağ İ. İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
84. Sorias O. Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1988a, 27(1): 353.
85. Ayaz S, Efe Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 2008, 28(6): 880-885.
86. Özgür G. Sosyal Destek ve Sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1993, 43(2): 25- 26.

87. Upton D. *Introducing Psychology for Nurses and Healthcare Professionals*. Çeviri: Tabak RS. *Hemşireler ve Sağlık Profesyonelleri İçin Psikolojiye Giriş*. 2. Baskı, Ankara, Palme Yayınları, 2017.
88. Cohen L, Savary C, de Moor C. Stres and social support affect immune function in cancer patients receiving vaccine treatment. *Psychosomatic Medicine*, 2000, 62(1): 1137.
89. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med* 2000;32:87-92.
90. Şahin, HN., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 10(34), 56-73.
91. Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health Social Behaviour* 21, 21-239.
92. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry* 1961;4:561-71.
93. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği. *Psikoloji Dergisi* 1989 3-13.
94. Savasir I, Sahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 1997.
95. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52:30-41.
96. Zimet GD, Powel SS, Farley GK ve ark. (1990) Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 55: 610-617.
97. Eker D, Arkar H (1995a) Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 30:121-126.
98. Eker D, Arkar H (1995b) Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34:45-55.
99. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Cjuaterly* 1998. Volume 12 No 2: 163–172.
100. Dijkers M, Yavuzer G, Ergin S, et al. A tale of two countries: environmental on social participation after spinal cord injury. *Spinal Cord*; 40: 351-362, 2002
101. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve ark. Measure of quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. *3P Dergisi* 1999;7(2 Suppl.):5-13.

102. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
103. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY ve ark. Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7(2 Suppl.):23-40.
104. International Standarts for Neurological Classification of Spinal Injury, Revised 2000, Marino RJ (Chairman), Published by the ASIA Chicago, Illinois, 2000
105. Steven C Kirshblum et al. Spinal Cord Injury Medicine. 1. Etiology, Classification, and Acute Medical Management. Arch Phys Med Rehabil Vol 83, Suppl 1, March 2002; S50-57
106. Fredy M. The graphic rating scale. Journal of educational psychology 14: 83-102,1923
107. Clarke MA. Reliability and sensibility in the self-assessment of well-being. Bul BrPsySoc 17;18A, 1964
108. Downie WW, Leatham PA, et al. Studies with pain rating scales. Annals Rheumatic Diseases 37: 378-381, 1978
109. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in themeasurement of clinical phenomena. Research in Nursing&Health 13: 227-236, 1990.
110. Tas I, Yağız On A, Altay B, Özdedeli K. Spinal kord yaralanmalı hastalarda cinsel fonksiyon bozuklukları ve nörolojik düzey ile ilişkileri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52:143-149.
111. Sipski ML, Alexander CL. Sexual function and dysfunction after spinal cord injury. Phys Med Rehab Clin N Am1992; 3: 811-828. 62
112. Kreuter, m. Spinal cord injury and partner relationships. *Spinal cord*, 2000, 38(1):2-6.
113. Safer VB. İnme geçirmiş Türk hastalarda Craig Engellilik Değerlendirme ve Rapor Etme Tekniği-Kısa Formu (chart- sf) 'nın geçerliliğinin ve güvenilirliğinin araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2010.
114. Akıncı MG. Spinal kord yaralanması olan hastalarda antropometrik, metabolik ölçümler ve mobilizasyon ilişkisi. Tıpta uzmanlık tezi. Ankara: Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2018.
115. Altınok Ü. Omurilik Felçlilerde Psikiyatrik Semptomlar ve Bakım Veren Yüğü, 12. Psikiyatri Kliniği, Tıpta uzmanlık tezi İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, 2010.
116. Shin JC, Goo HR, Yu SJ, Kim DH, Yoon SY. Depression and quality of life in patients within the first 6 months after the spinal cord injury. Ann Rehabil Med. 2012;36(1):119–125. [PMC free article] [PubMed]

117. Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79: 1433-1439.
118. Tate D, Forcheimer M, Maynard F, Dijkers M: Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. *Am J Phys Med Rehabil*;73(3):175-83, 1994 Jun.
119. Çelik HD. Omurilik Felçlilerinde Engellilik Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.: Şişli Etfal Eğitim ve Rehabilitasyon Kliniği. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2006.
120. Rintala DH, Robinson-Whelen S, Matamoros R. Subjective stress in male veterans with spinal cord injury. *J Rehabil Res Dev.* 2005, 42(3); 291-304.
121. Banaz, M. (1992). Lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
122. Yamaç, Ö. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, 2009.
123. Ateş E, Bilgili N. Omurilik yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle baş etme ve sosyal destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013; 15(3): 1-12.
124. McColl MA, Lei H, Skinner H. Structural relationships between social support and coping. *Soc Sci Med.*, 1995, 41(3):395-407.
125. Bacı MÇ. (2018). Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Durumlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2018.

8.EKLER

8.1 ANKET FORMU

SKY GENEL BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı:

Cinsiyet:

1. Yaş:

Boy:

Kilo:

Telefon numaranız:

2. Eğitim durumunuz: a)Okuryazar değil b) İlkokul c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

3. Evlilik durumu: Evli() Bekar() Dul()

Evli iseniz kaç yıllık evlisiniz;

Kaç çocuğunuz var:

4. Kiminle yaşıyorsunuz

Tek başına () Ailesi ile birlikte () Eşi ile birlikte ()

Eş ve çocukları ile birlikte () Bakım evinde () Yakınları ile birlikte()

5. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz? a) Çekirdek aile b) Geniş aile

6. Aileniz ile yaşıyor iseniz anne baba hariç kaç kardeşiniz var?.....

7. Çalışma Durumunuz:

Öğrenci () Memur () Esnaf () Engelli aylığı alıyor ()

Çalışmıyor () Ev hanımı () Diğer ()

8. Sosyal Güvenceniz:

SGK () Yeşilkart () Sosyal Güvencem yok ()

9. Aylık gelir miktarınız nedir:

- a) 1000tl den az b) 1000-2000tl c)2000-3000tl
d) 4000-5000tl e) 5000den fazla

10. Sigara: Evet() Hayır () Bırakmış ()

Sigara kullanım süresi ve sıklığı:.....

10. Alkol: Evet() Hayır () Bırakmış ()

Alkol kullanım süresi ve sıklığı:.....

11. Kaç yıl önce spinal kord yaralanması (omurilik felci) geçirdiniz?

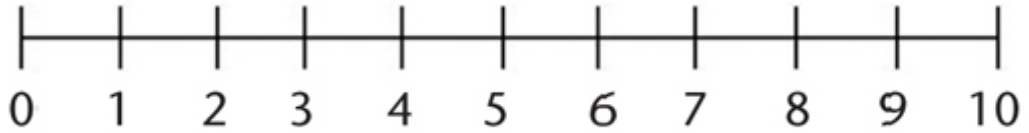
12. Omurilik felci geçirme nedeniz?

- a) Trafik kazası (araç içi/araç dışı) b) Yüksekten düşme
c) Enfeksiyon d) Omurilik basısı(herni/tümör)
e) Ateşli silah yaralanması f) Transvers miyelit
g) Diğer(.....)

14. Nörolojik seviyesi ve ASIA Bozukluk skalası evresi

..... (Hekim tarafından doldurulacak)

15. VÜCUT AĞRISI: genel vücut ağrınızın şiddeti (0 ile 10 arası işaretleyiniz)



Ağrı yok

dayanılmaz ağrı

WHOQOL-BREF

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

☐ Hiç Eğitim Almadım

☐ İlkokul-Ortaokul

☐ Lise Veya Eşdeğeri

☐ Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

☐ Hiç Evlenmemiş

☐ Evli Gibi Yaşıyor

☐ Evli

☐ Boşanmış

☐ Ayrılmış

☐ Eşi Ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

(hastalık/sorun)

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
2	G4 Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
3	F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7	F5.3 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	F16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	F22.1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
10	F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5

12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
17 F10.3	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

BARTHEL YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ

1. Beslenme (10)

- ☐ **10 puan:** Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanır.
- ☐ **5 puan:** Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde.
- ☐ **0 puan:** Yapamaz

2. Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş (15)

- ☐ **15 puan:** Tam bağımsız.
- ☐ **10 puan:** Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.
- ☐ **5 puan:** Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir.
- ☐ **0 puan:** Tamamen yatağa bağımlı

3. Kendine bakım (5)

- ☐ **5 Puan:** Elini yüzünü yıkıyabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.
- ☐ **0 puan:** Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.

4. Tuvalet Kullanımı(10)

- ☐ **10 Puan:** Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma).
- ☐ **5 Puan:** Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendiyapabilir.
- ☐ **0 puan:** Bağımlı

5. Yıkanma(5)

- ☐ **5 puan:** Bağımsızdır
- ☐ **0 puan:** Yardıma ihtiyacı vardır

6. Düzgün yüzeyde yürüme(15)

□ **15 puan:** Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston , koltuk değneği,

yürüteç kullanabilir. Breyskullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsızkullanabilmelidir.

□ **10 puan:** Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat

45 metreyi yardımla yürüyebilir.

6A. T ekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) (5)

□ **5 Puan:** Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir.

Yatağa, tuvalete yanaşabilir.Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir. Eğer hasta yürüme bölümünden puanalırsa, ayrıca bu bölümden puan verilmez.

□ **0 puan:** Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz

7. Merdiven inip çıkma(10)

□ **10 puan:** Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği...)

□ **5 puan:** Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.

□**0 puan:**Yapamaz

8. Giyinip soyunma(10)

□ **10 puan:** Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir. Hastaya kolaylık sağlayacak

elbiseler giydirilmelidir.

□ **5 puan:** Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en azyarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır. Sutyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez

□ **0 puan:** Tam bağımlıdır

9. Barsak bakımı (10)

□ **10 puan:** Kontinan (Suppozituar kullanabilir veya gerekirse lavman yapılabilir. Örneğin,

spinal kord yaralanmalı olgular)

□ **5 puan:** Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar.

□ **0 puan:** İnkontinans

10. Mesane bakımı(10)

□ **10 puan:** Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Spinal kord yaralanması

olan kataterli hastalar, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli, takıp çıkarabilmelidir.

□ **5 puan:** Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıırır.

□ **0 puan:**İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez

Puanlama

0-20: Tam Bağımlı

21-61: İleri Derecede Bağımlı

62-90: Orta Derecede Bağımlı

91-99: Hafif Derecede Bağımlı

100: Tam Bağımsız

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar çok doğru olduğunu** veya olmadığını belirtmek için belirtmek için o cümle altındaki **rakamlardan yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde **12 cümlenin her birine bir işaret** koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen **hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız**. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. Sorunlarımı ailemle (annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır
Evet

Kesinlikle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır

Kesinlikle

Evet

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır

Kesinlikle

Evet

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır

Kesinlikle

Evet

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır

Kesinlikle

Evet

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Her soruyu ayrı ayrı değerlendirerek size uygun ifadeyi işaretleyiniz

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...	Sizi ne kadar tanımlıyor, Size ne kadar uygun			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tamamen
1-Kimsenin bilmesini istemem				
2-İyimser olmaya çalışırım				
3-Bir mucize olmasını beklerim				
4-Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5-Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6-Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7-Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim				
8-Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı veririm				
9-İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem				
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kaybetmem				
11-Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13-İş olacağına varır diye düşünürüm				
14-Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için çabalarım				
15-Problemin çözümü için adak adarım				
16-Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17-Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18-Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20-Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21-Mücadeleden vazgeçerim				
22-Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23-Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24-Olaylar karşısında kaderim buymuş derim				
25-Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm				
26-Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı düşünürüm				
27-Benim suçum ne diye düşünürüm				
28-Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm				
29-Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30-Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni mutlu eder				

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Son bir hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

A- 0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.

- 1) Kendimi üzgün hissediyorum.
- 2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
- 3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

B- 0) Gelecekte umutsuz değilim.

- 1) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
- 2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

C- 0) Kendimi başarısız görmüyorum.

- 1) Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- 2) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
- 3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

D- 0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.

- 1) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
- 2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- 3) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

E- 0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.

- 1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- 2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- 3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

F- 0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.

- 1) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
- 2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0) Kendimden hoşnutum.

- 1) Kendimden pek hoşnut değilim.
- 2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- 3) Kendimden nefret ediyorum.

H- 0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.

- 1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- 2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
- 3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

I- 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.

3) Bir fırsatım bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.

1) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.

2) Şu sıralarda her an ağlıyorum.

3) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

K- 0) Her zamankinden daha sinirli değilim.

1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.

2) Çoğu zaman sinirliyim.

3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.

L- 0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.

1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.

2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.

3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

M- 0) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.

1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.

2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

3) Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.

1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.

2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.

3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

O- 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.

2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.

3) Hiçbir iş yapamıyorum.

P- 0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.

1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.

2) Eskisine göre 1 veya 2 saat etken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.

3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.

1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.

2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.

3) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

S- 0) İştahım eskisinden pek farklı değil.

- 1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- 2) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
- 3) Artık hiç iştahım yok.

T- 0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

- 1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
- 2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
- 3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet() Hayır()

U- 0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

- 1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- 2) Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- 3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

- 1) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- 2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
- 3) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

0 = HİÇ 1 = HAFİF DERECEDE 2 = ORTA DERECEDE 3 = CİDDİ DERECEDE

Sizi ne kadar rahatsız etti?

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma | (0) (1) (2) (3) |
| 2. Sıcak/ateş basmaları | (0) (1) (2) (3) |
| 3. Bacaklarda halsizlik titreme | (0) (1) (2) (3) |
| 4. Gevşeyememe | (0) (1) (2) (3) |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu | (0) (1) (2) (3) |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik | (0) (1) (2) (3) |
| 7. Kalp çarpıntısı | (0) (1) (2) (3) |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu | (0) (1) (2) (3) |
| 9. Dehşete kapılma | (0) (1) (2) (3) |
| 10. Sinirlilik | (0) (1) (2) (3) |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu | (0) (1) (2) (3) |
| 12. Ellerde titreme | (0) (1) (2) (3) |
| 13. Titreklik | (0) (1) (2) (3) |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu | (0) (1) (2) (3) |
| 15. Nefes almada güçlük | (0) (1) (2) (3) |
| 16. Ölüm korkusu | (0) (1) (2) (3) |
| 17. Korkuya kapılma | (0) (1) (2) (3) |
| 18. Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi | (0) (1) (2) (3) |
| 19. Baygınlık | (0) (1) (2) (3) |
| 20. Yüzün kızarması | (0) (1) (2) (3) |
| 21. Terleme (Sıcağa bağlı olmayan) | (0) (1) (2) (3) |

Craig Engellilik Değerlendirme ve Bildirme Tekniği Kısa Formu (CHART-SF)

Craig Handicap Assessment and Reporting Technique-Short Form

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Ne Tür Yardıma İhtiyacınız Var?

Özürlü bireyler genelde yardıma ihtiyaç duyarlar. Biz, bedensel yetersizlik için gerekebilecek başka bir kişinin yardımı ile olayları idrak etme-kavrama ile ilgili gerekebilecek bir başka kişinin gözetimine olan ihtiyacı birbirinden ayırmaya çalışıyoruz. Öncelikle yemek, saç tarama, banyo, giyinme, solunum cihazı veya diğer ekipman ayarları gibi günlük yaşam aktivitelerinizde ihtiyaç duyabileceğiniz fiziksel desteği göz önünde bulundurun. Tüm bu günlük yaşam aktivitelerini göz önüne aldığınızda;

1

Yemek yeme, yıkanma, giyinme, temizlik ve bir yere gitme gibi kişisel faaliyetler için bir gün-24 saat içinde bir başka kişinin yardımına kaç saat ihtiyaç duyuyorsunuz?

Parası ödenerek alınan yardım: _____ saat

Para karşılığı olmadan (aile, diğerleri): _____ saat,

Şimdi, fiziksel yardım yerine bilişsel problemler için gereken gözetimi düşünün.

Bu bölüm hatırlama, karar verme ve muhakemeyi içerir..

Hatırlama, karar verme ve doğru düşünüp karara varma gibi faaliyetler için evde, bir gün içinde, bir başka kişi ne kadar zaman sizinle oluyor?

2

.1 ☐_0 Beni izlemek ve gözetmek için daima yanımda birisi var

.2 ☐_1 Birisi daima benimle ama beni ara sıra kontrol

.3 ☐_2 Bazen bir veya iki saat evde yalnız kalıyorum

.4 ☐_3 Bazen günün büyük bir bölümü evde yalnızım

.5 ☐_4 Bütün gün ve gece evde yalnızım, ama birisi beni kontrol eder

.6 ☐_5 Kimse beni kontrol etmeden yalnız kalırım

Evden dışarı çıktığınızda hatırlama, karar verme ve muhakeme gibi faaliyetler için bir başka kişi gün içinde ne kadar zaman sizinle oluyor?

3

.1 ☐_0 Yanımda birisi varken bile evden ayrılamam

.2 ☐_1 Hatırlama, karar verme ve muhakeme gibi faaliyetler için nereye gidersem gideyim bir başka kişi bana daima yardım ediyor

.3 ☐_2 Daha önceden bildiğim yerlere kendi kendime giderim

.4 ☐_3 Bir yere giderken yardıma ihtiyacım yok

Şimdi, her zaman ki faaliyetleriniz ile ilgili bazı sorularım olacak;

Düzenli Olarak Ayakta Mısınız?

4

Olağan bir gün içinde kaç saati yatak dışında geçirirsiniz? _____ saat

5

Olağan bir hafta içinde kaç gün ev dışına çıkıp başka bir yere gidersiniz? _____ gün

6

Geçtiğimiz yıl içinde kaç geceyi evden ayrı bir yerde geçirdiniz (hastanede kalışlar dışında)?

Hiç ☐_0

1-2 gece ☐_10

3-4 gece ☐_15

5 veya daha fazla ☐_20

Craig Engellilik Değerlendirme ve Bildirme Tekniği Kısa Formu (CHART-SF) sayfa-2

Zamanınızı Nasıl Geçirirsiniz?

- 7** Haftada toplam kaç saat işte çalışıyorsunuz? saat (mesleğiniz:)
- 8** Eğitim için okulda harcadığınız süre haftalık toplam kaç saattir? (sınıfta ve ders çalıştığınız saatleri içerir) saat
- 9** Haftada toplam kaç saat yemek pişirme, temizlik ve çocuk bakımı gibi aktif ev işi yapıyorsunuz? saat
- 10** Haftada toplam kaç saat evde onarım, bahçe işleri gibi ev işleri ile uğraşıyorsunuz? saat
- 11** Haftada toplam kaç saat kabul günü, arkadaşlar ile kahveye gitme, spor, egzersiz yapma, kâğıt oynama veya sinemaya gitme gibi eğlencelere katılıyorsunuz? (lütfen televizyon izleme ve radyo dinleme sürelerini dâhil etmeyin) saat

Zamanınızı Kiminle Geçirirsiniz?

- 12** Kaç kişi ile yaşıyorsunuz?
- 13** Bunlardan birisi eşiniz veya önem verdiğiniz biri mi? ☐ Evet ☐ Hayır
- 14** Beraber yaşadığınız kişilerden kaç akrabanız?
- 15** İş yerinizden veya üyesi olduğunuz derneklerden kaç kişi sizi en az ayda bir ziyaret ediyor, arıyor veya size yazıyor? kişi
- 16** Kaç arkadaşınız (akrabanız veya iş-dernek arkadaşınız olmayan) en az ayda bir sizi ziyaret ediyor, arıyor veya size yazıyor? arkadaş (oda arkadaş birden fazla ise diğerlerini buraya ekleyiniz)
- 17** Geçen ay içinde daha önceden tanımadığınız kaç kişi ile konuştunuz (örneğin bir yeri sorma veya bir şey isteme gibi)
- Hiç ☐ 0 1-2 ☐ 15 3-5 ☐ 23 >6 ☐ 30

Finansal Kaynaklarınız Nelerdir?

- 18** Geçen yıl evdeki tüm bireylerin yıllık toplam kazancı ne kadardı?
- a. 25,000 liradan az - hayır ise e; evet ise b şıkkına geçin
b. 20,000 liradan az - hayır ise 22500 yazın; evet ise c şıkkına geçin
c. 15,000 liradan az - hayır ise 17500 yazın; evet ise d şıkkına geçin
d. 10,000 liradan az - hayır ise 12500 yazın; evet ise 5000
e. 35,000 liradan az - hayır ise f; evet ise 30000 yazın
f. 50,000 liradan az - hayır ise g; evet ise 42500 yazın
g. 75,000 liradan az - hayır ise h; evet ise 62500 yazın
h. 75,000 lira ve üstü ise 80000 yazın
-
- 19** Geçen sene sosyal kurum veya sigortanız karşılamadığı için yaptığınız tıbbi harcamalarınız ne kadardı? (Siz veya evdeki diğer aile bireyleri tarafından yapılan tıbbi harcamaları belirtiniz)
- a. 1000 liradan az - hayır ise b; evet ise 500 yazın.
b. 2500 liradan az - hayır ise c; evet ise 1750 yazın.
c. 5000 liradan az - hayır ise d; evet ise 3750 yazın.
d. 10000 liradan az - hayır ise e; evet ise 7500 yazın.
e. 10000 lira ve üstü ise 15000 yazın
-