

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SPİNAL KORD (OMURİLİK) YARALANMALI
HASTALAR VE BAKIM VERENLERİ: BAKIM
ALMA VE BAKIM VERME SÜRECİNDEKİ
PSİKOSOSYAL DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
SOSYAL DESTEK KARŞILIKLIĞININ
BİÇİMLENDİRİCİ VE TEMEL ETKİLERİ**

AYŞENUR AKTAŞ

2501101070

TEZ DANIŞMANI

DOÇ.DR. H. ÖZLEM SERTEL BERK

İSTANBUL, 2013



Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ayşenur AKTAŞ

Numarası : 2501101070

Anabilim/Bilim Dalı : Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Özlem SERTEL
BERK

Tez Savunma Tarihi : 18.07.2013

Tez Savunma Saati : 10:00

Tez Başlığı : Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenleri: Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karşılığının Biçimlendirici ve Temel Etkileri

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK		Kabul
2- Doç. Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN		Kabul
3- Yrd. Doç. Dr. İdil KAYA BALKAN		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Güler BAHADIR		
2- Doç. Dr. Pınar ÜNSAL		

**SPİNAL KORD (OMURİLİK) YARALANMALI HASTALAR VE BAKIM
VERENLERİ: BAKIM ALMA VE BAKIM VERME SÜRECİNDEKİ
PSİKOSOSYAL DEĞİŞKENLER AÇISINDAN SOSYAL DESTEK
KARŞILIKLIĞININ BİÇİMLENDİRİCİ VE TEMEL ETKİLERİ**

Ayşenur AKTAŞ

ÖZ

Sosyal destek, bireylerin zorlu pek çok yaşam olayları ile baş etmesinde yardımcı olduğu gibi hastalık sürecinde de oldukça etkilidir. Kronik hastalık süreci gibi uzun süreli zorlu durumlarda bu süreç içindeki hastanın sosyal destek durumu hastalığının gidişatında ve kişinin hastalığına psikososyal uyumunda önemlidir. Bu noktada hasta bireyin yakınlarının sağladığı sosyal destek, bireyin algıladığı ve aldığı sosyal destek kavramları ve bu kavramların ortak etkisinin de bu süreç üzerindeki etkisini bilmek oldukça faydalı olacaktır. Bu bilgilere dayanılarak bu araştırmanın amacı Spinal Kord Yaralanması (SKY) olan bireylerin psikopatolojik semptom düzeyi ile hastalığa psikososyal uyumları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığının ve sosyal destek türlerinin rolünün incelenmesi olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte bu çalışmanın bir başka amacı ise SKY’li hastalar ve bakım verenlerinin demografik özelliklerinin SKY olan bireylerin psikososyal uyumları ve sosyal destek karşılıklığı durumları üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Bu çalışma kapsamında Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, Verilen Sosyal Destek Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. İstanbul’da bulunan çeşitli hastanelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon birimlerinde yatarak veya ayakta tedavi görmekte olan tetrapleji veya parapleji tanısı almış 31 hasta ve bu kişilerin bakım verenleri çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Sonuçlar, psikopatolojik semptom düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Buna göre depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler ve toplam psikopatolojik semptom puanları arttıkça

hastalığa psikososyal uyum puanları düşmüştür. Psikopatolojik semptom düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişkide psikopatolojik semptom düzeyi toplam puanının hastalığa psikososyal uyum puanı üzerinde tek başına anlamlı yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Algılanan sosyal destek, alınan sosyal destek, verilen sosyal destek puanları ve sosyal destek karşılıklığı endeks puanının psikopatolojik semptom düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum ilişkisi üzerindeki ortak etkileri incelenmiştir. Bu değişkenler içinde verilen, alınan sosyal destek türleri ve sosyal destek karşılıklığı endeksinin biçimlendirici etkisi anlamlı olmakla birlikte en güçlü biçimlendirici etkiye sosyal destek karşılıklığı endeksinin sahip olduğu görülmüştür. Bu etkiye göre düşük sosyal destek karşılıklığı endeksinde psikopatolojik semptom düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum arasında negatif yönde güçlü bir ilişki varken yüksek sosyal destek karşılıklığı endeksinde bu ilişki zayıflamıştır.

**SPINAL CORD INJURY PATIENTS AND THEIR CARE GIVERS: THE
MODERATOR AND MAIN EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT
RECIPROCITY IN TERMS OF PSYCHOSOCIAL VARIABLES IN CARE
TAKING AND CARE GIVING PROCESS**

Ayşenur AKTAŞ

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the role of social support reciprocity's and different kinds of social support's on the relationship between psychopathology symptoms and illness psychosocial adjustment of spinal cord injury patients. The role of spinal cord injury patients and their caregivers' demographic information on the social support reciprocity and illness adjustment of these individuals is further evaluated. Within the scope of this study Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Report, The Brief Symptom Inventory, The Inventory of Socially Supportive Behaviors, The Provided Social Support Scale, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support were used. The participants were 31 patients who were diagnosed with tetraplegia and paraplegia and received treatment in Physical Medicine and Rehabilitation Units in hospitals in İstanbul and their caregivers.

Theresults showed a negative relationship between psychopathology symptoms and illness psychosocial adjustment. According to that, while depression, anxiety disorder, paranoid thoughts and total psychopathology symptom scores were increasing, illness adjustment scores were decreasing. The only significant predictor of illness psychosocial adjustment was observed to be the total of psychopathology symptoms. Among the scores of perceived social support, received social support, given social support and the index score of social support reciprocity's common effects on the relationship between level of psychopathology symptoms and illness psychosocial adjustment, only social support reciprocity showed sign moderator effect on the relationship between psychopathology symptoms and illness psychosocial adjustment. According to these results, in patients with low index score

of social support reciprocity, a strong relationship was found between psychopathology symptoms and illness psychosocial adjustment. On the other hand, for those with low social support reciprocity index scores, the relationship between psychopathology symptoms and illness psychosocial adjustment was observed to be weaker. The results were discussed with in the relevant literature findings.

ÖNSÖZ

Psikoloji bilimi ile tanıştığım ilk günden itibaren sonsuz hoşgörü ve fedakarlıkla kendimi gerçekleştirmemde her zaman yanımda olan, çalışmalarımızın en sıkıntılı dönemlerinde sorunlara getirdiği çözümlerle ve güler yüzü ile olayları farklı bakış açılarıyla görmemi sağlayan sevgili danışman hocam Doç. Dr. H. Özlem SERTEL BERK'e;

Çalışma süresince spinal kord yaralanması olan hastalara ulaşmamı sağlayan, hastalığın tıbbi boyutu hakkında bilgilendiren, yoğun iş temposuna rağmen sonsuz anlayış ve hoşgörüsü ile benden yardımlarını esirgemeyen hocam Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ'ye;

Tez çalışması sürecinin en zorlu dönemlerinden olan veri toplama aşamasında son derece yardımcı olan Prof. Dr. Tunç Alp KALYON ve değerli ekibi Maltepe Darüşşafaka Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi çalışanlarına, Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nin anlayışlı ve yardımsever çalışanlarına, Türkiye Omurilik Felci Derneği Hüsnü Ayık Özel Bakım Merkezi çalışanlarına ve spinal kord yaralanması gibi ciddi fiziksel ve psikolojik sorunlar yaratan bir hastalıkla mücadele ederken bu çalışmaya katılmayı kabul eden ve benim için çok değerli olan tüm hasta ve hasta yakınlarına;

Üniversitedeki öğrenim yaşıntım boyunca verdiği başarı bursu ile tüm sürecimde destekleyici olan TÜBİTAK'a;

Son olarak, Hasan ve Hülya AKTAŞ olmak üzere bana yaşam amacımı sağlayan aileme, her koşulda yanımda var olduklarını bildiğim arkadaşlarım Yeşim ÜNAL ve Duygu EKŞİOĞLU'na, kararlarımı destekleyen ve sürecimi kolaylaştıran eşim Emrah AKTAŞ'a içtenlikle teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
TABLoların LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALARIN LİSATESİ.....	xvii
GİRİŞ.....	1
1. LİTERATÜR	3
1.1. SpinalKord.....	3
1.2. SpinalKord Yaralanması (SKY).....	5
1.3. SKY’de Lezyon Seviyesi.....	5
1.4.SKY Epidemiyolojisi.....	6
1.5. SKY Etiyolojisi.....	8
1.6. SKY’yi Tıbbi Açıdan Değerlendirme.....	9
1.7. SKY’ ye Yönelik Tıbbi Müdahaleler.....	14
1.8. SKY’dePrognoz.....	16
1.8.1. Lezyon Seviyeleri ve İşlevsellik.....	18
1.9.SKY’de Görülen Komplikasyonlar.....	20

1.10. SKY Sonrasında Görülen Sendromlar.....	24
1.11. SKY’deMortalite (Ölüm Oranı).....	25
1.12. SKY Tarihçesi.....	26
1.13. Tıbbi Hastalık KarşısındaPsikososyal Tepkiler.....	27
1.13.1. SKY’ye Yönelik Psikososyal Tepkiler.....	28
1.13.2. SKY’yePsikososyal Müdahaleler.....	30
1.14. Tıbbi Hastalığa Psikososyal Uyum.....	35
1.14.1. SKY’yePsikososyal Uyum.....	38
1.14.2. Hastalığa PsikososyalUyumu Etkileyen Faktörler.....	40
1.15. Psikososyal Uyum Sürecinde Sosyal Destek Karşılıklığı.....	42
1.15.1. Sosyal Destek	42
1.15.2. Sosyal Desteğin Tanımına İlişkin Modeller.....	42
1.15.3. Sosyal Destek ve Sağlık İlişkisi.....	44
1.15.4. Sosyal Destek ve Kronik Hastalıklar.....	48
1.15.5. Sosyal Destek Türleri.....	50
1.15.6. Araştırmalar Bağlamında Sosyal Destek Türlerine Genel Bakış.....	52
1.15.7. Sosyal Destek Karşılıklığı.....	53
1.16. SKY Sonrası Bakım Verme Sürecinde Bakım Verenlerin Psikolojik Durumları.....	54

1.16.1. Bakım Veren.....	54
1.16.2. Bakım Verme Algısı.....	55
1.16.3. Bakım Verme İle İlgili Negatif Kavramlar.....	55
1.16.4. Bakım Verme ile İlgili Pozitif Kavramlar.....	59
1.16.5. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	61
1.16.6. Bakım Vermenin Aile ve Evlilik İlişkilerine Etkisi.....	62
1.16.7. SKY’lı Bireylere Bakım Verme.....	62
1.16.8. Araştırmalar Bağlamında Bakım Verme Sürecine Genel Bakış.....	64
2. AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	67
3. YÖNTEM.....	69
3.1. Örneklem.....	69
3.2. Veri Toplama Araçları.....	70
3.2.1. Onam Formu.....	70
3.2.2. Demografik Bilgi Formu.....	71
3.2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği.....	71
3.2.4. Kısa Semptom Envanteri.....	73
3.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	73
3.2.6. Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri.....	74
3.2.7. Verilen Sosyal Destek Ölçeği.....	75

3.2.8. Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi.....	76
3.3. İşlem.....	79
3.4. Verilerin Analizi.....	80
4. BULGULAR.....	82
4.1. Betimleyici Bulgular.....	82
4.2. İstatistiksel Analizler.....	91
5. SONUÇ.....	122
KAYNAKÇA.....	131
EKLER.....	158

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

	<i>Sayfa</i>
Şekil 1 Spinal Kord ve Yaralanma Seviyeleri (Salar, 2011)	4
Şekil 2 ASIA Bozukluk Skalas ı Formu (İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Spinal Kord Lezyonlu Hasta Değerlendirme Formu)	11
Şekil 3 Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Spinal Kord Lezyonlu Hasta Değerlendirme Formu)	12
Şekil 4 Kronik Hastalığa Yönelik Stres Adaptasyon Teorik Modeli (Malcarne ve Greenbergs, 1996)	36
Şekil 5 Roy'un Uyum Modeli (Roy ve Andrews, 1991, akt.,Barone, 1993)	36
Şekil 6 Uyum Düzeyini Belirleyen Uyaranların Ortak Etkisi (Barone, 1993)	40
Şekil 7 Psikopatolojik Durum İle Psikososyal Uyum Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi	95
Şekil 8 Depresyon ile Sağlık Bakımına Oryantasyon Puanları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	100
Şekil 9 Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Psikososyal Uyum Toplam Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi	103
Şekil 10 Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi	106
Şekil 11 Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	107
Şekil 12 Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Aile Çevresi Puanları Arasında Alınan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	108
Şekil 13 Paranoid Düşünce Puanları ile Psikososyal Uyum Toplam	111

	Puanları Arasında Verilen Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	
Şekil 14	Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile Mesleki Çevre Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi	113
Şekil 15	Paranoid Düşünce ile Mesleki Çevre Puanları Arasındaki İlişkide Verilen Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	114
Şekil 16	Paranoid Düşünce ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi	116
Şekil 17	Paranoid Düşünce ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Alınan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	117
Şekil 18	Paranoid Düşünce ile Geniş Aile İlişkileri Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi	119
Şekil 19	Paranoid Düşünce ile Geniş Aile İlişkileri Puanları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	120
Şekil 20	Paranoid Düşünce ile Geniş Aile İlişkileri Puanları Arasındaki İlişkide Alınan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi	121

TABLULARIN LİSTESİ

	<i>Sayfa</i>
Tablo 1 Yaralanma Seviyesi ile Yaralanma Sonrası Beklenen Fonksiyonel Amaçlar	19
Tablo 2 SKY’de Değişim Evreleri Teorisyenleri (Drew-Cates, 1989)	39
Tablo 3 Bakım Verenlerdeki Tükenmişliğe Dair Semptomların Sınıflandırılması	59
Tablo 4 Katılımcıların Yaş, Cinsiyet ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin Demografik Bilgiler	70
Tablo 5 Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Orjinal ve Çalışma Kapsamındaki Cronbach Alfa Değerleri	78
Tablo 6 Uygulama Yapılan Kurumlardaki Katılımcı Sayısına İlişkin Bilgiler	79
Tablo 7 SKY Olan Bireylerin Demografik, Psikolojik ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özellikleri	83
Tablo 8 Bakım Verenlerin Demografik ve Psikososyal Durumlarına İlişkin Özellikler	84
Tablo 9 SKY’li Bireylerin Çeşitli Değişkenler Açısından Psikososyal Uyum Toplam Puanlarına Ait Ortalama, Standart Sapma ve Test İstatistiği Değerleri	85
Tablo 10 SKY’li Bireylerin Çeşitli Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karşılıklığı Durumlarına Dair Puanlarının Ortalama ve Test İstatistiği Değerleri	88
Tablo 11 Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ranj, Medyan, Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Minimum, Maksimum Değerleri	90
Tablo 12 Psikopatolojik Durum ile Psikososyal Uyum Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkileri	91
Tablo 13 SKY’li Bireylerin Psikopatolojik Durum Toplam Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları	94

Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 14	SKY’li Bireylerdeki Depresyon Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	97
Tablo 15	SKY’li Bireylerin Depresyon Puanlarının Sağlık Bakımına Oryantasyon Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	98
Tablo 16	SKY’li Bireylerin Depresyon Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	101
Tablo 17	SKY’li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	102
Tablo 18	SKY’li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Sağlık Bakımına Oryantasyon Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	104
Tablo 19	SKY’li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal	105

	Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	
Tablo 20	SKY'li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	109
Tablo 21	SKY'li Bireylerin Paranoid Düşünceler Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığıve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	110
Tablo 22	SKY'li Bireylerin Paranoid Düşünce Puanlarının Mesleki Çevre Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	112
Tablo 23	SKY'li Bireylerdeki Paranoid Düşünce Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	115
Tablo 24	SKY'li Bireylerdeki Paranoid Düşünce Puanlarının Geniş Aile İlişkileri Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	118

KISALTMALARIN LİSTESİ

ASDÖ	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ASIA	Amerikan Spinal Kord Yaralanması Birliği (American Spinal Injury Association)
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FBÖ	Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü
HPUÖÖ-AÇ	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Aile Çevresi Alt Ölçeği
HPUÖÖ-GAİ	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Geniş Aile İlişkileri Alt Ölçeği
HPUÖÖ-MÇ	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Mesleki Çevre Alt Ölçeği
HPUÖÖ-PB	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Psikolojik Baskı Alt Ölçeği
HPUÖÖ-SBO	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Sağlık Bakımına Oryantasyon Alt Ölçeği
HPUÖÖ-T	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Toplam Ölçek Puanı
KSE-AB	Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu Alt Ölçeği
KSE-D	Kısa Semptom Envanteri-Depresyon Alt Ölçeği
KSE-PD	Kısa Semptom Envanteri-Psikolojik Baskı Alt Ölçeği
KSE-T	Kısa Semptom Envanteri-Toplam Ölçek Puanı

NANDA	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association)
NSCISC	Amerikan Ulusal Spinal Kord Birliği İstatistik Merkezi (National Spinal Cord Injury Statistical Center)
SDKE	Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi
SDVDE	Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri
SKY	Spinal Kord Yaralanması
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VSDÖ	Verilen Sosyal Destek Ölçeği

GİRİŞ

İnsan, gelişimi boyunca çeşitli engellenmeler ve çatışmalarla karşılaşmaktadır, hastalık da bunlardan biridir. İnsan yaşamının en erken ve en yaygın deneyimlerinden biri olan hastalık biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel boyutlara sahip bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (Özkan ve Armay, 2007). Kronik hastalıklarda toplumda gittikçe yaygınlaşan, nadiren tam olarak tedavi edilebilen, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, işlev bozuklukları ve sakatlıklara yol açan hastalıklardır. Doğuştan var olan kronik hastalıkların yanında daha sonra travmaya bağlı olarak da ortaya çıkan kronik hastalıklar vardır. Spinal Kord Yaralanması (SKY) da çoğunlukla travmaya bağlı olarak ortaya çıkan kronik hastalıklardandır.

Spinal kord (omurilik), beyin ile bedenin geri kalan kısmı arasında iletişimi sağlayan sinir lifleri ve hücrelerinden oluşur. Ulusal Spinal Kord Birliği (2000), spinal kord yaralanmasını omurilikte meydana gelen felç ve/veya beden bölgelerinde his kaybıyla sonuçlanan bir lezyon (yaralanma) olarak tanımlamaktadır. SKY, ateşli silah yaralanmaları, yüksekte düşme, motorlu taşıt kazaları, spor kazaları gibi travmatik olaylar neticesinde veya travmaya bağlı olmayan sebeplerden dolayı meydana gelmektedir.

Çoğu kişinin bir felaket olarak nitelendirdiği SKY'nin sonrasında özellikle ilk dönemlerde depresyon, anksiyete, alkol-madde bağımlılığı, uyku bozukluğu, iştah kaybı, kas gerginlikleri, ağrılar, ciltte dökülmeler, düşünme, yargılama ve konsantrasyonda güçlükler, problemlerden kaçma, problemle ilgili fazlaca zihinsel meşguliyet, öfke, utanç ve suçluluk hisleri gibi psikososyal tepkiler açığa çıkmaktadır (Hammell, 1992). Bu tepkiler hem SKY olan kişinin hem de yakınlarının hastalığa uyumlarını güçleştirdiği gibi aynı zamanda da hastalığın süresi ve şiddeti üzerinde de etkilidir. SKY sonrası hastalığa uyum literatürde pek çok teori ve modelle incelenmekte ve bu süreçte pek çok faktörün etkili olduğu belirtilmektedir (Adaylar, 1995; Spiegel, 1997).

Uyum üzerinde etkisi olduğu düşünölen en önemli faktörlerden birisi de aile ve sosyal çevrenin oluşturduğu sosyal destektir. Sosyal destek, genellikle bireyin etrafından aldığı destek, bireyin algıladığı destek ve çevresindeki kişilerin bireye sağladıklarını düşündükleri sosyal destek olarak üç boyutta incelenebilir. Bu çalışmada bu üç boyutun birbiri ile olan ilişkisinden ‘sosyal destek karşılıklığı’ kavramı oluşturulmuştur. Sosyal destek karşılıklığı, özellikle bakım gerektiren bir kronik hastalığa sahip bireylerin içinde bulunduğu, özellikle de birincil bakım vereni ile kurduğu ilişkilerin niteliği ve niceliği, dolayısıyla hastalığa uyum ve tedavi uyumu gibi süreçler konusunda geniş kapsamlı bilgi edinmemizi sağlar.

SKY sonrası ortaya çıkan psikolojik tablo ve bu tablo üzerinde etkili olan diğer psikososyal faktörler sağlık psikolojisi için ele alınması gereken yeni bir çalışma alanı olarak görölmüş ve bu alana yönelik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışma ise bu araştırmalar içinde yer almakla birlikte SKY olan bireylerdeki psikopatoloji seviyesi ile hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi ele almakta olup çalışmada bu ilişki üzerinde hastaların aldığı, algıladığı ve bakım verenler tarafından kendilerine verilen sosyal desteğin ve sosyal destek karşılıklığının etkisine bakılmaktadır.

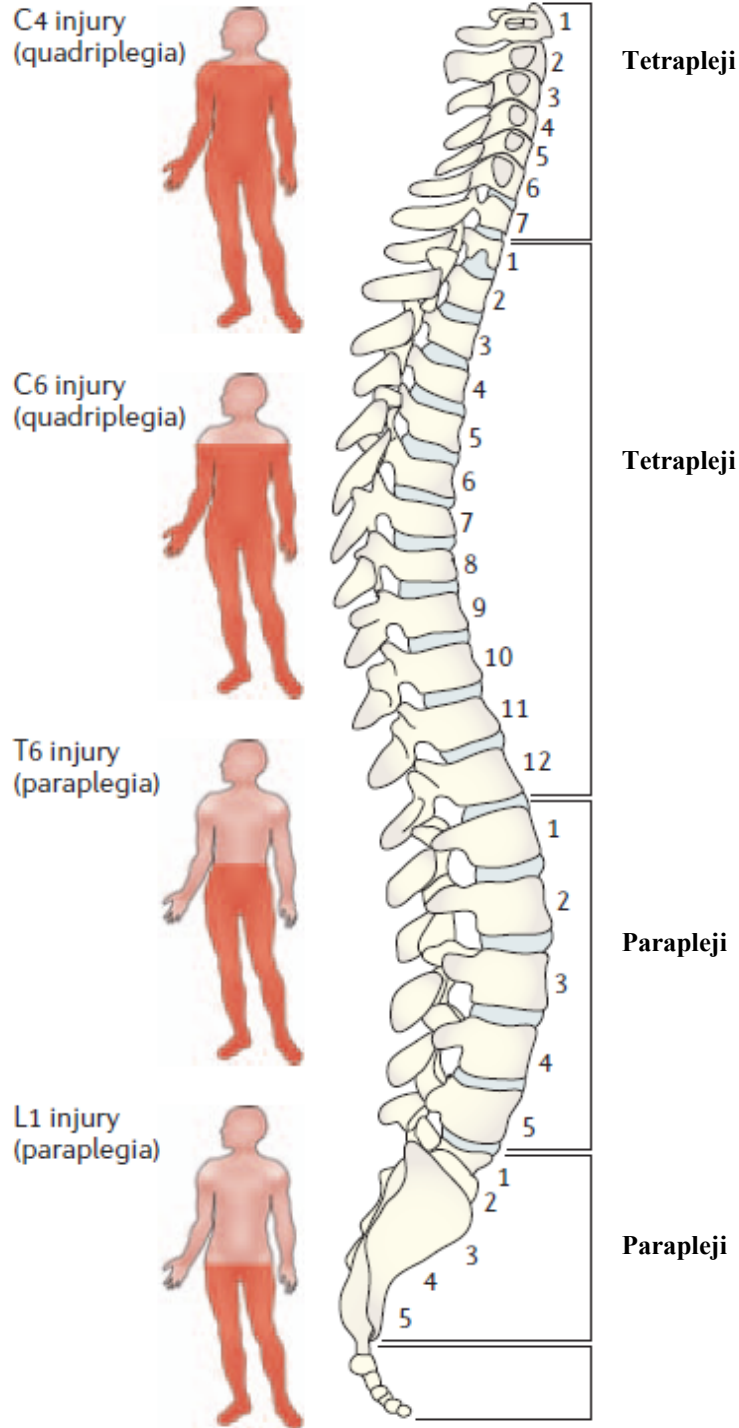
1. LİTERATÜR

Spinal Kord Yaralanması (SKY), kişide ciddi boyutta fiziksel hasar ve işlev bozukluğuna sebep olmakla birlikte kişinin psikolojik durumu üzerinde de önemli bir etki yaratır. SKY insanlık tarihi boyunca uzun yıllar çaresi olmayan bir hastalık olarak görülse de 1930'lu yıllardan sonra akut bakım ve rehabilite edici yaklaşımlar ile birlikte önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gelişmeler SKY'li bireylerin tedavisi ve topluma katılmaları yönünde önemli katkılar sağlasa da başlı başına hastalığın kendisi bireyin ve yakınlarının yaşamları üzerinde sarsıcı bir etki yaratır. SKY olan birey, bireyin yakınları ve bakım verenleri bu süreçte çeşitli güçlüklerle karşılaşmakta ve zorlu bir uyum süreci içine girmektedir. Ciddi bir kronik hastalık olan SKY sonrası ortaya çıkan psikolojik durumların geniş bir yelpazede ele alınması gerekmektedir. Bu açıdan SKY'nin özelliklerini tanımak büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda literatür taraması bölümünde öncelikle spinal kord ve SKY'nin özelliklerinden kapsamlı bir şekilde bahsedilecek ardından SKY'ye verilen psikososyal tepkiler ve SKY sonrası hastalığa uyum, bu süreçteki sosyal destek kaynakları ve bakım verenler ele alınacaktır.

1.1. SPİNAL KORD

Spinal kord (omurilik), beyin ile bedenin geri kalan kısmı arasında iletişimi sağlayan sinir lifleri ve hücrelerinden oluşur. 7 servikal, 12 torasik, 5 lomber ve 5 sakral olmak üzere 33 omur tarafından sarmalanmıştır (Şekil 1). Sıcak, soğuk, ağrı ve basınç gibi mesajları beyne ileten spinal kord aynı zamanda beyinden de bedene ne zaman harekete geçmesi konusunda bilgi taşır. Beyindeki ve spinal korddaki sinir dokuları merkezi sinir sistemini oluştururken, diğer sinir dokuları ise çevresel sinir sistemini oluşturmaktadır. Bu iki sistem bir arada çalışır ve spinal kord hasara uğradığı zaman mesajlar bu yolun içinden geçemez. Bunun sonucunda, bu hasar veya yaralanma felce neden olabilir (Elliot ve Rivera, 2003; White, 1983).

Şekil 1: Spinal Kord ve Yaralanma Seviyeleri (Salar, 2011)



1.2. SPİNAL KORD YARALANMASI (SKY)

Ulusal Spinal Kord Birliği (2000), Spinal Kord Yaralanması'nı (SKY) omurilikte meydana gelen felç ve/veya beden bölgelerinde his kaybıyla sonuçlanan bir lezyon (yaralanma) olarak tanımlamaktadır.

1930'lardan bu yana bu konuda akut bakım ve rehabilite edici yaklaşımlardaki gelişmelere rağmen SKY sadece yürüyebilme ve hareket edebilme becerilerini değil neredeyse bütün beden sistemini etkileyen kronik bir durumdur. Kişinin hayatında fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve mesleki alanlarda pek çok kayba neden olan bu durum yalnızca SKY olan bireyi değil aynı zamanda yakınlarını da etkilemekte, önemli çapta pek çok sosyal ve ekonomik sorunu da beraberinde getirmektedir (Belciug, 2001; Güzel ve Uysal, 2004). Bu sorunların yanında bireyin hayatındaki rol değişimleri, fizyolojik işlevlerdeki bozukluklar, yeni çevrelere ve streslere adaptasyon gerekliliği doğurmakta ve hasta birey bu durumlarla baş etmek zorunda kalmaktadır (Kılıç, 2009).

1.3. SKY'DE LEZYON SEVİYESİ

SKY olan hastalar lezyon seviyesine göre tetrapleji ve parapleji olmak üzere ikiye ayrılırlar. Kollarda, bacaklarda, gövdede ve pelvik organlarda (rahim, mesane, idrar yolları) fonksiyon bozukluğuna yol açan yaralanmalara 'tetrapleji' denilmektedir. Bu yaralanmalarda lezyon servikal kordda yer almaktadır. Literatürde yer alan kaynakların bir kısmında tetrapleji yerine kuadripleji terimi kullanılır. Ancak 1992 yılında Amerikan Spinal Yaralanma Derneği (ASYD) tarafından kuadripleji teriminin yerine tetrapleji teriminin kullanılması önerilmiştir. Parapleji ise sadece bacakların yani alt ekstremitelerin etkilendiği yaralanmalara denilmektedir. Paraplejik hastalarda lezyon servikal kordun altındadır. Paraplejiye kol fonksiyonu korunmuştur ancak lezyon seviyesine bağlı olarak gövdede, bacaklarda ve pelvik organlarda tutulum olabilmektedir.

SKY'yi lezyon genişliğine göre ele aldığımızda komplet ve inkomplet olmak üzere iki grupta inceleyebiliriz. Lezyon seviyesinin altında motor ve duyuusal aktivitenin olmadığı lezyonlara "komplet"(tam), lezyon seviyesinin altında motor ve

duyusal aktivitenin olduğu lezyonlara “inkomplet”(kısmi) denilmektedir. İnkomplet hastalar komplet lezyonlu hastalara göre daha iyi prognoza sahiptirler.

SKY travmatik veya non-travmatik (patolojik) olabilir. Travmatik SKY, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten düşme, motorlu taşıt kazaları, spor kazaları gibi olaylar neticesinde meydana gelen yaralanmalardır. Travmaya bağılı olmayan (patolojik) SKY nedenleri ise spinal stenoz (doğuştan veya sonradan olma nedenlerle omurilik kanalının veya omurilikten çıkan sinirlerin geçtiğı sinir kanallarının daralması), tümör kompresyonu (tümör basısı) ve doğuştan gelen hastalıkları kapsar. Güncel literatürde genellikle SKY olan bireyler hakkındaki araştırmaların büyük bir kısmı travmatik SKY olan hastalar üzerinde yapılmaktadır (Gündüz, 2000).

1.4. SKY EPİDEMİYOLOJİSİ

Genellikle bireyin en üretken döneminde ve sıklıkla travmatik bir olay neticesinde aniden ortaya çıkan SKY kişinin başına gelebilecek en zorlayıcı yaşantılardan biridir (Kennedy, Evans ve Sandhu, 2009). Amerikan Ulusal Spinal Kord Birliğı İstatistik Merkezi'nin (National Spinal Cord Injury Statistical Center-NSCISC) 2009 yılı verilerine göre her yıl yaklaşık 12,000 yeni SKY meydana gelmektedir. Bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmaların yetersiz oluşu SKY epidemiyolojisine dair genel tabloyu ortaya çıkarmayı zorlaştırsa da çeşitli ülkelerin literatürleri tarandığında SKY insidansı Portekiz'de her yıl milyonda 57.8, Japonya'da 39.4, Almanya'da 36, Avustralya'da 27.6, Ürdün'de 18, Türkiye'de 12.7, Hollanda'da 12.1, Danimarka'da 9.2 ve İspanya'da 8 olarak belirtilmektedir (Keleş, 2001). Ülkemiz literatürüne bakıldığında ise 1992 yılında yapılan bir araştırmada SKY insidansı %12.7 olarak bulunmuşken (Karacan ve diğ., 2000) 1994 yılında yapılan başka bir çalışmada bu oran %16.4 (Karamehmetoğlu ve diğ., 1997) olarak bildirilmiştir.

SKY popülasyonu 16-30 yaşları arasında yoğunlaşmakla birlikte bu bireylerin %80'i 16 ila 85 yaş arasındadır ve yaş ortalamaları 30.7'dir. Yapılan çalışmalarda SKY olan bireylerin %80'ini 40 yaşın altı bireyler oluşturmakta iken bu bireylerin %50'si 15-25 yaş grubu içerisinde yer almaktadır (Güzel ve Uysal, 2004; Gündüz, 2000). Kadınların yaralanma yaş ortalaması 32.2, erkeklerin yaralanma yaş

ortalamları 30.3'tür. NSCISC tarafından da desteklenen bu eğilim, 61 yaşının üzerinde yaralanan bireylerde artmıştır. Bu bulgular büyük ihtimalle ulusal popülasyonun medyan yaşındaki artışı yansıtmaktadır (Elliott ve Rivera, 2003). Travmatik olmayan SKY ise 40 yaşın altındaki kişilerde %31 oranında görülürken, 40 yaş üzerindeki bireylerde %87 oranında görülmektedir (Levinson, 1993).

NSCISC veri tabanına göre 2005 yılından itibaren kaydedilen SKY vakalarında erkekler %80.9'luk yüksek bir insidansa sahiptirler. Nobunaga, Go ve Karunas (1999) genç erkeklerin diğer insanlara göre daha yüksek risk içeren aktiviteler ve sporlarda yer aldıklarını bu yüzden bu bireylerde daha çok SKY olduğunu belirtmişlerdir. Dünya çapında prevalansın milyonda 223 ile 755 kişilik bir ranja sahip olduğu ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte SKY prevalansının da arttığı belirtilmektedir (Wyndaele ve Wyndaele, 2006). NSCISC verilerine göre travmatik SKY insidansı milyonda 40 olarak belirtilirken bu hastaların ortalama yaralanma yaşı 40.2 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 36.1 yıl olarak bulunmuşken, bir başka araştırmada yaş ortalaması 37.86 yıl ve yaralanma sırasındaki yaş ortalaması 32.7 yıl olarak bulgulanmıştır (Baran, 2007; Taş, Yağız On, Altay ve Özdedeli, 2006).

SKY'nin başlangıç yaşının ortalamasının geç olmasından dolayı bu bireylerin yaklaşık %59'u lise mezunu bireylerdir. Bu bireylerin eğitim seviyelerinin yüksek oluşu yaralanma sonrası işe girebilme olasılıklarını artırma yönünden olumlu bir noktadır (Elliott ve Rivera, 2003).

SKY olan hastaların medeni hallerine bakıldığında ülkemizdeki çalışmalar evlilerin daha çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Taş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada SKY'li evli bireylerin oranını %70 bulmuşlardır (Taş ve diğ., 2006). Bu orana paralel olarak Baran'ın çalışmasında da evlilerin oranı %80'dir (Baran, 2007). Dolayısıyla ülkemizde yapılan çalışmalarda SKY olan bireylerin çoğunluğunun evli olduğu söylenebilir.

Travmatik SKY çocuklarda seyrek olarak görülür. Çocuk omurgasının esnekliği ve çocukların yetişkinlere oranla daha az trafiğe çıkmaları ve diğer SKY sebeplerine daha az açık olmaları ile bu seyreklik açıklanabilir. Bütün SKY'lerin

yalnızca %5'i 16 yaş altında görülmekte iken 6 yaşın altında görülme oranı %1'dir (Kirshblum ve O'Conner, 1998).

1.5. SKY ETİYOLOJİSİ

Travmatik SKY'de, NSCISC'nin 2011 raporuna göre ABD'de vakaların %42.6'sı motorlu araç kazası, %21.2'si yüksekten düşme, %17.6'sı şiddet ve %10.3'ü de spor kazaları sonucu meydana gelmektedir. 2000 yılında ülkemizde yapılan çalışmalara göre SKY'ye sebep olan faktörler olarak %48.8 ile trafik kazaları ilk sırada yer alırken, onun ardından %36.5'lik oran ile yüksekten düşmeler gelmektedir. Bıçaklanma %3.3, ateşli silah yaralanması %1.9 ve sığ suya dalma %1.2'lik oranlarla etiyolojik nedenler arasında sayılmaktadır (Karacan ve diğ., 2000). 2007 yılında yapılan bir başka çalışmada ise ülkemizdeki yaralanmalarda etiyolojik faktör olarak ilk sırada trafik kazaları (%38.3), ikinci sırada yüksekten düşme (%25), üçüncü sırada ateşli ve kesici silah yaralanmasının (%15) geldiği görülmüştür (Baran, 2007). Ancak bu sonuçlardan farklı olarak etiyolojik sebeplerde birinci sırada yüksekten düşmeleri (%44.44), ikinci sırada trafik kazalarını (%37.9), üçüncü sırada iş kazalarını (% 13.89) ve son olarak da spor kazalarını (% 1.85) gösteren bulgular da alan yazında mevcuttur (Şahin, İyigün, Şekerci, Çelik ve Rakunt, 1990).

Non-travmatik SKY'nin sebeplerine yönelik döküm yapmak güç olsa da non-travmatik sebepler arasında intra ve ekstra meduller tümörler, kord infeksiyonları, ilerleyici nörolojik hastalıklar (multiple skleroz, amyotrofik lateral skleroz-motor nöron hastalığı) ve disk hernileri sayılabilir (Gündüz, 2000). Başka bir çalışmada ise travmaya bağlı olmayan SKY'lerin meydana gelme sebepleri arasında spinal stenöz (omurilik kanalı daralması), tümör kompresyonu (tümör basısı), vasküler iskemi (damarsal bölgelerde kanlanma eksikliği) ve doğuştan gelen hastalıklar sayılırken, spinal kord tümörlerinin bu hastalıklar içerisinde %14'lük bir orana sahip olduğu belirtilmektedir (Levinson, 1993).

Yaralanma etiyolojisi yaşa göre değişiklik göstermektedir; örneğin ateşli silah yaralanması, bıçaklanma gibi şiddet kaynaklı yaralanmalar ve spor kazaları genç bireylerde daha yaygın iken yaşlı popülasyonda yüksekten düşme daha sık görülen

nedenlerdendir (Go, De Vivo ve Richards, 1995). İlerleyen yaşla birlikte kemikler ve kemikleri destekleyen yapılarda bozulmalar meydana gelmekte ve bu durum yaşla birlikte düşmenin yükselen insidansını açıklamaktadır (Myers ve Wilson, 1997; Pintar, Yoganandan ve Voo, 1998). Bununla birlikte travmaya bağlı olmayan SKY'lere bakıldığında ise 40 yaş üstünde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (McKinley ve diğ., 1998).

Cullen de (1975) diğer araştırmacılardan farklı bir noktaya değinerek çocuk istismarının özellikle sarsıntılı bebek sendromunun (shaken baby syndrome) çoğunlukla SKY ile sonuçlanabileceğini belirtmiştir.

1.6. SKY'Yİ TIBBİ AÇIDAN DEĞERLENDİRME

SKY sonrası iyileşme sürecini etkileyen iki önemli faktör yaranın bölgesi ve komplet olup olmamasıdır (Gündüz, 2000). Bu sebeple duyuşal, nörolojik ve motor değerlendirmeler yapılmaktadır. SKY hastalarında disabilitayı değerlendiren 8 farklı ölçüt bulunmaktadır:

- Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (Functional Independence Measure-FIM)
- Spinal Kord Yaralanma Ölçümü (Spinal Cord Injury Measure-SCIM)
- SKY İçin Yürüme Endeksi (Walking Index for Spinal Cord Injury-WISCI)
- İşlevsellik İçin Kuadripleji Endeksi (Quadriplegia Index of Function-QIF)
- Modifiye Barthel Endeksi (MBI)
- 6 Dakika Yürüme Testi (6-Min Walk Test-6MWT)
- 10 Dakika Yürüme Testi (10-M Walk Test-10MWT)

Yapılan çalışmalar SCIM'in SKY olan hastalarda disabilitayı değerlendiren en iyi ölçüt olduğunu ortaya koymuştur. SKY'li hastayı nörolojik açıdan değerlendirmenin en iyi yolu ise Amerikan Spinal Kord Yaralanması Birliği (American Spinal Injury Association-ASIA) tarafından tanımlanan ASIA bozukluk

skalası ile yapılan standart nörolojik muayenedir (Furlan, Noonan, Singh ve Fehlings, 2011).

i. ASIA Bozukluk Skalası

ASIA, bozukluk derecesini sınıflamakta kullanılan bir skaladır (Şekil 2). ASIA skalası basamakları A'dan (komplet) E'ye (inkomplet) kadar derecelenir ve hem motor hem de duyu kaybını ele alır. 1982 yılında kullanılmaya başlayan bu yaklaşım 2000 yılında yeniden gözden geçirilmiştir (Güzel ve Uysal, 2004).

ASIA Skalası Basamakları

Beş kategoriden oluşan skalada ASIA-A tam yaralanmalı ve her türlü ihtiyacı için çevresindekilere gereksinim duyan hastalar için kullanılırken ASIA-E artık hastanın hayatı üzerinde yaralanmanın etkisinin kalmadığı, tamamen iyileşme durumlarında kullanılır.

ASIA-A – Komplet: Hastada anüs bölgesi de dahil olmak üzere sakral bölgede (S4-5) (Bknz: Şekil 1) duyuusal veya motor fonksiyonda komplet bir yaralanmayı belirtir. Lezyon altındaki hissiyat ve kas gücü yok olmuştur.

ASIA-B – İnkomples: Lezyon seviyesi altında duyuusal fonksiyonun bir miktar korunduğu ancak motor fonksiyonun olmadığı inkomplet bir yaralanmayı belirtir. Kas gücünün tamamen yok olmasına karşın lezyon seviyesi altında duyuusal fonksiyon bir miktar vardır.

ASIA-C – İnkomples: Lezyon seviyesi altında motor fonksiyonun bir miktar korunduğu inkomplet yaralanmaları belirtir. Hastada kas gücü vardır ancak belli bir amaç için kullanması çok zordur.

ASIA-D – İnkomples: Nörolojik seviye altında motor fonksiyonun korunduğu inkomplet bir yaralanmayı belirtir. Bu hastalarda kas kullanımı kısıtlı da olsa hastalar yardımcı cihazlarla yürüyüp, hareket edebilirler.

ASIA-E – Tamamen İyileşme: Duyusal ve motor fonksiyonun normal olduğu ancak sadece muayene sırasında anormal reflekslerle karşılaşıldığı yaralanmaları belirtir (Frankel ve diğ., 1969; Waters, Adkins ve Yakura, 1991).

Şekil 2: ASIA Bozukluk Skalası Formu (İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Spinal Kord Lezyonlu Hasta Değerlendirme Formu)

OMURİLİK YARALANMALARINDA STANDART NÖROLOJİK SINIFLAMA

MOTOR
ANAHTAR KASLAR

C2	
C3	
C4	
C5	
C6	
C7	
C8	
T1	
T2	
T3	
T4	
T5	
T6	
T7	
T8	
T9	
T10	
T11	
T12	
L1	
L2	
L3	
L4	
L5	
S1	
S2	
S3	
S4-5	

Dirsek fleksörleri
El bileği ekstansörleri
Dirsek ekstansörleri
El parmak fleksörleri (orta parmak distal falanksı)
El parmak abduktörleri (küçük parmak)

0 = Tam paraliz
1 = Görülür/palpabl kontraksiyon
2 = Yerçekimi olmaksızın aktif hareket
3 = Yerçekimine karşı aktif hareket
4 = Bir miktar dirence karşı aktif hareket
5 = Tam dirence karşı aktif hareket
DO = Değerlendirme olanaksız

Kalça fleksörleri
Diz ekstansörleri
Ayak bileği dorsifleksörleri
Ayak başparmak ekstansörleri
Ayak bileği plantor fleksörleri

☐ İstemi anal kontraksiyon (E/H)

TOPLAM ☐ + ☐ = ☐ MOTOR SKOR
(maksimum) (50) (50) (100)

NÖROLOJİK SEVİYE
Normal fonksiyona sahip en kaudal segment

HAFİF DOKUNMA
SAĞ SOL

C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

TOPLAM ☐ + ☐ = ☐ HAFİF DOKUNMA SKORU
(maksimum) (56) (56) (56) (56)

İĞNE BATIRMA
SAĞ SOL

C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

TOPLAM ☐ + ☐ = ☐ İĞNE BATIRMA SKORU
(maksimum) (56) (56) (56) (56)

DUYUSAL
DUYUSAL ANAHTAR NOKTALAR

0 = Yok
1 = Bozulmuş
2 = Normal
DO = Değerlendirme olanaksız

Anal duyu (E/H) ☐ (mak: 112)
İĞNE BATIRMA (E/H) ☐
HAFİF DOKUNMA SKORU ☐ (mak: 112)

KOMPLET İNKOMPLET
İnkomplet = En alttaki segmentte duyu ve motor fonksiyon

PARSİYEL KORUNMUŞ ALAN
Parsiyel innerve segmentler

DUYUSAL MOTOR
SAĞ SOL

☐ ☐
☐ ☐

Bu form serbest olarak çoğaltılabilir, ancak American Spinal Injury Association'un izni olmaksızın değiştirilemez.

Version 4d
GHC 1992

ii. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü-FBÖ (Functional Independence Measurement-FIM), tıbbi rehabilitasyon alanına standart veri sağlamak amacıyla “Amerikan Rehabilitasyon Tıbbı Kongresi” ve “Amerikan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Akademisi” tarafından geliştirilmiştir (Heinemann, Linacre, Wright, Hamilton ve Granger, 1993). Toplam 18 aktivitenin değerlendirildiği 6 temel bölümden oluşmaktadır: Kendine bakım (örn., yemek yeme, kişisel bakım, banyo yapma, üst beden giyinme, alt beden giyinme ve tuvalet kullanımı), sfinkter (büzücü) kas kontrolü (örn., bağırsak ve mesane bakımı), mobilite (hareketlilik) (örn., tuvalet, musluk veya banyo ve yatak, sandalye, tekerlekli sandalye veya merdivenler) ve

transfer, hareket edebilme ve yürüyebilme, iletişim ve sosyal algılama (örn., sosyal katılım, problem çözme ve bellek) (Şekil 3).

SKY sonrası hastalığın ve tedavilerin etkisini, tedavi sürecindeki ilerlemeyi gösteren günlük yaşam aktivitelerinin ele alındığı fonksiyonlardaki bağımsızlığı değerlendiren bu ölçüm hasta bireyleri diğer insanların yardımına olan ihtiyaçları bakımından “bağımlı” ve “bağımsız” olarak iki gruba ayırmakta ve 7 puanlık skalalardan oluşmaktadır. Toplam FBÖ puanı, özrün boyutlarını ortaya koymakta ve hem motor hem de bilişsel fonksiyonu incelemektedir (Dursun ve Çakıcı, 1995).

Şekil 3: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Spinal Kord Lezyonlu Hasta Değerlendirme Formu)

DÜZEYLER	7	Tam Bağımsızlık (Zamanında, Güvenli Bir Şekilde)	YARDIMCISIZ			
	6	Modifiye Bağımsızlık	YARDIMCI			
	5	Gözetim				
	4	Düşük Düzeyde Yardım (Hasta= %75+)				
	3	Orta Düzeyde Yardım (Hasta= %50+)				
	2	Tam Bağımlılık				
	1	Yüksek Düzeyde Yardım (Hasta= %25+)				
		1	Tam Yardım (Hasta= %0+)			

	Kişisel Bakım	YATIŞ SIRASINDA	TABURCULUK	TAKİP
A. Yemek Yemek				
B. Çeki düzen vermek				
C. Banyo Yapmak				
D. Vücudun Üst Kısımını Giydirebilmek				
E. Vücudun Alt Kısımını Giydirebilmek				
F. Tuvalet kullanımı				
Sfinkter Kontrolü				
G. Mesane Kontrolü				
H. Bağırsak Kontrolü				
Mobilite				
Transfer:				
I. Yatak, Sandalye, Tekerekli Sandalye				
J. Tuvalet				
K. Duş, Küvet				
Hareket				
L. Yürümek/Tekerlekli Sandalye	w c	w c	w c	
M. Merdiven				
İletişim				
N. Anlama	a v	a v	a v	
O. İfade Etme	n n	n n	n n	
Sosyal Algı				
P. Sosyal İletişim				
Q. Problem Çözme				
R. Bellek				
Toplam FBÖ				

NOT: Boş bırakmayın; risk nedeni ile değerlendirilemiyorsa 1 girin.

FBÖ Alt Grupları

FBÖ, hastaları bağımsız ve bağımlı olmak üzere iki alt gruba ayırmaktadır. Bağımsız grupta yer alan hastalar kendi içinde ambulasyon (hastalık sonrası ayağa kalkma) için duydukları gereksinime göre komple ve modifiye olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Bağımlı grupta hiçbir yardıma gereksinim duymayanlardan ambulasyon

için çevresindekilerin desteğini mutlak suretle almak zorunda olanlara kadar hastalar beş kategori içinde değerlendirilmektedir.

Bağımsız Grup

7-Komple Bağımsız: Hareketler hiçbir yardımcı cihaz olmadan normal zamanında yapılabilir.

6-Modifiye Bağımsız: Harekette yardımcı cihaza gerek duyulur ve normal zamanından daha uzun ve güvensiz bir şekilde yerine getirilir.

Bağımlı Grup

5-Fiziksel yardım gerekmesi bile harekete geçirici bir söz veya güven verme gerekli olabilir.

4-Minimal Temas Yardımı: Hasta hareket ederken sadece başka birinin dokunuşuna gerek duyar, onun dışında gerekli kapasitenin %75'ine kendisi sahiptir.

3-Orta Derecede Yardımlı: Hasta hareket edebilmek için gerekli kapasitenin %50 ila %75'ine sahiptir, dolayısıyla başka insanlardan sadece dokunma değil daha fazla yardım isterler.

2-Maksimal Yardım: Aktivite yapan hasta o aktivite için gerekli kapasitenin %25 ila %50'sine sahiptir.

1-Tam Yardım: Hasta hareket edebilmek için gerekli kapasitenin %0 ila %25'ine sahip olduğundan diğer insanların yardımına kesinlikle gereksinim duyar.

FBÖ toplam puanı diğer insanlara ve yardımcı cihazlara bağımlılığı ve güvenliği açısından sakatlığın bilançosunu ortaya koyan bir ölçümdür. FBÖ, özellikle SKY olan bireyler için değil de tüm sakat popülasyon için geliştirilmiş bir ölçüm olup SKY olan bireylerdeki ölçüm gücü sadece amprik olarak gösterilmiştir (Maynard ve diğ., 1997).

1.7. SKY'YE YÖNELİK TIBBİ MÜDAHALELER

SKY'ye tıbbi yaklaşımda dünyada bütüncül (komprehensif) ve bölümlü (fragmante) olmak üzere iki çeşit örgütlenme bulunmaktadır. *Bütüncül yaklaşım* olarak kavramsallaştırılan ilk yaklaşımda yaralanma anı itibariyle başlayarak akut bakım, rehabilitasyon ve uzun süreli izlem özel bir spinal yaralanma merkezinde yapılır. *Bölümlü yaklaşımda* ise akut tedavi bir cerrahi klinikte yapılır, ardından hasta rehabilitasyon kliniğine sevk edilir (Güzel ve Uysal, 2004).

Akut tedavi yaralanma anı ile başlar. Omuriliğin herhangi bir bölgesindeki yaralanmada ilk etapta “spinal şok” gelişir. Lezyon seviyesinin altında cilt duyarlılığı kaybolur ve kaslarda gevşek bir felç açığa çıkar. Kemik veter refleksi, idrar ve dışkılamada kontrol kaybolur. Bu evrede sinir sistemi dışındaki organlarda da solunum sorunları, hipertansiyon gibi sorunlarla karşılaşılabilir (Sengir, 2000). Bu dönem saatler veya günler boyunca sürebileceği gibi aylar boyu da sürebilir ancak nadiren 6 aya kadar uzar. Bu şoktan sonra hastanın yürüyüp yürüyemeyeceği belli olur; başka bir deyişle ancak hasta bu şoktan çıktığı zaman prognoz tayini yapılabilir ve rehabilitasyon sürecine girilir.

Travmatik olmayan SKY'lerde ilk etapta uygulanan cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi programlarının ardından hemen rehabilitasyon sürecine geçilmelidir. Semptomları azaltmak, yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyini arttırmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla rehabilitasyon programı uygulanır. Rehabilitasyon programının içeriğinde mobilite, günlük yaşam aktiviteleri, nöropatik mesane, bağırsak eğitimi, cilt bakımı, ağrı ve spastisite tedavisi, spinal kord eğitimi ve ev programları bulunmaktadır (Dijkers, 1999; Marciniak, Sliwa, Spill, Heinemann ve Semik, 1996).

Travmatik ve non-travmatik SKY'de akut dönemin ardından gelen safha üç aşamada ele alınmaktadır;

Yataktan Çıkış, Egzersizler, Transferler: Bu evrede uzun vadeli işlevsel hedefler belirlenir. Yatakta egzersiz çalışmaları yaptırılır. Paralel barda ayağa kaldırma ve

tekerlekli sandalye eğitimi verilir. Bu dönemde spastisite de ortaya çıkmaya başlar dolayısıyla bu duruma dair önlemlerin alınması gerekir.

Cihazlama ve Yürüme Eğitimi, Sosyal Adaptasyona Geçiş: Rehabilitasyonun bu safhasında güçlendirme egzersizlerine daha fazla önem verilir. Uygun ortez, ayakkabı ve yürümeye yardımcı cihazlar seçilir. Özellikle paralel barda tek başına yürüme, bedenin yanlarına ve arkaya ağırlık verme, merdiven inip çıkma, rampa ve engelleri aşma ve transferler üzerinde çalışılır.

Topluma Adaptasyon: Bu dönemde artık hastanın toplum içine karışması adına çalışmalar yapılır. Hasta ailelerine de özellikle SKY ve SKY'ye ikincil olarak gelişme ihtimali olan komplikasyonlar hakkında bilgi ve eğitimlerin verilebileceği bir dönemdir.

Bir başka bakış açısı ise SKY sonrası rehabilitasyon evrelerini dört evrede ele almaktadır (Sengir, 2000):

Birinci Evre: En az altı haftalık bir zaman dilimini kapsayan bu süreçte hastalar yoğun bakım altında ve yataktadırlar. Bu evrede felçli kaslara koruyucu, sağlam kaslara ise güçlendirici aktif egzersizler yaptırılır. Bası yaralarını önlemek için hastaların yatakları içerisinde zaman zaman yerlerinin değiştirilmesi sağlanır. Yaralanma seviyeleri yüksek olan tetraplejik hastalara solunum egzersizleri yaptırılır.

İkinci Evre: Bu evrede hastalar rehabilitasyon hemşireleri ve terapistlerin yardımı ile günlük uğraşlarının birçoğunu yapabilir durumdadırlar ve yatakta veya tekerlekli sandalyede oturabilirler. Yürümesi mümkün olan paraplejik hastaların önce eğilebilen yatak ile ayakta durmaları sağlanır ve bu sürece paralel olarak kollarının güçlenmesi için minder üstünde veya koltuk değnekleriyle egzersizler yaptırılır. Bu çalışmalar lokomotor, kalp ve solunum sistemlerinin güçlenmesini sağlamaya yöneliktir. Bu evrede hastaların kullandıkları tekerlekli sandalyelerin bası yaralarını önleyici nitelikte yumuşak ve terletmeyen oturma kısımlarının olmasına dikkat edilmelidir. Bunlara ilaveten tekerlekli sandalyenin dirseklerin ve sırtın dayandığı kısımlarının yataktan sandalyeye, sandalyeden tualete transferi kolaylaştırması açısından istenildiğinde yerlerinden kolayca çıkabiliyor olması da elzem

özelliklerden biridir. Bu evrede tekerlekli sandalye kullanabilen hastalar kendilerine uygun işlerde çalışmaya başlayabilirler. Yine bu dönemde günlük hayatta yapılması gereken birçok işi kolayca yapabilmek için pratik yollar bulabilirler.

Üçüncü Evre: Kardiyovasküler sistemlerini çeşitli yardımcı aletlerle ayakta durarak güçlendirmiş olan paraplejik hastalar bu devrede artık koltuk değnekleriyle ve uygun destekleyici cihazlarla yürümeye başlayabilirler. İlk aşamalarda paralel bar kullanılarak denge egzersizleri yaptırılır ve daha güvenli yürüyüş için sağlam kasların güçlendirilmesi üzerinde durulur. Bu evredeki paraplejik hastaların destek cihazları özenle seçilmelidir; sağlam eklemlerini kısıtlayıcı ve bundan dolayı da yürümelerini zorlaştıran cihazlar verilmemelidir. Bu dönem çoğu hasta için hastanede geçen son dönemdir ve artık hastaların yavaş yavaş kısa süreli ev ziyaretlerine gidebilmeleri sağlanmalıdır.

Dördüncü Evre: Bu evrede tetraplejik ve paraplejik hastalar hastaneden taburcu olup evlerine gönderilirler, bu yeni döneme uyum sürecinde hem hastalara hem de ailelere yardımcı rehabilitasyon hemşireleri ve fizyoterapistler eşlik etmelidir. Ev içinde hastalara uygun mimari değişiklikler yapılmalı, evleri üst katta olan hastaların zemin kat şeklinde olan başka bir eve taşınmaları veya bulundukları kata asansör imkânı sağlanmalıdır. Gün içerisindeki zamanlarını büyük oranda tekerlekli sandalyede geçirecek olan paraplejik hastalar için tuvalet tahtası, banyo küveti ve dolaplar tekerlekli sandalye seviyesine göre ayarlanmalıdır.

SKY sonrasında yoğun bakımda geçen ilk dönemle birlikte hastalarda bası yarası, spastisite, ağrı, solunum ve kardiyovasküler sorunlar, seksüel problemler, heterotopik ossifikasyon (kemik oluşumu), otonomik disrefleksi (kontROLSÜZ refleks boşalmalarının neden olduğu akut durum), obezite, ortostatik hipotansiyon (ani kan basıncının düşmesi) gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir.

1.8. SKY'DE PROGNOZ

Prognoz, sözlük anlamı olarak bir hastalığın seyri hakkında tahmini ve iyileşme şansı olup olmadığı anlamında kullanılan tıbbi bir terim olmakla birlikte aynı zamanda da bir süreci ifade etmektedir. Prognoz, herhangi bir hastalığın kendi

gidişatını anlatmak için kullanıldığı gibi o hastalığa sahip hastanın sağaltım sürecini belirtmek için de kullanılabilir.

Prognostik bilgi için özellikle ilk 72 saat ila bir hafta kritik zaman dilimidir. İlk 72 saat içinde yapılan muayenede nörolojik seviyeleri ASIA-A olan hastaların bir yıl sonra %80'i ASIA-A olarak kalırken %10'unun ASIA-B'ye, kalan %10'unun ise ASIA-C'ye döndüğü belirtilmektedir (Scivoletto ve Di Donna, 2009). Başlangıçta ASIA-B olan başka bir deyişle sakral korunması olan hastaların %54'ü ASIA C-D'ye ilerler. 72. saatte ASIA C-D olarak gözlenen hastaların ise %86'sı hareket edebilir hale gelmektedir. Kaza sonrasındaki ilk 3 ay boyunca fonksiyonel olarak anlamlı iyileşme sürer ve sonrasındaki bir yılda da devam eder ancak hızı daha yavaştır (McDonald ve Sadowsky, 2002). Bu bulguya örnek çalışmalardan birinde de komplet paraplejik bireylerin yaklaşık %75'inin yaralanmadan sonraki ilk ayda sahip oldukları nörolojik yaralanma seviyesini birinci yılda da korumakta oldukları, %20'sinin bir seviye, %7'sinin ise iki nörolojik seviye kazandıkları belirtilmektedir (Bryce ve diğ., 2007).

SKY sonrasında yürümenin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği hem hastalar hem de yakınları için en çok merak edilen durum olmakla birlikte bu sorunun cevabını nörolojik seviye, yaralanmanın komplet olup olmaması, hastanın yaşı ve eşlik eden diğer yaralanmaların etkilediği belirtilmektedir. Ambulasyon yani ayağa kalkma, yürüme, toplum içi ambulasyon, ev içi ambulasyon, egzersiz amaçlı ambulasyon ve nonambulatori olmak üzere dört kategoride ele alınmaktadır. Toplum içi ambulasyon için transferlerde bağımsız olma, oturma pozisyonundan ayakta durma pozisyonuna geçebilme bunlarla birlikte desteksiz ve cihazsız ev içinde veya dışında 150 adımdan fazla ambule olabilmek gerekirken ev içi ambulasyonda ise hasta birey ev içinde nispeten bağımsız yürümekte, toplum içinde ise tekerlekli sandalye kullanmaktadır. Egzersiz amaçlı ambulasyonda ise hasta ciddi anlamda yardıma gereksinim duyar ve yürümek için çok çaba sarf eder ancak yürümesi fonksiyonel değildir. Son evrede ise hasta hiçbir şekilde ambule değildir (Güzel ve Uysal, 2004).

SKY'nin meydana geldiği yaş ile yaşam süresi arasında ilişki bulunduğuna dair literatürde çeşitli bulgular yer almaktadır. Bu çalışmalardan birinde 50 yaştan

önce yaralananların daha sonra yaralananlara göre daha uzun yaşadıkları belirtilmektedir. ABD’de 1-24 yaşları arasında yaralanmış kişilerde 12 yıl ve üstü toplam yaşam oranları komplet paraplejikler için %93.5, komplet tetraplejikler için ise %87 olarak belirtilirken 50 yaş ve üstündeki yaralanmalarda ise 12 yıllık yaşam oranları komplet paraplejiklerde %61, komplet tetraplejiklerde ise %18’dir. SKY sonrası yaşam süresini yaralanma sırasındaki yaşın yanında yaralanma seviyesi ve yaralanmanın derecesi de etkilemektedir (Gündüz, 2000). DeVivo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonuçları da literatürü destekler biçimde netice vermiş ve yaralanma sonrasındaki ilk bir yılda hayatta kalma ile yaş, cinsiyet, yaralanma derecesi, solunum durumu, yaralanmanın etiyojisi arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulgulanmıştır (DeVivo, Krause ve Lammertse, 1999).

Travmaya bağlı olmayan spinal kord yaralanmaları içinde yer alan metastatik spinal kord tümörlerinde ise yaşam süresi sınırlıdır. Bu hastaların %80’inde yaşam süresi 1 yıldan azdır ancak 4-9 yıl yaşayanlar da vardır. Hastaların yaşam süresini tümörün biyolojisi ve tedavisi, mesane ve bağırsak kontrolü, malinite (kötü huylu tümör) belirtileri, nörolojik semptomların ilerlemesi, hastanın oturma, kalkma, yürüme gibi aktiviteleri kendi başına yapabilme düzeyi gibi parametreler belirler (Bayar, Tanrikulu ve Buharalı, 2000; Marciniak ve diğ., 1996).

1.8.1. Lezyon Seviyeleri ve İşlevsellik

SKY’de prognozun önemli belirleyicilerinden biri olan lezyon seviyesi ele alındığında SKY’deki yaralanma düzeyleri işlevsel yeteneklere göre on genel bölgeye ayrılmaktadır (Elliot ve Rivera, 2003) (Tablo 1).

Tablo 1: Yaralanma Seviyesi ile Yaralanma Sonrası Beklenen Fonksiyonel Amaçlar

Yaralanma Seviyesi	Beklenen Durum
C1-C2-C3	Yutma ve ses çıkarma fonksiyonları sağlam Boyun hareketi sağlam Baş kontrollü Çene ve dil kontrollü Uzun süreli mekanik vantilatör desteğine ihtiyaç Mobilite ve kendine bakım aktivitelerinde bağımlı
C4	Başlangıçta mekanik vantilatör ihtiyacı Vantilatörden ayrılmada iyi başarı
C5	Özel asistif (aktif yardım) cihazlarla (tutmaya yardımcı el bileği ve el ortotikleri) beslenme ve kendine bakımda bağımsızlık El kontrollü akülü tekerlekli sandalye ile bağımsız mobilite Giyinme ve yatak mobilitesinde kısmen yardımcı Kendine bakım aktivitelerinde (vücudun alt kısmını giydirme, banyo yapma), transferler ve mesane ve barsak aktiviteleri için yardım ihtiyacı
C6	Üst vücut kısmını giyinmede bağımsız Alt vücut kısmı giyinme, mesane ve barsak programına yardımcı Yemek yeme, beslenme, yıkanma ve yatak mobilitesinde asistif cihazlarla fonksiyonel bağımsızlık
C7-C8	C7 birçok aktivitede hastaların bağımsız olarak yaşayabildiği en üst seviye C8 yaralanma seviyeli hastalar beslenme, kendine bakım, vücut üst ve alt kısmını giyinme, transferler, banyo yapma, manuel (akülü olmayan) tekerlekli sandalye ilerletme, mesane ve barsak bakımı, telefon kullanma, yazma, bilgisayar kullanmada bağımsız
T1-T9	Barsak mesane, yatak içi mobilite, transferler, basınç azaltma ve pozisyonlama, yemek yeme, kendine bakım, banyoda bağımsız Ayakta durmada bağımsız; ambulasyon fonksiyonel değil
T10-L1	Sağlam solunum fonksiyonu Barsak-mesane, yatak içi mobilite, transferler, basınç azaltmada bağımsız Ayakta durmada bağımsız; ambulasyon fonksiyonel, kısmi yardım-bağımsız
L1-L2	Kısa mesafelerde ambule fakat fonksiyonel mobilite için tekerlekli sandalye ihtiyacı Mesane bakımı aralıklı kateterizasyon ile
L3-L4	AFO ve kanedyen veya koltuk değneği gibi yardımcı cihazlar ile fonksiyonel ambulasyon Mesane ve barsak bakımında bağımsız
L2-S5	Barsak-mesane, yatak içi mobilite, transferler, basınç azaltmada bağımsız Ayakta durmada bağımsız; ambulasyon fonksiyonel, kısmi yardım-bağımsız Tekerlekli sandalye yerleştirme ve çıkarma dahil ulaşımda bağımsız

1.9. SKY'DE GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

SKY'de, erken ve geç dönemde bası yaraları, nörojen bağırsak, nörojenik mesane, spastisite ve kontraktür, solunum problemleri, ağrı, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve diyabet, seksüel disfonksiyon, heterotopik ossifikasyon, otonom disrefleksi, ortostatik hipotansiyon, derin damar trombozları, anemi ve psikopatolojik semptomlar gibi komplikasyonlara rastlanılmaktadır. Aşağıda bu komplikasyonlar içinde sıklıkla karşılaşılanlar açıklanmaktadır.

i. Bası Yarası

Bu yaralar uzun süre yatan veya oturan paraplejik ve tetraplejik hastalarda görülür ve SKY sonrası ortaya çıkabilecek başlıca sorunlardan biridir. Bası yarası, ASIA skalasında Komplet A, İnkomplet B ya da İnkomplet C olan paraplejik hastalarda tekrar hastaneye yatışların en sık nedenlerindendir (Erhan ve Bardak, 2007).

Yaranın açıldığı bölgede kan damarları tıkanır, doku ölmeye başlar ve bir bası yarası meydana gelir. Bu yaralar özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde ve bedenın destek aldığı cilde yakın kemiklerde örneğin topuklarda, sakral bölge ve kürek kemikleri üzerinde, uyluk kemiklerinde görülürler (Sengir, 2000).

SKY olan hastaların %80'i hayatlarının herhangi bir bölümünde bası yarası ile karşılaşmaktadır (Güzel ve Uysal, 2004). Akut dönemde bası yarası görülme sıklığı %32-40 oranında iken tüm yaşamları boyunca SKY olan bireylerde bası yarası görülme sıklığı %50-80 arasındadır (Byrne ve Salzberg, 1996). Waters ve Atkins (1997) ise bası yaralarının %31'inin hastane süreci sonrasındaki taburculuk döneminde oluştuğunu belirtmektedir.

Devamlı baskı altında bulunan dokuların iyi beslenememesi bu yaraların ortaya çıkmasında başta gelen nedenlerden biridir. Bununla birlikte cildin dışkı veya idrar ile ıslak kalıp kirlenmesi, yaralanmanın seviye ve şiddeti, cinsiyet, etnik köken, evlilik ve iş durumu, eğitim, sigara ve alkol kullanımı, beslenme durumu ve

depresyon ilişkili risk faktörleri arasında sayılabilmektedir (Alaca, 2010; Byrne ve Salzberg, 1996).

Garber, Rintala, Hart ve Fuhrer'in (2000) araştırma verilerine göre SKY olan bireyler cilt bakım faaliyetlerini düzensiz bir şekilde yerine getirmektedirler. Dolayısıyla bu veriler bası yarasının bu hastalarda görülme sıklığının yüksek oluşunu bir miktar açıklayabilmektedir.

Bu yaraların varlığı hastayı, bakım veren aile bireylerini ve rehabilitasyon sürecini olumsuz yönde etkilemekte ve hastane kalış sürelerini %50 uzatarak (Tuğçu ve Tok, 2010) tedavi maliyetini yaklaşık 3 ila 5 kat arttırmaktadır (Cullum, McInnes, Bell-Syer ve Legood, 2004; Regan ve diğ., 2009).

Bu yaraların önlenmesi için hastaların her iki saatte bir yatma veya oturma pozisyonlarını değiştirmeleri gerekmektedir. Oluşan yaraların tedavisinde pansuman yapma, kırmızı ötesi ve morötesi ışınlarla tedavi ve yaranın açıldığı bölgedeki devamlı baskıyı ortadan kaldırma kullanılan yöntemlerdir. Çok derin olan yaralarda kemik çıkıntılarının kesilip atılması veya plastik cerrahi tedavi gibi uygulamalar yapılmaktadır (Sengir, 2000).

ii. Spastisite ve Kontraktür

SKY sonrasında hastaların rehabilitasyonunu zorlaştıran durumlardan biri olan spastisite, kas tonundaki istemsiz artıştır. Kasların aşırı derecede kasılması bireyin hayatında yeme, içme, tuvalet, hareket gibi alanları önemli derecede etkiler çünkü güçlü bir şekilde kasılmış kaslar bu aktivitelerin yapılamamasına veya düzensiz ve zor bir şekilde yapılmasına neden olur (Bergman, 2003). Hastalarda görülme sıklığı %70'dir (Erhan ve Bardak, 2007). Hastaların yarısı spastisite için farmakolojik tedavi alırken (Kirshblum, 2007), spastisite cerrahi müdahaleler ile de tedavi edilmektedir (Smyth ve Peacock, 2000). Spastisitenin tedavisinde özellikle rehabilitasyon merkezlerinde elektroterapi sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir (Sengir, 2000). İdrar yolu enfeksiyonu ve bası yarası gibi diğer komplikasyonlar da spastisiteyi arttıran faktörler iken (Elliot ve Rivera, 2003) aynı zamanda spastisite de

ağrı, azalmış yaşam kalitesi gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Erhan ve Bardak, 2007).

Kontraktür, kasların istem dışı kasılmasıdır ve hastaların kendileri veya bakım verenleri tarafından yeterli ve devamlı hareket içeren egzersizler yapılmadığı takdirde açığa çıkar. Kontraktür hareket alanında kalıcı kısıtlılıklara neden olabilir ve cerrahi müdahale gerektirir. Mobilite, transfer, bağırsak ve mesane bakımı üzerinde olumsuz anlamda etkilidir (Elliot ve Rivera, 2003).

iii. Ağrı

Ağrının SKY'deki insidans ve prevalans tahminleri farklı araştırmalarda farklı ölçüm araçları kullanıldığından ve SKY sonrası ağrının işlevsel bir tarifi yapılamadığından dolayı çok çeşitlilik göstermektedir. Ravenscroft, Ahmed, Burnside'a göre (1999) SKY olan bireylerin %96'sında ağrı ortaya çıkan bir komplikasyon iken farklı araştırmalarda ağrı prevalansının ranjı %18 ila %91 arasında değişmektedir (Johnson, Gerhart, Mccray, Menconi ve Whiteneck, 1998; Siddall, Taylor, McClelland, Rutkowski ve Cousins, 1999).

SKY sonrası ortaya çıkan ağrı bazı araştırmacılarca dört kategoriye ayrılmıştır; müsküloskeletal (hem kas hem de iskelet sistemi ile ilgili), visceral (iç organlarla ilgili), nöropatik ve diğer (Siddall, Taylor ve Cousins, 1997). Araştırmalar en sık karşılaşılan, en şiddetli ve tedaviye dirençli olan ağrının nöropatik ağrı olduğunu belirtmektedir (Cardenas, Turner, Warms ve Marshall, 2002; Levi, Hulting ve Seiger, 1995; Siddall ve diğ., 1999; Siddall, McClelland, Rutkowski ve Cousins, 2003). Nöropatik ağrı yanma, bıçak saplanması, elektriklenme gibi durumlarla tasvir edilir ve lezyon seviyesinde veya altında ortaya çıkabilir (Siddall ve diğ., 1997). Lezyon seviyesi altındaki ağrının mekanizması tam anlaşılmamakla birlikte psikofizyolojik faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir (Elliot ve Rivera, 2003). Ağrıyı karakterize eden ve ölçümleyen nesnel bir ölçütün olmaması, bireyin ağrılı uyarana tepkisini etkileyen psikolojik faktörlerin çokluğu ve kullanılan tedavi yöntemlerine alınan cevapların uyumsuzluğu ağrılı duyumların karmaşıklığını arttırmaktadır (Cairns, Adkins ve Scott, 1996).

SKY sonrası ağrıyı üç kategoriye ayıran çalışmalar da literatürde mevcuttur. İlk kategoride yer alan merkezi ağrı, lezyon seviyesi altında dağınık bir şekilde olan, yaygın bir şekilde görülen ancak nedeni tam olarak bilinemeyen ve düşük ekstremitelerde görülme eğilimi yüksek olan ağrıdır. İkinci kategori ise disestesik ağrıdır (deri duyularındaki bozuklukla birlikte görülen ağrı). Bu ağrı genellikle yaralanma seviyesi altında meydana gelir, yanıcı, kesici, keskin bir ağrı olarak tanımlanır ve SKY sonrası ortaya çıkabilecek en şiddetli acı içeren komplikasyonlardan biridir (Davidoff, Roth, Guarracini, Sliwa ve Yarkony, 1987). Bu ağrının etiolojisine dair de net bilgiler bulunmamaktadır. Üçüncü kategoride yer alan ağrı ise üst ekstremitelerini transfer için, baskıyı azaltmak için, tekerlekli sandalyelerini sürmek için kullanan hastalarda oluşan ağrıdır (Elliot ve Rivera, 2003).

iv. Seksüel Fonksiyon

SKY sonrası ortaya çıkan ve hastaları hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan önemli oranda etkileyen komplikasyonlardan birisi de nörojenik seksüel disfonksiyondur. SKY hem erkek hem de kadın cinselliğinin fizyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal tüm yönlerini etkiler. SKY olan bireylerde duyum, vajinal ıslanma, ereksiyon, ejakülasyon, fertilite bozuklukları gibi çeşitli cinsel sorunlarla karşılaşmaktadır (Gündüz, 2003). Amador, Lynne ve Brackett'in (2000) araştırma sonuçlarına göre SKY olan erkeklerin %90'ı cinsel birleşme sırasında ejakülasyon olamamaktadırlar. Kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise SKY olan kadınların %50'sinin orgazma ulaşamadıkları bulunmuştur (Sipski, 2002).

Lezyon seviyesinin de seksüel fonksiyon üzerinde önemli olduğu ileri sürülmüş ve özellikle T11-L2 ile S2-S4 düzeylerinde yaralanan hastaların seksüel fonksiyonlarının daha çok etkilendiği bildirilmiştir. T11 seviyesi üzerinde lezyona sahip erkek hastalarda genital bölgede hissiyat yoktur ancak fiziksel uyarılarla ve refleks olarak ereksiyon ve ejakülasyon olabilirler. Ancak ereksiyon vajina içerisinde kısa sürede sonlanır. Sakral bölgedeki tam kesilerde ise fiziksel uyarılara cevap alınamazken zaman zaman psikolojik uyarılar vasıtasıyla kısa süreli ereksiyonlar meydana gelebilir. Kadınlardaki sakral yaralanmalarda hissiyat kaybolur fakat vajina

kaslarının tonusu ve nemliliği kaybolmaz ve cinsel birleşme gerçekleşebilir (Sengir, 2000).

SKY olan bireylerdeki seksüel yaşantı konusuna son 20-30 yılda dikkatler çevrilmiş ve yavaş yavaş bu konu da rehabilitasyon programları kapsamına alınmaya başlanmıştır. Rehabilitasyon uzmanlarının bu konuda eğitilmiş olmayışları, seksüelitenin kendi başına gerginlik yaratan ve konuşulması zor bir konu oluşu, konu ile ilgili toplumdaki tabu ve ön yargılar seksüelitenin rehabilitasyon programlarına neden bu kadar geç alındığını açıklamaktadır. Hem toplumdaki mevcut ön yargılar hem de sakatlıklarından ötürü bu bireylerin asexüel kabul edilmesi bu kişilerin duydukları ve yaşadıkları yalıtılma ve çaresizlik duygularını daha da derinleştirir (Gündüz, 2003).

1.10. SKY SONRASINDA GÖRÜLEN SENDROMLAR

Yukarıdaki bölümde de bahsedildiği gibi SKY'yi takip eden komplikasyonlar çok çeşitlidir. Bunun yanı sıra SKY sonrası hastalarda Santral Kord, Brown-Sequard, Anterior Kord, Konus Medullaris, Kauda Ekina, Posterior Kord gibi çeşitli klinik tablolar da ortaya çıkabilir.

Santral Kord Sendromu: Servikal yaralanma sonucu meydana gelir. Omuriliğin merkezi hasar görür. Üst ekstremitelerde alt ekstremitelere göre daha fazla motor zayıflık vardır. Servikal bölgede, kollarda ve bacaklarda güçsüzlük gözlenir ancak prognozu iyi bir sendromdur. 50 yaş altındaki santral kord sendromlu hastaların %91'i ambule olabilirken, 50 yaş üzerindekilerde bu oran %41 olarak belirtilmektedir (Roth, Lawler ve Yarkony, 1990).

Brown-Sequard Sendromu: Omuriliğin lateral yarısı tahribata uğramıştır. Lezyon seviyesinin aynı tarafında paralizinin görüldüğü diğer tarafta ise ağrı ve ısı duyusunun kaybolduğu klinik bir tablodur. Prognozu iyidir ve sıklıkla trafik kazaları veya penetran (delici) yaralanmalar sonucu meydana gelir (Erhan ve Bardak, 2007; Güzel ve Uysal, 2004).

Anterior Kord Sendromu:Lezyon omuriliğin ön 3'te 2'lik kısmını etkiler, arka kolonlar korunmuştur. Çoğunlukla servikalde ortaya çıkar ve değişik derecelerde motor ve duyuusal bozukluklar meydana gelir (Güzel ve Uysal, 2004).

Konus Medullaris Sendromu:Konus medullaris sendromu, ağrının olmadığı, genellikle bilateral (iki taraflı) simetrik duyu kayıplarının bulunduğu ve alt ekstremitelerde çeşitli derecelerde görülebilen güçsüzlük ile belirgin bir semptomlar birlikteliği olarak tanımlanır (Özdemir ve diğ., 2007).

Kauda Ekina Sendromu:L1-L2 aralığındaki sinir köklerinin yaralanmasında arefleks mesane ve bağırsak ve alt ekstremitelerde refleks kaybı ile karakterizedir. Kauda ekina yaralanmalarında da prognozun iyi olduğuna dair bulgular mevcuttur (Güzel ve Uysal, 2004).

Posterior Kord Sendromu: Omuriliğin arka yarısındaki lezyona bağlı olarak motor fonksiyon kaybı görülür. Seyrek görülen ve ambulasyon açısından prognozu kötü olan bir sendromdur (Güzel ve Uysal, 2004).

1.11. SKY'DE MORTALİTE (Ölüm Oranı)

SKY sonrası ölüm sebepleri zaman ve gelişen tıbbi olanaklarla birlikte şekil değiştirmiştir. 1970'lerin başına kadar SKY'den sonraki ölümlerin en önemli sebebi böbrek hastalıkları iken ürolojik bakımın gelişmesiyle birlikte bu oran %4 ila %15'e kadar inmiştir (Gündüz, 2000). Günümüzde SKY sonrası ölümlerin %26'sının kalp rahatsızlığı ve akciğer embolisine bağlı olduğu ileri sürülürken egzersiz yapmamak, sigara içmek, doymuş yağ oranı yüksek diyetler, yüksek kan basıncı, obezite ve stres gibi faktörlerin de ölüme sebebiyet verdiği belirtilmektedir (Elliot ve Rivera, 2003). Zamanla SKY ile ilişkili ölüm sebepleri genel popülasyondaki ölüm sebepleri ile aynışmaya başlamıştır (Gündüz, 2000).

İntihar ve alkole bağlı ölümler de SKY sonrası önemli ölüm sebepleri arasındadır. Pek çok araştırma verilerine göre SKY olan bireylerin intihar riski SKY olmayan bireylere göre daha fazladır (Geisler, Jousse, Wynne-Jones ve Breithaupt, 1983). Bu sonuca paralel olarak bazı araştırmacılar da SKY olan bireylerde başlıca

ölüm sebebi olarak intiharı göstermektedirler (DeVivo, Black, Richards ve Stover, 1991). Özellikle nörolojik durumu daha iyi olan hastalarda intihar daha yaygındır. Bu hastalarda intihara neden olan faktörlerin en önemlisinin hastalıkla birlikte gelen seksüel disfonksiyon olduğu düşünülmektedir (Hartkopp ve diğ., 1998).

1.12. SKY TARİHÇESİ

Travmatik SKY ile ilgili ilk kaynaklar M.Ö. 2500 yıllarına aittir. Bu yıllara ait Edwin Smith papirüsünde Mısırlı bir hekim travmatik tetraplejinin klinik özelliklerinden bahsetmiş, kötü prognoza dikkati çekmiş ve “tedavi edilemez bir hastalık” olarak belirtmiştir. SKY’ye atfedilen bu çaresiz hastalık damgası 20. yüzyılın ilk yarısına kadar hakimiyetini sürdürmüştür (Eltorai, 2003). Balkan savaşında paraplejik hastaların ilk bir yıl içinde %95’inin öldüğü bildirilmiştir. Bu oran I. Dünya Savaşı’nda da değişmemiş ve bu şekilde yaralı askerlerin %80’i üriner enfeksiyon ve bası yarası sonucu hayatını kaybetmiştir (Sengir, 2000). II. Dünya Savaşı öncesinde ABD’de Munro, Kanada’da Bors ve İngiltere’de Guttmann SKY’nin tamamen ortadan kaldırılamayacağını ancak rehabilitasyonunun mümkün olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu görüşlerden sonra 1944’te Britanya hükümeti üriner enfeksiyon, bası yarası ve diğer komplikasyonlardan dolayı SKY olan hastaların tedavi olabilecekleri özel merkezler açmaya karar vermiştir (Donovan, 1992). Britanya’nın etkisiyle Avrupa’nın pek çok ülkesinde ve Japonya’da bu hastalara özel merkezler kurulmuştur. Bu gelişmelerin üzerine ABD’de de spinal korda özel merkezler kurulmaya başlanmıştır (Gündüz, 2000).

Anadolu topraklarında ise her ne kadar orta çağ boyunca 600 sene tıbbi ve medulla spinalis tıbbını etkileyen İbni Sina, Musa İbn Meymun gibi bilim insanları konuyla ilgili çalışmalar yapmışlarsa da Türkiye’deki SKY rehabilitasyonunun tarihçesinin başlangıcı 20. yüzyılın başlarına dayanır (Gün ve Karamehmetoğlu, 2010). SKY olan hastaların rehabilitasyonuna yönelik ilk çalışmalar Gülhane Askeri Hastanesi ve İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinde Aziz Sevüktekin ve İsmet Çetinyalçın tarafından yapılmıştır. Sonraki senelerde bu çalışmalar yaygınlaşmaya başlamıştır. Günümüzde bu hastalar hastanelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde ve özel bakım merkezlerinde rehabilite

edilmektedirler (Sengir, 2000). Özellikle son 50 yılda tıbbi rehabilitasyon alanında yapılan çalışmalar bu alanda ülkemizi gelişmiş ülkeler düzeyine yaklaştırmakla birlikte sosyal rehabilitasyon alanında diğer ülkelere kıyasla ülkemizdeki eksikler göze batmaktadır (Gün ve Karamehmetoğlu, 2010). Bu bağlamda, bu vakaların psikososyal tepkilerinin anlaşılması bu eksikliğin giderilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu tezin de temellerinden birini oluşturan psikososyal tepkiler bir sonraki bölümde öncelikle daha genel/kronik-tıbbi hastalıklar, sonrasında da SKY'ye özel olarak detaylı biçimde ele alınacaktır.

1.13. TIBBİ HASTALIK KARŞISINDA PSİKOSOSYAL TEPKİLER

Bu bölümde SKY karşısında bireylerin verdiği psikososyal tepkilere geçmeden önce daha genel bir çerçeve olarak tıbbi hastalık karşısında verilen tepkiler açıklanacak ardından SKY'ye yönelik psikososyal faktörler ele alınacaktır.

Biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel boyutları içinde barındıran bir yaşam krizi olarak ele alınan hastalık karşısında kişiden kişiye göre değişen subjektif ve objektif pek çok tepki açığa çıkmaktadır (Özkan ve Armay, 2007).

Hasta bireyin bütünlüğünü korumak amacıyla açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtlar hastalığa psikososyal tepkileri oluşturur (Lipowski, 1983). Ortaya çıkan bu tepkiler hem hasta birey için, hem yakınları ve tedavi ekibi için, hem de hastalık için yeni zorluklar doğurur. Hastalık karşısındaki bu tepkiler hastanın fiziksel ve duygusal kaynaklarını azaltır, hastalığa ve tedavisine uyumsuzluğunu arttırarak hastalığın gidişini, şiddetini olumsuz yönde etkiler ve bireyin yaşam kalitesini düşürür (Özkan ve Armay, 2007).

Bedensel iyilik halinden hastalığa geçiş kişiden kişiye değişmekle birlikte hastalarda genel olarak görülen en yaygın duygusal tepkiler; anksiyete, korku, öfke, üzüntü, keder, suçluluk, utanç, umut-umutsuzluk, başarısızlık ve güç-güçsüzlüktür. Destek arama, bu zorlu yaşam olayından ders alarak kendini geliştirme, sağlığı ve hastalığı hakkında uzmanlaşma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme, tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme de hastalık karşısında bireylerin gösterdikleri en

yaygın davranışsal tepkilerdir (Lipowski, 1983; Özkan ve Armay, 2007; Sensky, 1997).

Hastalığın özellikleri, şiddeti, süresi, hangi organ ve dokuları etkilediği, hasta için bunların sembolik önemi, hastanın yüklediği anlam, hastalık hakkındaki bilgi hastalığa karşı verilen psikolojik yanıtları karakterize eden faktörlerdir. Hastanın duygusal tepkisini etkileyen faktörler; kişilik özellikleri, hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler, hastalık ve sağlık bakımı hakkında inançlar, önceki zorlu yaşantılara verdiği psikolojik cevaplar ve baş etme yöntemleri, çevre özellikleri, aile ve arkadaşların hastalığa verdiği tepki, toplumun norm ve değerlerini etkileyen kültürel özelliklerdir (Özkan ve Armay, 2007).

Yapılan çalışmalar hastalık karşısında verilen tepkilerin ön görülmesinde bireyin hastalıkla ilgili subjektif düşünce ve algılarının daha belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır (Lipowski, 1970; Lloyd, 1991). Hastanın hastalığa cevabında hastalık algısı, kişilik tipleri, savunma mekanizmaları ve baş etme biçimi etkili olan önemli değişkenlerdendir (Penley, Tomaka ve Wiebe, 2002).

1.13.1. SKY'ye Yönelik Psikososyal Tepkiler

SKY sonrasında bireylerin göstermiş oldukları tepkilere dair literatürde çok çeşitli bilgiler yer almakla birlikte bu bölümde üzerinde uzlaşılan görüşlere yer vermeye çalışılmıştır.

SKY olan bireyler fiziksel ve çevresel zor şartlar altında ve fiziksel engeli olmayan insanların dünyasında yaşamlarına devam etmek zorundadırlar. Yaralanma sonrası ilk hafta ve aylar hastanede geçtiğinden birey çok fazla zorluk veya sorumlulukla karşılaşmaz. Bilgi eksikliği veya gerçeği inkar gibi sebeplerden dolayı bu hastaların birçoğu tedavi sonrası hastalık öncesindeki yaşamlarına dönebileceklerine inanırlar. Zamanla hastalıklarıyla ilgili gerçekleri öğrendiklerinde bu bireylerde depresyon ortaya çıkabilmektedir. Diğer yandan bu gerçekler bireyde çevresine karşı öfke de oluşturabilir. Bazı hastalar başkalarına bağımlı olmamak adına ellerinden geldiğince çaba sarf ederken bazıları da çevrelerinden devamlı yardım alma yolunu seçerler (Sengir, 2000).

SKY olan bireylerdeki mevcut psikolojik tablolar içinde depresyon sıklıkla araştırılan ve görülen bir durumdur (Aydiner ve Kulaksızoğlu, 1999; Elliott ve Frank, 1996). Kendi başına önemli bir sorun olan depresyon SKY olan bireylerin sağlık durumlarını da olumsuz anlamda etkilemektedir. Hasta bireyin işlevsellik düzeyinin en fazla gelişme gösterdiği ilk altı aylık kritik dönemdeki depresyon varlığı bireyin tedaviye uyumunu (ilaçlarını düzenli kullanmama, egzersizlerini yapmama, düzenli doktor kontrolüne gitmeme) azaltabilmekte bu da büyük çapta risk oluşturmaktadır. SKY sonrasındaki mortalite üzerinde önemli bir etkiye sahip olan depresyon rehabilitasyon süresini de uzatmakta ve daha fazla bası yarısı meydana gelmektedir (Fann ve diğ., 2011). Önceki dönemlerde yapılan çalışmalarda depresyon, SKY'nin hemen ardından beklenmekte ve hastalığa uyum sürecinde, hastalığın kalıcılığını kabullenmede önemli bir faktör olarak görülmekte iken günümüzde pek çok çalışma depresyonun bu hastalarda %20-45 oranında görüldüğünü belirtmektedir (Bilgin, Taneli, Kırılı, Özcan ve Yazıcıoğlu, 1998; Howell, Fullerton, Harvey ve Klein, 1981). Bununla birlikte SKY sonrası uzun vadede depresyon görülme oranına dair tam bir fikir birliği yoktur (Migliorini, Tonge ve Taleporos, 2008).

SKY'yi takiben depresyondan sonra sıklıkla görülen bir başka psikopatolojik tablo ise anksiyete durumlarıdır (Elliot ve Rivera, 2003; Migliorini ve diğ., 2008). Hasta bireyler umumi ortamlarda veya cinsel ilişki sırasında dışkı kazaları, gaz kaçırma gibi ciddi anlamda rahatsızlık ve utangaçlığa yol açan sosyal ve kişisel problemlerle ilgili spesifik kaygılar geliştirebilirler (Elliot ve Rivera, 2003). Daha şiddetli durumlarda bu kaygılar sosyal izolasyon ve özgül sosyal fobi ile sonuçlanabilirken diğer durumlarda genel görünüm ve kabul edilmeye ilgili kaygılar sosyal ilişkileri etkileyebilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre SKY olan bireyler SKY olmayan kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında daha yüksek oranda anksiyete bildirmektedirler ve bu iki grup arasındaki fark iki yıl sonra da devam etmektedir (Hancock, Craig, Dickson, Chang ve Martin, 1993). Bir başka çalışma sonuçları ise SKY olan kadınlarda depresyona oranla anksiyete belirtilerinin daha fazla gözlemlendiğini bulgulamıştır (Woolrich, Kennedy ve Tasiemski, 2006).

SKY etiolojisiinde şiddete uğrama veya kaza gibi nedenler rol oynamışsa bu bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) üzerinde durulması gereken bir konudur. TSSB için yaş, yaralanmanın kabulü, cinsiyet, düşük sosyal destek gibi risk faktörleri sayılabilmektedir (Hatcher, Whitaker ve Karl, 2009). Yapılan araştırmalar yüksek seviyede tetraplejisi olan hastaların paraplejisi olanlara oranla daha az seviyede TSSB semptomları gösterdiklerini ve TSSB'yi yordayan faktörler arasında travmada bilinç kaybının olması, travmanın şiddeti ve tipi gibi unsurların sayılabileceğini göstermektedirler (Radnitz ve diğ., 1998).

Alan yazında SKY olan bireylerle yapılan çalışmalarda depresyon ve diğer psikopatolojik semptom oranları farklılık göstermektedir. Bu farklılık metodolojik sorunların yanı sıra depresyon ölçümlerine dayalı sıkıntılara da dayanmaktadır (Skinner, Armstrong ve Rich, 2003). Pek çok somatik şikayete sahip SKY'li bireylerin somatik şikayetleri depresyonun somatik bileşenlerine atfedildiğinde depresyon oranları yükselmekte; bu şikayetler hastalığın kendisine atfedildiğinde ise depresyon oranları düşmektedir. Önceki çalışmalarda SKY sonrasında yas tepkisine benzer olarak şok-inkar-depresyon-kabullenme süreçlerinin tüm yaralı hastalarda geçerli olduğu ileri sürülürken daha güncel çalışmalar bu hastalarda depresyon oranının yüksek olmadığını belirtmektedirler (Overholser ve Schubert, 1993; Bilgin ve diğ., 1998; Ergüney ve diğ., 2011).

1.13.2. SKY'ye Psikososyal Müdahaleler

SKY ile birlikte kişi beslenmeyi, banyo yapmayı, giyinmeyi, bir yerden başka yere gidebilmeyi, tekerlekli sandalye kullanabilmeyi öğrenmek, yeni hobiler ve boş zaman aktiviteleri hatta yeni bir meslek edinmek zorunda kalmakla birlikte yeni arkadaşlar, yeni bir iş arama gerçekleriyle de yüzleşmektedir. Bu süreçte rehabilitasyon, kişileri eğitici ve yönlendirici bir süreç olmaktadır. Rehabilitasyon SKY olan bireylere psikososyal becerileri ve karşılaştıkları yeni durumlarla baş etme becerisini öğretmeyi içermeli ve tam bu noktada psikologları da bünyesine almalıdır. Psikologlar rehabilitasyon sürecinde danışman ve/veya terapist rolünde olan, rehabilitasyon sürecini inceleyen, hastaların zayıf ve güçlü yönlerini psikolojik yönden değerlendiren ve rehabilitasyon ekibi ile konsültasyon yapan bir meslek

grubu olarak rehabilitasyon sürecinde yer almaktadır. Bu rollerin yanı sıra rehabilitasyon ekibi içinde yer alan psikolog rehabilitasyon prosedürlerinin ve yeni davranışların kazanılmasında da hastalara nasıl daha etkili yöntemler sunulabileceği yönünde çalışmalar yapmalıdır (Trieschmann, 1977).

Rehabilitasyon sürecinin içine dışarıdan klinik psikolog veya psikiyatrist ekleyen yaklaşımların yanında rehabilitasyon süreci alan yazında başlı başına özelde rehabilitasyon psikolojisi genelde ise sağlık psikolojisi alanı kapsamında ele alınmaktadır. Sağlık psikolojisi insanların sağlıklı olabilmeleri için nasıl yaşamaları, neler yapmaları gerektiğini inceleyen, niçin hasta olduklarını ve hasta olduklarında bu duruma nasıl tepki verdiklerini araştıran uygulamalı klinik psikolojinin bir alt dalıdır (Okyayuz, 1999). Bu alanda sağlık, hastalık, hastalığa uyum, tükenmişlik, sosyal destek gibi kavramlar üzerinde çalışılmaktadır. Bu kavramlar ileride daha ayrıntılı açıklanmakla birlikte SKY ile olan ilişkileri üzerinde de durulacaktır.

Tıpta ciddi bir süreç olarak kabul edilen tıbbi rehabilitasyon üzerinde duygusal ve zihinsel etkenlerin de rol oynadığı belirtilmekte ve ‘biyopsikososyal’ bakışın önemi üzerinde durulmaktadır (Fisher, 1988). Bu bakış açısı rehabilitasyon sürecinde fiziksel hastalık ve yetersizliğin yarattığı fiziksel, ruhsal ve toplumsal hasarı en aza indirmeyi hatta yok etmeyi amaçlamaktadır (Wegener ve diğ., 2007). Bu amaçlardan yola çıkarak doğmuş olan rehabilitasyon psikolojisinin çalışma alanı ise eldeki mevcut bilgileri arttırmak, rehabilitasyon süreci ile ilgili problemlere çözümler aramak, kronik hastalığı ve özürlülüğü olan bireylerde yaşam kalitesini arttırmaktır (Rohe, 2007). Rehabilitasyon psikolojisinde hasta ile yapılan çalışmalarda problemleri ve çarpıtılmış düşünceler, kronik hastalığa veya özürlülüğe eşlik eden duygular ele alınmaktadır. Bu çalışmalarda psikolog özürlülüğü hastanın gözüyle görmeye çalışmalıdır.

Hasta birey ile yapılan ilk değerlendirme görüşmesinde fiziksel olarak rehabilitasyon sürecine gereksinimi olacak herhangi bir hastalığa sahip olmayan bireylerde sorgulanan demografik, ekonomik, sosyal durumlara ek olarak fiziksel engel yaratan herhangi bir yaralanması olan hasta bireylerde sorgulanması gereken diğer noktalar da şunlardır (Rohe, 2007):

- Hastaneler ve sağlık bakımıyla ilgili daha önceki ilişkileri
- Hasarlanma öncesindeki stresli yaşam olayları
- Daha önce uyum sağlaması gereken en zor kaybı ve uyum sağlamada başarılı olup olmadığı
- Özürlü kişilerle daha önceki ilişkileri
- Hastanın özürlülüğünün nedeni ve olası seyri
- Özürlülüğün başında hastanın ilk düşünceleri
- Hastanın en baskı verici anlık endişesi
- Kendi baş edebilirliğine yönelik düşüncesi
- Özürlülüğünün yaşam tarzında yaratacağı değişikliğe dair algısı
- Kendine güven hissinin beden yapısı veya fiziksel becerileriyle hangi derecede ilişkili olduğu
- Hastanın rehabilitasyon sürecinden beklentileri

Rehabilitasyon psikolojisinde standartlaştırılmamış klinik görüşmelerin yanı sıra standartlaştırılmış değerlendirmeler de kullanılmaktadır (Plake ve Impara, 2001). Kişilik özelliklerine (örneğin; duygu durum, kişiler arası ilişkiler, motivasyon, ilgi alanları) dair bilgi edinmek için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2 (**Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2; MMPI-2**), Revize NEO Kişilik Envanteri (**Revised NEO Personality Inventory; NEO-PI-R**) kullanılmaktadır. Hasta bireylerin entelektüel becerilerini (örneğin; zeka kat sayısı, genel problem çözme becerisi) ölçmek için Wechsler Erişkin Zeka Skalası-III (**Wechsler Adult Intelligence Scale; WAIS-III**) kullanılırken bireylerin akademik edinimleri (örneğin; okuma, matematik edinimleri) hakkında bilgi alabilmek için de Geniş Aralıklı Başarı Testi-3 (**Wide Range Achievement Test 3; WRAT-3**) ve Woodcock–Johnson Psiko-Eğitimsel Dizi-III (**Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery-III; WJ-III**) sık kullanılan ölçütlerdendir. Nöropsikolojik açıdan değerlendirme de

rehabilitasyon sürecinde yadsınamayacak öneme sahiptir ve bu alanda da psikologlar Kısa Mental Durum Testi (Short Test of Mental Status), Galveston Oryantasyon ve Amnezi Testi (Galveston Orientation and Amnesia Test) ve Nöropsikolojik Durumun Değerlendirilmesi için Tekrarlanabilir Batarya (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status) gibi yardımcı tarama testleri kullanmaktadırlar (Rohe, 2007).

Rehabilitasyon sürecinde hasta bireylerle yapılan değerlendirme görüşmelerinin ardından psikoterapötik görüşmelere geçilebilir. Bu süreçteki bireyler kalıcı fiziksel, bilişsel ve sosyal kayıpları fark etme ve bunlarla baş etme ile yüzleşmektedir. Bu durum beraberinde hiddet, endişe, disfori, keder ve korku gibi duyguları da getirebilir. Çeşitli klinik deneyimlere göre hastaların üçte biri sorunlarıyla baş etmede önceden oluşturulmuş becerileri ve yakın kişilerin desteğini kullanarak iyi bir başa çıkma gösterir. İkinci üçte birlik grup daha fazla zorluk çekmekte ancak aldığı psikoterapötik yardım ile bu zorlukları telafi edebilmektedir. Son grup ise sorunlarıyla başa çıkmada oldukça fazla zorluk yaşamaktadır. Bu grupta uyum sağlamada çok fazla güçlük görülür ve bu güçlük rehabilitasyon psikologlarının daha fazla vakit ayırmalarını gerektirir.

Rehabilitasyon süresinin kısalığı psikologların bu süreçteki hastalara yönelik uygulamalarını da etkilemektedir. Bu süreçteki hastalar ile 6-10 seanslık kısıtlı, odaklanmış ve kolaylıkla elde edilebilir hedefleri olan terapiler yapılabilir. Özürlülüğe yol açan semptomların iyileşmesi, başa çıkma becerilerinin arttırılması gibi hedefler “burada ve şimdi” odaklı görüş ile çalışılabilir. Terapi, hasta bireyin uyumunu engelleyen çarpık düşünceleri ve işlevsel olmayan inanışları (örneğin eski sağlığına kavuşacağı gibi) ele almalı ve test etmeli, duygu-düşünce-davranış üçlüsüne dair ilişkiyi sunmalı, bu ilişkinin sonuçlarına dair farkındalık kazandırmalı ve negatif düşüncelerin uyumu zorlaştıran davranışlar üzerindeki etkisini ele almalıdır. Rehabilitasyon sürecinde çoğunlukla Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) teknikleri kullanılmakla birlikte davranışsal tedavi ve koşullanma tekniklerinin kullanıldığına dair bilgiler de bulunmaktadır (Rohe, 2007).

Literatürde SKY olan bireylerde psikolojik müdahalelerin etkisi üzerine yapılan çalışmalara da rastlanmaktadır (Craig, Hancock, Chang ve Dickson, 1998; Kennedy, Duff, Evans ve Beedie, 2003). SKY sonrasında bireylerin kontrol algılarının gelişiminde psikolojik müdahalenin etkisini inceleyen bir çalışmada rehabilitasyon sürecinde BDT teknikleri ile grup terapisi içinde olan SKY’li bireyler ile bu süreçte sadece geleneksel rehabilitasyon metotları alan ve yine SKY olan bireylerden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Rehabilitasyon sürecinde yapılan BDT’nin hayatları üzerinde az da olsa kontrol sahibi olduklarını düşünen SKY’li bireyler için faydalı olduğu bulunmuş ancak grup terapisi alan grupta tedavi öncesi-tedavi sonrası ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kontrol odağı algısında değişim bulgulanmamıştır. Bununla birlikte BDT’nin depresif duygu durum ve anksiyete üzerinde de olumlu yönde etkisi olduğu ve tıbbi yöntemlerle karşılaştırıldığında daha az masraflı olduğu belirtilmiştir (Craig ve diğ., 1998). Başka bir çalışmada BDT temelli oluşturulmuş Baş Etme Etkinliği Eğitimi (Coping Effectiveness Training-CET) alan bir grup SKY’li birey ile bu eğitime tabii tutulmamış SKY’li bireylerin oluşturduğu kontrol grubu depresyon, anksiyete ve kendilik algıları yönünden karşılaştırılmıştır. Müdahale edilen grubun kontrol grubuna göre çalışma sonrasında depresyon ve anksiyete düzeylerinde anlamlı düzeyde bir düşüş bulgulanırken yine bu grupta çalışma sırasında ve sonrasında ‘ideal ben’ ile ‘ben’ arasında ve ‘yaralanma olmasaydı olmak istediğim ben’ ile ‘şimdiki ben’ algıları arasındaki uyumsuzluk düzeyinde de önemli derecede bir azalma olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte zaman geçtikçe kendilik algısı, depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bu bulgular SKY’ye psikolojik uyumda CET müdahalesinin önemli bir etken olarak yer alabileceğini gösterirken SKY’ye dair negatif düşüncelerin değişmesiyle birlikte hastalığın sonuçlarıyla baş edebilme algısının da arttığı ileri sürmektedir (Kennedy ve diğ., 2003).

1.14. TIBBİ HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM

SKY karşısında verilen psikososyal tepkiler arasında kişilerin yaşamlarını işlevsel bir şekilde yaşamalarına engel olacak bir başka faktör daha ele alınmaktadır. SKY'li bireylerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olabilmeleri hastalıklarına olan uyumları ile paraleldir. Bu bölümde de öncelikle genel hastalık durumlarına yönelik uyum ele alınacak ardından SKY'ye yönelik uyum incelenecektir.

Zihin-beden arasındaki karşılıklı ilişkiyi gerektiren uyum süreci biyolojik, gelişimsel, psikolojik, sosyo-kültürel, manevi ve teknolojik bölümlerden oluşmaktadır. Psikolojik düzeyde uyum süreci, duygusal olarak savunma mekanizmalarının, önceki deneyimlerin, duygusal odaklı baş etme mekanizmalarının kullanımını kapsamaktadır. Duyguların, entelektüel gelişimin, kişisel algıların, sorun çözme becerilerinin ve iletişimin önemli olduğu uyum süreci komplekstir, soyuttur ve yalnızca davranışsal olarak gözlenebilir. Aile, arkadaş ve toplumla olan ilişkiler, içinde yaşanılan sosyal sistemin normları, gelenekleri, adetleri, baskıları, çevresel değişimleri ve teknoloji de sosyokültürel düzeyde uyum kavramının bileşenleridir (Biol, 2002).

Psikososyal kavramı ise sosyal ilişkileri ve işlevselliği etkileyen psikolojik değişkenlere karşılık gelmektedir. Bireysel ve davranışsal değişkenler, aile ve sosyal ilişkilerdeki bozulmalar, iş, okul ve diğer önemli günlük işlerdeki yetersizlik psikososyal kavramını oluşturan değişkenlerdir. Psikososyal uyum ise sosyal bileşenler ve psikolojik huzursuzluktan oluşmaktadır (Grant ve Alves, 1987).

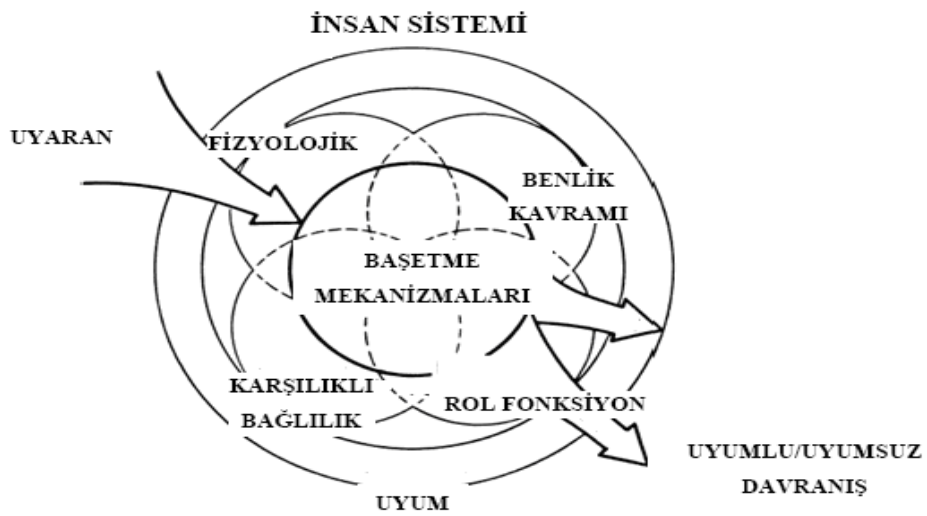
Literatürde hastalığa uyumu ele alan pek çok model yer almaktadır. Bu modellerden biri olan Lazarus ve Folkman'ın Stres Adaptasyon Modeli kronik hastalığa psikolojik uyumu açıklamaktadır (Şekil 4). Bu modele göre hastalık ortaya çıktığı andan itibaren bireyler hastalıklarını pek çok açıdan ele alırlar ve bu algıları bireylerin genellenmiş inançlarını, içsel ve dışsal kaynaklardan beklentilerini etkiler. Hastalık algısı kişinin baş etme davranışını belirler ve hem hastalık algısı hem de baş etme biçimi psikolojik uyumu büyük ölçüde etkiler. Bu model hastalığa uyumda özellikle psikolojik değişkenleri vurguladığı için önemlidir (Smith ve Wallston, 1992).

Şekil 4:Kronik Hastalığa Yönelik Stres Adaptasyon Teorik Modeli (Malcarne ve Greenbergs, 1996)

Stresör: Hastalık →	Algı →	Baş Etme →	Psikolojik Uyum
Disabilite	Kontrol	Problem odaklı	Psikolojik huzursuzluk
Ağrı	Dikkati çekme	Sosyal destek	
	Değişiklik	Kendini suçlama	
	Süre	İyimser Düşünce	
	Sebep	Kaçma	
	Ön görülebilirlik	Başkalarını suçlama	
		Dine yönelme	

Tıbbi hastalığa uyum üzerine kurulmuş bir başka model ise Roy'un Adaptasyon Modelidir. Model hemşire kuramcılarından Sister Callista Roy tarafından 1964 yılında oluşturulmaya başlanmış ve 1968'de uygulamaya konulmuştur. İnsanın uyumu üzerine odaklanmış olan bu modele göre insan, sürekli değişen çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunarak, çevresine uyum gösteren bir sistemdir (Şekil 5).

Şekil 5: Roy'un Uyum Modeli (Roy ve Andrews, 1991, Akt.,Barone, 1993).



Roy, insanı çevresine uyum sağlama yeteneği olan adaptif bir varlık olarak tariflemekte ve insanı etkileyen çevresel uyaranları üç bölümde sınıflandırmaktadır: odak (fokal) uyaran, bağlamsal (kontekstual) uyaran ve art (rezidüel) uyaran. *Odak uyaranlar*, dıştan gelen ve bireyin anında yanıt verdiği, uyum tepkisine doğrudan neden olan, bireyin dikkatini toplayan ve enerji harcamasına neden olan uyaranlardır. *Bağlamsal uyaranlar*, davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranışı etkileyen bireyin iç ve dış dünyasından gelen, etkileyen ve ölçülebilen uyaranlardır. *Art uyaranlar* ise birey üzerinde sürekli etkiye sahiptir ancak etkisi tam olarak açıklanamayan, bireyin bu uyaranlara uyum sağlamak için baş etme mekanizmalarını kullandığı iç ve dış faktörlerdir. Modelde bireyin kullandığı baş etme mekanizmaları regülatör (düzenleyici alt sistem) ve kognatör (bilişsel-duyuşsal alt sistem) olarak sınıflandırılır. Düzenleyici alt sistemler, iç ve dış uyaranların bütününden oluşmakta ve otomatik olarak harekete geçen ve vücudu korumaya yönelik olan refleksleri içermektedir. Bireyin bilgi süreci, karar verme ve duyuşsal baş etmesi ise bilişsel-duyuşsal alt sistem içerisinde yer almaktadır (Roy ve Andrews, 1991, Akt., Barone, 1993).

Hastalığa uyumun karşıtı uyumsuzluk ise literatürde uyum bozukluğu kavramı ile açıklanmaktadır. Örneğin, DSM IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıkları Sınıflama Sistemi) açık ve özgül bir belirti profiline sahip olmayan birkaç kümeden biri olan uyum bozukluğu, bir ya da birden çok zorlanmanın ortaya çıkarttığı bir durum olarak düşünülmektedir. Zorlu yaşam olayları bireylerde çok çeşitli ve şiddetli duygusal ve davranışsal belirtiler doğurabilir. Genellikle yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıkların seyrinde anksiyete, depresif duygudurum ve benzeri uyum bozukluğu belirtileri özellikle tanının yeni konduğu, yan etki ve zorlukları beklenen bir tedaviye başlandığı, tedavi planının değiştiği, tedavinin sonlandırıldığı, hastalığın seyrinin değiştiği, majör cerrahi müdahalenin planlandığı, hastalığın ilerlediği ve terminal safhaya girildiği geçiş dönemlerinde daha sık ortaya çıkmaktadır (Özgüven ve Tuncer, 1997).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA-I) tarafından da tanı olarak kabul edilen uyum bozukluğu, yaşam şeklini veya davranışlarını sağlık durumundaki bir değişimle tutarlı olarak değiştiremeyen bireylerdeki durum olarak ifade edilmektedir. NANDA-I'e göre sağlık durumundaki değişikliğin kabul edilmediğinin ifade edilmesi, problem çözmeye ve amaç oluşturmaya katılmama uyum bozukluğunun en önemli tanımlayıcı özelliklerindendir. Bununla birlikte uyum bozukluğunun minör tanımlayıcı özellikleri ise bağımsızlığa yönelik hareket olmaması, sağlık durumundaki değişimle ilgili şok, inkar ve öfke dönemlerinin uzaması ve geleceğe yönelik düşünememedir (Biol, 2002; Carpenito-Moyet, 2005).

1.14.1. SKY'ye Psikososyal Uyum

Literatürde SKY sonrası uyumu anlayabilmek adına pek çok çalışma yapılmış ve pek çok model ortaya konmuştur. Bu modeller ve araştırma bulgularında tartışmalı kısımlar yer almakla birlikte bu çalışmada özellikle literatürde öne çıkan modellerden bahsedilecektir.

SKY sonrası kişilerin uyumlarını inceleyen ve literatürde vurgulanan modellerden birisi *değişim evreleri teorisi*dir (stage theory). Değişim evreleri teorisi kişi ile çevre arasındaki uyumdan ziyade zihinsel ve psikolojik uyum üzerinde durmaktadır. SKY'yi izleyen süreçteki duygular değişim evreleri teorisinin ilgi alanına girmektedir. Literatürde pek çok evre teorisini olmakla birlikte bu araştırmacıların uyum sürecini açıklayan evrelerinin içerikleri birbirinden farklıdır (Tablo 2). Evre teorisyenlerinin varsayımları genel bir bakış ile değerlendirildiğinde depresyon ve psikolojik huzursuzluğun SKY sonrasındaki normal tepkiler olarak ele alındığı görülmektedir. Bu durum beklenir ve bu tepkiler hasta bireyin normal üzüntü sürecidir. Hastanın şu andaki yaşı, yaralanma sırasındaki yaşı gibi demografik özellikleri arka planda tutan teoriye göre yaralanma üzerinden geçen süre kritiktir. Bütün evre teorisyenleri en sonunda uyumun gerçekleştiğini ileri sürer. Bu nedenle yaralanma üzerinden uzun zaman geçmiş hastaların uyumlarının daha iyi olması beklenir (Buckelew, Frank, Elliott, Chaney ve Hewett, 1991). Bununla birlikte

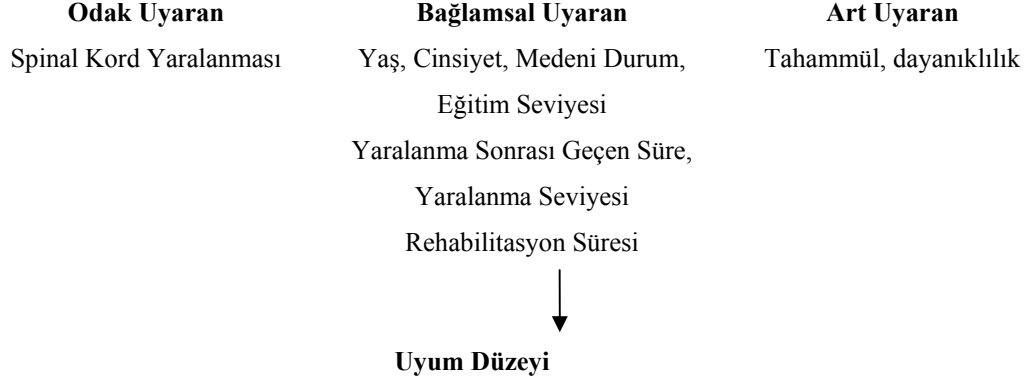
literatürde değişim evreleri teorisinin öne sürdüğü varsayımları reddeden pek çok araştırmacı da vardır (Hammell, 1992).

Tablo 2: SKY’de Değişim Evreleri Teorisyenleri (Drew-Cates, 1989)

Author Shontz (1975)	Hohmann (1975)	Weller & Miller (1977)	Bray (1978)	Livneh (1980)	Lindeman (1981)	Russell (1981)	Orban (1986)
Şok	İnkâr	Şok	0-9 ay: Anksiyete Korku İnkâr	Şok Anksiyete Korku	Şok İnkâr Kaçınma Anksiyete	Şok	Şok
Çaresizlik Utanç Geri çekilme	İçe kapanma Hostiliteyi içselleştirme	İnkâr	10-24 ay: Yas tepkisi	İnkâr Kaçınma Yas Hüzün	Kızgınlık Hak edilmemiş ceza Depresyon	İnkâr ya da kaçma	İnkâr
	Hostiliteyi dışsallaştırma	Öfke	25 ay ve sonrası: Uyum Yeniden yapılandırma	Depresyon İçe çekilme Hostilite İçe yönelik kızgınlık	Yaralanma sonrasındaki 1-2 yılda uyum	Bağımlılı ığa karşı tepki Ayrılık anksiyet esi Agresyo n	Depresyon Başkalarının ve kendisine karşı agresyon
Kabullen me	Bağımlılığa karşı tepki	Depresyon Kabullen me	Geçmiş yaşantıya dönme	Kabullenme		Disabilit eyi kabullen me Uyum	Bağımlılık karşısında anksiyete, Tükenmişlik

Hastalığa uyumda bireyi etkileyen çevresel değişkenlere karşı bireyin baş edebilme becerisini psikososyal uyum olarak tanımlayan Roy Adaptasyon Modeli de SKY sonrasındaki uyum sürecini farklı bir açıdan tariflemektedir (Şekil 6).

Şekil 6: Uyum Düzeyini Belirleyen Uyarıların Ortak Etkisi (Barone, 1993)



Roy'un modeline göre uyum tepkisine doğrudan neden olan odak uyarı SKY'dir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, yaralanma sonrası geçen süre, yaralanma seviyesi ve rehabilitasyon süresi uyum sürecinde bağlamsal faktörlerdir. Tahammül etmek, dayanmak ise art uyarılardır. Bu uyarılar uyum süreci üzerinde etkili olan faktörlere uyum sağlamada kullanılır.

1.14.2. Hastalığa Psikososyal Uyumunu Etkileyen Faktörler

Bireyin kişilik özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler, olayları değerlendirme ve yorumlama biçimi, sağlık bakımına olan ilgi, memnuniyet, sosyal çevre, yakın aile ilişkileri ve seksüel ilişkiler uyum süreci ile yakından ilişkili faktörlerdir. Psikolojik zorlanma uyumun en önemli göstergesidir. Psikolojik zorlanma tedavi sonuçlarını, hastanın iyileşme çabalarını, yeniden sosyal yaşama dönmesini, daha sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesini olumsuz yönde etkilemekte bu durum da tedavi ve hastalık üzerinde olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Adaylar, 1995; Dimeo, 2006).

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünden etkilenmekle birlikte aynı zamanda hastalığa psikososyal uyum da hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Kişilik yapısı, sosyokültürel özellikler, psikososyal stresörler, hastalığıdaki eğilimler, hastalıkla ilgili olumsuz algılar (örneğin; hastalığı kayıp, tehdit gibi olumsuz yönleriyle değerlendirmek), baş etme yöntemleri, geçmiş deneyimler, yaşam tarzı, kalıtsal özellikler, hastalığın dış görünüşe etkisi, kullanılan ilaçların yan etkisi hastalığa psikososyal uyumda etkili

olan faktörlerdir (Adaylar, 1995; Spiegel, 1997). Hastanın yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olması, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey gibi sosyo-demografik özellikler de bireyin kronik hastalığa uyumunu etkilemektedir (Adaylar, 1995; Akın, 2003).

Hastalığa uyumu etkileyen bir diğer faktör ise psikolojik özelliklerdir. Fiziksel hastalığa en sık eşlik eden psikolojik durumlar depresyon ve anksiyetedir (Özkan, 1990). Literatürde depresyonun psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Drory, Kravetz ve Florian, 1999; Livneh ve Wilson, 1993).

Uyumun en önemli faktörlerinden birisi de aile ve sosyal çevrenin oluşturduğu sosyal destektir. Yakınları tarafından anlaşılma, yapıcı yönde kendisine destek olunması, gerektiğinde yardım alabilecek birilerinin olduğunu ve yalnız olmadığı duygusunu hissetme gibi gereksinimler hastaların hastalıklarına uyum sağlayabilmeleri için önemli etkenlerdir (Hallaç, 2010). Sosyal destek kişinin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve bu durum karşısında gösterilen duygusal tepkide değişiklik meydana getirir ve stresin olumsuz etkisini azaltır (Ardahan, 2006). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin uyumun artmasında, belirsizliğin azalmasında, kontrol duygusunun ve yaşam kalitesinin artmasında, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk duygularının azalmasında ve kişinin genel durumundan memnuniyetinin artmasında önemli oranda bir paya sahip olduğu belirtilmektedir (Elal ve Krespi, 1999; Gençöz ve Astan, 2006; Göz, Karaoz, Goz, Ekız ve Çetin, 2007; Kara ve Mirici, 2004; Tan ve Karabulut, 2004). Yapılan çalışmalar neticesinde sosyal desteğin hastalığa psikososyal uyumda belirleyici bir faktör olduğu ve sosyal destek varlığının hastalığa uyumu olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur (Drory ve diğ., 1999).

1.15. PSİKOSOSYAL UYUM SÜRECİNDE SOSYAL DESTEK KARŞILIKLIĞI

Hastalık sürecinde yaşanan güçlükler karşısında hastalığa uyum önemli bir faktördür. Bu süreçte bireylerin etraflarından aldıkları sosyal destek de uyumu kolaylaştırmakla beraber hastalığın prognozu üzerinde de etkilidir. Bu sebeplerden yola çıkarak bu kısımda sosyal destek ve sosyal destek türleri ele alınmıştır.

1.15.1. Sosyal Destek

Sosyal destek yaşam zorlukları ile baş etmede bireyin en önemli yardımcısıdır (Patterson, 1995). Sosyal desteğe ait çok çeşitli ifadeler ve açıklamalar olmakla birlikte üzerinde fikir birliği sağlanmış tanımlar da bulunmaktadır. Literatürde sıkça kullanılan bir tanıma göre; sosyal destek stresli ve zorlu durumdaki kişiye etrafındaki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır (Eker ve Arkar, 1995; Sorias, 1988). Başka bir bakış açısı ise ihtiyaçlar hiyerarşisinde yer alan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçların başka bireyler (arkadaşlar, aile, üstler, uzmanlar vb.) tarafından karşılanması ve bundan tatmin olunması olarak açıklanmaktadır (Ekinci ve Ekinci, 2003). Shumaker ve Brownel sosyal desteği, en az iki kişi arasındaki alış veriş (Langford, Bowsher, Maloney ve Lillis, 1997) olarak ifade ederken Solomon ise sevgi ve sempatinin ifade edilişi olarak (Sungur, 1999) ele almıştır.

1.15.2. Sosyal Desteğin Tanımına İlişkin Modeller

Literatürde sosyal destek nitel ve nicel olarak iki boyutta ele alınmaktadır.

i. Sosyal Desteğin Nicel Boyutu

Bu boyutun ölçümünde bireyin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısı ve gereksinim duyduğu sırada yardım alabileceği kişilerin sayısı dikkate alınmaktadır.

Sosyal desteği *ilişkide bulunulan bireylerin sayısı* ile açıklayan görüş, kişinin belli bir grupta sosyal ilişkilerine odaklanır. İlişkide bulunulan kişi sayısının

bazalandığı bu yaklaşımda sosyal ilişki ölçümleri arkadaş sayısı, görüşülen akraba oranı, sosyal gruplara üyelik gibi sosyal ilişki ağlarından oluşmaktadır (Okyayuz, 1999). Sosyal ağ kişinin yaşantısında önemli yeri olan aile, akraba, komşu, meslektaş gibi yardım için başvurabileceği kişilerden yani sosyal desteğin kaynağı konumundaki kişilerden oluşmaktadır (Sorias, 1988). Sosyal ağın yapısal özellikleri ele alınırken ağın büyüklüğü, ilişkilerin sıklığı ve üyeler arasındaki yakınlık üzerinde durulmaktadır. *Ağ büyüklüğü*, kişinin doğrudan iletişimde bulunduğu kişi sayısıdır. *Ağ yoğunluğu* ise sosyal destek ağı içindeki kişilerin birbirleriyle etkileşim içerisinde bulunma derecesidir. Başka bir deyişle ağ üyeleri arasındaki gerçek ilişki sayısıdır.

Pearson (1986) sosyal ilişki ağının üç özelliğinden bahseder:

- Kişilerarası ilişkinin yapısı, ilişkinin büyüklüğünü, sıklığını ve yoğunluğunu belirtir.
- İlişkinin içeriği, ilişkilerin amacını (arkadaşlık, komşuluk, cinsellik vb.) içerir.
- İlişkinin işlevi, ilişki ağının tavsiyede bulunma, geri bildirim verme gibi ne tür işlevi olduğunu ifade eder (Akt. Kaner, 2004).

Bu görüşe gelen bir eleştiriye göre çok fazla kişi ile ilişki içerisinde bulunmak sosyal desteği arttırmamakta tam tersine azaltabilmektedir. Bu eleştirinin açıklamasında ise çok fazla sosyal ilişki içindeki insanların kontrollerini yitirme algısı içinde olduğu ve bu durumun beraberinde getirdiği stresle baş etmek için de ilişki kurmaktan kaçındıkları yer almaktadır. Bu kaçınmanın sosyal destek kaybına yol açtığı ve bu durumun sonucunda da psikolojik huzursuzluk belirtilerinin ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Evans, Palsane, Lepore ve Martin, 1989).

Sosyal desteğin nicel boyutunu açıklayan bir başka görüş ise sosyal desteği ihtiyaç içindeki kişiye *yardım edebilecek kişilerin sayısı* olarak incelemektedir. Bireye son zamanlarda yardım eden kişilerin sayısı bu bakış açısına göre sosyal desteği tanımlamaktadır (Barrera ve Ainley, 1983).

ii. Sosyal Desteğin Nitel Boyutu

Niteliksel sosyal destek sürece yöneliktir ve sosyal ilişkilerin değeri ve önemi üzerinde durur (Kaner, 2004). Bu boyutun ölçümünde sosyal ilişkilerin niteliği ve elde edilebilirlik algısı incelenen konulardır.

Sosyal ilişkilerin niteliğine önem veren boyut sosyal desteği, bireyin ilişki içerisindeki kişilerin sayısından çok güven duyabileceği, özel duygularını ve düşüncelerini paylaşabileceği, kendisi için önemli biriyle kurduğu yakın bağ olarak açıklamaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Sarason, Shearin, Pierce ve Sarason, 1987). Bu bakış açısına göre sosyal destek kriz veya ihtiyaç durumlarında kişi ya da kişiler tarafından sağlanan duygusal, maddi ve bilgi yardımıdır (O'Connor, 1983: Akt., Intagliata ve Doyle, 1984).

Sosyal desteği *elde edilebilirlik algısı* ile kavramsallaştıran bir diğer yaklaşım kişinin gereksinim duyduğunda almasının mümkün olduğunu düşündüğü yardım olarak sosyal desteği tarifler (Şahin, 1999). Cobb da (1976) sosyal desteği kişinin sevildiğine, değer verildiğine ve bir grup içerisinde karşılıklı iletişim ve zorunluluklar ağının parçası olduğuna dair diğer kişilerden aldığı bilgi olarak üç boyutta tanımlamıştır.

1.15.3. Sosyal Destek ve Sağlık İlişkisi

Günümüzde pek çok psikolojik ve fiziksel hastalığın biyopsikososyal nedenlerle oluştuğu bilinmektedir. Psikolojik ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki hakkında bilinenler arttıkça bu ilişkide rol oynayan faktörler üzerinde çalışılmaya başlanmıştır. Sosyal desteğin bu ilişki içinde önemli bir paya sahip olduğunun anlaşılmasıyla birlikte bu konuyla ilgili araştırmalar da yoğunluk kazanmıştır. Yapılan çalışmalar sosyal destek yoksunluğu ile artan yüksek ölüm riski, hastalığın iyileşmesinin gecikmesi, düşük moral ve psikolojik sağlığın zayıflaması arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır (Annak, 2005, Akt.: Orford, 1992).

Yüksek düzeyde sosyal destek alan kişilerin olumlu sağlık davranışları gösterdikleri, daha uzun ve daha sağlıklı yaşadıkları, akut veya kronik ruhsal ve

fiziksel hastalıklara karşı daha dayanıklı oldukları, hastalandıkları zaman ise ilaç kullanımlarının daha az, iyileşmenin daha hızlı, tedaviye uyumlarının daha kolay olduğu bulgulanmıştır (Özgür, 1993).

Sosyal destek psikolojik hastalıkların seyrinde ve tedavisinde de etkilidir. Psikolojik sorunlarla sosyal destek arasındaki ilişkiyi açıklayan üç modelden söz edilmektedir (Calsyn ve Winter, 2002).

Sosyal Nedensellik (Causation) Modeli: Bu modele göre sosyal destek eksikliği psikolojik semptomların açığa çıkmasına neden olur.

Sosyal Seçim Modeli: Bireyin psikolojik semptomları erişebileceği sosyal destek kaynaklarının değişmesine sebep olabilir. Mesela depresyondaki bir kişi başkalarının yardım çabasını kendisinin yetersizliği olarak algılayıp bu algısı neticesinde çevresindekilere düşmanca tepkilerde bulunursa çevresindeki insanları kendisinden uzaklaştırabilir.

Karşılıklı Etki Modeli: Bu modele göre sosyal destek ve psikolojik semptomlar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Sosyal destek psikolojik iyi olma hali üzerinde etkili iken aynı zamanda bireyin psikolojik durumu desteğin faydalılığını ve ulaşılabilirliğini etkiler. Bu görüşe göre yeterli sosyal desteğe sahip kişiler psikolojik olarak sağlıklı bireylerdir ve bununla birlikte zaten psikolojik olarak sağlıklı bireyler sosyal desteği elde etme konusunda sıkıntısı olmayan ve yeterli desteğe sahip olan kişilerdir.

i. Sosyal Desteğin Sağlık Üzerindeki Olumlu Etkileri

Sosyal desteğin sağlık üzerindeki olumlu etkisi Cohen ve Wills (1985) tarafından iki teori ile ele alınmıştır. Bu teoriler tampon etki modeli (buffering effect model) ve temel etki modelidir (main effect model).

Tampon Etki Modeli (Buffering Effect Model): Hastalık durumları, yaşam olayları ve değişimler gibi beraberinde pek çok yeniliği getiren durumlar insanlar için yüksek seviyede ve süregelen bir strese neden olabilmektedir. Bu stres ise kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit altına almaktadır. Bu modele göre bu gibi durumlarda sosyal

destek olumsuz yaşam olaylarının, fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki zarar verici etkisini azaltma (tampon) veya dengeleme işlevi görmektedir. Bu modele göre sevilen birinin kaybı veya boşanma gibi çevresel stresler karşısında sosyal destek kişiyi korur ve bu stresler karşısında tampon etki gösterir. Tampon etkisi modelinin ayırıcı ve en belirgin özelliği sosyal desteğin kişinin hayatında stres olduğu zaman etkili olduğu, diğer durumlarda ise etkisinin olmadığıdır (Annak, 2005, Akt.: Orford, 1992).

Stres ile hastalık arasındaki nedensel bağlantı ele alındığında stresin hem sağlığı bozucu davranışları (sigara içmek, alkol kullanmak, az uyumak) arttırdığı hem de sempatik sinir sistemini (hipotalamik-hipofiz-adrenal-kortizal eksen gibi) harekete geçirdiği bulgulanmıştır. Tüm bu sistemlerin harekete geçmesi ve kronikleşmesi fizyolojik ve psikolojik sağlıkta büyük risk oluşturmaktadır. Sosyal desteğin strese karşı nasıl bir tampon rol oynadığı ve sağlığa yararlı etkisini neyin belirlediği net olmamakla birlikte diğer kişilerden uygun yardım alınacağı algısı yani başka bir deyişle algılanan sosyal desteğin strese karşı tampon işlevi gördüğu belirtilmektedir (Cohen, 1988; Cohen ve Wills, 1985. Buna göre sosyal desteğin bireyin algılama yeteneğini destekleyecek kaynakları sağlayarak duruma biçilen değer değıştirip stresin etkisini azalttığı ileri sürölmektedir (Akt. Cohen, 2004).

Ayrıca zaman içinde sosyal desteğin etki biçiminde de değışiklik görölebilmektedir. Kişi yeni bir duruma uyum sağlama sürecinde iken sosyal ilişki yoğunluğu yani etrafından destek aldığı kişi sayısının fazlalığı strese karşı tampon etkisi gösterirken, birey yeni girdiği çevreye alıştıkça bu etki dolaysız etki haline dönüşebilmektedir (Lepore, Evans ve Schneider, 1991).

Literatürde sosyal desteğin stresli durumlar karşısında etkisine dair pek çok araştırma bulgusu yer almaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Yetişkin ve öğrenci kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada stres altındaki bireylerde hem ruhsal hem de fiziksel rahatsızlık semptomlarının göröldüğu ancak çevrelerinden sosyal destek algıladıklarını düşönenlerde bu semptomların etkisinin daha hafif gözlendiği bulunmuştur (Cohen ve Wills, 1985). Rosengren ve arkadaşları tarafından (1993) fiziksel sağlık ve stres arasındaki ilişkiyi ele alan çalıştırmada 50 yaş ve üzerindeki

erkekler üzerinde çalışılmıştır. Bu çalışmada yüksek stresli yaşam olaylarına sahip kişilerin ölüm riskleri daha yüksek bulunurken bu oran yüksek oranda duygusal destek alan bireylerde azalmıştır (Akt. Cohen, 2004).

Temel Etki Modeli (Main Effect Model): Bu model sosyal desteğin stres düzeyinden bağımsız bir etkiye sahip olduğunu ve sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu öne sürmektedir.

Bu yaklaşıma göre bireyin arkadaşlarından aldığı pratik, maddi ve duygusal yardım ait olma duygusu sağlayarak yaşam doyumunu arttırabilir ve stresli yaşam olaylarını önleyebilir veya azaltabilir. Böylelikle sosyal desteğin bu etkisiyle birlikte kişi daha az fiziksel ve psikolojik problem yaşar. Cohen (2004) bu modeli ‘sosyal bütünleşme’ olgusuyla birlikte ele almaktadır. Cohen’e göre bir sosyal ağ içinde olan bireyler akran baskısı ve sosyal kontrol etkisi altına girer. Bu etki kişinin egzersiz, sigara veya madde kullanımı, dengeli beslenme gibi davranışları üzerinde önemli bir paya sahiptir. Sosyal bütünleşme, kişilerin sorumluluk duygularını etkileyebilir ve kişinin bir başkasına verdiği önemin artmasıyla birlikte sorumluluklarını yerine getirmesi de bu duruma paralel olarak olumlu anlamda etkilenir. Bütünleşmenin bireyin benlik duygusu ve duygusal durumu üzerinde etkili olduğu düşünülmekte ve kişiye ait olma, güvenlik ve öz değerlilik duygusu kazandırdığı ileri sürülmektedir. Bununla birlikte çevredekilerle etkileşimde bulunmak olumlu duygulanımı arttırmakta, olumsuz duygulanımın süresini ve şiddetini sınırlamakta ve duygusal dengeyi kurmada yardımcı olmaktadır. Bu pozitif duygu ve bilişin, psikolojik sıkıntıyı azaltmakla birlikte bağışıklık sistemini de geliştirip güçlendirmede etkili olduğu düşünülmektedir (Cohen, 1988). Geniş bir sosyal ağı sahip kişilerin bu sayede çoklu bilgiye ulaşabildikleri, stresli durumlarda yardım alabildikleri ve sağlıkla ilgili davranışlarında gelişme olduğu belirtilmektedir (Akt. Cohen, 2004).

Bu iki modelin yanı sıra Lieberman (1982) sosyal destek kaynakları ve stresin oluşumu, etkileri arasındaki ilişkiye dair çeşitli görüşler öne sürmüştür. Lieberman’a göre sosyal destek kaynakları;

- Stres yaratıcı yaşam olaylarını önleyebilir.

- Stresli yaşam olayları karşısında olayın algılanış biçimini değiştirerek stres verici etkisini hafifletebilir.
- Bireyin sorunlarla baş etme yollarını etkileyerek stres verici yaşam olayı ve sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilir.
- Yaşam olaylarının stres verici etkisini azaltarak bireyin sağlık durumunu olumlu yönde etkileyebilir.
- Stresli yaşam olaylarının kendine güven ve benlik saygısı üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldırabilir.
- Bireyin hayatında stresli bir durum olsun ya da olmasın bireyin uyumunu pozitif anlamda etkileyebilir (Akt. Sorias, 1992).

ii. Sosyal Desteğin Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Literatürde sosyal destek ile sağlık arasında sıklıkla olumlu bir ilişkiden söz edilse de bazı araştırmacılar tarafından sosyal desteğin yardımcı olma işlevinin, negatif etkiye yol açabileceği de öne sürülmektedir (Coates ve diğ., 1979). Sosyal desteğin bu işlevi kişinin benlik saygısını ve kendine duyduğu güveni olumsuz etkileyebilir; çaresizlik hissi yaratabilir (McLeroy ve diğ., 1984) veya kişinin ihtiyacını karşılamayabilir. Sosyal destek verme yüklenme ve engellenme hissiyle, destek alma ise suçluluk ve bağımlılık hissiyle ilişkili bulunmuştur (Lu ve Argle, 1992; Akt., Lu, 1997). Yardım alma ve yardım verme arasındaki denge kişilerin ilişkilerden daha fazla doyum almasını sağlar. Yardım alma ve verme arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır ve bu bağlamda fazla yarar görme ve az yarar görme, kişinin iyi olma haline zarar verebilirken psikolojik semptomlarını arttırabilir ve negatif etki düzeyini yükseltebilir.

1.15.4. Sosyal Destek ve Kronik Hastalıklar

Kronik hastalığa sahip bireylerin sıkıntıları süregelen olmakta, sağlık durumları giderek bozulmakta ve gün geçtikçe hastalıklarıyla ilgili olarak karşı karşıya kaldıkları sıkıntılar artmaktadır. Kronik hastalıklarından dolayı zamanla daha fazla

fiziksel yetersizlik yaşıyan bireylerin daha öncesinde alıştıkları sosyal hayatları da büyük oranda kesintiye uğramaktadır. Kronik hastalığa sahip birey ağrı, yorgunluk gibi durumlardan ötürü aile ve iş sorumluluklarını yerine getirmede, kendi günlük bakımında zorlanabilmekte ve bu alanlardaki rollerini yapmada engellerle karşılaşmakta, bu engellenme ise bireyde depresyon ve kontrolünü yitirme duygusuna yol açabilmektedir (Okyayuz, 1999).

Sıralanan faktörlerin etkisinden dolayı alan yazında kronik hastalıklar ile sosyal destek arasındaki ilişkiye oldukça önem verilmekte ve olumlu sosyal ilişkilere sahip kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına daha olumlu yaklaştıkları ve daha iyi uyum sağladıkları belirtilmektedir. Olumlu sosyal etkileşim ve uyum arasındaki bu ilişki kanser hastaları (Fitzpatrick ve Newman, 1988; Neuling ve Winefield, 1988), artrit hastaları (Goodenow ve Reisine, 1990) ve SKY’li bireyler (Schulz ve Decker, 1985) üzerinde yapılan çalışmalar neticesinde elde edilmiştir (Akt. Şahin, 1999). Sosyal desteğin kronik hasta bireyler üzerindeki bu etkisi sosyal desteğin bireyin baş etme becerileri üzerindeki olumlu etkisine dayandırılarak açıklanmaktadır (Thoits, 1986).

İlişkili yazında sosyal desteğin kronik hastalıklar üzerindeki etkisinin daima olumlu yönde olduğuna dair kesin bir bilgi olmamakla birlikte sosyal desteğin ketleyici ve olumsuz etkilerinin olduğunu ileri süren çalışmalara da rastlanmaktadır. Bu hastaların ailelerindeki mevcut aşırı koruyucu kollayıcı tutumun olumsuz sosyal destek oluşturduğu, hastanın düzelmesini ve sosyal hayata katılımını engellediği ileri sürülmektedir. Örneğin, ilk kez enfarktüs geçirmiş hastalarda ailelerinden gördükleri ilgi ile kriz sonrası işlerinde çalışma sürelerinin ters orantılı olduğu bulgulanmıştır (Garrity, 1973). Başka bir deyişle fazla ilgili aileye sahip hastalar taburculuk sonrası işlerine daha az önem vererek, daha kısa süre çalışmışlardır. Bununla birlikte ailedeki mevcut aşırı ilginin bireyin kalp kaslarını veya dokusunu güçlendirmeye yarayan egzersizleri yapmasını engellediği belirtilmektedir. Aynı şekilde kronik ağrılı hastaların yakınlarının hastaya karşı aşırı koruyucu davranışları, hastanın yapması gereken işleri üstlenmelerinin ve hastayı devamlı pasif bir konumda tutmalarının hastanın iyileşmesi üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ileri sürülmektedir (Turk ve Rudy, 1986).

Sosyal desteğin kronik hasta bireyler üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri şu şekilde özetlenebilir:

- Sosyal desteğin tampon etkisi bağlamında aile bireylerinin ilgisi ve destekleyici yaklaşımı, kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıklarının zorlu yönleriyle baş etmelerinde önemli ölçüde yardımcıdır.
- Aile bireylerinin ilgisinin aşırı hale geldiği durumlarda ailelerin vermiş olduğu destek bireyin iyileşmesini ketyerek işlevselliğini engellemektedir.

Sosyal desteğin bu etkilerinin birbirinden ayrıştırılması sonucunda kronik hastalığa sahip bireyler ve yakınları için olumsuz etkileri olumluya çevirme amacını güden müdahale programları oluşturulabilir (Okyayuz, 1999).

1.15.5. Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek çok boyutlu bir değişken olmakla birlikte literatürde yer alan görüş ve açıklamalar genellikle dört ana başlık altında toplanmıştır (Wills, 1991).

Duygusal Destek: Alan yazında bu destek türü *güven desteği*, *ifade edici destek* veya *değerlilik desteği* gibi farklı terimlerle de ifade edilmektedir. Tolsdorf (1976) duygusal desteğin cesaretlendirme, kişisel samimiyet ve sevgi ifadelerini içerdiğini belirtirken (Annak, 2005, Akt.: Orford, 1992) Cohen (2004) empati kurma, şefkat, rahatlama, güven ve duygusal deneyim için olanak sağlayan bir işlev olarak ifade etmektedir. Bu destek ile sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimleri karşılanır ve bu durum da beraberinde bireyde iyilik halini sağlayabilir (Okyayuz, 1999). Duygusal destek dikkat etme, önemsenme, bakım alma, empatiyi (House, 1981; Akt., Robertson, 1988) içerdiğinden bireylerde çevresindeki kişiler tarafından sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı duygularını oluşturur. Bu duygular da öz güven ve sorunlarla baş etmede yüksek bir motivasyon sağlar ve birey stresli olayların sonuçları ile duygusal yönden baş edebilecek duruma gelir (Ünsal, 1996). Cobb (1976) sosyal desteğin duygusal destekle ilişkisi olduğunu belirtir ve destekleyen bilgi olarak tanımlar. Cobb'a göre destekleyen bilgi üçe ayrılır; kişinin önemsendiğine, sevildiğine inanmasını sağlayan kişiyi yönlendiren

bilgi; saygı duyulduğunu ve değerli olduğunu hissetmesini sağlayan bilgi ve bu kişinin diğerlerine güvenmesinde karşılıklı bir yükümlülüğünün olduğuna ve bir iletişim ağına sahip olduğuna inanmasını sağlayan bilgi (Annak, 2005, akt.: Orford, 1992).

Sırdaş ilişkisi, duygusal destek içinde özellikle öne çıkan bir boyut olarak literatürde yer almaktadır. Zorlu yaşam olayları karşısında zorluklarla baş etmede hiç sırdaş olmayan kişilerin yaşadıkları stresten daha çok muzdarip oldukları, benlik değerlerinin daha düşük ve psikopatolojik semptomlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Sorias, 1988). İlişkin yazında destek algısının başkalarına iletilmesinde duygusal desteğin en önemli kategori olduğu öne sürülmektedir (Langford ve diğ., 1997; Özgür, 1993).

Bilgi Sağlayıcı Destek: Alan yazında *bilişsel* veya *bilişsel rehberlik* terimleri ile de ifade edilir. Bireyin başkalarından yaşamını kolaylaştırıcı nitelikte öğütler, öneriler, geri bildirimler gibi güncel durumlara yönelik düşünce ve bilgiler almasını ve zorlu bir durumun çözümünde gerekli bilgiyi vermeyi ve gerekli beceriyi edindirmeyi içeren (Özgür, 1993) destek türüdür (Şahin, 1999). İşe yeni başlamış bir kişiye iş arkadaşları tarafından iş hakkında bilgi verilmesi ve kendisinden neler beklendiğinin anlatılması bu destek türüne örnek olarak verilebilir (Özgür, 1993). Zorlu bir durumla karşı karşıya kalan birey bu durumla baş edebilmek için çeşitli çözümler düşünmeye çalışır ancak bu çabası sonuçsuz kaldığı zamanlarda çevresindekiler sorunu çözücü nitelikte yeni çözüm yolları önererek bilgisel destek sağlayabilirler (Ünsal, 1996).

Araçsal Destek: *Maddesel destek* veya *somut yardım* gibi terimlerle de literatürde yer alan araçsal desteğe ödünç veya karşılıksız verilen para, çocuk bakma, taşınma, tesisatçılık gibi günlük işlerde yardımcı olma, aile bireylerinin uzakta olduğu durumlarda evlerine göz kulak olma, maddi araç (alet, mobilya vs.) sağlama gibi hizmetler örnek verilebilir. Bu destek türünde birey adına başkaları tarafından doğrudan sorununun çözülüyor olması araçsal desteği diğer sosyal destek türlerinden ayırmaktadır (Ünsal, 1996).

Eşlik Etme Desteği: *Ait olma* olarak da bilinen bu destek türünün işlevi diğer insanlarla birlikte vakit geçirme, sosyal etkinliklere katılmadır. Cohen ve Wills'e göre (1985) diğerleriyle yakın ilişki kurma ve temas ilişki ihtiyacını giderir ve stresi azaltabilir. Bu destek türü sorunları olan bireylerin dikkatlerini başka yöne çevirerek olumlu duygu durumuna girmelerini ve bu pozitif ortamın etkisiyle sorunlarıyla daha kolay baş edebilmelerini sağlayabilir.

1.15.6. Araştırmalar Bağlamında Sosyal Destek Türlerine Genel Bakış

Sosyal destek türünün ne olduğu fark etmemekle birlikte araştırmalar sosyal desteğin bireyler üzerinde olumlu etkileri olduğunu ve kişilerin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Sosyal destek sayesinde koruyucu ve olumlu bir denge içinde olan bireyler kendilerini daha uyumlu ve daha değerli algılamaktadırlar.

İlişkin yazında en önemli ve yararlı desteğin güven veren, kendilik değerini yükselten duygusal destek olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (Holahan ve Moos, 1986; Roos ve Cohen, 1987; Russell, Altmaier ve Van Velzen, 1987). Etrafındaki kişiler ile ilişkilerinde sorunları olan kişi kabul edici ve reddedilme korkusu olmadan kendisini bir başkasına açtığı zaman değerli biri olduğunu hissedebilir ve başkalarının onu gözettiğini ve düşündüğünü algılar. Bu bağlamda bireyin kendisi hakkındaki hislerini olumlu anlamda etkilediği için duygusal destek yararlı bulunmuştur (Okyayuz, 1999).

Literatürde duygusal desteğe yapılan vurgunun yanı sıra diğer sosyal destek türlerine ait olumlu çalışma sonuçları da yer almaktadır. Örneğin, araçsal ve bilgi sağlayıcı yardımın hem yeni anne-baba olmuş bireylerde hem de yaşlı bireylerde oldukça faydalı olduğu ifade edilmektedir (Cutrona, Russell ve Rose, 1986; Krause, 1987; Roos ve Cohen, 1987).

Tüm bu bulgular ışığında hangi sosyal destek türünün daha etkili olduğu durumdan duruma göre değişmektedir. Bireyin ihtiyacı, bireye verilecek destek türü ve destek verecek kişinin özelliklerinin uyuşması sosyal desteğin birey için faydalı olmasında oldukça büyük bir öneme sahiptir (Dakof ve Taylor, 1990).

1.15.7. Sosyal Destek Karşılıklığı

Sosyal destek karşılıklığı, bireyin etrafından aldığı, bireyin algıladığı ve çevresindeki kişilerin bireye sağladıklarını düşündükleri sosyal desteğin tek bir düzlemde ele alınması olarak kavramsallaştırılmıştır (Cohen ve Wills, 1985). Sosyal destek karşılıklığı özellikle bakım gerektiren kronik hastalığa sahip bireylerin içinde bulunduğu, özellikle de birincil bakım vereni ile kurduğu ilişkilerin niteliği ve niceliği, dolayısıyla hastalığa uyum ve tedavi uyumu gibi süreçler konusunda geniş kapsamlı bilgi edinmemizi sağlar.

Alınan destek, bireyin etrafından aldığı objektif destek olarak açıklanabilirken, *verilen sosyal destek* ise bireyin çevresinde bulunanların verdiklerini düşündükleri destek olarak tasvir edilebilir (Aktaş ve Sertel-Berk, 2012). *Algılanan sosyal destek* literatürde özellikle son yıllarda dikkatleri üzerine çeken çeşitli araştırmacılar tarafından farklı açıklamalara sahip bir kavramdır. Kaner'e göre (2004) algılanan sosyal destek bireyin gereksinim duyduğunda sosyal destek kaynaklarının varlığıdır. Başka bir yazında ise algılanan sosyal destek, sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda bireyin genel izlenimi olarak tanımlanmakta ve kişinin kendine biçtiği değer olarak tariflenmektedir (Sorias, 1988). Sorias'a (1988) göre sosyal aktivitenin kendisinden ziyade algılanış ve yorumlanış biçimi sağlığı koruyan etkenlerdir. Öznel ve niteliksel olarak da tanımlanan ve ölçülen bu destek türünün psikolojik sağlık üzerinde alınan sosyal destekten daha etkili olduğu belirtilmektedir. Literatürde bu bilgiyi destekleyecek nitelikte çalışmalar da yer almaktadır. Birçok araştırma algılanan sosyal desteğin objektif olarak ölçülen sosyal desteğe oranla depresyon, anksiyete gibi psikolojik durumları daha iyi tahmin ettiğini bulgulamıştır (Akt., Zimet ve Dahlem, 1988). Diğer yandan algılanan ve alınan sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğu ve çoğunlukla da birbiri yerine kullanılan terimler olsa da iki yapının da birbirinden farklı etkilere sahip olduğunu ileri süren görüşler de vardır (Sarason ve diğ., 1987).

Alan yazında algılanan, alınan ve verilen sosyal destek boyutlarını tek tek ele alan ve/veya alınan-algılanan sosyal destek düzeyleri ile ilgili çalışmalar yer almakta iken bu üç boyutu tek düzlemde inceleyen araştırmalara rastlanılmamıştır. Oysa ki,

Cohen ve Wills'in (1985) uyuşma denencesine göre stresli olayların yarattığı gereksinimler karşısında her üç sosyal destek türü de önemlidir. Bu bağlamda bu üç bileşenden bakım verenin sağladığı sosyal destek de SKY'de büyük önem taşıdığından bir sonraki bölümde SKY'li bireylere bakım verenlerin psikolojik özellikleri incelenecektir.

1.16. SKY SONRASI BAKIM VERME SÜRECİNDE BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK DURUMLARI

Sosyal destek veren kaynaklar olarak bakım verenlerin psikolojik durumları önemli bir değişkendir çünkü SKY, hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının ve bakım verenlerin de hayatlarını önemli ölçüde etkilemekte ve bakım verenler de bu süreçte olumlu-olumsuz pek çok durumla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu sebeple bu kısımda bakım verme ve bakım verenler ile ilgili alan yazında yer alan bilgilerin ardından SKY'li bireylere bakım verenler üzerinde durulacaktır.

1.16.1. Bakım Veren

Bakım, Türk Dil Kurumu'na göre bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek ve birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (Türk Dil Kurumu, 2011). İngilizce dilindeki literatürde “care” kavramı hem isim hem de fiil olarak kullanılmaktadır. İsim olarak kullanıldığında koruma, sakınma, dikkat ve kaygı anlamları taşırken, fiil olarak kullanıldığında endişe duymak, ilgili hissetmek, merak etmek, fiziksel ihtiyaçları karşılamak, rahatlatmak, yardım etmek anlamlarına tekabül etmektedir (Altıok, Şengün ve Üstün, 2011). Bakım, ahlaki bir zorunluluk, bir insan özelliği, duygulanım, kişilerarası etkileşim ve terapötik bir müdahale olarak da ifade edilirken başka bir yazında bakım kavramının ilişki, değişkenlik, kabul, tutum ve eylem olmak üzere beş özelliğinden bahsedilmektedir (Brilowski ve Wendler, 2005). Bu tanımlamaların yanında bakımı ‘bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar’ olarak ele alan çalışmalar da bulunmaktadır (Bayramova, 2008).

Bakım verme ise, emosyonel, fiziksel ve maddi destek gibi pek çok yardım çeşidini içeren bir kavramdır (Toseland, Smith ve McCallion, 2001). Sağlık bakımı,

rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, takip etme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.), ulaşım, alışveriş, ev işlerini yapma, para yönetimi ve maddi destek de bakım verme kavramı içindeki yardım çeşitleridir (Fasion, Faria ve Frank, 1999; Toseland ve diğ., 2001).

Bakım verme formal ve informal olmak üzere iki kategori altında incelenmektedir. *Formal bakım verme*; evde veya bir kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (Karahan ve Güven, 2002). Evde formal bakım genellikle hemşire, terapist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcıları tarafından verilir (Allender ve Spradley, 2001). *İnformel bakım verme* ise uzmanlık gerektirmeyen, bakım verenin bir yakınına verdiği yardımdır (Kasuya, Polgar-Bailey ve Takeuchi, 2000). İnformel bakımda banyo yapma, beslenme gibi bakım vermenin yanında akut ve kronik fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle intravenöz (damardan)ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektiren işlemler de bakım verenler tarafından karşılanmaktadır (Toseland ve diğ., 2001).

1.16.2. Bakım Verme Algısı

Bakım verme, bakım verenler tarafından çok boyutlu algılanan bir süreçtir. Bakım verme stresli bir deneyim olsa bile, bakım veren tarafından samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, etrafındakilerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu yönlerden de algılanabilir. Sınırlı sayıdaki bu olumlu etkilerinin yanında bu deneyim bakım verenler için pek çok güçlüğü ve sorunu da beraberinde getirmektedir.

1.16.3. Bakım Verme ile İlgili Negatif Kavramlar

Bakım verme sürecinde bakım verenler psikososyal, ekonomik ve fiziksel pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Aşağıda bakım verenlerin bu süreçte yaşadıkları zorlu durumlar açıklanacaktır.

i. Bakım Verme Yüğü

Literatürde ‘bakım verme güçlüğü’ olarak da kullanılmakta olan bakım verme yüğü, bakım vermeye bağılı olarak bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik olmak üzere çok boyutlu bir tepkidir (Kasuya ve diğ., 2000; Toseland ve diğ.,2001). Objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı şekilde de tanımlanabilmekle birlikte objektif bakım verme yüğü; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değışim ve engellemeleri kapsamaktadır. Diğ er yandan bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme yüğü ise; bakım verenin bakım verme rolü ile ilişkili duygusal tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb) olarak tanımlanmaktadır (Erdem, 2005; Kasuya ve diğ., 2000).

Bakım verme sürecinin zorlukları nedeniyle bakım verenlerde pek çok fiziksel rahatsızlıkla karşılaşılabilir. Sırt ağrısı, bağışıklık fonksiyonunun değışmesi, iştahın değışmesi, hipertansiyon, uykusuzluk, baş ağrısı, kronik yorgunluk, kilo alma veya kaybetme, kendi bakımına yeterli zaman ayıramamaktan ötürü sağığında bozulmalar bu süreçte sık görülen durumlardandır (Kasuya ve diğ., 2000; Toseland ve diğ., 2001). Diğ er yandan bakım veren bireylerin bakım vermeyenlere kıyasla daha fazla sağık hizmeti kullanma, hastalık, kardiyovasküler sorun gibi fiziksel sağıkta objektif değışiklikler yaşadıkları saptanmıştır (Toseland ve diğ., 2001).

Bakım verme sürecinde fiziksel yorgunluk ve bakım verenin sağığının kötüleşmesi, depresyon ve anksiyete de artışa sebebiyet vermektedir. Bunlarla birlikte emosyonel alanda görülen diğ er belirtiler ise huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artış ve problem çözmede güçlütür. Kızgınlık, hayal kırıklığı, suçluluk, zorlanma, keder, umutsuzluk da bakım verenlerin yaşadığı duygular arasındadır (Toseland ve diğ., 2001).

Bakım verenler pek çok sosyal ve kişilerarası problemlerle de karşı karşıya kalabilmektedirler. Yaşamlarını sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda yeniden

düzenleyen bakım verenlerin eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Bu kısıtlılık sosyal destekte azalma, kendilerini bakım verme sürecinde yalnız hissetme, sosyal izolasyon gibi durumların açığa çıkmasına neden olabilmektedir (Kasuya ve diğ., 2000; Toseland ve diğ., 2001).

Bakım verme, ekonomik alanda da bireylere sorun yaşatan bir süreçtir. Evde bakımın ekonomik maliyeti, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masraflar bakım verenler için problem olurken diğer yandan iş saatlerinin azalması ya da işlerinin sonlandırılması da bu süreçte karşılaşılan durumlardır (Toseland ve diğ., 2001). Bakım verme sürecinden ötürü işlerini ayarlamak zorunda kalan ve daha çok zorlanma yaşayan bireyler diğer yandan çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyum ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilirler (İnci, 2006; Saunders, 2008).

Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükü bütün bakım verenlerde aynı şekilde yaşanmaz. İlişkili yazında bakım verme yükünü etkilediği belirtilen faktörler şunlardır;

- Bakım verenin kişilik özellikleri (cinsiyet, yaş, çalışma durumu, eğitim seviyesi, kendi sağlığına yönelik algısı, dini görüşü, etnik kökeni, bakım vermeye yönelik bakışı, entelektüel düzeyi, sosyo-ekonomik durumu vb.)
- Bakım verdiği kişi ile bakım süreci öncesi ve sırasındaki ilişkinin niteliği
- Bakım verdiği kişi ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi
- Bakım verdiği kişinin bakımı ile ilgili kararlarda ona danışılma durumu
- Bakım verdiği kişinin yaşı, sağlık durumu
- Bakım verdiği kişiye pek çok alanda yardımcı olmak zorunda oluşu (fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik, ulaşım vb.)
- Bakım verilen kişinin bağımlı olması
- Ekonomik nedenlerden ötürü küçük evlerde ikamet etme ve bakım verilen kişiye özel bir mekan ayıramama
- Tedavi için kente taşınan kırsal kökenli aileler ve hastalar arasında aile içi uyumsuzluklar (Erdem, 2005; İnci, 2006).

ii. Bakım Vermede Koşturmaca/Telaş

“Telaş/koşturmaca” kavramı bireyin iyiliğini tehdit eden ya da sinir bozucu/bıktırıcı kaygılar olarak değerlendirilen olaylar olarak tanımlanmaktadır (The Merriam-Webster, 2001). Bu tür olayların fazlalığı sağlık üzerinde önemli etkilere neden olabilir. Yaşanan telaş/koşturmaca bakım veren olmanın gerçek stresörü olmakla birlikte günlük yaşam aktiviteleri üzerinde de olumsuz etkilere neden olmaktadır (Hunt, 2003).

iii. Bakım Verici Stresi

Bedensel ya da zihinsel gerilime neden olan fiziksel, kimyasal ve duygusal faktörler stres kavramını açıklamaktadır. Bakım verici stresi ise bireyin yetenekleri ve doğal ihtiyaçları arasındaki düşünsel dengesizliklerden kaynaklanmakta ve pek çok faktör tarafından etkilenmektedir. Bakım verilen bireyin yakınlık derecesi, bakım sürecine yardım eden başka bireylerin varlığı, kendi duygusal durumu bakım verendeki stres oluşumuna katkıda bulunan faktörlerdir (O’Brien, 2000). Bakım verende var olan stres bireyde fiziksel ve psikolojik bir karmaşa yaratmakla birlikte anksiyete, depresyon, sosyal yaşamdan çekilme, kendi bakımını aksatma, iş performansında azalma gibi pek çok problemin doğmasına da sebebiyet vermektedir. Bunlar ile birlikte bakım verici stresinin diyabet, ülser, anemi, hipertansiyon, uyku düzensizliği, bağışıklık sisteminde gerileme, kilo kaybı ve baş ağrısı gibi sağlık üzerinde olumsuz pek çok doğurgusu da bulunmaktadır (Parks ve Novielli, 2000).

iv. Bakım Veren Bireylerde Tükenmişlik

Tükenmişlik “bunaltıcı ya da kaygı verici durumlar” olarak tanımlanmakta iken bakım veren bireylerdeki tükenmişlik “kronik hastalıklı birey için birinci derecede bakım sağlayan bireyler tarafından yaşanan/hissedilen aşırı kaygı ve bunaltı hali” olarak ifade edilmektedir (The Merriam-Webster, 2001).

Literatürde bakım veren tükenmişliğini objektif ve subjektif olmak üzere iki grupta inceleyen çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalara göre gözlenebilen ve ölçülebilen sonuçlar objektif tükenmişliği, içinde bulunulan duruma bireyin verdiği

değer ise subjektif tükenmişliği ifade etmektedir (Hunt, 2003). Bakım veren tükenmişliğini ele alan başka bir çalışma ise bu kavramı klinik belirtiler, artmış stres ve kaygı, döngüsel düşünme, sosyal izolasyon, depresyon ve diğer duygusal belirtiler, diyet ve beslenme gibi farklı alt başlıklar halinde incelemektedir (Akman, 2006) (Tablo 3).

Tablo 3: Bakım Verenlerdeki Tükenmişliğe Dair Semptomların Sınıflandırılması

Bakım Veren Tükenmişliğine Dair Semptomlar	
Klinik Belirtiler	Sindirim güçlüğü, baş ağrısı, iştahta değişiklik, somatik/bedensel yakınmalarda artış, yorgunluk, kilo kaybı ve kilo alımı, sosyal izolasyon, içe çekilme, konsantrasyonda güçlük, sinirlilik, uykusuzluk, alkol ve diğer madde kullanımında artış
Artmış Stres ve Kaygı, Döngüsel Düşünme	“Bir uzmana başvuramam ÇÜNKÜ bir işim yok. Bir işim olamaz ÇÜNKÜ evden ayrılamam. Bu yüzden uzman da bana yardımcı olamaz”.
Sosyal İzolasyon	Aile, arkadaş ilişkilerinin, sosyal aktivitenin azalması ↓ Sosyal desteğin zayıflaması ve izolasyon
Depresyon ve Diğer Duygusal Belirtiler	Hayal kırıklığı, stres, güç ve kontrol duygularında azalma, suçluluk, üzüntü, acı
Diyet ve Beslenme	Beslenme düzenindeki değişiklikler ↓ Tansiyon, stres, izolasyon (Kasuya ve diğ., 2000)

1.16.4. Bakım Verme ile İlgili Pozitif Kavramlar

Bakım verme sürecinde bakım veren bireyleri olumlu anlamda yaşadıkları psikolojik durumlar aşağıda belirtilmektedir.

i. Bakım Verici Saygısı

Bakım verenin kendi saygısının/değerinin bakım verme performansı ile artması “bakım verici saygısı” olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bireyin kendinden

memnuniyeti ve kendine güveni kendine saygınlığı oluşturmaktadır. Bu nedenle bakım verici saygısı, bakım verenin kendinden memnun ve kendini güvende hissetmesini sağlar (The Merriam-Webster, 2001). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda kadın bakım verenlerin bakım verici saygısı erkek bakım verenlerinkinden daha yüksek bulunmuştur (Hunt, 2003).

ii. Bakım Verici Yüceliği

Yücelme, bireyin ruhsal, sosyal ya da entelektüel durumunun gelişmesi, manevi yükseliş olarak tanımlanmaktadır (The Merriam-Webster, 2001). Bakım verici yüceliği, zorlu durumların etkisine karşı tampon görevi görmekte ve bakım vericilerin daha az psikolojik huzursuzluk yaşamasına yardımcı olmaktadır (Hunt, 2003). Bakım verme stresli ve zor bir sorumluluk olmakla birlikte bakım veren böyle bir sorumluluğu üstlendiği için diğer aile üyeleri ya da akrabalar tarafından tanınma, kendine saygı duyma, bakım verdiği kişiye karşı görevini yerine getirdiği, sevdiğini gösterdiği için doyum, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme gibi olumlu hisler içinde olabilir (Toseland ve diğ., 2001).

iii. Bakım Verici Memnuniyeti

Bakım vermenin olumlu yaklaşımını anlatmak için kullanılan en yaygın kavramlardan biri olan ‘memnuniyet’ ilk olarak Lawton ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra tanımlanan bakım verici memnuniyeti ise bakım verenin deneyimlerine pozitif yönde etkide bulunur (Hunt, 2003).

iv. Bakım Vermede Anlam Bulma

Alan yazında yapılan çalışmalar bakım vermenin anlam bulmayı kolaylaştırdığını ve bakım verme sorumluluğunun bakım verenler üzerinde önemli etkileri olduğunu belirtmişlerdir (Hunt, 2003). Bakım verme anlamlandırma beklentileri, açıklamaları ve stratejileri içeren bir süreçtir. Beklentiler, davranışlar ya da karşılaşılabilecekleri durumları tahmin etmeyi içerirken açıklamalar, beklenen ve gerçek sonuçlar arasındaki uyumsuzluğun moral ve mantık ile birleşmesidir.

Beklentilerin davranış biçimini oluşturma, açıklamaların oluşumu ve istenen sonuçlar tarafından etkilenmesi stratejileri oluşturmaktadır (Ayres, 2000).

v. Bakım Vermede Deneyimden Kazanım

Bakım verme rolünün bakım verenin bireysel yaşam alanını geliştirmesi ve güçlendirmesi, bakım verme deneyimi sonuçlarının bakım verene pozitif anlamda geri dönmesi bu kavramı açıklamaktadır (Hunt, 2003).

1.16.5. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Kronik hastalığın başlı başına kendisi ve eşlik eden komplikasyonları hastalık sürecinde hasta bireylerin bakım verenler tarafından bakımını gerekli kılmaktadır. Tıbbi alandaki gelişmelerle birlikte hastalıklı bireylerin yaşam sürelerinin uzaması bakım verenlerin sorumluluğunu daha da arttırmaktadır. Kronik hastalık gibi zorlu ve uzun süreli bir durum karşısında güvensiz ve hazırlıksız hisler içinde kalan bakım verecek kişiler uzun süreli bakım vermeye ilişkin gerekli bilgi ve beceriye sahip değildir. Bakım verme süreci karşısında bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri konusunda kaygı duymakta, kaynaklara nasıl ulaşacakları ve bu kaynakları nasıl kullanacakları karşısında belirsizlik yaşamaktadırlar (Schumacher ve diğ., 2008).

Alan yazında bakım verenlerin bu belirsiz süreç karşısında hastalığa ilişkin bilgi ve yardım, fiziksel bakım, hastasını rahatlatma, beklenen semptomların neler olduğu, bu semptomların neden ortaya çıktığı ve nasıl kontrol edileceği, tedavi rejimleri, gelecekteki durum, hastanın duygusal tepkileri, ev işleri ve toplumsal kaynaklar gibi pek çok alana dair bilgi gereksinimi içinde oldukları belirtilmektedir. Bunlarla birlikte bakım verenin hasta transferi, semptomları izleme ve rapor etme, hasta bireyin kişisel bakımını (banyo, yürüme, giyinme gibi) sağlama, beslenme konuları, bakımın koordinasyonu (randevu alma, doktoru arama), hastalık durumunu izleme ve finansal aktivite gibi konuları nasıl yapılandıracağı konusunda da bilgi gereksinimi içinde olduğu saptanmıştır (Given, Given ve Kozachik, 2001).

Aksayan ve Çimete (1998) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan bireylere evde bakım verenlerin gereksinimlerini araştırmışlar ve hastalık sebebiyle aile bireylerinin %66.2'sinin aile içi sorumluluklarında değişiklik olduğu, aile üyelerinin %66'sının yorgunluk, bunaltı hissi, sosyal yaşantı değişikliği gibi sorunlara sahip oldukları saptanmıştır. Bu bulgunun yanında alan yazındaki diğer çalışma sonuçlarında da bakım verenlerin çoğunun hastanın evde bakımına ilişkin hiçbir eğitim ve bilgi almadıkları, bakım verenlerin kendilerine yeterince zaman ayırmadıkları yer almaktadır (Karahana ve Güven, 2002).

1.16.6. Bakım Vermenin Aile ve Evlilik İlişkilerine Etkisi

Kronik hastalık sadece hasta birey ve sağlığı arasındaki ilişkide değil aynı zamanda aile, evlilik ilişkilerinde de önemli oranda bir etkiye sahiptir. Hastalığın uzun süreli oluşu, ciddiyetinin önemli düzeyde oluşu, günlük yaşam düzeninin kaybedilmiş olması, sosyal ve iş hayatının sekteye uğraması gibi kayıplar sebebi ile aile bireylerinde yas tepkileri gözlenebilmektedir (Terakye, 2011).

Kültürel değerler ve cinsiyet rollerinin kazanılma sürecinde bakım verme sorumluluğu genellikle ailedeki kız çocuklara, eşlere, gelin ve diğer akraba ve akraba olmayan kadınlara atfedilir (Toseland ve diğ., 2001). Bu sebeple de bakım verme sürecinin olumlu-olumsuz etkileri aile içindeki kadınlarda daha fazla gözlenmektedir.

Eşler üzerinde yapılan çalışmalar korku ve anksiyetenin bu popülasyonda en sık rastlanan duygusal sorunlar olduğunu belirtmektedir. Bakım veren eşlerdeki anksiyetenin altında hastanın durumunun ne olacağı, hastaya rahatsızlık veren semptomların nasıl ortadan kaldırılacağı, duygusal olarak zorlanılan olaylarla nasıl baş edileceği yer almaktadır. Hasta eşe bakım vermenin yanı sıra çoğu bakım veren eş diğer aile üyelerinin sorumluluğunu da üstlenmekte ve tüm bu beklentileri nasıl karşılayacağına dair korku ve anksiyete yaşamaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003).

1.16.7. SKY'li Bireylere Bakım Verme

Bakım verme süreci üzerine kanser, demans ve zihinsel hastalıklı bireylerin bakımından sorumlu kişiler üzerinde pek çok araştırma yer almakla birlikte SKY'li

bireylere bakım verenler üzerinde ise daha çok yurt dışında yapılan çalışmalara rastlanmakta, ülkemizde bu alana dair nadir çalışmalar olduğu görülmektedir (Alpteker, 2008; Akgün Şahin, Polat ve Ergüney., 2009; Blanes, Carmagnani ve Ferreira, 2007; Chan, 2000; Chan, Lee ve Lieh-Mak, 2000; Çetinkaya, 2006; Malak ve Dicle, 2008).

SKY gibi travmatik bir şekilde kişilerin hayatına giren kronik bir hastalık karşısında bakım verenler de SKY'li bireyler kadar zorluk yaşamaktadır. SKY'li bir bireyin bakım süreci aileyi toplumdan sosyal olarak izole etme, arkadaş ve komşuluk ilişkilerinde bozulma, bakım verenlerin yaralanma öncesi ile sonrasındaki yaşam koşullarındaki değişime uyum zorunluluğu gibi durumlara sebebiyet verebilmektedir (Post, Bloemen ve Witte, 2005). Bakım verenlerin iş sorumluluğunun artması, SKY'li bireye destek olma gerekliliği de toplumsal ilişkilerin zayıflamasına neden olmakla birlikte kişisel ilerleme olanakları ve kariyerlerine de ket vurmaktadır. Bu durum bakım verenlerin sahip oldukları işlerini kaybetmelerine ve gelecek planlarını tekrar gözden geçirmelerine neden olmaktadır (Chen ve Boore, 2008).

Aile sistemini etkileyen bir başka durum ise SKY'li bir bireyin aile içine katılmasıdır. Bu durum ailede yeni düzenlemeler, rol değişiklikleri, sosyal, duygusal ve ekonomik sorunlar gibi pek çok problemi beraberinde getirir. Yaralanma sonrası ilk dönemler aile bireyleri birlikte hareket edebilir ancak SKY'nin kalıcı bir durum oluşu kabullenildikten sonra birincil bakım veren yalnız bırakılabilir. Yalnız kalan bakım verende tükenmişlik ve karamsarlık gibi depresif duygular meydana gelebilir. Yaralanmanın kendisinin yarattığı stres, bakım ve sağlık masrafları sebebiyle oluşan ekonomik zorluklar, SKY'li birey ile bağımlı hale gelinmesi, aile bireylerinin özel yaşamlarının kısıtlanması, sosyal izolasyon, utanç, üzüntü, hayal kırıklığı gibi pek çok duygusal sorun yaşayan aile üyeleri hastalığın ilk döneminden sonra birbirlerinden uzaklaşmakta ve zamanla bu durum aile bireylerinde kronik strese yol açmaktadır (Ateş, 2011).

Bu süreçte aile bireylerinin birbirleri arasında daha açık iletişim kurmayı öğrenmeleri, destek gruplarına katılmaları, psikolojik anlamda profesyonel destek almaları ve sosyal destek ağlarını geliştirmeleri yaşadıkları stres karşısında baş etme

becerilerini geliştirme ve aile direncini güçlendirebilmede yardımcı olabilir. Ailenin yakın çevreden destek görmesi de SKY'lı bireyin varlığına daha kolay uyum sağlamayı ve ailenin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamayı kolaylaştıran önemli bir faktördür (Yıldırım ve Conk, 2005).

Hastalık tedavisinin uzun süreli oluşu, tam olarak iyileşmenin zorluğu, tekrarlı ve uzun süreli hastane yatışları aile ve hasta bireyde duygusal, sosyal pek çok soruna sebebiyet vermenin yanında aile ve devlet bütçesine de önemli yükler getirmektedir (Uğur, 2006). Ülkemizdeki sağlık sigortası sistemleri ortez, tekerlekli sandalye, mimari düzenlemeler, bilgisayarlı yardımcı sistemler ve teknolojik donanımların yüksek maliyetinin tamamını karşılamamakta bu sebepten ötürü SKY'lı birey mevcut tedavilerin tümünden faydalanamamakta ve toplumsal yaşama katılma konusunda da sorun yaşamaktadır (Güzel ve Uysal, 2004).

1.16.8. Araştırmalar Bağlamında Bakım Verme Sürecine Genel Bakış

Yurt dışı ve yurt içi pek çok çalışma kronik hastalığa sahip bireye bakım verme sürecinde bakım verenlerin yaşadıkları sosyal, duygusal, ekonomik faktörleri incelemektedir. Bu çalışmalarda kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, demans, zihinsel hastalıklar gibi belli başlı kronik hastalıklar ön plana çıkmakta ve bu hastalıklara sahip yakınları olan bakım verenler üzerinde daha fazla araştırma yapıldığı gözlenmektedir (Cain ve Wicks, 2007; Pinto, Holanda, Medeiros, Mota ve Pereira, 2007).

Bu çalışmaların bulguları aşağıda maddeler şeklinde özetlenmektedir;

- Kadınlar erkeklere göre daha fazla bakım veren rolüne sahiptirler ancak bununla birlikte The National Family Caregivers Association (NFCA-Ulusal Aile Bakım Verenleri Birliği) internet sitesinde yer alan bilgilere göre erkek bakım verenlerin yüzdesi de artmaktadır (Bullock, Crawford ve Tennstedt, 2003; Campbell, 2005).
- Schulze ve Rössler'in (2005) çalışma sonuçları bakım verenlerin bakım verme sürecinden ilk olarak sağlık durumlarının etkilendiğini göstermekle

birlikte bu süreçten ötürü bakım verenlerin genel iyilik durumları olumsuz yönde etkilenmekte, fiziksel sağlıkları ve öz saygıları kötüye gitmektedir.

- Bakım verme rolünü üstlenen bireylerin, bakımın hangi boyutunda yer aldıklarına dair bilgiler kısıtlı olmakla birlikte beklenildiği üzere bu kişilerin becerikli, duygusal açıdan güçlü ve gereken bakım türünü vermeye en uygun bireyler olmadığı genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerden ötürü bu kişilerin böyle bir role büründükleri belirtilmektedir (Erdem, 2005).
- Kronik hastalığı olan bir bireye bakım veren kişilerin tükenmişlik, yorgunluk, sinirlilik ve kızgınlık düzeylerinin bakım vermeyenlere oranla daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu durum özellikle bakım veren eşlerde ön plana çıkmakta bakım veren eşlerin bakım vermeyenlere kıyasla stres ve depresif duygulanımlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Weitzenkamp, Gerhart, Charlifue, Whiteneck ve Savic, 1997).
- Kasuya ve arkadaşlarının çalışma sonuçları bakım verenlerin büyük çoğunluğunda aşırı yorgunluk, hayal kırıklığı ve stres olduğunu ortaya koymuş ve bunların sonucu olarak bakım vermenin evlilik ilişkilerinde zorlanmaya sebep olduğunu göstermiştir (Kasuya ve diğ., 2000).
- SKY'li bireylere bakım verenlerin bakım verme süresinin uzunluğu ve sahip olduğu diğer görevler bu bireylerin depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere sahiptir (Frankel ve diğ., 1998; Schulz, Tompkins, Wood ve Decker, 1987).
- Özellikle genç SKY'li bireylere bakım veren genç eşlerde yüksek seviyede depresyon ve stres saptanmış ve bu bireylerin daha yaşlı bireylere göre daha mutsuz oldukları belirtilmiştir (Fitting, Rabins, Lucas ve Eastham, 1986; Zarit, Todd ve Zarit, 1986).
- Chwalisz, bakım verenlerin bakım verdikleri SKY'li bireyin yaralanmasından sonraki iki yıl içerisinde fiziksel ve duygusal sorun yaşama eğiliminde

olduklarını belirtmekte, bu sebeple bakım verenleri “gizli hastalar” olarak adlandırmaktadır (Chwalisz, 1996).

2. AMAÇ VE HİPOTEZLER

Bu çalışmanın temel amacı spinal kord yaralanmalı bireylerin psikopatolojik durumlarının hastalığa psikososyal uyumları üzerindeki etkisinde sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisini incelemektir. Yapılan bu araştırma hem tıp hem de psikoloji yazını açısından sosyal destek karşılıklığı, verilen sosyal destek gibi pek çok yeni kavramı barındırmakla birlikte bu kavramların daha önce literatürde çalışılmamış olması hipotezlerin meydana çıkmasında bir nebze güçlüğe sebep olmuştur. Dolayısıyla çalışmanın hipotezleri onları oluşturan değişkenlerin kullanıldığı çalışmalara dayanılarak oluşturulmuştur.

Çalışmanın temel değişkenlerinden biri olan hastalığa psikososyal uyum literatürde özellikle kronik hastalar üzerinde sıkça çalışılan bir konudur. Hastalığın türü, tedavi süreci, kişilik özellikleri, geçmiş yaşantılar gibi psikososyal uyumla ilişkili pek çok faktör olmakla birlikte hasta bireylerdeki psikopatoloji de psikososyal uyumu etkileyen önemli etkenlerden biridir (Özkan, 1990). Bu çalışmalar özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojik durumların psikososyal uyumu olumsuz anlamda etkilediğini göstermektedir (Drory, Kravetz ve Florian, 1999; Livneh ve Wilson, 1993). Bu bulgular doğrultusunda ilk hipotez şu şekilde oluşturulmuştur:

Hipotez 1: Spinal kord yaralanmalı bireylerin psikososyal uyumları ile psikopatolojik durumları arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

Bununla birlikte sosyal destek kavramının da uyumun belirleyicilerinden olduğu çalışmalar tarafından ortaya konmaktadır (Ardahan, 2006; Hallaç, 2010; Göz, Karaoz, Göz, Ekiz ve Çetin, 2007). Buna göre sosyal destek, bireylerin psikososyal uyumlarını kolaylaştırıcı nitelikte ve tampon etkiye sahip bir kavramdır (Drory ve diğ., 1999). Bu bulgulardan yola çıkarak spinal kord yaralanmalı bireylerin psikopatolojik durumları ile psikososyal uyumları üzerinde sosyal destek durumunun etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu noktada sosyal desteği sadece bireyin aldığı veya algıladığı destek olarak ele almanın yetersiz olabileceği düşünülerek bakım verenler tarafından verilen sosyal desteğin de içine katıldığı bir endeks oluşturulmuştur. Bu endeksin ve ayrı ayrı sosyal destek türlerinin bireylerin

psikopatolojik durumları ile psikososyal uyumları arasındaki negatif ilişki üzerinde etkisi merak edilmiş ve aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

Hipotez 2: Spinal kord yaralanmalı bireylerin hastalığa psikososyal uyumları ile psikopatolojik durumları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığı ve sosyal destek türleri biçimlendirici etkiye sahiptir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın katılımcıları, veri toplama araçları ve toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgiler verilmektedir.

3.1. Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan çeşitli hastanelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon birimlerinde yatarak veya ayakta tedavi görmekte olan tetrapleji veya parapleji tanısı almış hastalar ve SKY (Spinal Kord Yaralanması) olan bir bireyin doğrudan bakımından sorumlu, görüşmeyi kabul eden, herhangi bir anlama ve algılama sorunu olmayan bakım verenler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemine Eylül 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan çeşitli hastanelerde ulaşılmış ve çalışma kapsamında araştırmacı tarafından belirlenen araştırmaya katılma kriterlerine uyan spinal kord yaralanmalı bireyler ve spinal kord yaralanmalı bir bireyin bakımından sorumlu kişiler ile görüşülmüştür. Ayakta ve/veya yatarak tedavisi süren veya taburcu olmuş olan seçkisiz olarak belirlenmiş 70 SKY'li hasta ve SKY olan bir bireyin bakımından sorumlu 55 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmayı kabul edenler arasında 19 hastanın bakım verenine ve 11 bakım verenin ise hastasına ulaşamadığı için analiz çift olabilen 31 SKY'li birey ve bakım vereni üzerinden yürütülmüştür.

SKY olan bireylerin yaş ortalaması 33.9 iken bakım verenlerin yaş ortalaması ise 44.6'dır. Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında ise hasta bireylerin %67.7'si erkek, %22.2'si kadın; bakım verenlerin ise %25.8'i erkek, %74.2'si kadındır. Katılımcılar düşük, orta ve iyi seviyeli sosyo-ekonomik düzeye sahiptirler (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Yaş, Cinsiyet ve Ekonomik Düzeylerine İlişkin Demografik Bilgiler

		Bakım Alan		Bakım Veren	
Yaş		Ort	SS	Ort	SS
		33.96	13.18	44.67	10.74
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	10	32.3	23	74.2
	Erkek	21	67.7	8	25.8
Ekonomik	500-1000TL	6	22.2	7	26.9
Durum	1000-2000TL	11	40.7	11	42.3
	2000TL ve üstü	10	37.0	8	30.8

3.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan Demografik Bilgi Formunun yanında Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri (SDVDE), Verilen Sosyal Destek Ölçeği (VSDÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) kullanılmıştır.

3.2.1. Onam Formu

Hem spinal kord yaralanması (SKY) olan bireyler hem de SKY olan bir bireyin bakımından sorumlu kişiler için araştırmacı tarafından ayrı ayrı olarak hazırlanan onam formunda çalışmanın bir yüksek lisans programı kapsamında yürütüldüğü ve çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılmaktadır (Ek 1). Çalışmanın süresi, katılımcının dolduracağı anket sayısı onam formunda belirtilirken çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, katılmama hakkı bulunduğu, uygulama başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğu vurgulanmaktadır. Form üzerindeki uygulama tarihi bilgisi ve katılımcının imzası ile katılımcıların araştırmayı kabul ettikleri resmileştirilmektedir. Onam formunda verilen bilgiler araştırmacının iletişim bilgileri ile son bulmaktadır.

3.2.2. Demografik Bilgi Formu

Çalışmada katılımcıların demografik bilgilerini almak amacıyla kullanılan demografik formlar araştırmacı tarafından spinal kord yaralanmalı bireyler ve bakım verenleri için ayrı ayrı olarak hazırlanmıştır (Ek 2).

SKY’li bireyler için hazırlanmış demografik form hastaların kişisel ve hastalıklarına dair bilgileri almayı amaçlayan 63 sorudan oluşmuştur. Hasta bireylerin cinsiyet, yaşadıkları yer, eğitim ve medeni durumları, sosyal güvenceleri, doktor kontrolleri ve düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları, düzenli ilaç alımı, yaralanma nedenleri, yaralanmaya bağlı olarak yaşadıkları sorunlar, lezyon seviyeleri, gördükleri tedaviler ve tedavilere dair düşünceleri, alkol ve sigara kullanımı, intihar düşüncesi ve girişimi, yaralanma öncesi ve sonrası psikiyatrik/psikolojik destek başvuruları, başka tıbbi bir hastalığa sahip olup olmadıklarına dair bilgiler seçeneklerin işaretlenmesi ile sorgulanmıştır. Ayrıca katılımcıların yaş, aldıkları tanı, hastaneye yatış süreleri ve sayıları, hastalık sürecine dair neler yaşadıkları açık uçlu sorularla elde edilmiştir.

SKY’li bir bireyin bakımından sorumlu bakım verenler için ise yine araştırmacı tarafından geliştirilen 49 açık uçlu ve çoktan seçmeli cevapları olan sorulardan oluşan formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik seviye, meslek ve çalışma durumu, devlet tarafından bakım verme sebebi ile maaş alıp almadıkları, ne kadar süredir bakım verdikleri ve günde ortalama kaç saatlerini bakım vermeye ayırdıkları, yakınlarına hangi tedavilerin uygulandığı ve bu tedavilerin yeterli olup olmadığına dair düşünceleri, bakım verme ve hastalık sürecine dair herhangi bir eğitim alıp almadıkları, psikiyatrik/psikolojik başvuruları, bakım sürecinde destek alıp almadıkları, bakım sürecinin kendi sağlıklarına olan etkisi, sigara ve alkol kullanımları, herhangi bir tıbbi hastalıkları olup olmadığına dair bilgilerin alınması hedeflenmiştir.

3.2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ)

1983 yılında Derogatis ve Lopez tarafından geliştirilen ve bu çalışmada spinal kord yaralanmalı bireylerin hastalıklarına psikososyal uyumlarını ölçebilmek

amacıyla kullanılan Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ) (Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Report-PAIS-SR), bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer(Ek 4). Hastalığa psikososyal uyumu 7 alt grupta ele alan ölçek 46 maddeden oluşur. Bu alt gruplar; **I. Bölüm;** sağlık bakımına oryantasyon (health care orientation), **II. Bölüm;** mesleki çevre (vocational environment), **III. Bölüm;** aile çevresi (domestic environment), **IV. Bölüm;** seksüel ilişkiler (sexual relationships), **V. Bölüm;** geniş aile ilişkileri (extended family relationships), **VI. Bölüm;** sosyal çevre (social environment) ve **VII. Bölüm;** psikolojik baskı (psychological distress) şeklindedir.

Her bir soruda uyumun değişik seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Katılımcılardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi yaşantılarına en uygun olan yanıtı seçmeleri istenmektedir (Derogatis, 1986). Her bir madde için 0'dan 3'e kadar değişen skor aralıkları mevcuttur. Ölçek orijinalinde tam tersi bir puanlama sistemi olmakla birlikte bu araştırma kapsamında hastalık sonrası meydana gelen olumlu değişiklikler veya herhangi bir değişiklik olmaması 3 puanla puanlanırken olumsuz değişiklikler 0 puanla değerlendirilmiştir. Dolayısıyla yüksek puanlar hastalığa “iyi psikososyal uyumu”, düşük puanlar hastalığa “kötü psikososyal uyumu” işaret etmektedir. Bu ölçekle yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar kötü psikososyal uyumu, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar tarafından (1995) “Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” isimli doktora tezinde yapılmıştır. Sözü edilen çalışmada alt boyutlar için güvenirlik kat sayısı sırası ile .87, .85, .80, .95, .89, .93, .83 olarak belirlenirken tüm ölçek için güvenirlik kat sayısı .94 olarak bulunmuştur.

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, ülkemizde ve diğer ülkelerde farklı pek çok hasta grubu üzerinde uygulanmıştır. Ölçek kalp yetersizliği, diyabet, kanser, kronik böbrek rahatsızlığı gibi kronik hastalıklara sahip bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda kullanılmıştır (Akın ve Durna, 2006; Çam, Saka ve Babacan-

Gümüş, 2009; Talaz, 2007; Friedman ve diğ., 1988; Lin ve Bauer-Wu, 2003; Tanyi ve Werner, 2003).

3.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Ergen ve yetişkin bireylerde çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla kullanılan bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), bu çalışmada SKY’li bireylerin psikopatolojik semptom düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 5). Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilen ölçek 53 maddelik likert tipi bir envanterdir. Normal örneklemin yanında çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddeden oluşan Semptom Belirleme Listesi’nin kısaltılmış formudur. Semptomlar 0 “hiç” ile 4 “çok fazla” değerleri arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin semptomlarının şiddetini göstermektedir. Ölçeğin orijinali “somatizasyon”, “obsesif kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler”, “psikotizm” olmak üzere dokuz alt ölçekten, ek maddeler ve “rahatsızlık ciddiyet indeksi”, “belirti toplamı indeksi” ve “semptom rahatsızlık indeksi” olmak üzere üç global indeksten oluşur. 1994 yılında Şahin ve Durak (2002) tarafından Türkçe’ye uyarlaması yapılan ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı .96 ve .95 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerliliği çalışmasında ise KSE’ nin, Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -.14 ve -.34 arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile .16 ile .42 arasında, Strese Yatkınlık Ölçeği ile .24 ile .36 arasında, Ucla Yalnızlık Ölçeği ile .34 ile .70 arasında değişen korelasyonlar bulunmuştur. Bununla birlikte yapılan faktör analizinde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite olmak üzere 5 faktör bulunmuştur.

3.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ), bu çalışma kapsamında spinal kord yaralanmalı bireylerin çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 3). Zimet ve arkadaşları

tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik-güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995'te yapılmıştır. İç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek olan ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.77-0.92 olarak bulunmuştur. 2001 yılında Eker ve arkadaşlarının çalışmalarında ölçeğin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği incelenmiş ve ölçeğin üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir. İç tutarlılıkta Cronbach alfa değeri tüm ölçek için .89, aile desteği boyutu için .85, arkadaş desteği boyutu için .88 ve özel insan desteği boyutu için .92 olarak bulunmuştur. ASDÖ ve alt ölçekleri için yapılan geçerlik çalışmasında ölçeğin Beck Umutsuzluk Ölçeği, Ucla Yalnızlık Ölçeği ve Belirti Tarama Listesi ile korelasyonlarının neredeyse tamamının negatif yönde ve anlamlı olduğu bulgusu elde edilmiştir (Eker ve Arkar, 2001). 12 maddeden oluşan ölçek “Kesinlikle Hayır”dan “Kesinlikle Evet”e kadar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Aile, arkadaş ve özel kişi desteği olarak üç alt boyuttan oluşan ölçekte her bir alt boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 8 ve 11. maddeler aile desteğini, 6, 7, 9 ve 12. maddeler arkadaş desteğini, 1, 2, 5 ve 10. maddeler ise özel bir kişinin desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden en düşük 4 puan alınabilirken en yüksek ise 28 puan alınmaktadır. Alt ölçekler ayrı ayrı puanlanabildikleri gibi, tüm puanların toplanmasıyla da toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Elde edilen bu toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu belirtmektedir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve Arkar, 2001).

3.2.6. Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri (SDVDE)

Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri (SDVDE) (The Inventory of Socially Supportive Behaviors-ISSB), bu çalışmada spinal kord yaralanmalı bireylerin çevrelerinden aldıkları sosyal destek düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmıştır (Ek 6). Barrera, Sandler ve Ramsay tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde yapılan bir tez çalışması kapsamında 2008'de Ruth Yasemin Erol tarafından yapılmıştır. Ölçek, 5'li likert tipi maddelerden oluşmakta ve 1-5 arası puanlanarak kişilerin geçen ay içerisinde aldıkları sosyal desteğin sıklığını incelemektedir. Ölçek, yönlendirme (Guidance), duygusal destek (Emotional Support) ve maddi destek (Tangible Assistance) olmak

üzere üç faktörlü bir yapıya sahiptir (Barrera ve Ainley, 1983). Yönlendirme (Guidance) alt boyutu 5., 9., 12., 13., 15., 16., 19., 21., 23., 27., 28., 32., 33., 35. ve 36. maddelerinden; Duygusal Destek (Emotional Support) 2., 3., 6., 7., 8., 10., 11., 14., 18., 24., 26., 29., 30., 31. ve 37. maddelerinden, Maddi Destek (Tangible Assistance) alt boyutu ise 1., 4., 17., 20., 22., 25., 34., 38., 39. ve 40. maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa değeri .90 olarak bulunmuşken Türkiye’de yapılan Erol’un çalışmasında bu değer .69 olarak belirtilmiştir (Barrera, Sandler ve Ramsay, 1981; Erol, 2008). Erol’un yapmış olduğu çalışmada yönlendirme alt boyutu için Cronbach alfa değeri .93 iken duygusal destek alt boyutu için .91 ve maddi destek alt boyutu için .81 olarak bulgulanmıştır.

3.2.7. Verilen Sosyal Destek Ölçeği (VSDÖ)

Verilen Sosyal Destek Ölçeği (VSDÖ), Barrera, Sandler ve Ramsay tarafından 1981 yılında geliştirilmiş ve 2008’de Erol tarafından Türk kültürüne uyarlanmış olan 40 maddelik SDVDE’ye dayanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve bu çalışmada bakım verenlere uygulanmıştır (Aktaş ve Sertel-Berk, 2012). SDVDE’nin duygusal, bilgisel ve araçsal olmak üzere üç alt boyutu ölçtüğü tahmin edilirken bu çalışmada da VSDÖ’nün paralel olarak duygusal, bilgisel ve araçsal olmak üzere üç alt ölçeğe sahip olduğu ön görülmektedir (Ek 7). Ölçek maddeleri 1 (hiç) ile 5 (hemen hemen her gün) puan arasında derecelenmektedir. Çalışmada VSDÖ’nün yanı sıra araştırmacılar tarafından katılımcıların sosyo-demografik ve bakım süreci ile ilgili özelliklerini sorgulayan demografik bilgi formu, Berksun (1992) tarafından geliştirilmiş 41 maddeden oluşan Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) ve Krespi’nin (1993) Sosyal Destek Ölçeği’nden yararlanılarak Torun (1995) tarafından hazırlanmış 19 soruluk Sosyal Destek Ölçeği (SDÖ) de kullanılmıştır.

VSDÖ’den öncelikle madde analizi ile 4 madde çıkarılmış, kalan maddeler ana eksen boyutlandırma yöntemi ve oblik rotasyonla faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu analiz toplam varyansın %47’sini açıklayan, öz değeri 1’in üzerinde olan ve verilen “duygusal” (VSDÖ-D), “araçsal” (VSDÖ-A) ve “bilgisel” (VSDÖ-B) destek olarak isimlendirilen 3 faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. 2, 5, 7, 9, 13, 15, 18, 19, 20 ve 24. maddeler VSDÖ-D alt boyutunu; 1, 3, 4, 6, 11, 14, 21 ve 25. maddeler

VSDÖ-A alt boyunu ve 8, 10, 12, 16, 17, 22 ve 23. maddeler ise VSDÖ-B alt boyutunu oluşturmaktadır. Cronbach alfa değerleri VSDÖ-D için (10 madde) .86, VSDÖ-A için (8 madde) .80 ve VSDÖ-B için (7 madde) .82, toplam ölçek içinse (25 madde) .91'dir. Yapı geçerliği kapsamında, VSDÖ toplam puanı, DDÖ'nün Aşırı İlgi Koruyucu Kollayıcı Müdahalecilik Oluş (AİKKM) alt boyutu ile pozitif yönde ve Eleştirel-Düşmancıl Oluş (ED) alt ölçeği ile de negatif yönde orta düzeyde; SDÖ toplam puanı, SDÖ'nün Maddi-Bilgisel (SDÖ-MD) ve Beraberlik (SDÖ-B) alt boyutları ile de düşük düzeyde anlamlı korelasyona sahiptir. VSDÖ-D ise SDÖ toplam puanı, SDÖ-MB ve DDÖ-AİKKM ile pozitif yönde, DDÖ toplam puanı ve DDÖ-ED alt ölçeği ile de negatif yönde orta düzeyde ilişkiler göstermekte iken SDÖ-B ve SDÖ-D alt boyutları ile düşük düzeyde anlamlı korelatif bir ilişki içerisindedir. VSDÖ-B ile SDÖ toplam puanı, SDÖ-MB alt ölçeği arasında orta düzeyde ve SDÖ-B ve SDÖ-D alt boyutları ile de düşük düzeyde anlamlı korelasyonlar elde edilmişken VSDÖ-A ile DDÖ-AİKKM arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Bu çalışma kapsamında ise VSDÖ spinal kord yaralanmalı bireylere bakım verenlerin verdiklerini düşündükleri sosyal destek düzeyini inceleyebilmek adına kullanılmıştır.

3.2.8. Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi (SDKE)

Cohen ve Wills'in (1985) kavramsallaştırması göz önünde bulundurularak, Sosyal Destek Karşılıklığı Endeks (SDKE) puanı, alınan, verilen ve algılanan sosyal desteğin ne denli uyumlu olduğunu ölçmek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir puanlama sistemidir. SDKE yukarıda bahsedilen SDVDE, ASDÖ ve VSDÖ'ye dayanarak geliştirilmiştir.

Bunun için öncelikle her üç ölçekten elde edilen sosyal destek puanı medyana göre iki kategoriye ayrılmış ve medyanın altı puanlar düşük, medyanın üstü puanlar yüksek olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak SDVDE, ASDÖ ve VSDÖ puanlarının her biri için medyanın altında olanlar "0", medyanın üstünde olanlar "1" olarak kodlanmıştır.

Her üç ölçümde de medyanın altında veya her üç ölçümde de medyanın üstünde kalan SKY'li bireyler "SDKE var" olan bireyler olarak adlandırılmış ve bu

katılımcılara 1 puan verilmiştir. Biraz daha açmak gerekirse, her üç ölçümde de medyanın altında olmak şu anlama gelmektedir: SKY’li birey düşük destek aldığını bildirmektedir (düşük SDVDE puanı), kendisine düşük düzeyde destek verilmektedir (düşük VSDÖ puanı) ve düşük sosyal destek algılamaktadır (düşük ASDÖ puanları). Her üç ölçümde yüksek puan almak ise hem alınan, hem verilen, hem de algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla SDKE sadece sosyal desteğin varlığına-yüksekliğine değil, yokluğuna-düşüklüğüne dair uyumu da hesaba katan genel bir endekstir.

Medyanın altı ve üstü olarak ikiye ayrılmış olan sosyal destek türlerinin her biri için medyanın altında olanlar “0”, medyanın üstünde olanlar “1” puan olarak kodlanmıştır. Üç sosyal destek türünün herhangi birinde medyanın altında puana sahip olan katılımcılara “0” puan verilmiş ve «*Düşük SDKE*» grubu olarak değerlendirilmişlerdir. Üç sosyal destek türünde de medyanın üstünde olanlara ve yine üç sosyal destek türünde de medyanın altında olanlara ise “1” puan verilmiş ve «*Yüksek SDKE*» grubu olarak değerlendirilmişlerdir.

Aşağıda çalışmada kullanılan ölçeklerin orjinal Cronbach alfa değerlerinin ve bu çalışma kapsamındaki Cronbach alfa değerlerinin sunulduğu tablo yer almaktadır.

Tablo 5: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Orjinal ve Çalışma Kapsamındaki Cronbach Alfa Değerleri

Kullanılan Ölçek	Madde Sayısı	Orjinal Cronbach Alfa	Çalışmadaki Cronbach Alfa
<i>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)</i>	12 madde	.83	.92
<i>Verilen Sosyal Destek Ölçeği (VSDÖ)</i>	25 madde	.91	.92
<i>Sosyal Destek Veren Davranışlar Ölçeği (SDVDE)</i>	40 madde	.69	.94
<i>KSE_Depresyon</i>	6 madde		.80
<i>KSE_Anksiyete Bozukluğu</i>	6 madde	.80	.92
<i>KSE_Paranoid Düşünce</i>	5 madde	.73	.68
<i>Kısa Semptom Envanteri (KSE)°</i>	53 madde	.96	.95
<i>HPUÖÖ_Sağlık Bakımına Oryantasyon</i>	8 madde	.87	.81
<i>HPUÖÖ_Mesleki Çevre</i>	6 madde	.85	.66
<i>HPUÖÖ_Aile Çevresi</i>	8 madde	.80	.80
<i>HPUÖÖ_Geniş Aile İlişkileri</i>	5 madde	.89	.90
<i>HPUÖÖ_Psikolojik Baskı</i>	7 madde	.83	.89
<i>Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (HPUÖÖ)</i>	46 madde	.94	.93

° (KSE: Kısa Semptom Envanteri, HPUÖÖ: Hastalığa Psikososyal Öz-Bildirim Ölçeği)

3.3. İşlem

Çalışma verilerinin toplanması için öncelikle Tablo 6’da belirtilen devlet hastaneleri için İl Sağlık Müdürlüğü’nden, vakıf hastaneleri için ise kurum başhekimliklerden etik kurul onayı alınmıştır.

Tablo 6: Uygulama Yapılan Kurumlardaki Katılımcı Sayısına İlişkin Bilgiler

Uygulama Yeri	SKY’li Birey Katılımcı Sayısı	Bakım Veren Katılımcı Sayısı
İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi	14	15
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2	1
Darüşşafaka Maltepe FTR [°] Hastanesi	11	12
Erenköy FTR Hastanesi	7	11
TOFD Hüsnü Ayık Özel Bakım Merkezi	13	-
Diğer (Ev)	3	2

[°] (FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, TOFD: Türkiye Omurilik Felci Derneği)

Çalışma Eylül 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında söz konusu kurumlarda yatarak veya ayakta bakım almakta olan parapleji ve tetrapleji tanısı almış bireyler ve spinal kord yaralanmalı bir bireye bakım vermekte olan kişilerin katılımı ile yürütülmüştür. Katılımcılara öncelikle araştırmanın amacı, içeriği, süresi hem sözlü hem de yazılı olarak sunulmuştur. Araştırmayı kabul eden katılımcılara öncelikle onam formu okutulmuş ve imzalatılmış ardından hastane koşullarına bağlı olarak koridor, kantin, hastane odası veya hastane yetkilileri tarafından araştırmacıya sağlanan görüşme odasında katılımcılarla bireysel görüşme yapılmıştır.

Bu görüşmelerde SKY’li bireylere ve bakım verenlerine Bilgilendirici Onam Formunun yanında Demografik Bilgi Formu verildikten sonra SKY’li bireylere Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, bakım verenlerine ise Verilen Sosyal Destek Ölçeği öncelik-sonralık etkisini ortadan kaldırmak amacıyla her uygulamada karışık sırada verilmiş ve katılımcılardan bu formları doldurmaları istenmiştir. Düşük eğitim seviyesi, fiziksel yetersizlik gibi çeşitli sebeplerden ötürü formları doldurmada zorluk yaşayan katılımcılara araştırmacı tarafından yardım edilmiştir. Formlarını kendileri dolduran katılımcılar

ile araştırmacının yardımını alan katılımcıların uygulama süreleri arasında farklılık olmuş, kendi formlarını kendi dolduran katılımcılar daha kısa sürede çalışmayı tamamlamışlardır. Gizliliği sağlayabilmek için her bir katılımcıya bir protokol numarası verilmiş ve veri toplama, veri analizi ve yorumlanması sırasında bu numaralar kullanılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde sosyodemografik verilerin sıklık yüzde dağılımları, standart sapma, medyan, varyans, ölçek puan ortalamaları (aritmetik ortalama) hesaplanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi uygulanmıştır. Ölçek toplam puanlarının sosyo demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla iki kategorili değişkenler için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışmanın temel ve yan hipotezlerinin analizinde sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisini incelemek için Baron ve Kenny'nin (1986) öne sürdüğü hiyerarşik doğrusal biçimlendirici (moderatör) regresyon analizi yürütülmüştür. Yazarlara göre, hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi için bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olması gereklidir. Ancak bağımsız değişken ile biçimlendirici değişken ve biçimlendirici değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlılığına yönelik bir koşul bildirilmemiştir. Dolayısıyla biçimlendirici regresyon analizi bağımlı değişken olan hastalığa psikososyal uyum ile anlamlı ilişkiler gösteren bağımsız değişkenlerle yürütülmüştür.

Biçimlendirici regresyon analizine dahil edilen bağımsız, bağımlı ve biçimlendirici değişkenler önce Z standart puanına çevrilmiştir. Ardından her biçimlendirici regresyon analizi için sırasıyla birinci adımda bağımsız değişken, ikinci adımda biçimlendirici değişken, üçüncü adımda ise bağımsız değişken ile biçimlendirici değişkenlerin standart skorlarının çarpımından ortaya çıkan etkileşimler analize sokulmuştur. Biçimlendirici regresyon analizinin son basamağında ortak etkinin anlamlı olması bağımsız değişken ile bağımlı değişken

arasındaki ilişkide biçimlendirici etkilerin anlamlı olduğuna işaret etmektedir (Baron ve Kenny, 1986).

Tüm istatistiksel çözümler için anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışmanın amacı spinal kord yaralanması (SKY) olan bireylerin psikopatolojik semptom düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum düzeyleri arasındaki ilişkide sosyal destek türlerinin (verilen, algılanan, alınan) ve bu sosyal destek türlerine göre hesaplanan sosyal destek karşılıklığı endeksinin (SDKE) biçimlendirici etkisini incelemektir.

Araştırmanın bulguları iki ana başlık halinde sunulmuştur. İlk başlıkta SKY olan bireylerin ve bakım verenlerinin demografik ve psikolojik durumlarına ve çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin betimsel istatistiksel sonuçlar sunulmaktadır. İkinci başlık altında ise araştırmanın temel hipotezi doğrultusunda SKY olan bireylerin psikopatolojik durumları ile psikososyal uyumlarının toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkide SDKE ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici etkisinin incelendiği analiz sonuçları bulunmaktadır.

4.1. Betimleyici Bulgular

Çalışmanın temel hipotezlerine yönelik yapılan analizlere geçmeden önce bu başlık altında SKY olan bireylerin ve bakım verenlerinin demografik ve psikolojik özelliklerine dair tanımlayıcı bilgiler ve çalışmada kullanılan ölçeklere ait betimsel istatistiksel sonuçlar sunulmaktadır.

Katılımcıların Demografik ve Psikolojik Özelliklerine Dair Betimsel Bilgiler

Bu bölüme ilk olarak SKY’li bireylerin demografik, psikolojik ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerine dair bilgiler ile başlanılmıştır (Tablo 7).

Tablo 7: SKY Olan Bireylerin Demografik, Psikolojik ve Hastalık Durumlarına İlişkin Özellikleri

Değişkenler (N=31)		Ort	SS
Yaş		33.96	13.18
		N	%
Cinsiyet	Erkek	21	67.7
	Kadın	10	32.3
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	8	25.8
	Lise	13	41.9
	Üniversite	10	32.3
SKY Öncesi Medeni Durum	Evli	15	48.4
	Bekar	14	45.2
	Boşanmış, Dul	2	6.5
SKY Sonrası Medeni Durum	Evli	12	38.7
	Bekar	14	45.2
	Boşanmış	5	16.1
SKY Öncesi Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	51.6
	Çalışmıyor	15	48.4
SKY Sonrası Çalışma Durumu	Çalışıyor	4	12.9
	Çalışmıyor	27	87.1
	0-1 yıl	9	29.0
	1-5 yıl	16	51.6
	5 yıl ve üzeri	6	19.4
Tanı Süresi	Trafik kazası	9	29.0
	Yüksekten Düşme	9	29.0
	Şiddet	2	6.5
Yaralanma Nedeni	Sığ suya dalma	3	9.7
	Ameliyat sonrası	3	9.7
	Diğer	5	16.1
SDKE	Yüksek	12	40.0
	Düşük	18	60.0

Bakım verenlerin demografik ve psikolojik özelliklerine dair tanımlayıcı bilgiler ise Tablo 8’de belirtilmektedir.

Tablo 8:Bakım Verenlerin Demografik ve Psikososyal Durumlarına İlişkin Özellikler

Değişkenler (N=31)		Ort	SS
Yaş		44.67	10.74
		N	%
Cinsiyet	Kadın	23	74.2
	Erkek	8	25.8
Bakım verdiği kişiye yakınlık derecesi	Anne-baba	12	38.7
	Eş	12	38.7
	Diğer (Kardeş, bakıcı)	7	22.6
	Okur-yazar değil	1	3.2
	Okur-yazar	2	6.5
Eğitim durumu	İlköğretim	17	54.8
	Lise	11	35.5
	Evli	24	77.4
	Bekar	2	6.5
Medeni durum	Boşanmış	1	3.2
	Dul	4	12.9
	Çalışıyor	5	16.1
	Çalışmıyor	19	61.3
Çalışma durumu	Bakım verme sebebi ile çalışmıyor	7	22.6
	Düşük	7	26.9
	Orta	11	42.3
	Yüksek	8	30.8
Bakım verme süresi	0-1 yıl	11	35.5
	1-5 yıl	13	41.9
	5 yıl ve sonrası	7	22.6
	1-12 saat	9	29.0
Günlük bakım verme süresi	13-24 saat	22	71.0

Katılımcıların Ölçek Puanlarına Dair Betimsel Bilgileri

Çalışma kapsamında incelenmekte olan SKY’li bireylerin psikososyal uyum toplam puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırıldığı analiz sonuçları Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9: SKY’li Bireylerin Çeşitli Değişkenler Açısından Psikososyal Uyum Toplam Puanlarına Ait Ortalama, Standart Sapma ve Test İstatistiği Değerleri

		N	Ort	SS	Test İstatistiği
Yaş	<i>15-30 yaş</i>	15	14,00	18,64	U=60.00
	<i>31-60 yaş</i>	7	11,50	21,98	
Ekonomik Durum	<i>500-1000</i>	5	7,30	26,60	X²=5.855*
	<i>1000-2000</i>	8	9,25	11,13	
	<i>2000 ve üstü</i>	8	15,06	15,45	
Medeni Durum	<i>Evli</i>	9	9,56	24,93	U=41.00 [†]
	<i>Bekar</i>	12	12,08	11,96	
	<i>Boşanmış</i>	4		22,57	
Eğitim Durumu	<i>İlköğretim</i>	6	9,50	24,36	X ² =3.283
	<i>Lise</i>	10	12,15	17,59	
	<i>Üniversite</i>	9	16,28	14,50	
Hastalık Süresi	<i>0-1 yıl</i>	7	9,29	13,00	X ² =2.653
	<i>1-5 yıl</i>	13	14,00	22,37	
	<i>5 yıl ve üzeri</i>	5	15,60	18,69	
Bakım Veren Kişi Yakınlığı	<i>Anne-baba</i>	10	15,60	12,69	X ² =2.422
	<i>Eş</i>	9	12,17	24,93	
	<i>Diğer</i>	6	9,92	19,37	
Bakım Veren Kişi Değişimi	<i>Evet</i>	5	8,60	26,43	U=28.00
	<i>Hayır</i>	20	14,10	15,78	
Tedavinin Yeterliliğine Dair Düşünce	<i>Tedavi Yeterli</i>	10	17,20	22,92	U=33.00**
	<i>Tedavi Yetersiz</i>	15	10,20	14,68	

*p<.10, **p<.05

[†] Bu karşılaştırmada kategorilerden birinde vaka sayısı 5’in altında olduğu için sadece vaka sayısı 5’in üstünde olan kategoriler karşılaştırılmıştır.

Psikososyal uyum puanlarının SKY’li bireylerin yaşlarına göre değişip değişmediğini araştırmak için uygulanan parametrik olmayan Mann-Whitney U test

sonuçları yaş arttıkça uyum seviyesinin de artma eğiliminde olduğunu ancak bu farkın anlamlı olmadığını göstermiştir ($U = 60.00, p > .05$).

SKY’li bireylerin ekonomik durumlarına göre psikososyal uyumlarının değişip değişmediğini saptamak amacıyla uygulanan non-parametrik test olan Kruskal-Wallis testi sonuçları katılımcıların ekonomik duruma göre psikososyal uyumlarında değişim olduğunu göstermiştir ($X^2_{(2)} = 5.855, p < .10$). Yani gelir düzeyi arttıkça psikososyal uyum puanları da artmaktadır.

Medeni durumun SKY’li bireylerin psikososyal uyumları üzerindeki etkisini inceleyebilmek amacıyla bir kategorisinde vaka sayısı 5’in altında olduğu için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Test bulguları medeni duruma göre psikososyal uyumun anlamlı bir oranda değişmediğini buna rağmen bekar olanların evli olanlara oranla uyumlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir ($U = 41.00, p > .05$).

Psikososyal uyum puanlarının SKY’li bireylerin eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak için uygulanan parametrik olmayan Kruskal-Wallis testi sonuçları katılımcıların eğitim durumlarına göre psikososyal uyum puanlarının değişmediğini ortaya koymuştur ($X^2_{(2)} = 3.283, p > .05$). Ancak yine de eğitim durumunun artmasıyla psikososyal uyum puanlarının da artma eğilimi gösterdiği görülmüştür.

Hastalık süresine göre psikososyal uyum puanlarının değişip değişmediğini saptamak amacıyla yapılan parametrik olmayan Kruskal-Wallis testi sonuçları psikososyal uyum puanlarının hastalık süresine göre farklılaşmadığını göstermiştir ($X^2_{(2)} = 2.653, p > .05$). Buna rağmen hastalık süresi arttıkça da psikososyal uyum puanları artma eğilimindedir.

Bakım verenin SKY’li bireye yakınlık derecesine göre psikososyal uyum puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını öğrenebilmek için yapılan Kruskal-Wallis test sonuçları bakım verenin yakınlık derecesine göre psikososyal uyum puanlarının değişmediğini ortaya koymuştur ($X^2_{(2)} = 2.422, p > .05$). Ancak bununla birlikte anne-babalarından bakım alanların diğerlerine göre psikososyal uyumları daha yüksektir.

Hastalık süresince bakım veren kişinin değişikliğinin SKY’li bireylerin psikososyal uyum puanları üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Test sonuçları bakım veren kişinin değişip değişmemesine göre psikososyal uyum puanlarının farklılaşmadığını ortaya koymakla birlikte bakım vereninin değişmediğini bildirenlerin uyum puanları daha yüksektir ($U=28.00$, $p>.05$).

SKY’li bireylerin aldıkları tedaviyi yeterli görüp görmediklerine dair düşüncelerinin psikososyal uyum puanlarının değiştirip değiştirmediğini incelemek amacıyla kullanılan Mann-Whitney U test sonucu tedavisini yeterli olarak görenlerin psikososyal uyum puanlarının yetersiz görenlerden anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir ($U=33.00$, $p<.05$).

Katılımcıların sosyal destek karşılıklığı durumları ile demografik özelliklerinin incelendiği analiz sonuçları Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 10: SKY’li Bireylerin Çeşitli Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karşılıklığı Durumlarına Dair Puanlarının Ortalama ve Test İstatistiği Değerleri

		SDKE°				
		N	Sıralama Ort”	Ort	SS	Test İstatistiği
Yaş	15-30 yaş	17	14,79	,3529	49,25	U=98,50
	31-60 yaş	13	16,42	,4615	51,88	
Medeni Durum	Evli	12	16,67	,6667	49,23	U=46,00** †
	Bekar	14	10,79	,2143	42,58	
	Boşanmış	4		,2500	50,00	
Eğitim Durumu	İlköğretim	7	13,79	,2857	48,79	X²=0,567
	Lise	13	16,42	,4615	51,88	
	Üniversite	10	15,50	,4000	51,64	
Hastalık Süresi	0-1 yıl	8	18,88	,6250	51,75	X²=6,260**
	1-5 yıl	16	12,31	,1875	40,31	
	5 yıl üstü	6	19,50	,6667	51,64	
Bakım Veren Kişi Yakınlığı	Anne-Baba	12	13,25	,2500	45,22	X²=5,840*
	Eş	12	19,50	,6667	49,23	
	Diğer	6	12,00	,1667	40,82	
Bakım Veren Kişi Değişimi	Evet	6	9,50	,0000	00,00	U=36,00**
	Hayır	24	17,00	,5000	51,07	
Tedavinin Yeterliliğine Dair Düşünce	Tedavi Yeterli	11	13,59	,2727	46,71	U=83,50
	Tedavi Yetersiz	19	16,61	,4737	51,29	

* $p < .01$, ** $p < .05$

† Bu karşılaştırmada kategorilerden birinde vaka sayısı 5’in altında olduğu için sadece vaka sayısı 5’in üstünde olan kategoriler karşılaştırılmıştır.

° (SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi)

” (Sıralama Ort: Mean Rank)

SKY’li bireylerin yaşlarına göre sosyal destek karşılıklığı durumlarının değişip değişmediğini inceleyebilmek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları anlamlı düzeyde bir değişimin olmadığını göstermekle birlikte yaş arttıkça SDKE puanlarının da arttığı bulunmuştur ($U = 98.50$, $p > .05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre sosyal destek karşılıklığı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını öğrenmek amacıyla yapılan mevcut kategorilerin birinde vaka sayısı 5'ten küçük olduğu için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Evli katılımcıların bekar katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek sosyal destek karşılıklığı puanlarına sahip oldukları görülmüştür ($U=46.00, p<.05$).

Eğitim durumuna göre katılımcıların sosyal destek karşılıklığı durumları Kruskal-Wallis testi ile incelenmiş ve eğitim durumuna göre sosyal destek karşılıklığı puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı bulgulanmıştır ($X^2_{(2)}=0.567, p>.05$). Ancak lise mezunu bireylerin diğer katılımcılara göre daha yüksek sosyal destek karşılıklığı puanlarına sahip olma eğiliminde oldukları gösterilmiştir.

Katılımcıların hastalık sürelerine göre sosyal destek karşılıklığı durumlarının değişip değişmediğini incelemek amacıyla Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Test sonucu hastalık süresinin artışıyla sosyal destek karşılıklığı puanlarının da yükseldiğini göstermektedir ($X^2_{(2)}= 6.260, p<.05$).

SKY'li bireylere hastalık sürecinde bakım veren kişilerin yakınlık derecelerine göre sosyal destek karşılıklığı durumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyebilmek için Kruskal-Wallis testi yapılmış ve test sonucu bakım verenlerin yakınlık derecelerine göre sosyal destek karşılıklığı puanlarının farklılaştığını ortaya koymuştur ($X^2_{(2)}= 5.840, p<.10$). Eşi tarafından bakılan katılımcıların diğerlerine göre daha yüksek sosyal destek karşılıklığı puanlarına sahip oldukları bulunmuştur.

Bakım veren kişi değişiminin SKY'li bireylerin sosyal destek karşılıklığı durumları üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmış ve bakım vereni değişmeyen bireylerin değişenlere göre anlamlı derecede daha yüksek sosyal destek karşılıklığı puanına sahip oldukları gösterilmiştir ($U= 36.00, p<.05$).

Katılımcıların aldıkları tedaviye yönelik yeterlilik düşüncelerinin sosyal destek karşılıklığı durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Mann-Whitney U testi uygulanmış ve tedavinin yeterli olduğunu düşünenlerin diğerlerine göre daha düşük sosyal destek karşılıklığı puanlarına sahip olma eğilimi

göstermelerine rağmen bu eğilim anlamlı bir değişim yaratmamıştır ($U=83.50$, $p>.05$).

Tablo 11’de ise SKY’li bireylerin HPUÖÖ, KSE, ASDÖ, SDVDE, SDKE ve bakım verenlerin ise VSDÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar, standart sapma değerleri, medyan, ranj, minimum ve maksimum değerler yer almaktadır.

Tablo 11: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Ranj, Medyan, Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Minimum, Maksimum Değerleri

	N	Ranj	Medyan	Min	Mak	Ort	SS
HPUÖÖ-SBO°	25	19	17	5	24	17.32	4.66
HPUÖÖ-MÇ	25	15	7	2	17	7.40	3.65
HPUÖÖ-AÇ	25	23	16	0	23	15.50	5.00
HPUÖÖ-GAİ	25	15	13	0	15	11.81	3.46
HPUÖÖ-PB	25	21	16	0	21	14.92	4.72
HPUÖÖ-T	25	83	74.89	30	113	74.94	19.61
KSE-D	31	21	5	0	21	6,51	5,50
KSE-AB	31	24	3	0	24	5,83	6,54
KSE-PD	31	17	5	0	17	5,77	4,51
KSE-T	31	175	47	0	175	52,83	37,96
ASDÖ	30	67	73,50	17	84	65,03	19,80
SDVDE	30	125	145,50	62	187	141,32	32,78
VSDÖ	29	85,07	90	37,93	123	86,98	22,46
SDKE	30	1	0	0	1	0,40	0,49

° (HPUÖÖ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, HPUÖÖ-T: Toplam Ölçek Puanı, KSE: Kısa Semptom Envanteri, KSE-D: Depresyon, KSE-AB: Anksiyete Bozukluğu, KSE-PD: Paranoid Düşünceler, KSE-T: Toplam Ölçek Puanı, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi)

4.2. İstatistiksel Analizler

Hipotez 1: Spinalkord yaralanmalı bireylerin psikososyal uyumları ile psikopatolojik durumları arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

Bu başlık altında sosyal destek karşılıklığı durumlarınınve sosyal destek türlerinin SKY’li bireylerin psikopatolojik durumları ile psikososyal uyum puanları arasındaki biçimlendirici etkisini sınamak amacıyla yapılan biçimlendirici regresyon analizi sonuçlarını vermeden önce SKY olan bireylerin bağımlı değişken olan psikososyal uyuma ait puanları ile bağımsız ve biçimlendirici değişkenler arasındaki ilişkilere dair Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi uygulanmış ve Baron ve Kenny’nin kriterleri doğrultusunda yordayıcı ve yordanan değişkenlere ait korelasyon analiz bulguları sunulmuştur (Tablo 12).

Tablo 12:Psikopatolojik Durum ile Psikososyal Uyum Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkileri

	HPUÖÖ-T°	HPUÖÖ-SBO	HPU-MÇ	HPUÖÖ-AÇ	HPUÖÖ-GAİ	HPUÖÖ-SÇ	HPUÖÖ-PB
KSE-T	-.562*	-.530**	-.328	-.419*	-.256	-.124	-.790**
KSE-D	-.504*	-.519**	-.250	-.297	-.171	-.224	-.700**
KSE-AB	-.540**	-.540**	-.279	-.412*	-.215	-.134	-.751**
KSE-PD	-.697**	-.323	-.469*	-.647**	-.605**	-.375	-.671**

* $p < .05$, ** $p < .01$

° (HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Toplam Puan, HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, KSE-T: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan, KSE-D: Depresyon, KSE-AB: Anksiyete Bozukluğu, KSE-PD: Paranoid Düşünce)

Tablo 12’de de görüldüğü gibi toplam psikososyal uyum puanları ile toplam psikopatolojik durum puanları ve depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre SKY’li bireylerin ile toplam psikopatolojik durum puanları ve depresyon, anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler alt ölçek puanları arttıkça toplam psikososyal uyum puanları azalmaktadır.

Psikososyal uyumu ölçen ölçeğin alt boyutlarından biri olan sağlık bakımına oryantasyon (HPUÖÖ-SBO) ile toplam psikopatolojik durum ve depresyon, anksiyete bozukluğu alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulguya göre SKY’li bireylerin toplam psikopatolojik durum ve depresyon, anksiyete bozukluğu alt ölçek puanları arttıkça sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanları azalmaktadır.

Psikososyal uyum ölçeğinde mesleki çevre (HPUÖÖ-MÇ) alt ölçeği ile yalnızca paranoid düşünceler alt ölçek puanı arasında, negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bu sonuca göre SKY’li bireylerin paranoid düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça mesleki çevre alt boyut puanları azalmaktadır.

Psikososyal uyum ölçeği aile çevresi (HPUÖÖ-AÇ) alt ölçeği ile toplam psikopatolojik durum ve anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler alt ölçek puanları arasında ise negatif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Bu bulgular SKY’li bireylerde toplam psikopatolojik durum ve anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler alt ölçek puanlarının artmasıyla aile çevresi alt ölçek puanlarının azaldığını göstermektedir.

Psikososyal uyum ölçeğinde geniş aile ilişkileri (HPUÖÖ-GAİ) alt ölçeği ile ise sadece paranoid düşünceler alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Başka bir deyişle SKY’li bireylerin paranoid düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arttıkça geniş aile ilişkileri alt boyut puanları azalmaktadır.

Psikososyal uyum ölçeği psikolojik baskı (HPUÖÖ-PB) alt ölçeği ile toplam psikopatolojik durum ve anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler ve depresyon alt ölçek puanları arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Bu sonuçlara göre SKY’li katılımcıların toplam psikopatolojik durum ve anksiyete bozukluğu, paranoid düşünceler ve depresyon alt ölçek puanları arttıkça psikolojik baskı alt boyut puanları azalmaktadır.

Baron ve Kenny’e (1986) göre öncelikle hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizi için bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olması

koşuldur. Bu doğrultuda yapılan korelasyon sonuçlarına göre psikososyal uyum ölçeği sosyal çevre (HPUÖÖ-SÇ) ile hiçbir bağımsız değişkenin ilişkisi anlamlı bulunmamışken psikolojik baskı puanları ve toplam psikososyal uyum puanları ile tüm bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler anlamlı çıkmıştır. Psikososyal uyum ölçeğinde yer alan sağlık bakımına oryantasyon puanları ile paranoid düşünceler ve psikososyal uyum aile çevresi puanları ile depresyon dışındaki tüm bağımsız değişkenler anlamlı ilişkilere sahip iken geniş aile ilişkileri ve mesleki çevre ile de yalnızca paranoid düşünceler anlamlı ilişki göstermektedir.

Böylelikle biçimlendirici regresyon analizinin yapılması için bu değişkenler açısından gerekli ön koşul sağlanmıştır ve çalışmanın ana hipotezlerinden olan psikopatolojik durum ile psikososyal uyum toplam puanları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığı durumu ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici etkisi incelenmiştir.

Hipotez 2: Spinalkord yaralanmalı bireylerin hastalığa psikososyal uyumları ile psikopatolojik durumları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığı ve sosyal destek türleri biçimlendirici etkiye sahiptir.

SKY olan bireylerdeki toplam psikopatolojik semptom düzeyi ile toplam psikososyal uyum seviyeleri arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığı durumu ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolünü saptamak amacıyla toplam dört ayrı hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizi yapılmıştır (Tablo 13).

Tablo 13:SKY’li Bireylerin Psikopatolojik Durum Toplam Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR ²
KSE-T °	-.751**	.315**
SDKE	.070	.000
KSE-TxSDKE	.399*	.126*
KSE-T	-.632**	.315**
ASDÖ	.354*	.121*
KSE-TxASDÖ	.140	.019
KSE-T	-.577**	.315**
SDVDE	.087	.017
KSE-TxSDVDE	.347	.073
KSE-T	-.682**	.327**
VSDÖ	.053	.030
KSE-TxVSDÖ	.375	.083

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize B katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

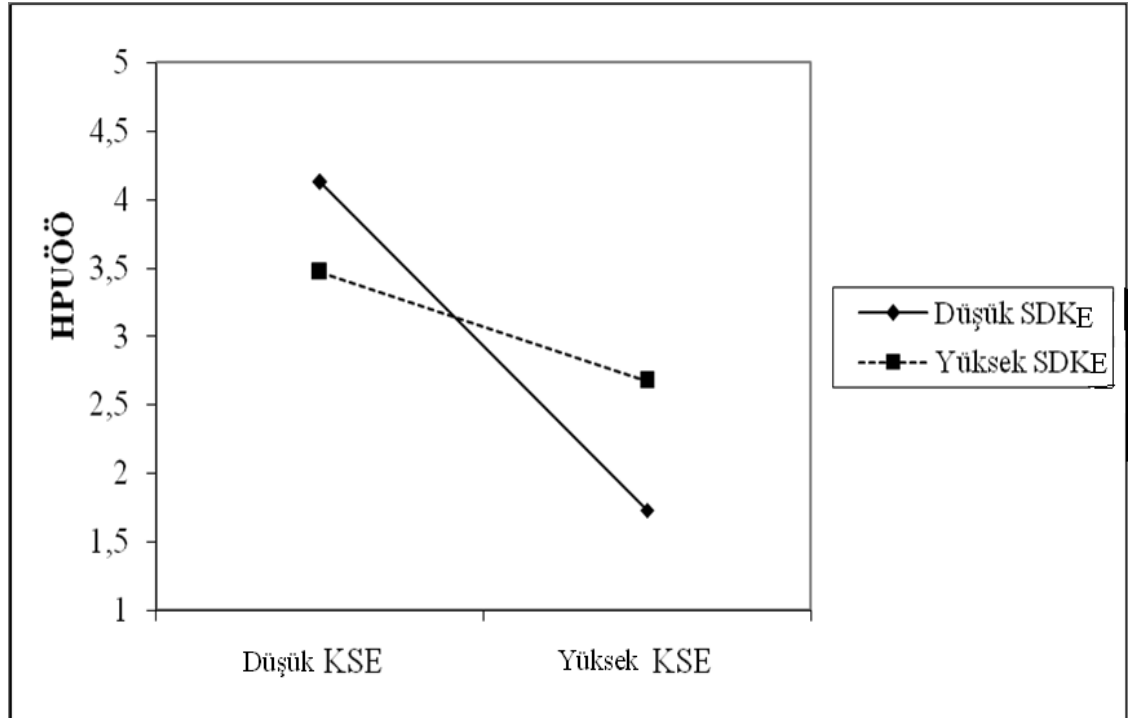
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-T: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puan, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tablo 13’te de görülebileceği gibi her dört sosyal destek değişkeninin ayrı ayrı biçimlendirici değişken olarak girildiği hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizinin her birinde toplam psikopatolojik durum puanlarının psikososyal uyum puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin tek başına anlamlı olduğu görülmüştür. Tüm regresyon analizlerinde psikopatolojik durum, psikososyal uyumdaki değişimin yaklaşık %32’ye yakını anlamlı olarak açıklamaktadır (sırasıyla $F_{(1,22)} = 10.132$, $p < .01$; $F_{(1,22)} = 10.132$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 9.283$, $p < .01$; $F_{(1, 21)} = 10.183$, $p < .01$). Öte yandan, biçimlendirici değişkenlerden yalnızca algılanan sosyal desteğin yordanan değişken üzerindeki ana etkisi anlamlıdır; algılanan sosyal destek psikososyal uyum skorlarındaki değişimin %12.1’ini anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1, 21)} = 4.498$, $p < .05$). Her dört biçimlendirici değişkenin ayrı ayrı psikopatolojik durum ile psikososyal uyum toplam puanları üzerindeki ortak etkileri incelendiğinde ise yalnızca sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisi anlamlı çıkmıştır;

psikopatolojik durum toplam puanları ile sosyal destek karşılıklığı ortak etki puanları yordanan değişkendeki değişimin %12,6'sını açıklamaktadır ($F_{(1,20)} = 4,49, p < 0.05$). Aşağıdaki şekilde de psikopatolojik durum ile psikososyal uyum puanları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisi gösterilmiştir.

Şekil 7: Psikopatolojik Durum İle Psikososyal Uyum Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi



(HPUÖÖ-T: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Toplam Puanı, KSE: Kısa Semptom Envanteri, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi)

Şekil 7’de de görüldüğü üzere, yüksek sosyal destek karşılıklığı puanında psikopatolojik semptom puanları arttıkça psikososyal uyum toplam puanları azalmaktadır. Bununla birlikte, düşük sosyal destek karşılıklığı puanında psikopatolojik semptom puanları arttıkça psikososyal uyum toplam puanları arasında daha kuvvetli bir negatif ilişki söz konusudur; bir başka deyişle, düşük sosyal destek karşılıklığı puanında psikopatolojik semptom puanları arttıkça, yüksek sosyal destek karşılıklığı durumuna kıyasla, psikososyal uyum puanları daha fazla oranda azalmaktadır. Bu durumda yalnızca yüksek sosyal destek karşılıklığı

durumunun psikopatolojik durum ve psikososyal uyum arasındaki ilişkide tampon etki gösterdiği söylenebilir.

SKY'li bireylerin psikopatolojik durum alt ölçek puanları ile psikososyal uyum toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığı ve sosyal destek türlerinin etkisini belirleyebilmek amacıyla ise aralarında anlamlı ilişki olan her bir biçimlendirici değişken için 15 ayrı regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonuçları üç bölüm halinde sunulmuştur.

i. KSE Depresyon Puanları ile HPUÖÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkide SDKE ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolü

Bu başlık altında Kısa Semptom Envanteri-Depresyon (KSE-D) puanları ile HPUÖÖ Toplam (HPUÖÖ-T), Sağlık Bakımına Oryantasyon (HPUÖÖ-SBO) ve Psikolojik Baskı (HPUÖÖ-PB) puanları arasındaki ilişkide Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi (SDKE) ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolüne dair yapılan hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizlerine yer verilmiştir.

Tablo 14'te depresyon puanlarının toplam psikososyal uyum puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde SDKE ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolüne dair yapılan analiz sonuçları verilmektedir.

Tablo 14: SKY'li Bireylerdeki Depresyon Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-D°	-.549**	.285**
SDKE	-.004	.000
KSE-DxSDKE	.135	.018
KSE-D	-.591**	.285**
ASDÖ	.370*	.131*
KSE-DxASDÖ	.064	.004
KSE-D	-.531**	.285**
SDVDE	-.006	.027
KSE-DxSDVDE	.254	.040
KSE-D	-.496*	.304**
VSDÖ	-.209	.057
KSE-DxVSDÖ	.110	.011

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-D: Kısa Semptom Envanteri-Depresyon, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tablo 14'te yer alan analiz sonuçlarına göre depresyon puanlarının toplam psikososyal uyum puanları üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı olup psikososyal uyum puanlarındaki değişimin yaklaşık %25-%30'unu açıklamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 8.768, p < .01$; $F_{(1, 22)} = 8.768, p < .01$; $F_{(1, 20)} = 6.679, p < .05$; $F_{(1, 22)} = 8.768, p < .01$; $F_{(1, 21)} = 9.171, p < .01$). Diğer yandan biçimlendirici değişkenlerden sadece algılanan sosyal desteğinyordanan değişken üzerindeki ana etkisi anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar algılanan sosyal desteğin toplam psikososyal uyum puanlarındaki değişimin %13.1'ini anlamlı olarak açıkladığını ortaya koymaktadır ($F_{(1, 21)} = 4.696, p < .05$). Analize tabi tutulan biçimlendirici değişkenlerin ortak etkileri incelendiğinde ise biçimlendirici değişkenlerden hiçbirinin ortak etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Depresyon puanlarının bu defa da psikososyal uyum ölçeğindeki sağlık bakımına oryantasyon puanları üzerinde yordayıcı etkisinin incelendiği regresyon analizi de Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15:SKY'li Bireylerin Depresyon Puanlarının Sağlık Bakımına Oryantasyon Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığıve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-D°	-.564**	.364**
SDKE	-.197	.035
KSE-DxSDKE	-.079	.006
KSE-D	-.544**	.364**
ASDÖ	-.121	.008
KSE-DxASDÖ	-.384*	.145*
KSE-D	-.590**	.364**
SDVDE	-.166	.020
KSE-DxSDVDE	-.040	.001
KSE-D	-.609**	.359**
VSDÖ	.053	.000
KSE-DxVSDÖ	.188	.031

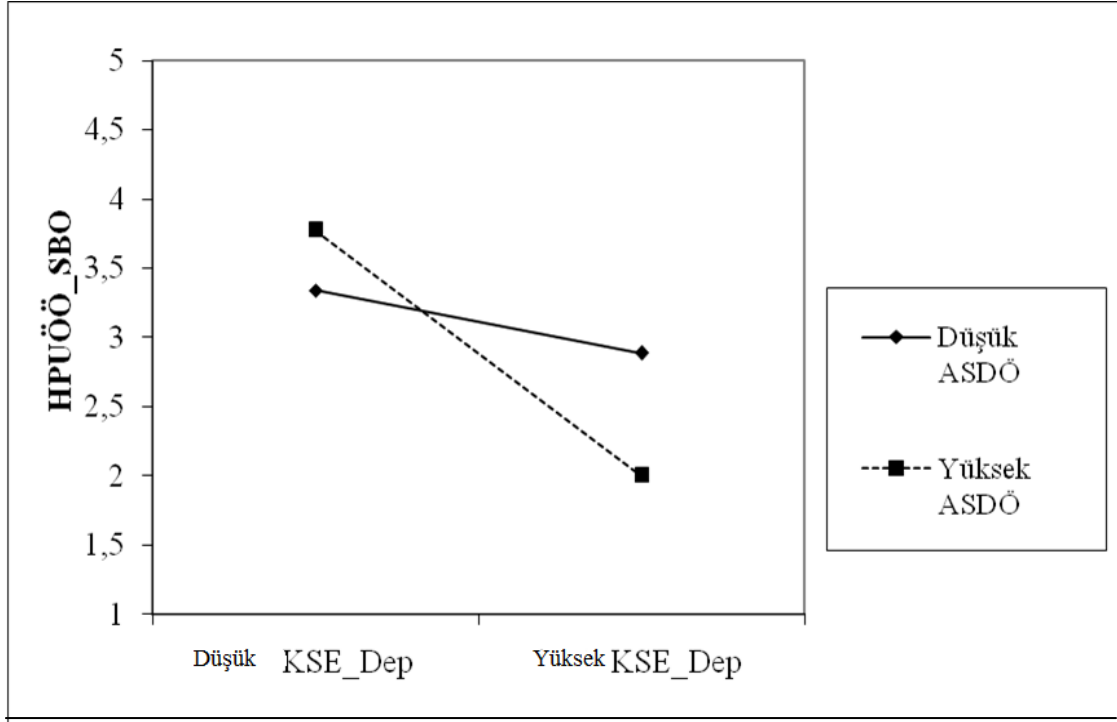
Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-D: Kısa Semptom Envanteri-Depresyon, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tablo 15'e göre yapılan regresyon analizinde depresyon puanlarının sağlık bakımına oryantasyon puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde depresyon puanlarının etkisinin yine tek başına anlamlı olduğu bulgulanmıştır. Depresyon puanları sağlık bakımına oryantasyon puanlarındaki değişimin yaklaşık %25-%36'sını açıklamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 12.600, p < .01$; $F_{(1, 22)} = 12.600, p < .01$; $F_{(1, 20)} = 6.631, p < .05$; $F_{(1, 21)} = 11.738, p < .01$). Biçimlendirici ortak etkiler ele alındığında ise yalnızca algılanan sosyal desteğin ortak etkisinin anlamlı olduğu ve sağlık bakımına oryantasyon puanlarındaki değişimin %14.5'ini açıkladığı gösterilmiştir ($F_{(1, 20)} = 5.985, p < .05$) (Tablo 15). SKY'li bireylerin algıladıkları desteğin düşük olduğu durumda beklenilenin aksine depresyon puanları düştükçe sağlık bakımlarına oryantasyonları artmakta algılanan desteğin yüksek olduğu bireylerde depresyon puanları ile sağlık bakımına oryantasyon puanları arasında daha kuvvetli bir negatif ilişki görülmekte ve depresyon puanları azaldıkça sağlık bakımına oryantasyon puanları artmaktadır. Başka bir deyişle bu bulgularda algılanan sosyal destek depresyon ile sağlık bakımına oryantasyon ilişkisinde tersine tampon etki göstermiştir (Şekil 8).

Şekil 8: Depresyon ile Sağlık Bakımına Oryantasyon Puanları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-D: Kısa Semptom Envanteri-Depresyon, HPUÖÖ-SBO: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği,)

Tablo 16’da daher dört sosyal destek değişkeninin ayrı ayrı biçimlendirici değişken olarak girildiği hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 16: SKY’li Bireylerin Depresyon Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığıve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-D	-.687**	.516**
SDKE	.015	.002
KSE-DxSDKE	-.284	.079
KSE-D	-.709**	.516**
ASDÖ	.082	.009
KSE-DxASDÖ	-.188	.035
KSE-D	-.694**	.516**
SDVDE	-.293	.065
KSE-DxSDVDE	-.060	.002
KSE-D	-.665**	.536**
VSDÖ	-.264	.062
KSE-DxVSDÖ	-.020	.000

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-D: Kısa Semptom Envanteri-Depresyon, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tabloya göre her dört sosyal destek değişkeninin ayrı ayrı biçimlendirici değişken olarak girildiği hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizinin her birinde depresyon puanlarının bu defa da psikososyal uyum ölçeğinde yer alan psikolojik baskı puanları üzerindeki yordayıcı etkisi tek başına anlamlıdır (Açıklanan varyans yaklaşık %49-%54; sırasıyla $F_{(1, 22)} = 23.463$, $p < .01$; $F_{(1, 22)} = 23.463$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 19.476$, $p < .01$; $F_{(1, 21)} = 24.278$, $p < .01$). Ne biçimlendirici değişkenlerin yordanan değişken üzerindeki ana etkisi ne de bu değişkenlerin depresyon ve psikolojik baskı ilişkisindeki ortak etkisi anlamlı değildir.

ii. *Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Psikososyal Uyum Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkide SDKE ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolü*

Bu bölümde KSE-Anksiyete Bozukluğu (KSE-AB) puanları ile HPUÖÖ Toplam (HPUÖÖ-T), Sağlık Bakımına Oryantasyon (HPUÖÖ-SBO), Aile Çevresi (HPUÖÖ-AÇ) ve Psikolojik Baskı (HPUÖÖ-PB) puanları arasındaki ilişkide SDKE ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolüne dair yapılan hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizlerine yer verilmiştir.

Anksiyete bozukluğu ile toplam psikososyal uyum puanları ilişkisine dair yürütülen regresyon analizleri Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17:SKY’li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığıve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR ²
KSE-AB ^o	-.794**	.282**
SDKE	.121	.001
KSE-ABxSDKE	.456*	.145*
KSE-AB	-.587**	.282**
ASDÖ	.311	.101
KSE-ABxASDÖ	.162	.025
KSE-AB	-.556**	.282**
SDVDE	.095	.030
KSE-ABxSDVDE	.404	.092
KSE-AB	-.876**	.294**
VSDÖ	.271	.039
KSE-ABxVSDÖ	.608	.109

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

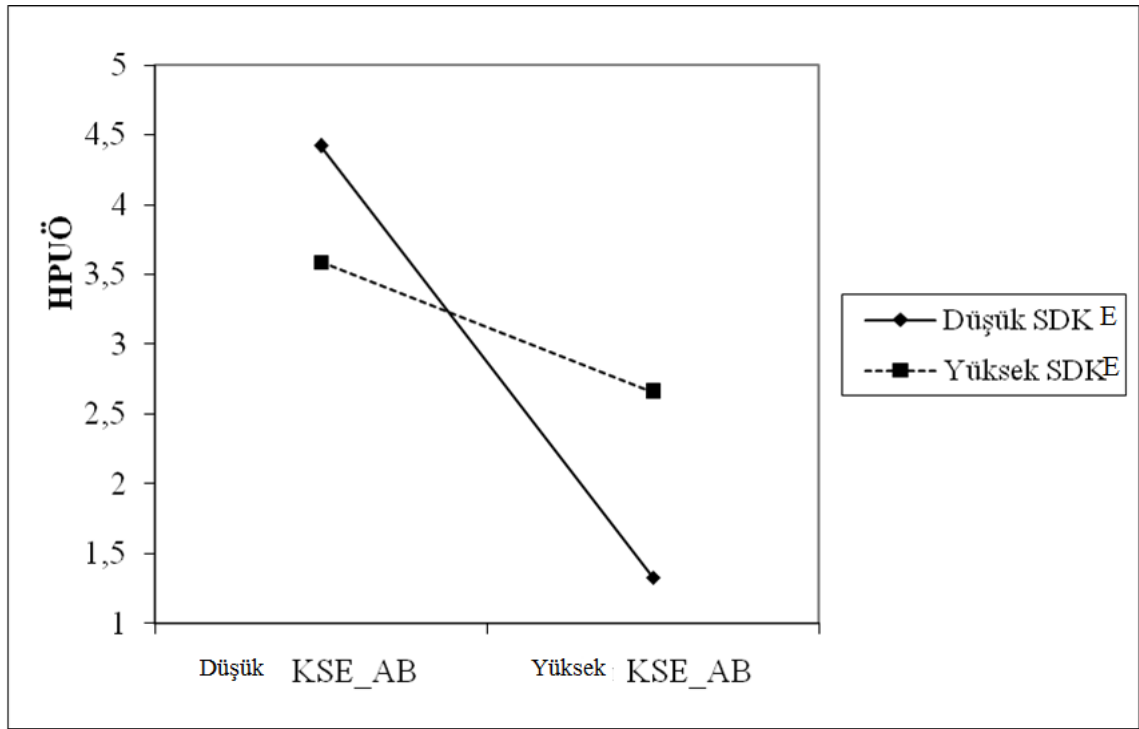
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

^o (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tabloya göre anksiyete bozukluğu ile toplam psikososyal uyum puanları ilişkisinde anksiyete bozukluğu puanlarının yordayıcı ana etkisi anlamlıdır. Tüm

analizlerde anksiyete bozukluğu puanları, psikososyal uyum puanlarındaki değişimin yaklaşık %28 ila %29'unu anlamlı düzeyde yordamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 8.639$, $p < .01$; $F_{(1, 22)} = 8.639$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 8.347$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 8.347$, $p < .01$). Dört sosyal destek değişkeninin hiçbirisi yordanan değişken üzerinde ana etkiye sahip olmamakla birlikte anksiyete bozukluğu ile psikososyal uyum ilişkisi üzerinde yalnızca sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisi anlamlı çıkmıştır. Anksiyete bozukluğu ile sosyal destek karşılıklığı ortak etki puanları yordanan değişkendeki değişimin %14.5'ini açıklamaktadır ($F_{(1, 20)} = 5.066$, $p < .05$). Bu biçimlendirici etki aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

Şekil 9: Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Psikososyal Uyum Toplam Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, HPUÖÖ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği)

Şekil 9'da da görüldüğü üzere düşük sosyal destek karşılıklığı durumunda anksiyete bozukluğu ile psikososyal uyum puanları arasında negatif bir ilişki görülmekte ve anksiyete bozukluğu puanları düştükçe psikososyal uyum puanları artmaktadır. Yüksek sosyal destek karşılıklığı durumunda da anksiyete

bozukluğupuanları azaldıkça psikososyal uyum toplam puanları artmaktadır, ancak bu ilişki düşük sosyal destek karşılıklığı durumuna göre daha zayıftır.

Anksiyete bozukluğunun sağlık bakımına oryantasyon puanları üzerindeki etkisinde sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolünü sınamak amacıyla yürütülen regresyon analizlerinde de anksiyete bozukluğunun sağlık bakımına oryantasyon puanları üzerindeki ana etkisi anlamlıdır (açıklanan varyans %26-%28 arası; sırasıyla $F_{(1, 22)} = 8.020, p < .05$; $F_{(1, 22)} = 8.020, p < .05$; $F_{(1, 20)} = 7.655, p < .05$; $F_{(1, 21)} = 7.495, p < .05$). Diğer yandan, her dört sosyal destek değişkenin yordanan değişken üzerinde ne ana etkileri ne de ortak etkileri anlamlı değildir (Tablo 18).

Tablo 18:SKY’li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Sağlık Bakımına Oryantasyon Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-AB ^o	-.411	.267*
SDKE	-.189	.026
KSE-ABxSDKE	-.119	.010
KSE-AB	-.444*	.267*
ASDÖ	-.125	.020
KSE-ABxASDÖ	-.287	.078
KSE-AB	-.506**	.267**
SDVDE	-.158	.024
KSE-ABxSDVDE	-.001	.000
KSE-AB	-.761*	.263*
VSDÖ	.303	.000
KSE-ABxVSDÖ	.364	.039

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

^o (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tablo 19’da ise anksiyete bozukluğu puanlarının aile çevresi puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek üzere sosyal destek değişkenleri biçimlendirici değişken olarak analize tabi tutulmuştur.

Tablo 19:SKY’li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	β	ΔR^2
KSE-AB°	-.707**	.173*
SDKE	.162	.004
KSE-ABxSDKE	.493*	.170*
KSE-AB	-.524**	.173*
ASDÖ	.367*	.149*
KSE-ABxASDÖ	.381*	.137*
KSE-AB	-.453*	.173*
SDVDE	.195	.024
KSE-ABxSDVDE	.529*	.039*
KSE-AB	-.487	.195*
VSDÖ	-.128	.083
KSE-ABxVSDÖ	.227	.015

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

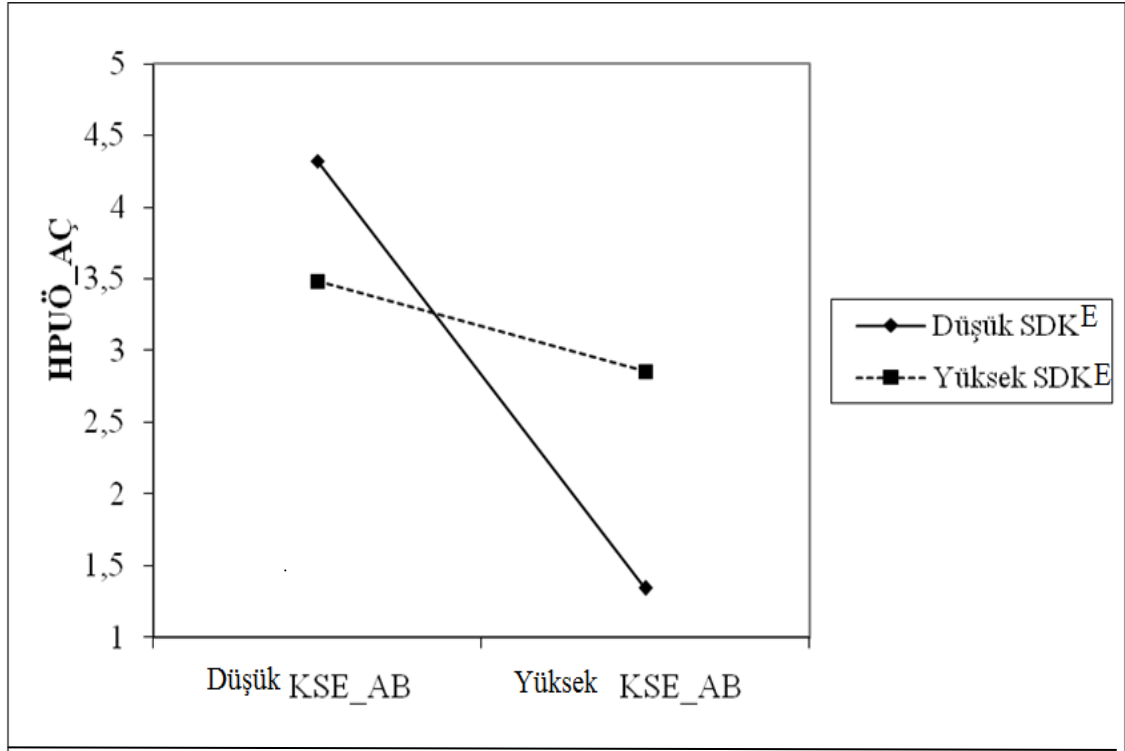
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tablo 19’da gösterildiği üzere yapılan hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizi sonuçlarına göre biçimlendirici değişken olarak girilen sosyal destek değişkenlerinin hepsinde anksiyete bozukluğu puanlarının aile çevresi puanları üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlıdır; anksiyete bozukluğu puanlarının aile çevresi puanlarındaki değişimin yaklaşık %17 ila %20’sini anlamlı olarak yordamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 4.593$, $p < .05$; $F_{(1, 22)} = 4.593$, $p < .05$; $F_{(1, 20)} = 4.447$, $p < .05$; $F_{(1, 21)} = 5.080$, $p < .05$). Biçimlendirici değişkenlerden ise yalnızca algılanan sosyal desteğin yordanan değişken üzerindeki ana etkisi anlamlı bulunmuştur. Algılanan sosyal destek, aile çevresi puanlarındaki değişimin %14.9’unu anlamlı olarak açıklamaktadır ($F_{(1, 21)} = 4.618$, $p < .05$). Anksiyete bozukluğu ile aile çevresi arasındaki ilişkide biçimlendirici değişkenlerin ortak etkileri incelendiğinde alınan, algılanan sosyal destek türleri ve sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisi anlamlı bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu ile sosyal destek karşılıklığı ortak etki

puanları yordanan değişkendeki değişimin %17'sini, anksiyete bozukluğu ile algılanan sosyal destek ortak etki puanları değişimin %13.7'sini, anksiyete bozukluğu ile alınan sosyal destek ortak etki puanları ise yordanan değişkendeki değişimin %15.7'sini açıklamaktadır (sırasıyla, $F_{(1, 20)} = 5.186, p < .05$; $F_{(1, 20)} = 5.084, p < .05$; $F_{(1, 20)} = 4.863, p < .05$). Şekil 10'da sosyal destek karşılıklığının anksiyete bozukluğu ile psikososyal uyum ilişkisindeki rolü açıklanmaktadır.

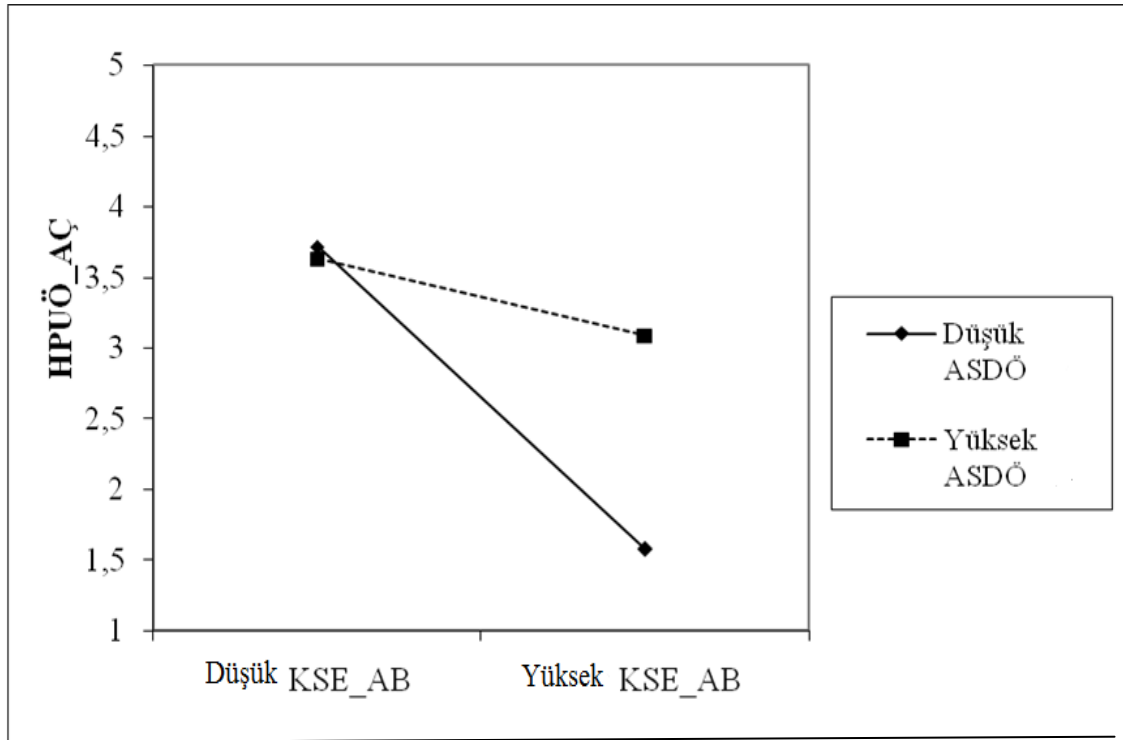
Şekil 10: Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, HPUÖÖ-AÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Aile Çevresi)

Aşağıdaki şekilde ise anksiyete bozukluğu ile psikososyal uyum ilişkisinde algılanan sosyal desteğin etkisi gösterilmektedir.

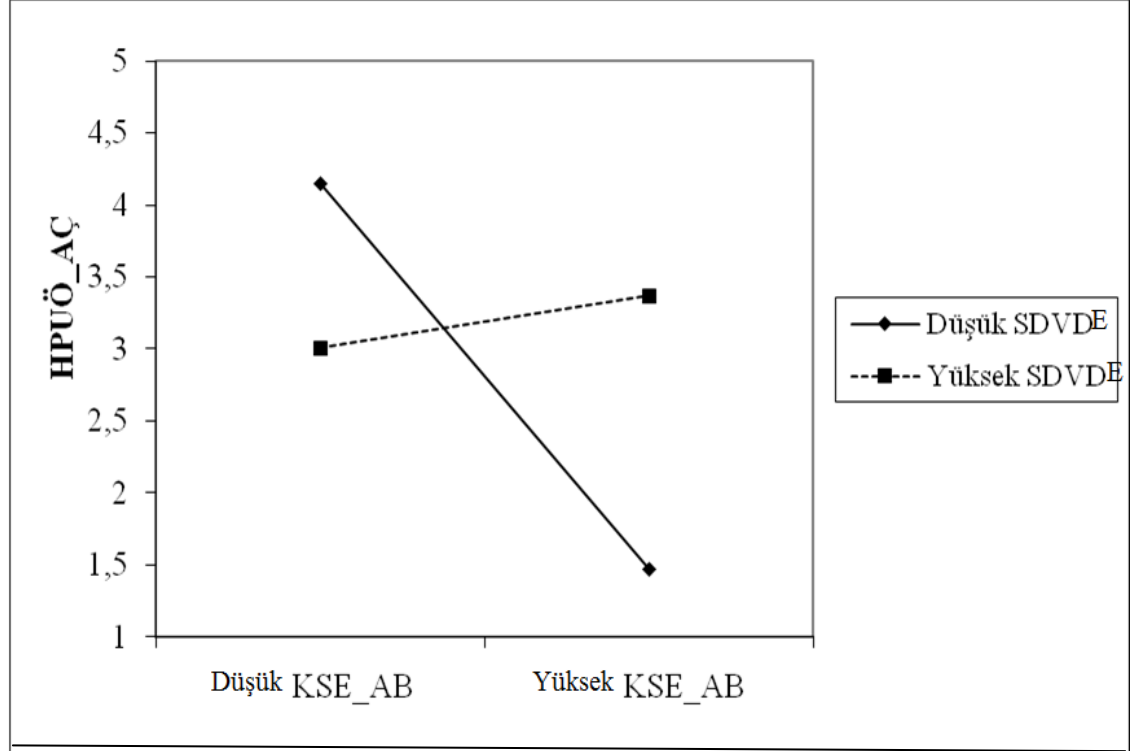
Şekil 11:Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, HPUÖÖ-AÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Aile Çevresi)

Anksiyete bozukluğu ile aile çevresi puanları arasındaki ilişkide alınan sosyal desteğin rolü ise aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Şekil 12:Anksiyete Bozukluğu Puanları ile Aile Çevresi Puanları Arasında Alınan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, HPUÖÖ-AC: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Aile Çevresi)

Yukarıdaki şekillerde de görüldüğü üzere, her üç sosyal destek türünden alınan yüksek puanlar anksiyete bozukluğunun aile çevresi puanları üzerindeki olumsuz etkisinde tampon rolü üstlenmektedir; her üç sosyal destekte de, yüksek puanlar anksiyete bozukluğu ile aile çevresi arasındaki negatif ilişkinin gücünü azaltmaktadır.

Anksiyete bozukluğunun psikososyal uyum ölçeğindeki psikolojik baskı puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolünü inceleyen bir diğer regresyon analizinde ise anksiyete bozukluğunun ana etkisi anlamlıdır; anksiyete bozukluğunun bağımlı değişken olan psikolojik baskı

puanlarındaki değişimin yaklaşık %57-%59'unu açıkladığı görülmüştür (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 29.474, p < .01$; $F_{(1, 22)} = 29.474, p < .01$; $F_{(1, 20)} = 27.419, p < .01$; $F_{(1, 21)} = 29.593, p < .01$). Biçimlendirici değişkenlerin hiçbirinin ne ana etkisinin ne de ortak etkilerinin anlamlı olmadığı bulgulanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20: SKY'li Bireylerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarının Psikolojik Baskı Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR^2
KSE-AB ^o	-.734**	.573**
SDKE	.097	.013
KSE-ABxSDKE	-.089	.006
KSE-AB	-.732**	.573**
ASDÖ	.050	.002
KSE-ABxASDÖ	-.123	.014
KSE-AB	-.738**	.573**
SDVDE	-.271	.070
KSE-ABxSDVDE	-.010	.000
KSE-AB	-.813**	.585**
VSDÖ	-.053	.030
KSE-ABxVSDÖ	.168	.008

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

^o (KSE-AB: Kısa Semptom Envanteri-Anksiyete Bozukluğu, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

iii. KSE-Paranoid Düşünceler Alt Ölçek Puanları ile Psikososyal Uyum Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolü

Bu kısımda KSE-Paranoid Düşünceler (KSE-PD) puanları ile HPUÖÖ Toplam (HPUÖÖ-T) ve Mesleki Çevre (HPUÖÖ-MÇ), Aile Çevresi (HPUÖÖ-AÇ), Geniş Aile İlişkileri (HPUÖÖ-GAİ), Psikolojik Baskı (HPUÖÖ-PB) puanları arasındaki ilişkide SDKE ve sosyal destek türlerinin biçimlendirici rolüne dair yapılan hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizlerine yer verilmiştir.

Tablo 21’de biçimlendirici değişken olarak işleme sokulan dört sosyal destek değişkeninin paranoid düşünceler ile psikososyal uyum üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir.

Tablo 21:SKY’li Bireylerin Paranoid Düşünceler Puanlarının Psikososyal Uyum Toplam Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-PD°	-.697**	.527**
SDKE	-.005	.002
KSE-PDxSDKE	.248	.059
KSE-PD	-.684**	.527**
ASDÖ	.088	.008
KSE-PDxASDÖ	.056	.003
KSE-PD	-.713**	.527**
SDVDE	-.057	.050
KSE-PDxSDVDE	.276	.048
KSE-PD	-.951**	.524**
VSDÖ	.150	.039
KSE-PDxVSDÖ	.551**	.149**

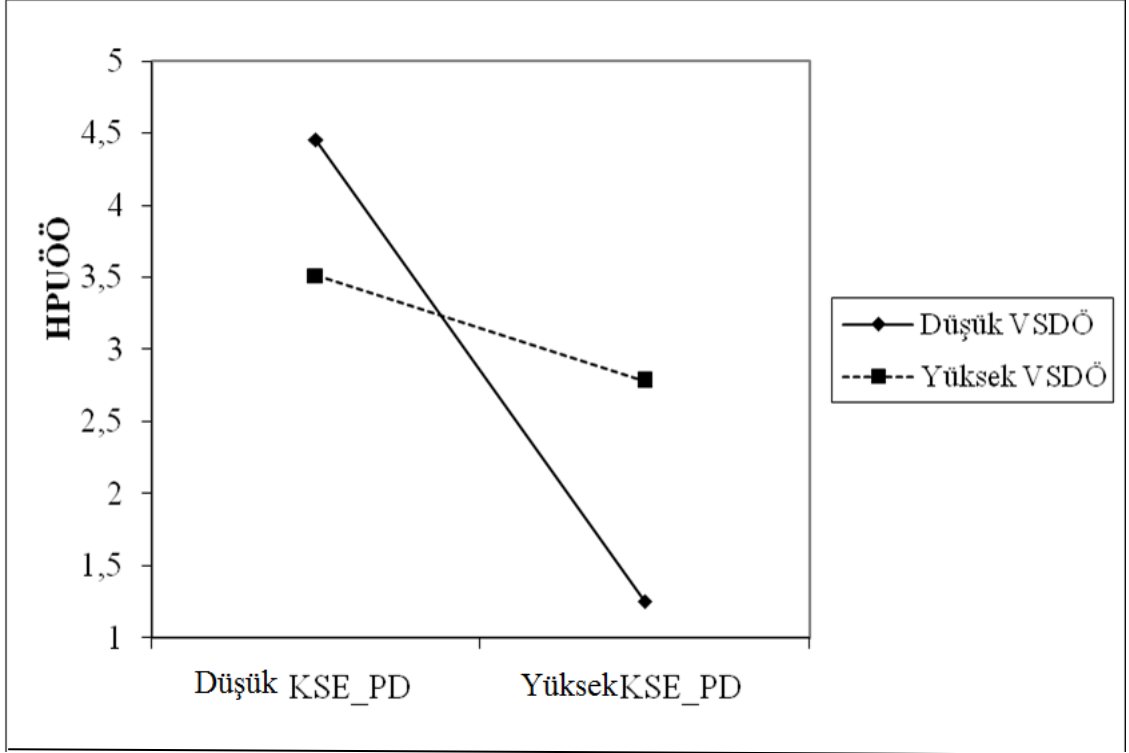
Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize *B* katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Tabloda sunulan analiz sonuçlarına göre biçimlendirici değişken olarak işleme tabi tutulan beş sosyal destek değişkeninde paranoid düşüncelerin psikososyal uyum üzerindeki yordayıcı etkisi tek başına anlamlıdır (açıklanan varyans %50-%52; sırasıyla $F_{(1, 22)} = 24.539$, $p < .01$; $F_{(1, 22)} = 24.539$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 19.964$, $p < .01$; $F_{(1, 21)} = 23.156$, $p < .01$). Biçimlendirici değişkenlerin hiçbirinin yordanan değişken üzerinde ana etkisi olmamakla birlikte yalnızca verilen sosyal desteğin biçimlendirici etkisi anlamlı bulunmuştur. Paranoid düşünceler ile verilen sosyal desteğin ortak etki puanları yordanan değişkendeki değişimin %14.9’unu açıklamaktadır ($F_{(1, 19)} = 9.896$, $p < .01$). Verilen sosyal desteğin biçimlendirici etkisi aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

Şekil 13: Paranoid Düşünce Puanları ile Psikososyal Uyum Toplam Puanları Arasında Verilen Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, HPUÖÖ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Şekil 13'e göre SKY'li bireylere yakınları tarafından verilen sosyal desteğin düşük olduğu durumda paranoid düşünce alt ölçek puanları azaldıkça psikososyal uyum toplam puanları artmakta iken verilen sosyal desteğin yüksek olduğu durumda ise paranoid düşünce alt ölçek puanları arttıkça psikososyal uyum toplam puanları azalmaktadır.

Paranoid düşünce alt ölçek puanlarının psikososyal uyum ölçeğinde yer alan mesleki çevre alt ölçek puanı üzerindeki yordayıcı etkisi ayrı ayrı biçimlendirici değişken olarak girilen dört sosyal destek değişkeninde de tek başına anlamlı olmakla birlikte paranoid düşünce puanı, mesleki çevre puanındaki değişimin yaklaşık %21-%24'ünü anlamlı olarak açıklamıştır (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 7.141, p < .05$; $F_{(1, 22)} = 7.141, p < .05$; $F_{(1, 20)} = 5.323, p < .05$; $F_{(1, 21)} = 6.618, p < .05$). Bu dört sosyal destek değişkeninden hiçbirinin yordanan değişken üzerinde ana etkisi anlamlı bulunmamıştır. Ortak etkilere bakıldığında ise sosyal destek karşılıklığı ve verilen sosyal desteğin

biçimlendirici etkilerinin anlamlı çıktığı bulgulanmıştır. Paranoid düşünce ile sosyal destek karşılıklığı ortak etki puanları yordanan değişkendeki değişimin %15.1'ini, paranoid düşünce ile verilen sosyal destek puanları ise bu değişimin %27.5'ini açıklamaktadır (sırasıyla $F(1, 20)=5.550, p<.05$; $F(1, 19)=14.246, p<.01$) (Tablo 22).

Tablo 22:SKY'li Bireylerin Paranoid Düşünce Puanlarının Mesleki Çevre Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-PD °	-.436*	.245*
SDKE	-.179	.062
KSE-PDxSDKE	.397*	.151*
KSE-PD	-.443*	.245*
ASDÖ	.301	.081
KSE-PDxASDÖ	-.103	.010
KSE-PD	-.484*	.245*
SDVDE	-.150	.099
KSE-PDxSDVDE	.272	.047
KSE-PD	-.779**	.240*
VSDÖ	.128	.118
KSE-PDxVSDÖ	.748**	.275**

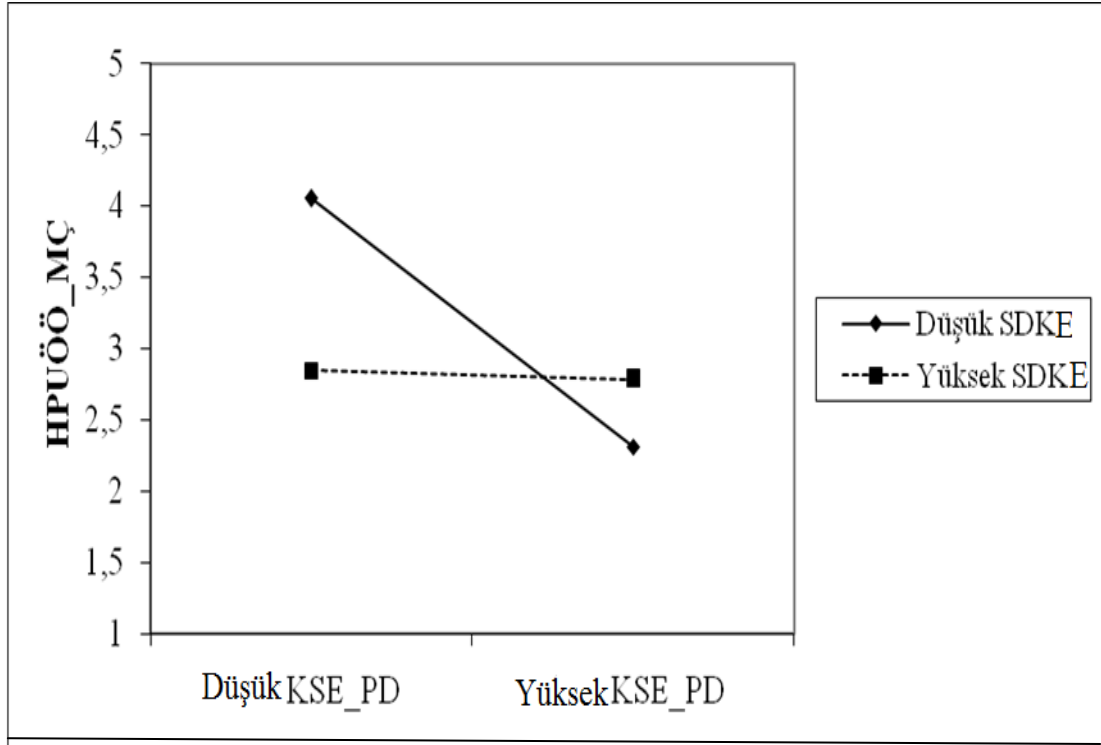
Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Şekil 14'te mesleki çevre ile paranoid düşünce puanları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisi gösterilmiştir.

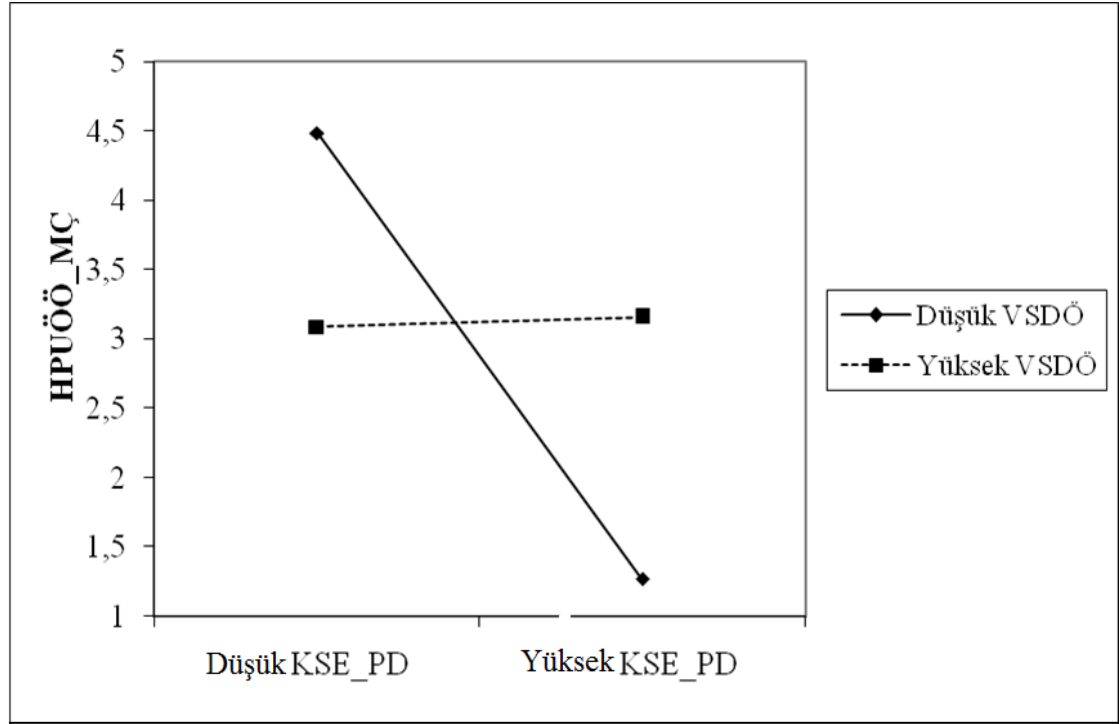
Şekil 14: Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanı ile Mesleki Çevre Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, HPUÖÖ-MÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Mesleki Çevre)

Şekil 15'te ise mesleki çevre puanları ile paranoid düşünce puanları arasındaki ilişkide verilen sosyal desteğin biçimlendirici etkisi gösterilmiştir.

Şekil 15: Paranoid Düşünce ile Mesleki Çevre Puanları Arasındaki İlişkide Verilen Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği, HPUÖÖ-MÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Mesleki Çevre)

Şekil 14 ve 15'te de görüldüğü üzere VSDÖ ve SDKE'den yüksek puan alındığı durumlarda mesleki çevre ile paranoid düşünce puanları arasında bir ilişki olmamakla birlikte bu puan türlerinin düşük olduğu durumlarda ise mesleki çevre ile paranoid düşünce puanları arasında negatif bir ilişki söz konusudur. Bu negatif ilişki verilen sosyal desteğin biçimlendirici etkisinde daha belirgindir.

Dört sosyal destek biçimlendirici değişkenin de paranoid düşünce puanlarının ile çevresi puanları üzerindeki yordayıcı etkisi tek başına anlamlıdır. Paranoid düşünce, aile çevresindeki değişimin yaklaşık %43 ila %44'ünü anlamlı olarak yordamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 22)} = 16.721, p < .01$; $F_{(1, 22)} = 16.721, p < .01$; $F_{(1, 20)} = 16.042, p < .01$; $F_{(1, 21)} = 15.760, p < .01$). Biçimlendirici değişkenler yordanan değişken üzerinde ana etkiye sahip olmamakla birlikte sosyal destek karşılıklığınınve

alınan sosyal desteğin biçimlendirici ortak etkisi anlamlı olarak bulgulanmıştır. Paranoid düşünceler ile sosyal destek karşılıklığı ortak etki puanlarının yordanan değişkendeki değişimin %12'sini açıklarken, paranoid düşünceler ile alınan sosyal destek puanları değişimin %13.6'sını açıklamaktadır (sırasıyla, $F_{(1, 20)} = 5.333, p < .05$; $F_{(1, 20)} = 6.907, p < .05$) (Tablo 23).

Tablo 23:SKY'li Bireylerdeki Paranoid Düşünce Puanlarının Aile Çevresi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	<i>B</i>	ΔR^2
KSE-PD °	-.621**	.432**
SDKE	.067	.000
KSE-PDxSDKE	.354*	.120*
KSE-PD	-.515**	.432**
ASDÖ	.176	.034
KSE-PDxASDÖ	.304	.083
KSE-PD	-.631**	.432**
SDVDE	.081	.039
KSE-PDxSDVDE	.463*	.136*
KSE-PD	-.722**	.429**
VSDÖ	-.104	.072
KSE-PDxVSDÖ	.270	.036

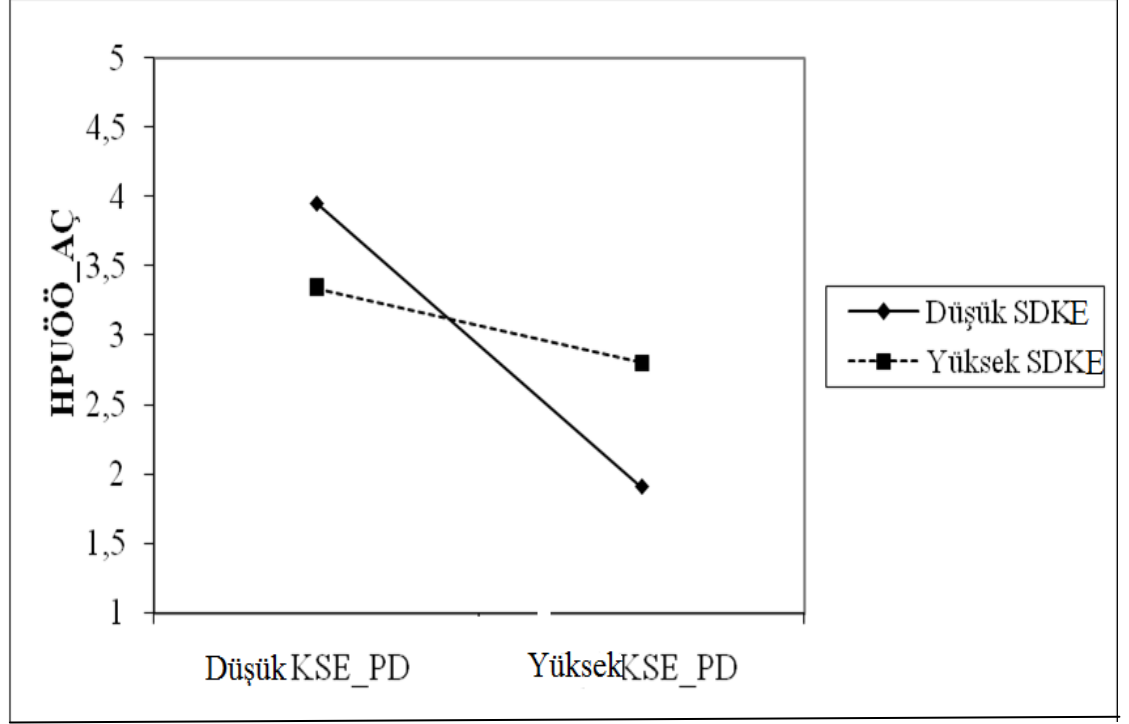
Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Paranoid düşünce puanları ile aile çevresi puanları arasındaki ilişkide sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisi aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Şekil 16).

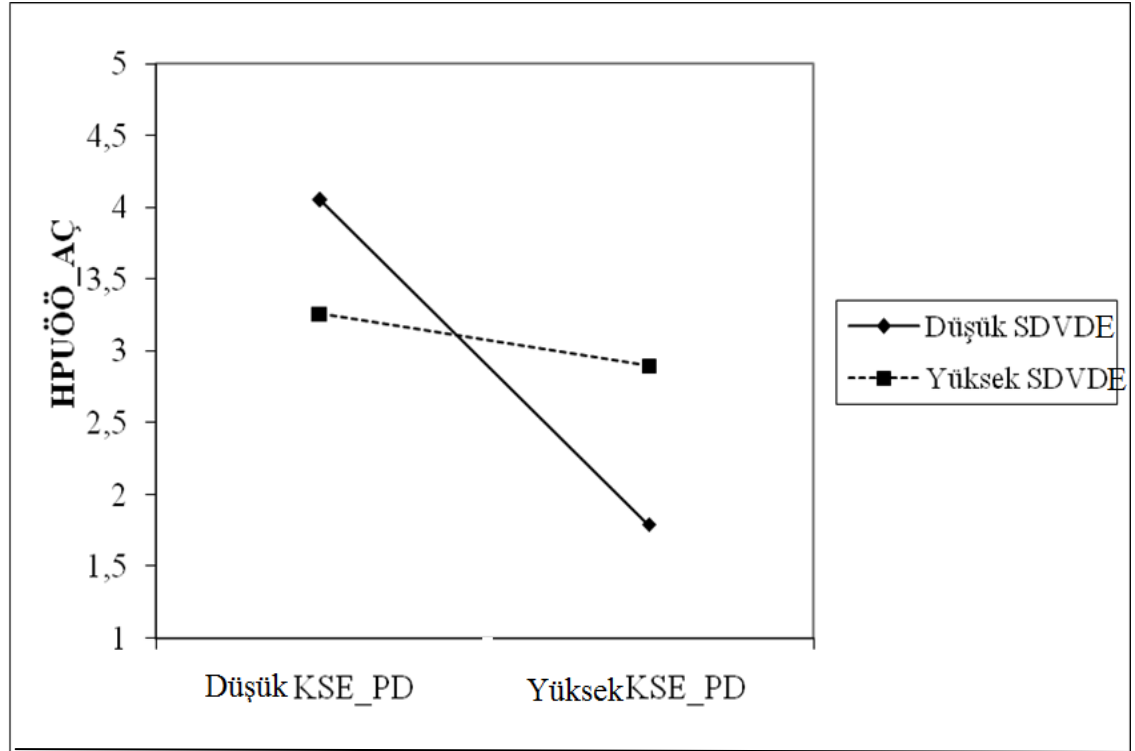
Şekil 16: Paranoid Düşünce ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, HPUÖÖ-AÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Aile Çevresi)

Alınan sosyal desteğin paranoid düşünceler ile aile çevresi ilişkisindeki biçimlendirici etkisi ise Şekil 17’de gösterilmiştir.

Şekil 17: Paranoid Düşünce ile Aile Çevresi Puanları Arasındaki İlişkide Alınan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, HPUÖÖ-AÇ: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Aile Çevresi)

Şekil 16 ve 17’de belirtildiği gibi paranoid düşünce ile aile çevresi puanları ilişkisinde sosyal destek karşılıklığı ve alınan sosyal destek tampon etki göstermiştir. Sosyal destek karşılıklığı ve alınan sosyal destek puanlarının düşük olduğu durumlarda ise aile çevresi puanları arttıkça paranoid düşünce puanları azalmaktadır.

Tablo 24’te görülen analiz sonuçlarına göre dört sosyal destek türünün biçimlendirici değişken olarak işleme tabi tutulduğu regresyon analizlerinin her birinde paranoid düşünce puanlarının geniş aile ilişkileri puanı üzerindeki yordayıcı etkisinin tek başına anlamlı olduğu bulgulanmıştır (açıklanan varyans %36-%37; sırasıyla $F_{(1, 22)} = 12.930, p < .01$; $F_{(1, 22)} = 12.930, p < .01$; $F_{(1, 22)} = 12.930, p < .01$; $F_{(1, 21)} = 12.088, p < .01$). Biçimlendirici değişkenlerden ise sosyal destek karşılıklığı ve

algılanan sosyal desteğin yordanan değişken üzerindeki ana etkisi anlamlıdır. Sosyal destek karşılıklığı, geniş aile ilişkileri puanlarındaki değişimin %13.6'sını açıklamakta iken algılanan sosyal destek ise bu değişimin %11'ini açıklamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 21)} = 5.764, p < .05$; $F_{(1, 21)} = 4.449, p < .05$). Ortak etkiler incelendiğinde ise sosyal destek karşılıklığı, algılanan sosyal destek ve alınan sosyal desteğin biçimlendirici etkileri anlamlı bulunmuştur.

Tablo 24:SKY'li Bireylerdeki Paranoid Düşünce Puanlarının Geniş Aile İlişkileri Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Sosyal Destek Karşılıklığı ve Sosyal Destek Türlerinin Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	ΔR^2
KSE-PD °	-.589**	.370**
SDKE	.445**	.136*
KSE-PDxSDKE	.432**	.179**
KSE-PD	-.382*	.370**
ASDÖ	.321*	.110*
KSE-PDxASDÖ	.449**	.182**
KSE-PD	-.580**	.370**
SDVDE	.205	.004
KSE-PDxSDVDE	.442*	.124*
KSE-PD	-.612*	.365**
VSDÖ	-.085	.018
KSE-PDxVSDÖ	.084	.003

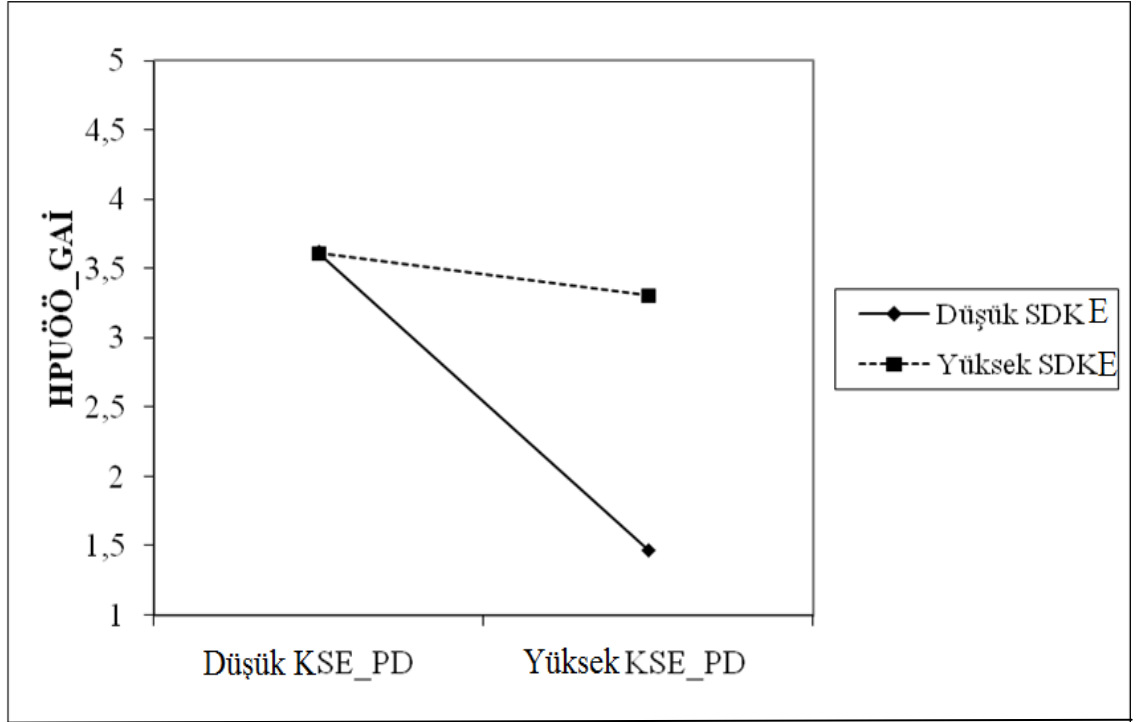
Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, VSDÖ: Verilen Sosyal Destek Ölçeği)

Aşağıdaki şekilde sosyal destek karşılıklığının paranoid düşünce ile geniş aile ilişkileri puanları ilişkisindeki biçimlendirici rolü gösterilmiştir.

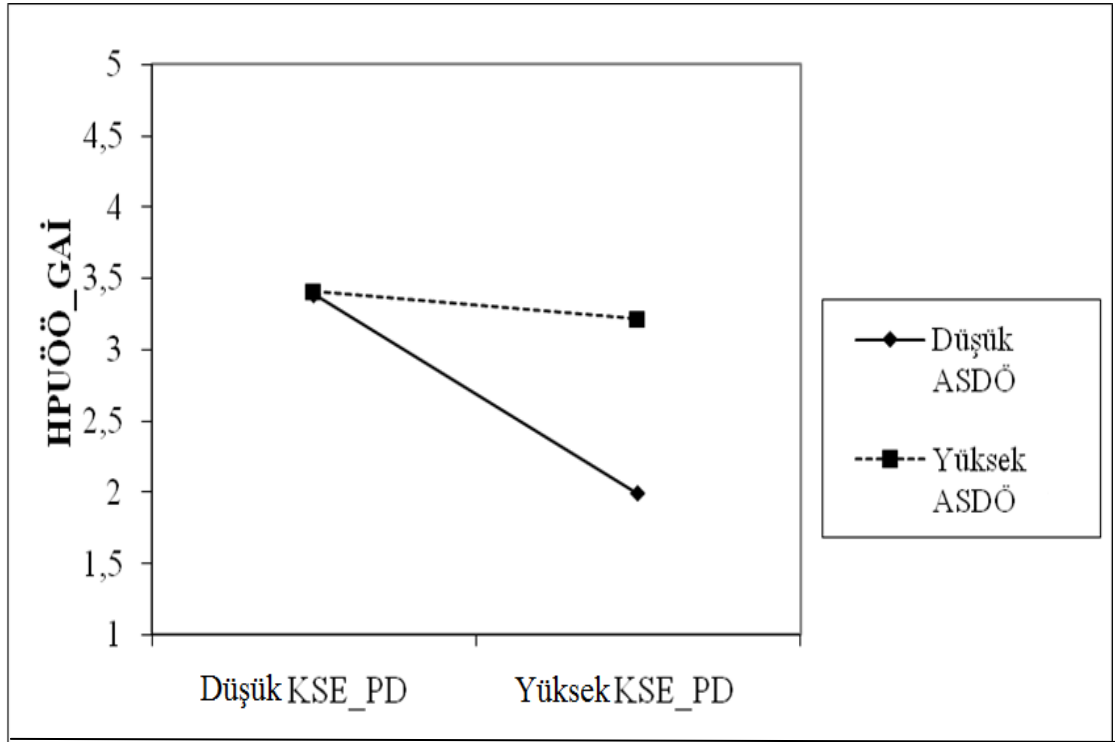
Şekil 18: Paranoid Düşünce ile Geniş Aile İlişkileri Puanları Arasındaki İlişkide Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDKE: Sosyal Destek Karşılıklığı Endeksi, HPUÖÖ-GAI: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Geniş Aile İlişkileri)

Şekil 19’da paranoid düşünce ile geniş aile ilişkileri puanlarının ilişkisinde algılanan sosyal desteğin biçimlendirici etkisi belirtilmiştir.

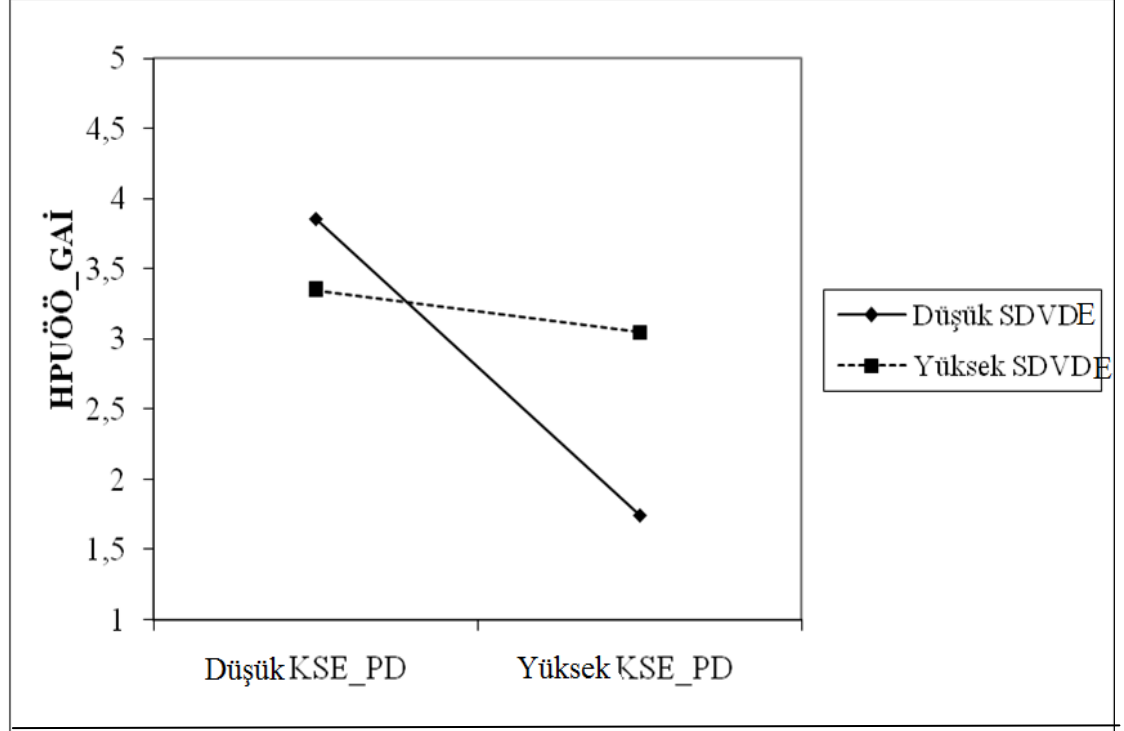
Şekil 19: Paranoid Düşünce ile Geniş Aile İlişkileri Puanları Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, HPUÖÖ-GAI: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Geniş Aile İlişkileri)

Şekil 20’de alınan sosyal desteğin paranoid düşünceler ile geniş aile ilişkileri puanlarının arasındaki ilişkide biçimlendirici rolü gösterilmektedir.

Şekil 20: Paranoid Düşünce ile Geniş Aile İlişkileri Puanları Arasındaki İlişkide Alınan Sosyal Desteğin Biçimlendirici Etkisi



° (KSE-PD: Kısa Semptom Envanteri-Paranoid Düşünce, SDVDE: Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri, HPUÖÖ-GAI: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği-Geniş Aile İlişkileri)

Şekil 18, 19 ve 20’de de görüldüğü gibi paranoid düşünce ile sosyal destek karşılıklığı ortak etki puanları yordanan değişkendeki değişimin %17.9’unu, paranoid düşünce ile algılanan sosyal destek puanları değişimin %18.2’sini ve alınan sosyal destek ise değişimin %12.4’ünü açıklamaktadır (sırasıyla $F_{(1, 20)} = 11.316$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 10.754$, $p < .01$; $F_{(1, 20)} = 4.929$, $p < .05$). sosyal destek karşılıklığı, alınan ve algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu durumlarda paranoid düşünce ile geniş aile ilişkileri puanları ilişkisinde bu değişkenlerin tampon etkisi belirgin olmamakla birlikte bu üç sosyal destek türünün yüksek olduğu durumda paranoid düşünce ile geniş aile ilişkileri arasında güçlü bir negatif ilişki söz konusudur.

5. SONUÇ

Bu çalışmanın amacı Spinal Kord Yaralanması (SKY) olan bireylerin psikopatolojik semptom düzeyi ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkide sosyal destek türleri ve sosyal destek karşılıklığı durumlarının biçimlendirici rolünü incelemektir. Ülkemiz literatüründe SKY olan bireyler ile ilgili çalışmaların genellikle tıbbi çatı altında yapılıyor olması, psikososyal değişkenler açısından bu bireyleri ele alan araştırmaların nadir oluşu ve ilk defa bu çalışmada sosyal destek karşılıklığı ve verilen sosyal destek gibi kavramların klinik bir örneklem üzerinde inceleniyor olması gibi sebeplerden ötürü bu çalışmanın başta sağlık psikolojisi olmak üzere hem psikoloji hem de tıp yazını açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet dağılımı, yaş ortalamaları, SKY'ye dair etiyolojik faktörler, bakım verenlerin yakınlık dereceleri gibi katılımcıların demografik özelliklerinin literatürdeki araştırma sonuçları ile uyumlu olduğu saptanmıştır. SKY'li bireyler üzerine yapılmış pek çok çalışmada gösterildiği gibi bizim çalışmamızdaki hasta bireylerin de çoğu (%68) genç erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyet dağılımı ve yaş ortalamalarına dair bu bulgu gerek yurt içi gerekse yurt dışındaki pek çok çalışma ile benzerlik göstermektedir (Ateş, 2011; Blanes ve diğ., 2007; Chan ve diğ., 2000; Dursun ve Çakıcı, 1995; Ergüney ve diğ., 2011; Karacan ve ark., 2000; Şahin ve diğ., 1990). Bu bulgu genellikle genç erkeklerin daha riskli sporlarla uğraşması, daha çok trafiğe çıkmaları ile açıklanmaktadır. Katılımcıların evlilik durumlarına bakıldığında ise %48'i yaralanma öncesinde evli iken yaralanma sonrası bu oran %38'e düşmüştür. Bu sonuç, Chan ve arkadaşlarının (2000) çalışma bulgularında da gözlenmiş örneklemin %55'i yaralanma öncesi evli iken yaralanma sonrası bu oran %25 olarak saptanmıştır. Bu bulgular SKY'nin evlilik üzerinde olumsuz etkisi olabileceğini ve bu sebeple bu grupta evlilik ilişkisini güçlendirici müdahale programlarının gerekliliğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda trafik kazaları (%29) ve yüksekten düşmeler (%29) SKY'ye dair ilk sırada gelen etiyolojik sebepler iken Ateş'in çalışmasında da (2011) yaralanma sebepleri olarak trafik kazaları (%36.4) ilk sırada, yüksekten düşmeler

(%26.4) ise ikinci sırada gelmektedir. Literatür genel olarak incelendiğinde trafik kazaları SKY'nin başta gelen sebebi olarak görülmekte bunu yüksekten düşme, bıçaklanma ve sığ suya dalma gibi diğer sebepler izlemektedir (Düzgün Çelik, 2000; Ergüney ve diğ., 2011; Karacan ve diğ., 2000; Mcdonald ve Sadowsky, 2002; Şahin ve diğ., 1990). Bununla birlikte etiyolojik sebepler açısından literatürde farklı bulgulara da rastlanmaktadır. Chan ve arkadaşlarının çalışmasında (2000) SKY'nin etiyolojik sebepleri endüstri kazası (%29), tıbbi hastalıklar (%29), ameliyat komplikasyonları (%21) ve trafik kazaları (%17) olarak sıralanırken Blanes ve arkadaşları (2007) SKY'nin sıklıkla ateşli silah yaralanması (%63) ve trafik kazaları (%20) sonucu meydana geldiğini belirtmiştir.

Katılımcıların genç bireylerden oluşması eğitim seviyelerininve çalışma düzeylerinin yüksek oluşunu açıklamakla birlikte yaralanma ile birlikte çalışma oranlarının düştüğü görülmektedir. Bu bulgu bireylerin yaralanma ile birlikte iş ve statü kaybını da yaşadıklarını gösterirken bu kayıpla birlikte aynı zamanda örgütsel destekten de mahrum kaldıkları göz önünde bulundurulması gereken önemli noktalardan biridir.

Çalışmamızdaki bakım verenlerin %74'ü kadındır ve yakınlık derecelerine bakıldığında ise anne-babalar (%39) ve eşlerin (%39) çoğunlukta olduğu görülmüştür. Kadınların daha çok bakım verici konumunda oldukları ve bu kişilerin hasta bireyin ya annesi ya da eşi olduğu pek çok çalışmada ortaya konan bir bulgudur (Ateş, 2011; Blanes ve diğ., 2007; Can, 2010; Given ve diğ., 2001; Toseland ve diğ., 2001). Kadınların bakım verici konumunda olmasının en önemli nedeni ise; genellikle toplumlarda ev ve aile ile ilgili işlerin kadınlara aitmiş gibi görülmesidir (Akın ve Demirel, 2003). Bununla birlikte özellikle ülkemizde kadınların daha merhametli, fedakar ve duygularını daha çok gösterebilen bireyler olarak görülmesi de aile içinde bakım verici rolünü kadınların daha çok üstlenmesini açıklayabilir. Çalışmadaki bakım verenlerin yaklaşık yarısı ilköğretim mezunudur ve çoğunluğu evlidir. Bu bulgu da literatürde bakım verenler üzerine yapılmış pek çok çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (Ateş, 2011; Blanes ve diğ., 2007; Can, 2010). Bakım verenlerin %71'i bir gün içerisinde 12 saatten daha fazla süre boyunca bakım

verme işine vakit ayırdıklarını belirtirken benzer şekilde Ateş'in çalışmasında da çoğu bakım verenin (%50) günde 8 saatten fazla bakım verdikleri bulunmuştur.

Çalışmadaki betimleyici bulguların ilk bölümünde yukarıda görüldüğü üzere katılımcıların demografik bilgileri yer alırken ikinci bölümünde ise ölçeklerden alınan puanlar incelenmiştir. Buna göre ilk olarak katılımcıların demografik bilgilerine göre psikososyal uyumları karşılaştırılmıştır. SKY'li bireylerin yaşları arttıkça psikososyal uyumlarının azaldığı görülmüştür. Bu bulgu ilgili literatürle uyumlu olmakla birlikte araştırmalarda yaşın artmasıyla birlikte uyumun zorlaşacağı, artan yaşla birlikte enerjinin azalacağı bu sebeple de değişen yaşam koşullarına uyumun güçleşeceği savunulmaktadır (Judd ve diğ., 1991; Ming-Yı Wu ve Fong Chan, 2007; Stensman, 1994). Bunun yanında yaşlı bireylerin daha fazla sağlık sorununa sahip olmaları ve yeni baş etme tarzları geliştirememeleri de bu bulguyu açıklayan görüşler arasındadır (Judd ve diğ., 1991).

Çalışmamızda psikososyal uyumu etkileyen faktörler arasında ekonomik durum, eğitim durumu ve hastalık süresi de bulunmaktadır. Buna göre eğitim seviyesinin uyum ile ilişki içinde olduğu ve yüksek eğitim düzeyinin uyumu artırma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Bu bulgu yüksek eğitim düzeyinin hastalığa uyumu kolaylaştırdığı, dikkatin eğitim düzeyi düşük olan hastalara yoğunlaştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Hasta bireylerin gelir seviyeleri arttıkça psikososyal uyumlarının da anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir. Pek çok kronik hastalık tedavisi sürecinde olduğu gibi spinal kord yaralanmasında da hastalar ve yakınları uzun ve pahalı bir tedavi süreci ile karşı karşıya kalmaktadır. Zira araştırma kapsamında görüşülen pek çok SKY'li birey hastalık sonrası yaşadıkları birçok olumsuz değişimin yanında sadece maddi sıkıntıdan dolayı bile çok fazla problemle baş etmek zorunda kaldıklarını belirtmektedir. Buna göre ekonomik durumu daha iyi olan bireylerin hem fiziksel hem sosyal çevreleri bakımından daha iyi koşullara sahip olduklarından psikososyal uyumlarının da diğerlerine göre daha iyi olduğu gözlenmiştir.

Psikososyal uyumu etkileyen bir başka faktör ise hastalık sonrası geçen süredir. Çalışmamızda yaralanma sonrasında geçen süre arttıkça psikososyal uyumun

da artma eğiliminde olduğu bulgulanmıştır. Bu bulgu değişim evreleri teorisyenlerini destekleyen bir sonuçtur. Yaralanma sonrası geçen sürenin uyum üzerinde kritik bir öneme sahip olduğunu ileri süren değişim evreleri teorisyenleri yaralanma üzerinden uzun zaman geçmiş hastaların uyumlarının daha iyi olacağını savunmaktadırlar (Buckelew ve diğ., 1991).Ekonomik durum, eğitim durumu, hastalık süresine dair bu bulgular ile literatürde konuyla ilgili pek çok çalışma sonucu da uyum içindedir (Krause ve Crewe, 1990; Rockwell ve Riegel 2001; Stensman, 1994). Bununla birlikte bu bulgular SKY sonrası uyumu Roy Adaptasyon Modeli'ne göre inceleyen ve uyum sürecinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve yaralanma sonrası geçen süre gibi faktörlerin etkili olduğunu belirten çalışma sonuçları ile de paralellik göstermektedir (Barone, 1993).

Çalışma bulgularında bekar olanların evli olanlara göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Adaylar'ın (1995) kronik hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında da evli olma ile hastalığa psikososyal uyum arasında negatif yönde bir ilişki gözlenmiş ve bu sonuç bizim çalışmamızda da desteklenmiştir. Bu bulgunun açıklaması özellikle SKY'li bireylerdeki seksüel sorunlardan yola çıkılarak geliştirilebilir. Yapılan araştırmalar SKY'li bireylerde bir komplikasyon olarak ortaya çıkan seksüel disfonksiyonun bireylerin psikolojilerini olumsuz yönde etkilediği ve bunun sonucu olarak da bu durumun evliliklerine olumsuz bir şekilde yansıdığını belirtmektedir (Kocabaşoğlu ve Kocabaşoğlu, 2001). Bu bulgu doğrultusunda evli olan SKY'li bireylerdeki seksüel sorunların psikososyal uyumu negatif yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

SKY olan bireylerin kim tarafından bakıldığı ve bakım verenin değişip değişmediği ve tedavisine dair düşüncelerinin de psikososyal uyumu üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Buna göre anne-babası tarafından bakım alanların eşleri tarafından bakım alan SKY'li bireylere göre, bakım vereni değişenlerin değişmeyenlere göre ve aldığı tedavinin yeterli olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre psikososyal uyumlarının daha iyi bir eğilime sahip olduğu saptanmıştır. Buna göre bu bireylerin yakınlarının uzun süreli olarak bakım verebilmeleri için hem ekonomik hem psikolojik destek görmeleri, yine bu hastalara

kendi tedavilerine yönelik daha katılımcı bir rol sağlanması psikososyal uyumlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda incelenen ekonomik durum ve hastaların aldıkları tedaviye dair yeterlilik düşünceleri dışındaki yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastalık süresi, bakım veren kişi yakınlığı ve bakım verenin değişimi gibi demografik bilgilerin psikososyal uyum üzerinde literatüre uygun ve beklenir bir eğilim içinde oldukları ancak bu eğilimin anlamlı olmadığı bulgulanmıştır. Örneklem sayısının daha fazla olması durumunda, elde edilen bu bulguların beklenir sonuçlar ortaya koyabilecekleri düşünülerek tartışmada bu bilgilere yer verilmiştir.

Bu bölüm altında ikinci olarak ise SKY’li bireylerin demografik bilgilerine göre sosyal destek karşılıklığı durumları karşılaştırılmıştır. Bu kısımda da yaş, eğitim durumu ve tedavi yeterliliğine dair düşünce gibi demografik özellikler ile sosyal destek karşılıklığı durumları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı ancak bu ilişkilerin beklenir bir eğilime sahip olduğu bulgulanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre yaşlı olan hastalar genç olanlara göre, evliler bekarlara göre, lise mezunları ilköğretim ve üniversite mezunlarına göre, 5 yıldan fazla hasta olanlar hastalık süresi daha kısa olanlara göre, eşi tarafından bakım alanlar anne-babası tarafından bakılanlara göre, bakım vereni değişmeyenler değişenlere göre, aldığı tedavinin yetersiz olduğunu düşünenler yeterli olduğunu düşünenlere göre daha yüksek sosyal destek karşılıklığı puanlarına sahip olma eğilimi içindedirler. Bu bulgular sosyal destek karşılıklığı durumu üzerinde özellikle yaş, medeni durum, hastalık süresi, bakım verenin yakınlık derecesi ve bakım verenin süreç içerisinde değişmesi gibi faktörlerin etkili olduğu söylenebilir. Literatürde sosyal destek karşılıklığının değişken olarak incelendiği çalışmalar olmadığından çalışmamızdaki bu bulgular başka araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılamasa da sosyal destek karşılıklığını oluşturan sosyal destek türlerinin bireylerin demografik özellikleriyle ilişkisini ele alan araştırmalar alan yazında yer almaktadır. Buna göre cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi faktörlerin sosyal desteğin miktarını ve ulaşılabilirliğini etkilediği belirtilmektedir. Özellikle

düşük eğitim düzeyine sahip, bekar erkeklerin daha az sosyal desteğe sahip oldukları bulunmuştur (Aras ve Tel, 2002; Ayaz, Efe ve Korukluoğlu, 2008).

Çalışmanın ana hipotezi ise herhangi bir kronik hastalığa sahip bireylerdeki psikopatoloji düzeyi ile hastalığa psikososyal uyum arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma bulgularına dayanılarak kurulmuştur (Babacan-Gümüş, 2006; Kocaman, 2008; Öyke, 2008). Buna göre hipotezin ilk basamağında SKY’li bireylerin psikopatolojik semptom düzeyi ile psikososyal uyumları arasında bir ilişki olduğu varsayılmıştır. Bu sebeple çalışmada öncelikle SKY’li bireylerin psikopatolojik durumları ile psikososyal uyumları arasındaki ilişki incelenmiş ve Judd ve arkadaşlarının (1991) çalışmalarında da bulgulandığı gibi bu değişkenler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani psikopatolojik semptom düzeyi yüksek olan SKY’li bireylerin psikososyal uyumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu bulgu ile birlikte, psikopatolojik semptom düzeyi ile psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi etkileyen, tetikleyen faktörlerin bilinmesinin ve bu faktörlere yönelik önlem programlarının uygulanmasının bu hastaların işlevsellikleri üzerinde önemli oranda etkili olacağı düşünülebilir.

Yine çalışmadaki ana değişkenlerden olan sosyal destek ile psikopatoloji ve psikososyal uyum arasında ilişkin yazında anlamlı ilişkilerin bulgulandığı çalışmalara rastlanmaktadır (Anson ve diğ., 1993; Beedie ve Kennedy, 2002; Bouteyre ve diğ., 2007; Bovier ve diğ., 2004; Friedman ve diğ., 1988; Karadağ, 2009; Pelletier, 1994; Ramı’Rez ve diğ., 2003). Bu çalışmalarda sosyal destek ile psikopatoloji arasında negatif ve psikososyal uyum arasında ise pozitif yönde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal desteği az olan bireylerin psikopatolojik semptom düzeylerinin daha yüksek ve psikososyal uyumlarının daha düşük olması şaşırtıcı değildir. Çünkü sosyal destek bu değişkenler arasında tampon bir etkiye sahiptir. Ancak bu çalışmalarda bahsedilen sosyal destek kavramı alınan ve/veya algılanan sosyal destekten ibaret olup verilen sosyal desteğin de içinde bulunduğu bir endeks üzerine herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu eksik üzerine araştırmamız kapsamında alınan, algılanan ve verilen sosyal destek türlerinin bir düzlemde ele alındığı sosyal destek endeksi oluşturulmuş ve literatürdeki çalışma sonuçlarında belirtilen tampon etkisi göz önünde bulundurularak SKY olan

bireylerdeki psikopatoloji ile psikososyal uyum arasında biçimlendirici etkisine bakılmıştır. Buna göre,SKY olan bireylerin genel/toplam psikopatolojik durumları ile genel/toplam psikososyal uyumları arasındaki ilişkide verilen ve alınan sosyal destek türlerinin de biçimlendirici etkiye sahip olduğu ancak bu etkinin sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici etkisinden daha zayıf olduğu görülmüştür.

Yani SKY'li bireylerin sadece sosyal desteğe ulaşması, algılaması ve/veya yakınları tarafından bu desteğin verilmesi tek başına önemli düzeyde etkili olmamakta asıl bunlar arasındaki karşılıklık psikopatoloji ile psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi biçimlendirmektedir. Bu bulguyu biraz daha açarsak sosyal desteğin her zaman olumlu etkisinin olmadığı ve/veya tek taraflı olarak verilen, alınan, algılanan desteğin anlamlı olmadığı asıl önemli olanın bunlar arasındaki etkileşim olduğunu söyleyebiliriz. Şöyle ki hasta tarafından istenmeyen ama bakım vereni tarafından verilen sosyal destek, bakım verenin tam olarak vermediği ancak hasta tarafından başka faktörlerle tolere edilerek alınan veya algılanan sosyal destek hasta bireylerin psikopatolojik semptom düzeyleri ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkide etkisiz bulunmuştur.

Psikopatolojik durum ile psikososyal uyumu ölçen ölçeklerin alt boyutları karşılaştırıldığında ise sonuçlar, anksiyete bozukluğu ile aile çevresi alanında ve paranoid düşünceler ile geniş aile ilişkileri arasında *algılanan sosyal desteğin*; anksiyete bozukluğu ve aile çevresi, paranoid düşünceler ile aile çevresi ve geniş aile ilişkileri alanları arasında *alınan sosyal desteğin*; yine paranoid düşünceler ile toplam psikososyal uyum ve mesleki çevre arasındaki ilişkilerde ise *verilen sosyal desteğin* tampon etkiye sahip olduğunu ortaya koyarken sadece depresyon ile sağlık bakımına oryantasyon alanları arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin tersine tampon etki gösterdiği bulgulanmıştır. Bununla birlikte anksiyete bozukluğu ile toplam psikososyal uyum ve aile çevresi alanları arasında, paranoid düşünceler ile de mesleki çevre, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri arasında *sosyal destek karşılıklığının* biçimlendirici etkisi anlamlı olarak bulgulanmıştır. Çıkan bu sonuçlara göre sosyal destek karşılıklığının diğer sosyal destek türlerine göre daha fazla ve daha güçlü biçimlendirici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bu bulgular arasında diğerlerinden farklı olarak depresyon ile sağlık bakımına

oryantasyon ilişkilerinde görülen tersine tampon etkiye göre SKY’li bireylerin depresyon düzeyleri azaldıkça sağlık bakımına oryantasyonlarının düşme eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu eğilimin nedenleri arasında hastaların sağlık bakımlarına yönelik algıları, algıladıkları sosyal desteğin içeriği gibi faktörler gösterilebilir. Bakım verenlerin yakınlarına karşı fazla koruyucu, kollayıcı tavır ve tutumları SKY’li bireylerin yapabilme kapasitesine sahip oldukları günlük işleri kendi kendilerine halletmelerine veya egzersizlerini yapmalarına engel olabilir. Bununla birlikte kişi dağılımının yanı sıra olmasından ötürü egzersiz yoğunluğu ve ağırlığı gibi faktörlerin incelenmesi mümkün olmamıştır.

Örneklem sayısının kısıtlı oluşu genellenebilirliğe gölge düşüren bir durum olmakla birlikte klinik ve özel bir örneklem grubu ile çalışılmış olması çalışmanın güçlü yanı olarak düşünülmektedir. Spinal kord yaralanması olan bireylerin ya hastalıklarının akut döneminde ya da rehabilitasyon evrelerinde hastane kliniklerinde olmalarından ve bu hastane sürecinde tedavilerinin daha öncelikli olmasından ötürü bu bireyler ile araştırma kapsamında çalışabilmek hayli zor olmuştur. Bu zorluğun sebepleri arasında sadece hastane sürecinin zorlu koşulları değil bu bireylerin psikolojik bir çalışmaya karşı gösterdikleri direnç de yer almaktadır. Hastalarda ya psikolojik bir tanı alacakları, ya da yaşadıkları büyük travmanın kendilerinde oluşturduğu zedelenmenin ortaya çıkacağı gibi korkular olduğu ve bu korkulardan ötürü çalışmaya katılmayı reddettikleri görülmüştür. Literatüre bakıldığında SKY’li hastalardaki bu direncin varlığı desteklenmekle birlikte bunun yanı sıra inkar, bastırma, karşıt tepki geliştirme, yansıtma, regresyon, yer değiştirme, kişisel travmadan kaçma ve travma ile ilgili durumları minimize etme gibi savunma mekanizmalarının da bu bireylerde görülebileceği belirtilmiştir (Bracken ve Shepard, 1980). Dolayısıyla ileride bu örneklem grubu ile yapılacak çalışmalarda savunma mekanizmaları özellikle üzerinde durulması gereken bir faktör olarak önerilebilir.

Bu araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise sosyal destek karşılıklığı endeksinin (SDKE) henüz çalışma kapsamında geliştirilmiş olmasıdır. Bu sebeple, bu endeks puanının bu çalışma ile sınırlı olduğu, küçük bir örneklem grubu ile çalışıldığı göz önünde bulundurularak konu ile ilgili yeni çalışmalar oluşturulmalıdır. Diğer yandan bu endeks puanının yalnızca bu çalışmada kullanılması elde edilen bulguların ilgili

yayınlar çerçevesinde tartışılmasını zorlaştırmıştır. Dolayısıyla SDKE'nin etkisini incelemeye yönelik olarak ileride yapılacak araştırmaların, yayınlarda yer alan bu boşluğu dolduracağı ve bu çalışmada elde edilen bulguların daha kapsamlı tartışılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Diğer yandan SDKE'nin oluşturulması çalışmasında Verilen Sosyal Destek Ölçeği (VSDÖ) geliştirilmiş ve bu ölçeğin literatürde muadilinin olmaması da alan yazın için önemli bir kazanç olarak düşünülmektedir.

Başlı başına bir travma niteliğinde olan ve pek çok zorlu yaşam koşulunu da beraberinde getiren spinal kord yaralanması gibi bir hastalığa psikososyal uyumun sağlanması ve bu bireylerin psikopatolojik semptomlarına müdahale edilmesi bu hastaların yaşam kaliteleri ve topluma kazandırılmaları açısından da oldukça önemlidir (Ergüney ve diğ., 2011). Bu sebeple, spinal kord yaralanması olan bireylerin psikososyal uyumları üzerinde etkili olan faktörlerin bilinmesinin hem bu hastaların tıbbi tedavisini yürüten hekimler için hem de psikolojik müdahalede bulunacak olan sağlık psikologları için yol gösterici nitelikte olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar kapsamında sosyal destek karşılıklığının uyum üzerindeki önemini ortaya koymuştur. Dolayısıyla sosyal destek karşılıklığının oluşturulabilmesine yönelik programların geliştirilmesi, bu programlar kapsamında bakım verenlere yönelik eğitimler tasarlanması sonraki çalışmalar için ele alınabilecek konulardır. Bununla birlikte ileriki çalışmalarda sosyal destek karşılıklığının daha geniş ve farklı örneklem gruplarıyla çalışılması bu kavramın temellerini daha da sağlamlaştıracaktır. Sonuç olarak, bu çalışmanın sadece akademik alana değil saha çalışmalarına, hazırlanacak müdahale programlarına da katkıda bulunması umulmaktadır.

KAYNAKÇA

- ADAYLAR, M.: 1995 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- AKGÜN ŞAHİN Z., POLAT, H., ERGÜNEY, S.: 2009 “Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 12/2, 1-9.
- AKIN, S.: 2003 Kalp Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- AKIN, A., DEMİREL, S.: 2003 “Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25/4, 73-82.
- AKIN, S., DURNA, Z.: 2006 “Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyum”, **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 10/2, 1-8.
- AKMAN, S.: 2006 Epileptik Nöbet Geçiren Sağlıklı Çocuğu Olan Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- AKTAŞ, A., SERTEL-BERK, Ö.: 2012 “Verilen Sosyal Destek Ölçeği’nin Psikometrik Özellikleri”, **Psikoloji Çalışmaları Dergisi**, 32/2, 71-84.
- ALACA, R.: 2010 “Medulla Spinalis Yaralanmalarında Bası Yarası Tedavisindeki Yenilikler”, **Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi**, 56/Özel Sayı 2, 89-92.
- ALLENDER, J. A., SPRADLEY, B. W.: 2001 “Clients In Home Health, Hospice, and Long-Term Settings, Community Health Nursing Concepts and Practice”, **Lippincott**, 739-753.
- ALPTEKER, H.: 2008 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin

- Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- ALTIOK, H.Ö.,
ŞENGÜN, F.,
ÜSTÜN, B.: 2011 “Bakım Kavram Analizi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 4/3,137-140.
- AMADOR, M.J.,
LYNNE, C.M.,
BRACKETT, N.L.: 2000 “A Guide And Resource Directory To Male Fertility Following Spinal Cord Injury/Dysfunction”,**Miami, FL: Miami Project to Cure Paralysis**
- ANSON C.A.,
STANWYCK D.J.,
KRAUSE, J.S.: 1993 “Social Support And Health Status In Spinal Cord Injury”, **Paraplegia**, 31, 632-638.
- ARAS, A., TEL, H.: 2002 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, 25-29 Eylül 2002, Antalya.
- ARDAHAN, M.: 2006 “Sosyal Destek ve Hemşirelik”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 9/2, 67-73.
- ATEŞ, E.: 2011 Spinal Kord Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Stresle Baş Etme Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.
- AYAZ, S., YAMAN
EFE, Ş.,
KORUKLUOĞLU,
S.: 2008 “Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler”, **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, 28/6, 880-5.
- AYDINER,
I.B.,KULAKSIZOĞLU
U O.: 1999 “Kuadriplejili Bir Hastada Panik Bozukluğu ve Psikolojik Savunma Süreçleri”, **Klinik Psikiyatri**, 1, 62-66.

- AYRES, L.: 2000 “Narratives of Family Caregiving: The Process of Making Meaning”, **Research in Nursing&Health**, 23/6, 24–34.
- BABACAN-GÜMÜŞ, A.: 2006 “Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler”, **Meme Sağlığı Dergisi**, 2/3, 108-114.
- BABAOĞLU, E., ÖZ, F.: 2003 “Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki”, **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, 2, 24-33.
- BARAN, M.S.: 2007 Medulla Spinalis Yaralanmalı Erkek Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi; Yaşam Kalitesi Ve Psikolojik Durum Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- BARON, R.M., KENNY, D.A.: 1986 “The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 51/6, 1173-1182.
- BARONE, S.H.: 1993 Adaptation To Spinal Cord Injury. The Graduate School of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College.
- BARRERA, M., AINLEY, S.L.: 1983 “The Structure Of Social Support: A Conceptual And Empirical Analysis”, **Journal of Community Psychology**, 11, 133-143.
- BARRERA, M., SANDLER, I. N., RAMSAY, T. B.: 1981 “Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students”, **American Journal of Community Psychology**, 9, 435-447.
- BAYAR, M.A., TANRIKULU, Ş., BUHARALI, Z.: “Spinal Osteokondroma: Olgu Sunumu”, **Türk Nörosirurji Dergisi**, 10, 151-4.

2000

BAYRAMOVA, N.: 2008 Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

BEEDİE, A., KENNEDY, P.: 2002 "Quality of Social Support Predicts Hopelessness and Depression Post Spinal Cord Injury", **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 9/3, 227-234.

BELCİUG, M. P.: 2001 "Coping Responses In Patients With Spinal Cord Injury And Adjustment Difficulties", **Internal Journal of Rehabilitation Research**, 24, 157-159.

BERGMAN, M.A.:2003 Quality of Life After Spinal Cord Injury. ProQuest Dissertations and Theses. Chicago, Illinois.

BERKSUN, O.: 1992 Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Denemesi, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

BİLGİN, I., TANELİ, B., KIRLI, S., ÖZCAN, O., YAZICIOĞLU, K.: 1998 "Bir Yıldan Kısa ve Bir Yıldan Uzun Süreli Travmatik Medulla Spinalis Yaralanmalı Hastaların Depresyon ve Anksiyete Açısından Karşılaştırılması", **Düşünen Adam**, 11/3, 39-44.

BİROL, L.: 2002 **Hemşirelik Süreci**, Genişletilmiş 5. Baskı, İzmir.

BLANES, L., CARMAGNANİ, M.I.S., FERREIRA, L.M., 2007 "Health- Related Quality Of Life Of Primary Caregivers Of Persons With Paraplegia", **Spinal Cord**, 45, 399-403.

BOUTEYRE, E., MAUREL, M., BERNAUD, J.L.: 2007 "Daily Hassles And Depressive Symptoms Among First Year Psychology Students In France: The Role Of Coping And Social Support", **Stress and Health**, 23, 93-99.

BOVIER, P.A., "Perceived Stress, Internal Resources, And Social

- CHAMOT, E., Support As Determinants Of Mental Health Among
PERNEGER, T.V.: Young Adults”, **Quality of Life Research**, 13, 161–170.
2004
- BRACKEN, M.B., “Coping And Adaptation Following Acute Spinal Cord
SHEPARD, M.J.: Injury: A Theoretical Analysis”, **Paraplegia**, 18, 74-85.
1980
- BRİŁOWSKI, G. A., “An Evolutionary Concept Analysis Of Caring”, **Journal
WENDLER, M. C.: of Advanced Nursing**, 50/6, 641–650.
2005
- BRYCE, T. N., Spinal Kord Yaralanması, **Fiziksel Tıp ve
RAGNARSSON, T., Rehabilitasyon**, Ed. Braddom R.L., 56, 1285-1349.
STEIN, A. B.: 2007
- BUCKELEW, S. P., “Adjustment to Spinal Cord Injury: Stage Theory
FRANK, R. G., Revisited”, **Paraplegia**, 29, 125-130.
ELLIOTT, T. R.,
CHANEY, J.,
HEWETT, J.: 1991
- BUDAK, S.: 2005 **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- BULLOCK, K., “Employment and Caregiving: Exploration of African
CRAWFORD, S.L., American Caregivers”, **Social Work**, 48/2, 150–163.
TENNSTEDT, S.L.:
2003
- BYRNE, D.W., “Major Risk Factors For Pressure Ulcers In The Spinal
SALZBERG, C.A.: Cord Disabled: A Literature Review”, **Spinal Cord**, 34,
1996 255-263.
- CAIN, C., WICKS, “Caregiver Attributes as Correlates of Burden in Family
M.: 2007 Caregivers Coping With Chronic Obstructive Pulmonary
Disease”, **Journal of Family Nursing**, 20/6/1, 46-66.
- CAIRNS, D.M., “Pain And Depression In Acute Traumatic Spinal Cord
ADKINS, R.H., Injury: Origins Of Chronic Problematic Pain?”, **Arch
SCOTT, M.D.: 1996 Phys Med Rehabil**, 77, 329-35.

- CALSYN, R.J., WINTER, J.P.: 2002 “Social Support, Psychiatric Symptoms, and Housing: A Casual Analysis”, **Journal of Community Psychology**, 30/3, 247-259.
- CAMPBELL, S.C.: 2005 “Caring for the Caregivers”, **Psychosocial Process**, 18/3, 180–184.
- CAN, T.: 2010 Bakas Caregiving Outcomes Scale’in (Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliliği, Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli.
- CARDENAS, D.D., TURNER, J.A., WARMS, C.A., MARSHALL, H.M.: 2002 “Classification Of Chronic Pain Associated With Spinal Cord Injuries”, **Arch Phys Med Rehabil**, 83, 1708–14.
- CARPENITO-MOYET, L.J.: 2005 Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Ed. Erdemir, F., Türkçeleştirilmiş İkinci Baskı, **Nobel Kitabevleri**.
- CHAN, R.C.K.: 2000 “Stress and Coping in Spouses of Persons with Spinal Cord Injuries”, **Clinical Rehabilitation**, 14, 137-144.
- CHAN, R.C.K., LEE, P.W.H., LIEH-MAK, F.: 2000 “Coping With Spinal Cord Injury: Personal and Marital Adjustment in the Hong Kong Chinese Setting”, **Spinal Cord**, 38, 687-696.
- CHEN, H., BOORE, J.R.P.: 2008 “Living With A Relative Who Has A Spinal Cord Injury: A Grounded Theory Approach”, **Journal of Clinical Nursing**, 18, 174-182.
- CHWALISZ, K.: 1996 “The Perceived Stress Model of Caregiver Burden: Evidence from Spouses of Persons with Brain Injuries”, **Rehabilitation Psychology**, 41/2, 91–114.
- COBB, S.: 1976 “Social Support As A Moderator Of Life Stress”, **Psychosomatic Medicine**, 38, 300-314.
- COHEN, S., WILLS, “Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis”,

- T. A.: 1985 **Psychological Bulletin**, 98, 310-357.
- COHEN, S.: 2004 "Social Relationships and Health", **American Psychologist**, 59/8, 676-684.
- CRAIG, A., "The Effectiveness Of Group Psychological Intervention
HANCOCK, K., In Enhancing Perceptions Of Control Following Spinal
CHANG, E., Cord Injury Australian And New Zealand", **Journal of
DICKSON, H.: 1998 Psychiatry**, 32, 112-118.
- CULLEN, J.C.: 1975 "Spinal Lesions In Battered Babies", **The Journal of
Bone and Joint Surgery**, 57, 364-366.
- CULLUM, N., "Support Surfaces For Pressure Ulcer Prevention",
MCINNES, BELL- **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 3, 1-19.
SYER, S.E.M.,
LEGOOD, R.: 2004
- CUTRONA, C.E., "Social Support And Adaptation To Stres By The
RUSSELL, D.W., Elderly", **Psychology and Aging**, 1, 47-54.
- ROSE, J.: 1986
- ÇAM, O., SAKA, Ş., "Meme Kanserli Hastaların Psikososyal Uyumlarını
BABACAN-GÜMÜŞ, Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", **Meme Sağlığı
A.: 2009 Dergisi**, 5/12, 73-81.
- ÇETİNKAYA, Y.: "Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres
2006 Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi, Yüksek
Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- DAKOF, G.A., "Victims' Perceptions Of Social Support: What Is
TAYLOR, S.E.: 1990 Helpful From Whom?", **Journal of Personality and
Social Psychology**, 58, 80-89.
- DAVIDOFF, G., "Function-Limiting Dysesthetic Pain Syndrome Among
ROTH, E., Traumatic Spinal Cord Injury Patients: A Cross Sectional
GUARRACINI, M., Study", **Pain**, 29/1, 39-48.
- SLIWA, J.,
YARKONY, G.: 1987
- DEROGATIS, L.R.: "The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)",

- 1986 **J. Psychosom Res**, 30/1, 77-91.
- DEROGATİS, L.R.: "The Brief Symptom Inventory-BSI Administration, Scoring And Procedures Manual-II", **Baltimore: Clinical Psychometric Research Inc.**
- 1992
- DEVİVO, M.J., "Suicide Following Spinal Cord Injury", **Paraplegia**, 29/9, 620-627.
- BLACK, K.J.,
- RİCHARDS, J.S.,
- STOVER, S.L.: 1991
- DEVİVO, M.J., "Recent Trends in Mortality and Causes of Death Among Persons With Spinal Cord Injury", **Arch Phys Med Rehabil**, 80, 4111-19.
- KRAUSE, J.S.,
- LAMMERTSE, D.P.: 1999
- DİJKERS, M.P.J.M.: "Correlates of Life Satisfaction Among Persons With Spinal Cord Injury", **Arch Phys Med Rehabil**, 80, 867-76.
- 1999
- DİMEO, P.J.: 2006 "Psychosocial and Relationship Issues in Men With Erectile Dysfunction", **Urologic Nursing**, 26/6, 442-446.
- DONOVAN, W.H.: "The Evolution Of The Spinal Cord Unit: East And West", **Paraplegia**, 30, 27-30.
- 1992
- DREW-CATES, J.: Adjustment İn Spinal Cord Injury: A Partial Transcendence, ProQuest Dissertations and Theses; The University of Rochester, K.R.
- 1989
- DRORY, Y., "Psychosocial Adjustment İn Patients After A First Acute Myocardial Infarction: The Contribution Of Salutogenic And Pathogenic Variables", **Arch phys Med Rehabil**, 80, 811-818.
- KRAVETZ, S.,
- FLORİAN, V.: 1999
- DÜRSUN, E., "Medulla Spinalis Yaralanmaları", Ed. H. Oğuz, **Tıbbi Rehabilitasyon**, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şt., İstanbul.
- ÇAKCI, A.: 1995
- DÜZGÜN ÇELİK, H.: Omurilik Felçlilerinde Engellilik Durumunun Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2006
- Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve

- Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul.
- EKER, D., ARKAR, H.: 2001 “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12/1, 17-25.
- EKER, D., ARKAR, H.: 1995 “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik Ve Güvenirliği”, **Türk Psikologlar Dergisi**, 10/34, 45-55.
- EKİNCİ, H., EKİCİ, S.: 2003 “İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma”, **C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi**, 27/1, 109-120.
- ELAL, G., KREPSİ, M.: 1999 “Life Events, Social Support And Depresson In Hemodialysis Patients”, **Journal of Community and Applied Social Psychology**, 9, 23-33.
- ELLIOT, T., FRANK, R.G.: 1996 “Depression Following Spinal Cord Injury”, **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 77, 816-823.
- ELLIOTT, T.R., RİVERA, P.: 2003 Spinal Cord Injury, Ed. I.B. Weiner, Volume 9, **Health Psychology**, USA, John Wiley & Sons, Inc.
- ELTORAI, M.I.: 2003 **History of Spinal Cord Medicine**, Spinal Cord Medicine Principles and Practice.
- ERDEM, M.: 2005 “Yaşlıya Bakım Verme”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 8/3, 101-106.
- ERGÜNEY, E., DEVECİ, E., AKTAŞ, A., ASAROĞLU, C., DURUK, B., ÖMERBAŞOĞLU, S.: 2011 Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi, V. Lisansüstü Öğrencileri Kongresinde Poster Sunumu. Doğu Üniversitesi, İstanbul.
- ERHAN, B., BARDAK, A.N.: 2007 **Spinal Kord Hasarı Rehabilitasyonu**. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Ed. J.A. De Lisa, 4.baskı, Güneş Tıp Kitapevi.
- EROL, R.Y.: 2008 Social Support (Perceived vs. Received) As The

- Moderatör Between The Relationship Of Stress And Health Outcomes: Importance Of Locus Of Control. Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- EVANS, G. W., "Residential Density And Psychological Health: The Mediating Effects Of Social Support", **Journal of Personality and Social Psychology**, 57, 994-999.
- PALSANE, M. N.,
- LEPORE, S. J.,
- MARTÍN, J.: 1989
- FANN, J.R., "Depression After Spinal Cord Injury: Comorbidities, Mental Health Service Use, and Adequacy of Treatment", **Arch Phys Med Rehabil**, 92, 352-60.
- BOMBARDIER, C.H., RICHARDS, J.S., TATE, D.G., WILSON, C.S.,
- TEMKIN, N.: 2011
- FASION, K.J., "Caregivers of Chronically Ill Elderly: Perceived Burden", **Journal of Community Health Nursing**, 16/4, 243-253.
- FARÍA, S.H.,
- FRANK, D.: 1999
- FISHER, S.H.: 1988
- Psychiatry and Rehabilitation**, Ed. J. Good-Gold, Rehabilitation Medicine. Washington, The C.V. Mosby Co.
- FITTING, M., "Caregivers For Dementia Patients: A Comparison Of Husbands And Wives", **Gerontologist**, 26/3, 248-252.
- RABINS, P., LUCAS, M. J., EASTHAM, J.: 1986
- FRANKEL, H.L., "The Value Of Postural Reduction In The Initial Management Of Closed Injuries Of The Spine With Paraplegia And Tetraplegia", **Paraplegia**, 7/3, 179-92.
- HANCOCK, D.O.,
- HYSLOP, G.,
- MELZAK, J.,
- MICHAELIS, L.S.,
- UNGAR, G.H.,
- VERNON, J.D.S.,

WALSH, J.J.: 1969

FRANKEL, H. L., COLL, J. R., CHARLIFUE, S. W., WHITENECK, G. G., GARDNER, B. P., JAMOUS, M. A., KRISHNAN, K. R., NUSEIBEH, I., SAVIC, G., SETT, P.: "Long-Term Survival In Spinal Cord Injury: A Fifty Year Investigation", **Spinal Cord**, 36/4, 266-274.

1998

FRIEDMAN, L.C., BAER, P.E., NELSON, D.V., LANE, M., SMITH, F.E., DWORKIN, R.J.: "Women With Breast Cancer: Perception Of Family Functioning And Adjustment To Illness", **Psychosomatic Medicine**, 50, 529-540.

1988

FURLAN, J.C., NOONAN, V., SINGH, A., FEHLINGS, M.G.: "Assessment of Disability in Patients with Acute Traumatic Spinal Cord Injury: A Systematic Review of the Literature", **Journal of Neurotrauma**, 28, 1413–1430.

2011

GARBER, S.L., RINTALA, D.H., HART, K.A., FUHRER, M.J.: "Pressure Ulcer Risk In Spinal Cord Injury: Predictors Of Ulcer Status Over 3 Years", **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 81/4, 465-471.

2000

GARRITY, T.F.: "Social Involvement And Activeness As Predictors Of Morale Six Months After Myocardial Infarction", **Social Science and Medicine**, 7, 199-207.

GEISLER, W. O., JOUSSE, A. T.: "Survival in Traumatic Spinal Cord Injury", **Paraplegia**, 21, 364-373.

- WYNNE-JONES, M.,
BREITHAUPT, D.:
1983
- GENÇÖZ, T., “Social Support, Locus Of Control, And Depressive
ASTAN, G.: 2006 Symptoms In Hemodialysis Patients”, **Scandinavian
Journal of Psychology**, 47, 203-208.
- GIVEN, B. A., “Family Support In Advanced Cancer”, **CA Cancer J
Clin**, 51/4, 213-31.
GIVEN, C. W.,
KOZACHIK, S.: 2001
- GO, B.K., DE VIVO, The Epidemiology Of Spinal Cord Injury. Ed.
M.J., RICHARDS, S.L.Stover, J.A. DeLisa, G.G. Whiteneck, Spinal cord
J.S.: 1995 injury: Clinical outcomes from the Model Systems,
Gaithersburg, MD: Aspen.
- GÖZ, F., KARAOZ, “Effects Of The Diabetics Patients’ Perceived Social
S., GOZ, M., EKIZ, Support On Their Quality-Of-Life”, **Journal of Clinical
S., ÇETİN, İ.: 2007 Nursing**, 16, 1353-1360.
- GRANT, I., ALVES, Psychiatric And Psychosocial Disturbances In Head
W.: 1987 Injury. Ed. H.M. Levin, J. Grafman, H. M. Eisenberg,
Neurobehavioral Recovery From Head Injury. **New
York: Oxford University Press.**
- GÜN, K., “Türkiye’de Medulla Spinalis Yaralanması
KARAMEHMETOĞL Rehabilitasyonunun Tarihçesi”, **Türk Fiz Tıp Rehab
U, Ş.S.: 2010 Derg**, 56/2, 59-63.
- GÜNDÜZ, Ş.: 2000 **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon**, Güneş Kitabevi,
Ankara.
- GÜNDÜZ, Ş.: 2003 “Spinal Kord Yaralanmasında Seksüel Disfonksiyonlara
Rehabilitatif Yaklaşım”, **Türkiye Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Dergisi**, 49/3, 28-31.
- GÜZEL, R., UYSAL, **Tıbbi Rehabilitasyon**, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri,
F.G.: 2004 İstanbul.

- HALLAÇ, S.: 2010 Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Kansere Tepki, Vücut Algısı, Başetme Ve Psikososyal Uyumlarına Yönelik Yapılan Grup Müdahalesinin Değerlendirilmesi, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara.
- HAMMELL, W.: 1992 “Psychological And Sociological Theories Concerning Adjustment To Traumatic Spinal Cord Injury: The Implications For Rehabilitation”, **Paraplegia**, 30, 317-326.
- HANCOCK, K.M., CRAİG, A.R., DICKSON, H.G., CHANG, E., MARTIN, J.: 1993 “Anxiety And Depression Over The First Year Of Spinal Cord Injury: A Longitudinal Study”, **Paraplegia**, 31, 349-357.
- HARTKOPP, A., BRONNUM-HANSEN, H., SEİDENSCHNUR, A.M., BİERİNG-SORENSEN, F.: 1998 “Suicide In A Spinal Cord İnjured Population: Its Relation To Functional Status”, **Arch Phys Med Rehabil**, 79, 1356-1361.
- HATCHER, M.B., WHİTAKER, C., KARL, A.: 2009 “What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury?”, **British Journal of Health Psychology**, 14, 541-561.
- HEİNEMANN, A.W., LİNACRE, J.M., WRİGHT, B.D., HAMILTON, B.B., GRANGER, C.: 1993 “Relationships Between Impairment And Physical Disability As Measured By The Functional Independence Measure”, **Arch Phys Med Rehabil**, 74: 566-573.
- HOLAHAN, C.J., MOOS, R.H.: 1986 “Personality, Coping And Family Resources In Stress Resistance: A Longitudinal Analysis”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 51, 389-395.

- HOWELL, T., "Depression In Spinal Cord Injured Patients",
FULLERTON, D.T., **Paraplegia**, 19, 284-288.
HARVEY, R.F.,
KLEIN, M.: 1981
HUNT, C.K.: 2003 "Concepts in Caregiver Research", **Journal of Nursing Scholarship**, 35/1, 27-32.
- İNCİ, F. H., ERDEM, "Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması
M.: 2008 Geçerlilik ve Güvenilirliğı", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 11/4, 85-95.
- JOHNSON, R.L., "Secondary Conditions Following Spinal Cord Injury In
GERHART, K.A., A Population Based Sample", **Spinal Cord**, 36, 45-50.
MCCRAY, J.,
MENCONI, J.C.,
WHITENECK, G.G.:
1998
- JUDD F.K., "Psychological Adjustment Following Traumatic Spinal
WEBBER J.E., Cord Injury: A Study Using the Psychosocial Adjustment
BROWN D.J., to Illness Scale", **Paraplegia**, 29, 173-179.
NORMAN T.R.,
BURROWS, G.D.:
1991
- KANER, S.: 2004 "Engelli Çocuğı olan Ana Babaların Algıladıkları Stres,
Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi",
Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin
Raporu, Ankara.
- KARA, M., MİRİCİ, "Loneliness, Depression And Social Support Of Turkish
A.: 2004 Patient With Choronic Obstructive Pulmonary Disease
And Their Spouses", **Journal of Nursing Scholarship**,
36/4, 331-336.
- KARACAN, İ., "Traumatic Spinal Cord Injuries In Turkey: A
KOYUNCU, H., Nationwide Epidemiological Study", **Spinal Cord**,

- PEKEL, O., 38/11, 697-701.
- SÜMBÜLOĞLU, G.,
- KIRNAP, M.,
- DURSUN, H.,
- KALKAN, A.,
- CENGİZ, A.,
- YALÇINKILIÇ, A,
- ÜNALAN, H.I., NAS,
- K., ORKUN, S.,
- TEKEOĞLU, İ.: 2000
- KARADAĞ, G.: 2009 “Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 8/4, 315-322.
- KARAHAN, A., “Yaşlılıkta Evde Bakım”, **Türk Geriatri Dergisi**, 5/4, 155–159.
- GÜVEN, S.: 2002
- KARAMEHMETOĞLU, Ş.S., NAS, K., “Traumatic Spinal Cord İnjuries İn Southeast Turkey: An Epidemiological Study”, **Spinal Cord**, 35, 531-533.
- KARACAN, I.,
- SARAC, A.J.,
- KOYUNCU, H.,
- ATAOĞLU, S.,
- ERDOĞAN, F.: 1997
- KASUYA, R. T., “Caregiver Burden and Burnout”, **Postgrad. Med.**, 108/7, 119-123.
- POLGAR-BAİLEY, P., TAKEUCHİ, R.: 2000
- KELEŞ, I.: 2001 “Spinal Kord Yaralanmalarında Epidemiyolojik Bilgiler, Seyir Ve Nihai Sonuçlar”, **T Klin FTR**, 1/2, 58-65.
- KENNEDY, P., “Coping Effectiveness Training Reduces Depression And Anxiety Following Traumatic Spinal Cord İnjuries”,
- DUFF, J., EVANS,

- M., BEEDİE, A.: 2003
KENNEDY, P.,
EVANS, M.,
SANDHU, N.: 2009
KILIÇ, S.: 2009
KİRSHBLUM, J.C.,
O'CONNER, K.C.: 1998
KİRSHBLUM, S.: 2007
KOCABAŞOĞLU, N.,
KOCABAŞOĞLU, H.C.: 2001
KOCAMAN, N.: 2008
KRAUSE, J.S.,
CREWE, N.M.: 1990
KRAUSE, N.: 1987
LANGFORD, C.P.H.,
BOWSER, J.,
MALONEY, J.P.,
LİLLİS, P.P.: 1997
LAZARUS, R. S.:1991
LEPORE, S.J.,
- British Journal of Clinical Psychology**, 42, 41–52.
“Psychological Adjustment To Spinal Cord Injury: The Contribution Of Coping, Hope And Cognitive Appraisals”, **Psychology, Health & Medicine**, 14/1, 17–33.
Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakım Gereksiniminin Aileye Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
“Predicting Neurologic Recovery İn Traumatic Cervical Spinal Cord Injury”, **Arch Phys Med Rehabil**, 79, 1456-1466.
“Spinal Kord Hasarı Rehabilitasyonu”, **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar**, Ed. Erhan B., Bardak A.N., Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.
“Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Psikiyatrik Boyutu”, **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 47/2.
“Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler”, **İst Tıp Fak Derg**, 71, 52-58.
“Long Tertn Prediction of Selfreported Problems Following Spinal Cord Injury”, **Paraplegia**, 28, 186-202.
“Life Stres, Social Support, And Self-Esteem İn An Elderly Population”, **Psychology and Aging**, 2, 349-356.
“Social Support: A Conceptual Analysis”, **Journal of Advanced Nursing**, 25, 95-100.
“**Emotion and Adaptation**”, New York, Oxford University Pres.
“Dynamic Role Of Social Support İn The Link Between

- EVANS, G.W., SCHNEIDER, M.L.: 1991 "Chronic Stress And Psychological Distress", **Journal of Personality and Social Psychology**, 61, 899-909.
- LEVI, R., HULTING, C., SEIGER, A.: 1995 "The Stockholm Spinal Cord Injury Study. 2: Associations Between Clinical Patient Characteristics And Post-Acute Medical Problems", **Paraplegia**, 33, 585-594.
- LEVINSON, S.F.: 1993 "Rehabilitation Of The Patient With Cancer Or Human Immunodeficiency Virus", Ed. DeLisa, J.A., Gans, B.M., **Rehabilitation Medicine: Principle And Practice**, Philadelphia.
- LIN, H., BAUER-WU, S.M.: 2003 "Psycho-Spiritual Well-Being In Patients With Advanced Cancer: An Integrative Review Of The Literature", **Journal of Advanced Nursing**, 44/1, 69-80.
- LİPOWSKI, Z.J.: 1970 "Physical Illness, The Individual And The Coping Process", **Psychiatry Med**, 1, 91-102.
- LİPOWSKI, Z.J.: 1983 "Psychosocial Reactions To Physical Illness", **Can Med Assoc J**, 128, 1069-1072.
- LİVNEH, H., WILSON, L.: 2003 "Coping Strategies As Predictors And Mediators Of Disability-Related Variables And Psychosocial Adaptation", **Rehabilitation Counseling Bulletin**, 46/4, 194-206.
- LLOYD, G.G.: 1991 "Psychological reactions in physically ill patients", Ed. Judd, F.K., Burrows, G.D., Lipsitt, D.R., **Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry**, Oxford, Elsevier Science Publishers BV.
- LU, L.: 1997 "Social Support, Reciprocity, and Well-Being", **The Journal of Social Psychology**, 137/5, 618-628.
- MALAK, A. T., DİCLE, A.: 2008 "Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yükü ve Etkileyen Faktörler", **Türk Nöroşirürji Dergisi**, 18/2, 118-121.

- MALCARNE, V.L., GREENBERGS, H.L.: 1996
 “Psychological Adjustment to Systemic Sclerosis”, **The American College of Rheumatology**, 9/1, 51-59.
- MARCINIĄK, C.M., SŁIWA, J.A., SPILL, G., HEINEMANN, A.W., SEMIK, P.E.: 1996
 “Functional Outcome Following Rehabilitation Of The Cancer Patient”, **Arch Phys Med Rehabil**, 77, 54-7.
- MAYNARD, F.M., BRACKEN, M.B., CREASEY, G., DITUNNO, J.F., DONOVAN, W.H., DUCKER, T.B., GARBER, S.L., TATOR, C.H., WATERS, R.L., WILBERGER, J.E., YOUNG, W.: 1997
 “International Standarts for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury”, **Spinal Cord**, 35, 266-274.
- MCDONALD, J.W., SADOWSKY, C.: 2002
 “Spinal Cord Injury”, **Lancet**, 359, 417- 425.
- MCELROY, H., STROBINO, J.: 2001
 “Male Caregivers of Spouses with Alzheimer’s Disease: Risk Factors and Health Status”, **American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias**, 16/3, 167-175.
- MCKINLEY, W.O., TELLIS, A.A., CIFU, D.X., JOHNSON, M.A., KUBAL, W.S.,
 “Rehabilitation Outcome Of Individuals With Nontraumatic Myelopathy Resulting From Spinal Stenosis”, **J Spinal Cord Med**, 21, 131-136.

KEYSER-MARCUS,
L., MUSGROVE, J.J.:
1998

MİGLİORİNİ, C., “Spinal Cord Injury And Mental Health”, **Australian
and New Zealand Journal of Psychiatry**, 42, 309-314.
TONGE, B.,
TALEPOROS, G.:
2008

MYERS, E.R., “Biomechanics Of Osteoporosis and Vertebral Fracture”,
WILSON, S.E.: 1997 **Spine**, 22, 25-31.

NOBUNAGA, A.I., “Recent demographic and injury trends in people served
GO, B.K., by the Model Spinal Cord Injury Care Systems”,
KARUNAS, R.B.: **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**,
1999 80/11, 1372-1382.

O'BRIEN, J.: 2000 “Caring for Caregivers”, **American Family Physician**,
62, 2584-2585.

OKYAYUZ, Ü.: 1999 **Sağlık Psikolojisi**, 1.Baskı, Ankara, Türk Psikologlar
Derneği.

OVERHOLSER, J. C., “Depression In Patients With Spinal Cord İnjuries: A
SCHUBERT, D. S.P.: Synthesis Of Cognitive And Somatic Processes”,
1993 **Current Psychology**, 12/2, 172-183.

ÖYKE, N.: 2008 “Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu”,
Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Düzce.

ÖZDEMİR, N., “Conus Medullaris Sendromuna Neden Olan ve Tamamı
SEVİN, İ.E., ÇELİK, Extradural Yerleşimli Schwannoma: Geç Dönemde
L., FERAN, H.G., Opere Edilen Bir Olgudaki Cerrahi Etkinlik”, **Türk
ULUĞ, E., TEKTAŞ, Nöroşirürji Dergisi**, 17/2, 120-123.
Ş.: 2007

ÖZGÜR, G.: 1993 “Sosyal Destek ve Sağlık”, **Türk Hemşireler Dergisi**,
43/2, 25-26.

- ÖZGÜVEN, H.D., “Uyum Bozukluğu”, **Kriz Dergisi**, 5/2, 87-94.
- TUNCER, H.T.: 1997
- ÖZKAN, S.: 1990 “Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 1, 10-17.
- ÖZKAN, S., **Psiko-Onkoloji**, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul.
- ARMAY, Z.: 2007
- PARKS, S.M., “A Practical Guide to Caring for Caregivers”, **American**
- NOVIELLI, K.D.: **Family Physician**, 62, 2613-2622.
- 2000
- PATTERSON, B.J.: “The Process Of Social Support: Adjusting To Life In A
- 1995 Nursing Home”, **Journal of Advanced Nursing**, 21, 682-689.
- PELLETIER, P.M., “Social Support, Locus Of Control And Psychological
- ALFANO, D.P., Health in Family Members Following Head Or Spinal
- FINK, M.P.: 1994 Cord Injury”, **Applied Neuropsychology**, 1, 38-44.
- PENLEY, J.A., “The Association Of Coping To Physical And
- TOMAKA, J., Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic
- WIEBE, J.S.: 2002 Review”, **J Behav Med**, 25, 551-603.
- PÎNTAR, F.A., “Effect Of Age And Loading Rate On Human Cervical
- YOGANANDAN, N., Spine Injury Threshold”, **Spine**, 23/18, 1957–1962.
- VOO, L.: 1998
- PÎNTO, R.A., “Assessment of The Burden of Caregiving For Patients
- HOLANDA, M.A., With Chronic Obstructive Pulmonary Disease”,
- MEDEIROS, M.M.C., **Respiratory Medicine**, 101/11, 2402-8.
- MOTA, R.M.S.,
- PEREIRA, E.D.B.: 2007
- PLAKE, B.S., “**The Fourteenth Mental Measurements Yearbook**”,
- IMPARA, J.C.: 2001 The University of Nebraska Press.
- POST, M.W.M., “Burden of Support for Partners of Persons with Spinal
- BLOEMEN, J., Cord Injuries”, **Spinal Cord**, 43, 311-319.

WITTE, L.P.: 2005

RADNITZ, C.L., HSU, L., WILLARD, J., PEREZ-STRUMOLO, L., FESTA, J., LILLIAN, L.B., WALCZAK, S., TIRCH, D.D., SCHLEIN, I.S., BINKS, M., BRODERICK, C.P.:
“Posttraumatic Stress Disorder in Veterans with Spinal Cord Injury: Trauma-related Risk Factors”, **Journal of Traumatic Stress**, 11/3, 505-520.

1998

RAMIREZ, M.J.F., FERRIOL, E.E., DOMEÑECH, F.G., LLATAS, M.C., SUAÍREZ-VARELA, M.M., MARTÍNEZ, R.L.: 2003
“Psychosocial Adjustment in Patients Surgically Treated for Laryngeal Cancer”, **Otolaryngol Head Neck Surg**, 129, 92-97.

RAVENSCHROFT, A., AHMED, Y.S., BURNSIDE, I.G.:
“Chronic Pain After Spinal Cord Injury: A Survey Of Practice in U.K. Spinal Injury Units”, **Spinal Cord**, 37, 25-28.

1999

REGAN, M.A., TEASELL, R.W., WOLFE, D.L., KEAST, D., MORTENSON, W.B., AUBUT, J.L.: 2009
“A Systematic Review Of Therapeutic Interventions For Pressure Ulcers After Spinal Cord Injury”, **Arch Phys Med Rehabil**, 90, 213-31.

ROBERTSON, S.:
“Social Support: Implications For Counselling”, **International Journal for the Advancement of**

- Counselling**, 11, 313-321.
- ROCKWELL, J.M., "Predictors Of Self-Care in Persons With Heart Failure",
RIEGEL, B.: 2001 **Heart Lung**, 30/1, 18-25.
- ROHE, D.E.: 2007 "Rehabilitasyonun Psikolojik Yönleri", Ed. Sivas, F.,
Erçin, O., **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar**, Güneş Tıp Kitabevi.
- ROOS, P.E., COHEN, "Sex Roles and Social Support As Moderators Of Life
L.H.: 1987 Stres Adjustment", **Journal of Personality and Social Psychology**, 52, 576-585.
- ROTH, E.J., "Traumatic Central Cord Syndrome: Clinical Features
LAWLER, M.H., And Functional Outcomes", **Arch Phys Med Rehabil**,
YARKONY, G.M.: 71, 18-23.
1990
- RUSSELL, D., "Job-Related Stress, Social Support, and Burnout Among
ALTMÄIER, E., VAN Classroom Teachers", **Journal of Applied Psychology**,
VELZEN, D.: 1987 72, 269-274.
- SALAR, S.: 2011 "Omurilik Yaralanması Olan Kişilerde Çevresel
Faktörlerin Toplumsal Katılım ve Yaşam Memnuniyetine Etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- SARASON, B.R., "Interrelations Of Social Support Measures", **Journal of
SHEARİN, E.N., Personality and Social Psychology**, 52, 813-832.
PIERCE, G.R.,
SARASON, I.G.: 1987
- SARASON, I. G.; "Assessing Social Support: The Social Support
LEVINE, H.M.; Questionnaire", **Journal of Personality and Social
BASHAM, R.B.; Psycholgy**, 44/1, 127-139.
SARASON, B.R.: 1983
- SAUNDERS, "Factors Associated With Caregiver Burden in Heart

- M.M.:2008 Failure Family Caregivers”, **West J Nurs Res.**, 30/8, 943-959.
- SCHULZ, R.C., “The Social Psychology of Caregiving: Physical and
TOMPKINS, C.A., Psychological Costs of Providing Support to the
WOOD, D., Disabled”, **Journal of Applied Social Psychology**, 17,
DECKER, S.: 1987 401-428.
- SCHULZE, B., “Caregiver Burden in mental Illness: Review of
RÖSSLER, W.: 2005 Measurement, Finding and Interventions in 2004-2005”,
Current Opinion in Psychiatry, 18, 684-691.
- SCHUMACHER, “Effects Of Caregiving Demand, Mutuality, And
K.L., STEWART, Preparedness On Family Caregiver Outcomes During
B.L., ARCHBOLD, Cancer Treatment”, **Oncol Nurs Forum**, 35/1, 49-56.
P.G., CAPARRO, M.,
MUTALE, F.,
AGRAWAL, S.: 2008
- SCIVOLETTO, G., DÌ “Prediction Of Walking Recovery After Spinal Cord
DONNA, V.: 2009 Injury”, **Brain Research Bulletin**, 78, 43-51.
- SENGİR, O.: 2000 Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Rehabilitasyon
- SENSKY, T.: 1997 “Causal Attributions In Physical Illness”, **J Psychosom Res.**, 43, 565-573.
- SİDDALL, P.J., “A Longitudinal Study Of The Prevalence And
MCCLELLAND, Characteristics Of Pain in The First 5 Years Following
J.M., RUTKOWSKI, Spinal Cord Injury”, **Pain**, 103/3, 249-57.
S.B., COUSINS, M.J.:
2003
- SİDDALL, P.J., “Classification Of Pain Following Spinal Cord Injury”,
TAYLOR, D.A., **Spinal Cord**, 35, 69-75.
COUSINS, M.J.: 1997
- SİDDALL, P.J., “Pain Report And The Relationship Of Pain To Physical
TAYLOR, D.A., Factors. I: The First 6 Months Following Spinal Cord
MCCLELLAND, Injury”, **Pain**, 81, 187-197.

- J.M., RUTKOWSKI,
S.B., COUSINS, M.J.:
1999
- SİPSKİ, M.L.: 2002 “Central Nervous System Based Neurogenic Female Sexual Dysfunction: Current Status And Future Trends”, **Archives of Sexual Behavior**, 31/5, 421-424.
- SKINNER, A.L.,
ARMSTRONG, K.J.,
RICH, J.: 2003 “Depression and Spinal Cord Injury, A Review of Diagnostic Methods for Depression, 1985 to 2000”, **RCB**, 46/3, 174–175.
- SMITH, C.A.,
WALLSTON, K.A.: 1992 “Adaptation In Patients With Chronic Rheumatoid Arthritis: Application Of A General Model”, **Health Psychol**, 11, 151-162.
- SMYTH, M.D.,
PEACOCK, W.J.: 2000 “The Surgical Treatment Of Spasticity”, **Muscle and Nerve**, 23/2, 153-163.
- SORİAS, O.: 1988 “Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması”, **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 27/3, 1033-1038.
- SORİAS, O.: 1988 “Sosyal Destegın Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örnekleme, Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Destek”, **Seminer Psikoloji Dergisi**, 6, 26-40.
- SORİAS, O.: 1992 “Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkisinin İncelenmesi”, **Ege Üniversitesi Seminer Psikoloji Dergisi**, 9, 33-49.
- SPIEGEL, D.: 1997 “Psychosocial Aspects Of Breast Cancer Treatment”, **Seminars in Oncology**, 24/1, 36-47.
- STENSMAN, R.: 1994 “Adjustment To Traumatic Spinal Cord Injury. A Longitudinal Study Of Self-Reported Quality Of Life”,

- Paraplegia**, 32, 416-422.
- STOVER, S. L., "Neurogenic Urinary Tract Infection", **Neurologic Clinics**, 9, 741-755.
- LLOYD, L.K.,
- WAİTES, K.B.,
- JACKSON, A.B.: 1991
- SUNGUR, M.: 1999 "İkincil Travma ve Sosyal Destek", **Klinik Psikiyatri**, 2, 105-108.
- ŞAHİN, N.H., "Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlanması", **Türk Psikoloji Dergisi**, 9/31, 44-56.
- DURAK, A.: 1994
- ŞAHİN, N.H., "Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı", **Türk Psikoloji Dergisi**, 13/2, 125-135.
- DURAK, A.: 2002
- ŞAHİN, C., İYİGÜN, Ö., ŞEKERCİ, Z., ÇELİK, F., RAKUNT, C.: 1990 "Spinal Travmalı Olguların Demografik Özellikleri ve Tedavide İnternal Fiksasyon Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", **On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 7/3, 225-248.
- ŞAHİN, D.: 1999 "Sosyal Destek ve Sağlık", Ed. U. H. Okyayuz, **Sağlık Psikolojisi**, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- TALAZ, A.: 2007 "Diyabetik Ayak Gelişen ve Gelişmeyen Hastalarda Kan Şekeri Kontrolünün ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- TAN, M., "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajı Algılayışları", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 7/3, 67-73.
- KARABULUT, E.: 2004
- TANYİ, R.A., "Adjustment, Spirituality, and Health in Women on Hemodialysis", **Clinical Nursing Research**, 12/3, 229-245.
- WERNER, J.S.: 2003
- TAŞ, I., YAĞIZ ON, "Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Cinsel Fonksiyon

- A., ALTAY, B.,
ÖZDEDELİ, K.: 2006
TERAKYE, G.: 2011
- THE MERRIAM-
WEBSTER.: 2001
- THE NATIONAL
SPINAL CORD
INJURY
STATİSTİCAL
CENTER.: 2009
- THE NATIONAL
SPINAL CORD
INJURY
STATİSTİCAL
CENTER.: 2011
- THOİTS, P.A.: 1986
- TORUN, A.: 1995
- TOSELAND, R.W.,
SMİTH, G.,
MCCALLİON, P.:
2001
- TRIESCHMANN, R.
B.: 1977
- Bozuklukları ve Nörolojik Düzey ile İlişkileri”, **Türk Fiz Tıp Rehab Derg.**, 52, 143-9.
- “Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 4/2, 78-82.
- <http://www.merriam-webster.com/dictionary>,
Erişim Tarihi: 24.06.2011
- Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance.
University of Alabama. Birmingham, Alabama.
- Erişim tarihi: 29.11.2012
- <https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/reports/pdf/2009>
- Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance.
University of Alabama. Birmingham, Alabama.
- Erişim tarihi: 29.11.2012
- <https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/reports/pdf/2009>
- “Social Support As A Coping Assistance”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 416-423.
- “Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Family Caregivers of The Frail Elderly, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations**, Columbia University Press.
- “The Role Of The Psychologist In The Treatment Of Spinal Cord Injury”, **Paraplegia**, 16, 212-219.

- TUĞCU, İ., TOK, F.,
SAFAZ, İ., YILMAZ,
B., ALACA, R.,
YAZICIOĞLU, K.:
2009
- TURK, D.C., RUDY,
T.E.: 1986
- UĞUR, Ö.: 2006
- ÜNSAL, P.: 1996
- WATERS, R.L.,
ADKİNS, R.H.,
YAKURA, J.S.: 1991
- WATERS, R.L.,
ADKİNS, R.: 1997
- WEGENER, S.T.,
KORTE, K.B., HİLL-
BRİGS, F.,
JOHNSON-GREENE,
D., PALMER, S.,
SALORİO, C.: 2007
- WEİTZENKAMP, D.
A., GERHART, K. A.,
“Spinal Kord Yaralanmalı Hastalarda Bası Yaraları”,
FTR Bil Der.,12: 110-114.
- “Assessment Of Cognitive Factors in Chronic Pain: A
Worthwhile Enterprise?”, **Journal of Consulting and
Clinical Psychology**, 54, 760-768.
- “Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım
Yükünün İncelenmesi”, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi,
İzmir.
- “Bir İş Ortamında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevlerine,
Kaynaklarına, Cinsiyet ve Mesleğe Göre İncelenişi”, **IX.
Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar**, Türk
Psikologlar Derneği, 315-325.
- “Definition Of Complete Spinal Cord Injury”,
Paraplegia, 9, 573-581.
- “Firearm Versus Motor Vehicle Related Spinal Cord
Injury: Preinjury Factors, Injury Characteristics, and
Initial Outcome Comparisons Among Ethically Diverse
Groups”, **Archives of Physical Medicine and
Rehabilitation**, 78, 150-155.
- “Psychologic Assesment and Intervention in
Rehabilitation”, Ed. Braddom, R.L., **Physical Medicine
and Rehabilitation**, Saunders Elsevier.
- “Spouses Of Spinal Cord Injury Survivors: The Added
Impact Of Caregiving”, **Archives of Physical Medicine**

- CHARLIFUE, S. W., WHITENECK, G. G., SAVIC, G.: 1997 **and Rehabilitation**, 78/8, 822-827.
- WHITE, L.J.: 1983 "The Adjustment Process Of The Spinal Cord Injured: Case Study Reports", Master of Education University of Missouri, Columbia.
- WILLS, T.A.: 1991 "Social support and interpersonal relationships", Ed. M. S. Clark, **Review Of Personality And Social Psychology: Prosocial Behavior**, Newbury Park, CA: Sage.
- WOOLRICH, R.A., KENNEDY, P., TASIEMSKI, T.: 2006 "A Preliminary Psychometric Evaluation Of The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) in 963 People Living With A Spinal Cord Injury", **Psychology, Health & Medicine**, 11/1, 80-90.
- WU, M.Y., CHAN, F.: 2007 "Psychosocial Adjustment Patterns Of Persons With Spinal Cord Injury in Taiwan", **Disability and Rehabilitation**, 29/24, 1847-1857.
- WYNDAELE, M., WYNDAELE, J.J.: 2006 "Incidence, Prevalence And Epidemiology Of Spinal Cord Injury: What Learns a Worldwide Literature Survey?", **Spinal Cord**, 44, 523-529.
- YILDIRIM, F., CONK, Z.: 2005 "Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Anne/babaların Stresle Başa Çıkma Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 9/2, 1-10.
- ZARİT, S. H., TODD, P. A., ZARİT, J. M.: 1986 "Subjective Burden Of Husbands And Wives As Caregivers: A Longitudinal Study", **The Gerontologist**, 26/3, 260-266.
- ZİMET, G.D., DAHLEM, N.W., ZİMET, S.G.: 1988 "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support", **J Pers Assess**, 52, 30-41.

EKLER

EK 1

Onam Formu (SKY’li Bireyler İçin)

Sayın Katılımcı,

Spinal kord (omurilik) yaralanmalı bireylerin hastalık ve tedavi süreçlerinde sahip oldukları sosyal destek düzeyleri bu bireylerin hastalıklarına ve tedavilerine uyum sağlamalarında oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Klinik-Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans Programı kapsamında, Yrd.Doç.Dr Özlem Sertel Berk danışmanlığında Ayşenur Aktaş tarafından spinal kord yaralanmalı bireylerin sahip oldukları sosyal destek düzeylerinin tedavi ve hastalıklarına uyum sağlamalarında ne derece etkili olduğunu öğrenmek amacıyla yapılmaktadır. Sosyal destek ve tedavi uyumu arasındaki bu etkiyi öğrenmek spinal kord yaralanmalı bireyler ve bakım verenleri için hazırlanacak destek programlarına önemli oranda ışık tutacaktır. Çalışmayı kabul ettiğiniz taktirde tamamlanması yaklaşık bir saat sürebilecek 5 adet soru formu doldurmanız istenecektir. Sorulan sorulara içtenlikle cevaplar vermeniz araştırmamız için son derece değerlidir. Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, katılmama hakkım olduğunu ve ayrıca araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu koşullarda, araştırma kapsamında istenilen bilgileri vermeyi kabul ediyorum.

Katılımcı/Katılımcı Yakınının İmzası:

Tarih:

Onam Formu (Bakım Verenler İçin)

Sayın Katılımcı,

Spinal kord (omurilik) yaralanmalı bireylerin bakım gereksinimleri önemli oranda siz aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Bu bireylerin hastalıklarına ve tedavilerine bağlı olarak yaşadıkları yan etkiler ve duygusal problemler aile bireylerini de etkilemektedir. Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Klinik Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans Programı kapsamında Yrd.Doç.Dr. Özlem Sertel Berk danışmanlığında Ayşenur Aktaş tarafından spinal kord yaralanmalı yakınınıza bakım vermede yaşadığınız sorunları ve gereksinimleri belirlemek, sizdeki bu sorunların bakım verdiğiniz yakınınızın tedavi ve hastalığına uyumdaki etkisini görebilmek amacıyla yapılmaktadır. Yaşadığınız sorunları, gereksinimlerinizi ve bunların bakım verdiğiniz yakınınıza etkisini öğrenmek sizlere nasıl ve hangi konularda yardımcı olabileceğimizi belirlemek adına oldukça önem taşımaktadır. Çalışmayı kabul ettiğiniz taktirde tamamlanması yaklaşık bir saat sürebilecek 6 adet soru formu doldurmanız istenecektir. Sorulan sorulara içtenlikle cevaplar vermeniz araştırmamız için son derece değerlidir. Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, katılmama hakkım olduğunu ve ayrıca araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu koşullarda, araştırma kapsamında istenilen bilgileri vermeyi kabul ediyorum.

Katılımcının İmzası:

Tarih:

EK 2

Demografik Bilgi Formu (SKY'li Bireyler İçin)

1. Adınız Soyadınız:
2. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
3. Telefon numaranız:
4. Yaşadığınız Yer: 1.İl 2.İlçe 3.Kasaba 4.Köy
5. Yaşınız:
6. Eğitim durumunuz:
1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Üniversite
7. Eve giren aylık toplam gelir miktarı:
8. Sosyal güvenceniz:1.SGK 2.Yok 3.Diğer:
9. Yaralanmadan önceki medeni durumunuz:
1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor
10. Yaralanmadan sonra medeni durumunuz:
1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor
11. Çocuklarınızın sayısı: 12. Mesleğiniz:
13. Yaralanma öncesi çalışma durumunuz?
1.Tam zamanlı çalışıyordum 2.Yarı zamanlı çalışıyordum 3.Çalışmıyordum
14. Şu andaki çalışma durumunuz?
1.Tam zamanlı çalışıyorum 2.Yarı zamanlı çalışıyorum 3.Çalışmıyorum
4.Yaralanma sebebi ile çalışmıyorum
15. Aldığınız tanı:
16. Lezyon seviyesi: 1.Üst Torakal... 2.Alt Torakal.....3.Servikal.....4.Lomber
5.Diğer:.....
17. Daha önce kaç tane operasyon geçirdiniz?:.....
18. Hastaneye yatış sayısınız:.....
19. Hastaneye yatış süresiniz:.....
20. Hastalık sürecinde size uygulanan tedaviler nelerdir?:.....
21. Verilen bu tedavilerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
22. Cevabınız hayır'sa tedavinin hangi noktalarında eksikler olduğunu düşünüyorsunuz?
23. Ne zamandan beri ilaç kullanıyorsunuz?:.....
24. Şu anda kullandığınız ilaçlar nelerdir?:.....
25. İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız? 1.Evet 2.Hayır
26. Her gün düzenli olarak egzersiz yapar mısınız?
1.Evet 2.Hayır Eğer yapıyorsanız bunlar nelerdir?:.....

27. Doktorunuzla kontrollerinize düzenli olarak gelir misiniz? 1.Evet 2.Hayır
28. Doktorunuzun tavsiyelerine ne sıklıkla uyarınız?
1.Hemen her zaman 2.Oldukça sık 3.Bazen 4.Nadiren 5.Hiçbir zaman
29. Vücut Ağırlığınız: 30. Boyunuz:
31. Size kim bakım veriyor? 1.Anne-Baba 2.Eş 3.Diğer:.....
32. Bakım veren değişti mi? 1.Evet 2.Hayır Evetse neden?:.....
33. Yaralanmanın olduğu gün(Gün-Ay-Yıl)?:.....
34. Yaralanma nedeniniz nedir?
1.Trafik kazası 2.Düşme 3.Yaralanma(Silah,bıçak) 4.Dalma
5.Vasküler
6.İnfeksiyon 7.Dejeneratif 8.Tümör
9.Diğer:.....
35. Kısaca olay öyküsü:
36. Kafa travması, bilinç kaybı yaşadınız mı?1.Evet 2.Hayır
37. Yaralanmadan önce psikiyatrik/psikolojik destek için başvurunuz oldu mu? 1.Evet 2.Hayır
38. Yaralanmadan sonra psikiyatrik/psikolojik destek için başvurunuz oldu mu?
1. Evet, kendi kendime başvurdum 2. Hayır 3. Evet, hastane tarafından yönlendirilerek başvurdum
Evetse nereye?:.....
39. Nasıl bir destek aldınız?1.İlaç 2.Terapi 3.Diğer:.....
40. Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
41. Evetse kullanılan psikiyatrik ilaçların adı:.....
Kullanım dozu:.....
42. Eğer psikiyatrik ilaç kullanıyorsanız kim tarafından verildi?
1.Psikiyatrist 2.Nörolog 3.FTR Uzmanı 4.Diğer:.....
43. Ne kadar zamandır psikiyatrik ilaç kullanıyorsunuz?
1.0-3 ay2.3-6 ay3.6-12 ay 4.1-2 yıl 5.2 yıldan fazla
44. Psikiyatrik ilaç kullanımınız doktor tarafından takip ediliyor mu?
1.Evet 2.Hayır
45. Yaralanmadan sonra psikiyatrik ilaç kullanıp bıraktığınız oldu mu?
1.Evet 2.Hayır
46. Yaralanmadan önce intihar girişiminiz oldu mu?1.Evet 2.Hayır
47. Yaralanmadan sonra intihar girişiminiz oldu mu?1.Evet 2.Hayır
48. Başka tıbbi bir rahatsızlığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır Evetse nelerdir?:.....
49. Yaralanmadan önce alkol kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....

50. Yaralanmadan sonra alkol kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
51. Yaralanmadan önce sigara kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
52. Yaralanmadan sonra sigara kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
53. Tak yapıyor musunuz?:1.Evet 2.Hayır
Evetse; ne kadar süredir, ne sıklıkla?:.....
Hayırsa; mesane boşaltımı nasıl gerçekleşiyor? 1. Doğal olarak 2.
Diğer:.....
54. Yaralanmanıza bağlı olarak aşağıdaki sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz?
1.Ağrı 2.Spastisite 3.Mesane 4.Solunum 5.Tansiyon
6.Kabızlık 7.Çalışamama 8.Hareket 9.Yakın ilişkiler(eş, aile, arkadaş)
10.Cinsellik 11.Maddi
55. Şimdiye kadar hiç bası yarası açıldı mı?1.Evet 2.Hayır Evetse kaç kez?:.....
Nasıl bir müdahale yapıldı?:.....
56. Şu an bası yaranız var mı? 1.Evet 2.Hayır
57. Yaralanmanıza bağlı olarak yaşadığınız en önemli sorun nedir?:.....
58. Ne kadar sık ağrınız oluyor? 1.Her an 2.Her gün 3.Haftada birkaç gün
4.Ayda birkaç kez 5.Hiç
59. Hangi bölgelerinizde ağrı oluyor?:.....
60. Ağrınızın ortalama şiddeti nedir (10 üzerinden derece veriniz):
Hiç YokÇok şiddetli
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
61. Yaşadığınız bu süreci hangi kelimelerle tanımlarsınız?

Demografik Bilgi Formu (Bakım Verenler İçin)

1. Adınız Soyadınız:
2. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
3. Telefon numaranız:
4. Yaşınız:
5. Bakım verdiğiniz kişi ile yakınlık dereceniz nedir? 1.Anne-Baba 2.Eş 3.Diğer:
6. Yaşadığınız yer: 1.İl 2.İlçe 3.Kasaba 4.Köy
7. Eğitim durumunuz:
1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Üniversite
8. Medeni durumunuz:
1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor
9. Mesleğiniz:.....
10. Şu anda çalışma durumunuz:
1.Emekli 2.Tam zamanlı çalışıyor 3.Yarı zamanlı çalışıyor 4.Çalışmıyor 5.Bakım verme sebebi ile çalışmıyor
11. Sosyal güvenceniz:1.SGK 2.Yok 3.Diğer:.....
12. Eve giren aylık toplam gelir:.....
13. Bakım verdiğiniz yakınınızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır Evetse neler?:.....
14. Devlet tarafından bakım verdiğiniz kişiden dolayı herhangi bir maaş alıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
15. Oturduğunuz evin durumu:
1.Kira 2.Özel mülk 3.Diğer
16. Evinizde toplam kaç kişi yaşıyor?:.....
17. Bakım verdiğiniz yakınınız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?
1.Evet 2.Hayır
18. Bakım verdiğiniz yakınınızın kendisine ait odası var mı?
1.Evet 2.Hayır
19. Bakım verdiğiniz yakınınıza ne zaman tanı koyuldu?:.....
20. Bakım verdiğiniz yakınınıza ne kadar süredir bakım vermektесiniz?
a.0-6 ay b.6-12 ay c.1 yıldan fazla d.5 yıldan fazla
21. Günde ortalama kaç saat bakım vermektесiniz?
a.1-6 saat b.7-12 saat c.13-18 saat d.19-24 saat
22. Bakım verdiğiniz yakınınıza uygulanan/yapılan tedaviler nelerdir?:.....
23. Verilen bu tedavilerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
24. Cevabınız hayır'sa tedavinin hangi noktalarında eksikler olduğunu düşünüyorsunuz?.....
.....
25. Bakım verdiğiniz yakınınızın bakımı için herhangi bir eğitim aldınız mı?
1.Evet 2.Hayır
26. Evetse bu eğitimler neler?:.....
27. Eğitimi kimden aldınız?
1.Doktor 2.Hemşire 3.Diğer sağlık personelleri 4.Diğer:.....
28. Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı?
1.Var 2.Yok Varsa neler?:.....

29. Bakım verdiğiniz yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığınız etkilendi mi?
1.Evet 2.Hayır
30. Bakım verdiğiniz kişinin yaralanmasından önce psikiyatrik/psikolojik başvurunuz oldu mu?
1.Evet 2.Hayır Evetse nereye?:.....
31. Bakım verdiğiniz kişinin yaralanmasından sonra psikiyatrik/psikolojik başvurunuz oldu mu?
1.Hayır 2.Evet, hastane tarafından yönlendirilerek başvurdum 3. Evet, kendi kendime başvurdum
Evetse nereye?:.....
32. Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
33. Evetse kullanılan ilaçların adı:.....Kullanım dozu:.....
34. Psikiyatrik ilaç kullanım süresi:.....
35. Bakım verdiğiniz yakınınızın yaralanmasından önce alkol kullanımı:
1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
36. Bakım verdiğiniz yakınınızın yaralanmasından sonra alkol kullanımı:
1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
37. Bakım verdiğiniz yakınınızın yaralanmasından önce sigara kullanımı:
1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
38. Bakım verdiğiniz yakınınızın yaralanmasından sonra sigara kullanımı:
1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
39. Bakım verdiğiniz yakınınızın bakım süreci aile ve iş ortamındaki rolünüzü olumsuz bir şekilde etkiledi mi?
1.Evet.....2.Hayır
40. Ailede sizden başka bakım veren başka kimseler var mı?
1.Evet 2.Hayır (Cevabınız 'Hayır' ise lütfen 42.soruya geçiniz)
41. Cevabınız evet ise: Kişi sayısı:.....Yakınlık dereceleri:.....
42. Bakım verme sürecinde yardımcı olan bu kişilerin hangi konularda size yardımcı olduklarını belirtiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):
1.Parasal yardım 2.Fiziksel bakımda yardım 3.Ulaşım hizmeti 4.Ev temizliği
5.Randevular 6.Duygusal paylaşım
7.Diğer:.....
43. Aşağıdaki bakım verme sürecinde yakınınıza verdiğiniz çeşitli destek türleri bulunmaktadır. Bu süreçte bu destek türlerinden hangisini kullandığınızı en çoktan en aza doğru sıralayınız (örneğin; en fazla psikolojik anlamda destek olduğunuzu düşünüyorsanız a şıkkının yanındaki paranteze 1, ardından b şıkkı geliyorsa yanındaki paranteze 2 yazınız ve diğer şıklar için de bu şekilde sıralamaya devam ediniz):
a.Psikolojik destek (....)
b:Fiziksel bakımda yardım (....)
c:Parasal yardım (....)
d:Diğer:.....(....)

44. Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı?

- 1.Evet 2.Hayır

45. Cevabınız evet ise bu konuda kimden bilgi aldınız?(Birden fazla şıkkı söyleyebilirsiniz)

- 1.Doktor 2.Hemşire 3.Başka bir hasta 4.Kitap/internet

5.Diğer:.....

46. Aldığınız bilginin içeriği (birden fazla şıkkı söyleyebilirsiniz):

- 1.Hastalıkla ilgili 4.Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım
2.Tedavinin ne olduğu 5.Yapılacak tetkikler ve kontroller
3.Tedavinin yan etkileri 6.Diğer:.....

47. Size verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

48. Başka hangi konularda bilgi verilmesini isterdiniz?

- 1.Hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili
2.Tedavi seçenekleri ile ilgili
3.Diğer:.....

49. Yaşadığımız bu süreci hangi kelimelerle tanımlarsınız?.....

EK 3

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda yazılı olan cümlelerde söylenenlerin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (<i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (<i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
3. Ailem (<i>örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim</i>) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (<i>örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden</i>) alırım.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (<i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
8.Sorunlarımı ailemle (<i>örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle</i>) konuşabilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (<i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i>) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
11.Kararlarımı vermemde ailem (<i>örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim</i>) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet

EK 4

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

Elinizdeki bu form şu anda sizin yaşamakta olduğunuz hastalığınız üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar hakkındaki soruları kapsamaktadır. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Hastalık etkilerine ait durumunuz bu gün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

BÖLÜM I: Sağlık Bakımına Oryantasyon

1-Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a-Sağlığımı ilgiliiyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b-Sağlığıma korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c-Genellikle sağlığımı ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d-Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2-Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a-Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b-Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c-Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var.
- d-Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3-Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a-Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b-Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c-Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d-Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4-Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a-Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b-Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- c-Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d-Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5-Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

- a-Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b-Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c-Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d-Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6-Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a-Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b-Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c-Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d-Hastalığının genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7-Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

a-Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b-Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c-Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d-Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8-Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a-Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b-Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c-Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d-Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

1-Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a-Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b-Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c-Bazı ciddi sorunlar var.

d-Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2-Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a-Kötü durumda

b-Pek iyi değil

c-Yeterli

d-Çok iyi

3-Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a-3 gün ve daha az

b-1 hafta

c-2 hafta

d-2 haftadan daha çok

4-Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

a-Şu an hiç önemli değil

b-Oldukça az bir öneme sahip

c-Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d-Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5- Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a-Amaçlarım değişmez

c-Amaçlarım önemli ölçüde değişti

b-Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

d-Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6-Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

- a-Sorunlarda büyük artış var
- b-Sorunlarda orta dereceli bir artış var
- c-Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d-Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III: Aile Çevresi

1-Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a-İyi
- b-Fena değil
- c-Kötü
- d-Çok kötü

2-Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb)?

- a-Çok kötü
- b-Kötü
- c-Fena değil
- d-İyi

3-Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a-Bir engelleme olmadı
- b-Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c-Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil
- d-Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4-Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a-Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
- b-Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c-Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d-Bu konuda bir sorun yok

5-Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a-İletişimde bir azalma yok
- b-Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c-İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d-İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6-Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a-Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b-Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
- c-Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
- d-Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7-Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a-Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
- b-Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- c-Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- d-Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8-Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a-Önemli ölçüde maddi sıkıntım var
- b-Orta derecede maddi sıkıntıları var
- c-Çok az maddi problemim var
- d-Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: Seksüel İlişki

1-Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a-İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
- b-Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
- c-Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı
- d-Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2-Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a-Hastalığımдан bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b-Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c-Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d-Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3-Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a-Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b-Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- c-Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var
- d-Cinsel aktivite tamamen durdu

4-Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a-Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b-Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c-Cinsel zevk ve tatmin de çok az ölçüde bir kayıp var
- d-Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5-Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a-Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b-Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var
- c- Önemli cinsel problemlerim var
- d-Cinsellikten tamamen koptum

6-Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a-Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b-Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c-Bazı farklılıklar var
- d-Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V: Geniş Aile İlişkileri

1-Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a-Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- c-Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- b-Görüşmeler biraz azaldı
- d-Hastalık süresince hiç görüşmedik

2-Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a-Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu

- b-Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c-İlgim bir parça azaldı
- d-İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3-İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a-Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b-Yeterince yardımcı oluyorlar
- c-Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d-Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4-Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdır. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a-Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b-Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c-Bağlılığım biraz azaldı
- d-Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilemedi

5-Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a-İyi
- b-Fena değil
- c-Kötü
- d-Çok kötü

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

1-Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenbiliyor musunuz?

- a-İlgim tıpkı eskisi gibi
- b-Eskisine göre biraz daha az
- c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d-Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2-Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a-Katılımım çok az ya da hiç yok
- b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c-Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3-Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb) ilgi duyuyor musunuz?

- a-İlgim tıpkı eskisi gibi
- b-Eskisine göre biraz daha az
- c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d-İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4-Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabilir musunuz?

- a-Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok
- b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c-Katılımım biraz azaldı
- d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5-Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a-İlgim tıpkı eskisi gibi
- b-Eskisine göre biraz daha az
- c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d-İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

6-Bu faaliyetler olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a-Katılımım çok az ya da yok

- b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
c-Katılımım biraz azaldı
d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII: Psikolojik Baskı

1--Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a-Olmadı b-Çok az c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

2-Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a-Aşırı derecede b- Oldukça fazla c-Çok az d-Olmadı

3-Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a-Olmadı b-Çok az oldu c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

4-Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a-Aşırı derecede b- Oldukça fazla c-Çok az d-Olmadı

5-Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a-Olmadı b-Çok az oldu c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

6-Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a-Aşırı derecede b- Oldukça fazla c-Çok az d-Olmadı

7-Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a-Olmadı b-Çok az oldu c-Oldukça fazla d-Aşırı derecede

EK 5

Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız.

Örnek: Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

Tanımlama: Hiç 0 Çok az 1 Orta derecede 2 Oldukça fazla 3 Aşırı düzeyde 4

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	
2	Baygınlık, baş dönmesi	
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	
5	Olayları hatırlamada güçlük	
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	
7	Göğüs(kalp) bölgesinde ağrılar	
8	Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.	
9	Yaşamınıza son verme düşüncesi.	
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	
11	İştahta bozukluklar	
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	
16	Yalnızlık hissetme	
17	Hüzünlü, kederli hissetme	
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	
19	Kendini ağlamaklı hissetme	
20	Kolayca incinebilme, kırılma	
21	İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma	
22	Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek	
23	Mide bozukluğu, bulantı	
24	Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	
25	Uykuya dalmada güçlük	

26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	
27	Karar vermede güçlükler	
28	Otobüs, tren, metro gibi umumî vasıtalarla seyahatlerden korkma	
29	Nefes darlığı, nefessiz kalma	
30	Sıcak, soğuk basmaları	
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	
32	Kafanızın bomboş kalması	
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	
34	Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	
36	Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük	
37	Bedenin bazı bölgelerinde, zayıflık, güçsüzlük hissi	
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetme	
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	
40	Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği	
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	
42	Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak	
43	Kalabalıklardan rahatsızlık duymak	
44	Başka insanlara hiç yakınlık duymamak	
45	Dehşet ve panik nöbetleri	
46	Sık sık tartışmaya girmek	
47	Yalnız kaldığında sinirlilik hissetme	
48	Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek	
49	Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek	
50	Kendini değersiz görme duygusu	
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	
52	Suçluluk duyguları	
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	

EK 6**Sosyal Destek Veren Davranışlar Envanteri**

	Hiç	1 ya da 2 kere	Yaklaş ık haftada birkaç kere	Haft ada birka ç kere	Hemen hemen her gün
Son dört haftada bu aktiviteleri diğer insanlar sizin için, size ya da sizinle birlikte ne sıklıkla yapmışlardır:					
1.Siz yokken bir aile üyesine göz kulak oldu.					
2. Stresli bir durumda fiziksel olarak sizin yanınızda oldu.					
3. Bir süre uzaklaşabilmeniz için size bir yer sağladı.					
4. Siz yokken size ait şeylere (evcil hayvanlar, bitkiler, ev vb.) göz kulak oldu.					
5. Size, sizin içinde bulunduğunuz duruma benzer bir durumda kendisinin ne yaptığını anlattı.					
6. Aklınızdan bazı şeyleri uzaklaştırmanız için sizinle birlikte bir aktivitede yer aldı					
7. Sizinle, ilgilendiğiniz bazı şeyler hakkında sohbet etti.					
8. Size, bir işi iyi yaptığınızı söyledi.					
9. İşinizi halledebilecek birisine sizinle beraber geldi.					
10. Size, böyle, olduğunuz şekilde, gayet iyi olduğunuzu söyledi.					
11. Size, konuştuğunuz özel şeylerin sadece ikiniz arasında kalacağını söyledi.					
12. Kendiniz için bir hedef belirlemenizde size yardımcı oldu.					
13. Sizden ne beklediğini size açıkladı.					
14. Sizin bir yeteneğiniz ya da özelliğinize duyduğu güveni ya da saygısını ifade etti.					
15. Bir şeyin nasıl yapılacağı konusunda size bilgi verdi.					
16. Yapmanız gereken bir eylem önerdi.					
17. Size 30 TL'den fazla para verdi.					
18. Fiziksel yakınlık göstererek sizi rahatlattı.					
19. İçinde bulunduğunuz bir durumu anlamanıza yardım etmek için size bazı bilgiler verdi.					

20. Sizi taşıtıyla bir yerlere bıraktı.					
21. Size verilen bir tavsiyeye uyup uymadığınızı kontrol etti.					
22. Size 30 TL'den az para verdi.					
23. Bir şeyi neden iyi yapmadığınızı anlamınıza yardımcı oldu.					
24. Özel duygularınız hakkında konuşurken sizi dinledi.					
25. İhtiyacınız olan bir şeyi (para dışında fiziksel bir obje) size ödünç olarak ya da tamamen verdi.					
26. Y yapmak istediğiniz şeyin doğru olduğu konusunda size katıldı.					

EK 7**Verilen Sosyal Destek Ölçeği**

	Hiç	1 ya da 2 kere	Yaklaşık haftada birkaç kere	Haftada birkaç kere	Hemen hemen her gün
Son dört haftada bu aktiviteleri bakım verdiğiniz yakınınız için, ...’ya ya da ile birlikte ne sıklıkla yapmışsınızdır (Noktalı kısma bakım verdiğiniz yakınınızın ismini koyunuz):					
6. Aklından bazı şeyleri uzaklaştırması için ile birlikte bir aktivitede yer aldım.					
7. ile ilgilendiği bazı şeyler hakkında sohbet ettim.					
9. İşini halledebilecek birisine ile beraber gittim.					
10.’na, böyle, olduğu şekilde, gayet iyi olduğunu söyledim.					
11.’na, konuştuğumuz özel şeylerin sadece ikimiz arasında kalacağını söyledim.					
13.’ dan ne beklediğini’ya açıkladım.					
14.’ nın bir yeteneğine ya da özelliğine duyduğum güveni ya da saygıyı ifade ettim.					
15. Bir şeyin nasıl yapılacağı konusunda’ya bilgi verdim.					
18. Fiziksel yakınlık göstererek’yı rahatlattım.					
19. İçinde bulunduğu bir durumu anlamasına yardım etmek için’ya bazı bilgiler verdim.					
21.’ya verilen bir tavsiyeye uyup uymadığını kontrol ettim.					
23. Bir şeyi neden iyi yapmadığını anlamasına yardımcı oldum.					
24. Özel duyguları hakkında konuşurken’yı dinledim.					
25. İhtiyacı olan bir şeyi (para dışında fiziksel bir obje)’ya ödünç olarak ya da tamamen verdim.					
26. Yapmak istediği şeyin doğru olduğu konusunda’a katıldım.					
27. İçinde bulunduğu durumu daha net ve kolay anlamasını sağlayacak şeyler söyledim.					
28.’nın durumuna benzer bir durumda kendimi nasıl hissettiğimi anlattım.					
29. Yardıma ihtiyacı olduğunda her zaman yanında olacağımı söyledim.					

30. İyi olması için, ... için endişelendiğimi ifade ettim ve’a ilgi gösterdim.					
31. Kendimi’a çok yakın hissettiğimi söyledim.					
32. Yardım alması için kimi görmesi gerektiğini söyledim.					
35.’ya bir şeyin nasıl yapılacağını öğrettim.					
36. İyi veya kötü demeden, nasıl olduğuna dair’ya geri bildirim verdim.					
37.’yı neşelendirmek için şakalar yaptım.					
39. Yapması gereken bir iş için geldim ve’ya yardım ettim.					