

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL SERVİSTE İNSİDENTAL OLARAK CAVUM SEPTUM
PELLUCİDUM VE CAVUM VERGAE SAPTANMIŞ OLAN KİŞİLERDE
RUHSAL BELİRTİLERİNİN VE BİLİNÇ DÜZEYLERİNİN
KIYASLANMASI

Dr. Pınar TÜRKMEN

ACİL TIP ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Müge GÜNALP ENEYLİ

ANKARA

Tarih (2023)

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “*Acil Serviste İnsidental Olarak Cavum Septum Pellucidum ve Cavum Vergae Saptanmış Olan Kişilerde Ruhsal Belirtilerinin ve Bilinç Düzeylerinin Kıyaslanması*” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımca yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 8/12/2022 tarihinde i11-642-22 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Pınar TÜRKMEN

Tarih:

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Acil Serviste İnsidental Olarak Cavum Septum Pellucidum ve Cavum Vergae Saptanmış Olan Kişilerde Ruhsal Belirtilerinin ve Bilinç Düzeylerinin Kıyaslanması

ORJİNALLİK RAPORU

% **16**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **16**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **5**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Pınar Türkmen
Ödev başlığı:	Dr. Pınar Turkmen Tez
Gönderi Başlığı:	Acil Serviste İnsidental Olarak Cavum Septum Pellucidum ve...
Dosya adı:	Dr.Pinar_Turkmen_Tez.docx
Dosya boyutu:	2.27M
Sayfa sayısı:	82
Kelime sayısı:	22,912
Karakter sayısı:	153,368
Gönderim Tarihi:	20-Kas-2023 09:42ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2234388442

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Pınar TÜRKMEN	Sınav tarihi: 30 / 11 / 2023
Anabilim/Bilim Dalı	: Acil Tıp Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Müge GÜNALP ENEYLİ	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: <i>Acil Serviste İnsidental Olarak Cavum Septum Pellucidum ve Cavum Vergae Saptanmış Olan Kişilerde Ruhsal Belirtilerinin ve Bilinç Düzeylerinin Kıyaslanması</i>	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin “Tıpta Uzmanlık Tezi” olarak ☒ Kabulüne ☐ Reddine ☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine ☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Jüri Başkanı
Prof. Dr. Onur POLAT
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Prof. Dr. Müge GÜNALP ENEYLİ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Ü. Sinan GENÇ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Acil tıp uzmanlık eğitimimde çok büyük katkısı olan, akademik gelişim basamaklarında her zaman yanımda olan ve bana olan güvenini her daim hissettiğim tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Müge Günalp ENEYLİ'ye,

Eğitimim süresince bilgi, tecrübe ve iletişim becerilerinden çok faydalandığım ve çalışkanlığını örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Onur POLAT'a,

Tanıştığım günden itibaren bilgilerinden yararlanmayı bir şans olarak gördüğüm, asistanlık sürecim ve sonrası için her zaman yanımda olacağını bildiğim ve tezimi hazırlama sürecinde bilgilerini benden esirgemeyen Uzm. Dr. Ahmet Burak OĞUZ'a,

Asistanlık sürecimin başından başlayarak bana ve arkadaşlarıma acil tıp konusunda engin bilgilerini her daim aktaran, akademik ve klinik tecrübelerini bana her daim aktarmaya çalışan Dr. Öğr. Üyesi Sinan GENÇ'e,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, kendisinden çok tecrübe edindiğim ve herhangi bir sorunumda her zaman yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Ayça KOCA'ya,

Engin tecrübelerinden çokça yararlandığım, mesleğimizi bize sevdiren ve bana olan güvenini her daim hissettiren Uzm. Dr. Serdar GÜRLER'e,

Beraber çalışmaktan ve yol arkadaşlıklarından her daim onur duyduğum tüm Acil Tıp asistan arkadaşlarıma ve çok değerli acil çalışanlarına,

Uzmanlık tezimin oluşmasında kıymetli katkıları olan Prof. Dr. Atilla Halil ELHAN ve Metin Kaya GÖKÇE'ye,

Özellikle, hayatımdaki her zorluğu kolaylaştıran, varlığı ile bana güç veren ve tezimi hazırlarken yardımcı olan sevgili eşim Osman TÜRKMEN'e,

Varlıklarıyla hayatıma neşe ve anlam katan sevgili çocuklarım Mehmet ve Elif'e,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, desteklerini esirgemeyen ve başarılarımda en büyük payı olan annem Gülcan ALBAYRAK ve babam Mustafa ALBAYRAK'a ayrıca kardeşlerim Ömer ve Fatih'e teşekkür ederim.

Pınar TÜRKMEN

Ankara-2023

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	i
ÖZGÜNLÜK RAPORU.....	ii
KABUL ONAY SAYFASI	iii
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1 Akıl Sağlığı.....	6
4.2. Septum Pellucidum.....	7
4.2.1. Septum Pellucidum Embriyogenezis.....	7
4.2.2. Septum Pellucidum Fizyolojisi.....	8
4.2.3. Cavum Septum Pellucidum	9
4.2.4. Cavum Vergae.....	13
4.2.5. CSP ve CV ile Nörolojik Disfonksiyon İlişkisi.....	13
4.2.6. CSP ve CV'nin Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi.....	14
4.3. Bilgisayarlı Tomografi.....	16
4.3.1. CSP ve CV'nin Radyolojisi	18
4.4. Yapılacak Testler.....	21
4.4.1 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	21
4.4.2. Mini Mental Test (MMT)	25

4.4.3 Eğitimsizler İçin Modifiye Edilen Mini-mental Test (MMMT-E)	27
4.4.4. Saat Çizme.....	28
4.5. Nörolojik Muayene.....	29
4.5.1. Kranial Sinir Muayenesi	29
4.5.2. Motor Sistem Muayenesi.....	31
4.5.3. Duyu Muayenesi.....	32
4.5.4. Koordinasyon Muayenesi	34
4.5.5. Refleks Muayenesi	35
5. GEREÇ ve YÖNTEM	37
5.1. Çalışmanın Popülasyonu	37
5.2. CSP Varlığının BT ile Değerlendirilmesi	38
5.3. Hastalardan Toplanacak Veriler	38
5.3.1. Demografik Değerlendirme	38
5.3.2. Bilinç ve Ruhsal Değerlendirme	39
5.3.3.Nörolojik Muayene.....	39
5.4. Sonlanım Noktaları.....	40
5.5. İstatistiksel Analiz	40
5.6. Etik Konular	40
6. BULGULAR	41
6.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	43
6.1.1. ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	43
6.1.2. ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	49
6.2. Katılımcıların Bilinç Düzeylerinin ve Nörolojik Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi	55

6.2.1. ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Bilinç Düzeylerinin ve Nörolojik Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi.....	55
6.2.2. ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Bilinç Düzeylerinin ve Nörolojik Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi	56
6.3. Katılımcıların SCL-90-R ile Ruhsal Belirti Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	57
6.3.1. ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ Grupları Arasındaki Katılımcıların SCL-90-R ile Ruhsal Belirti Düzeylerinin Değerlendirilmesi	57
6.3.2. ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ Grupları Arasındaki Katılımcıların SCL-90-R ile Ruhsal Belirti Düzeylerinin Değerlendirilmesi	60
6.4. ‘CSP var’ Grubundaki Katılımcıların Evre, Uzunluk, Genişlik ve Yükseklik Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi	64
6.4.1. ‘CSP var’ Grubundaki Katılımcıların Uzunluk, Genişlik ve Yüksekliğe Göre Alt Tiplerinde Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin, MMT, SÇT, NM ve SCL-90-R’ın Değerlendirilmesi	64
6.4.2. ‘CSP var’ Grubundaki Katılımcıların Evrelerine Göre Alt Tiplerinin Tanımlayıcı Demografik Özellikler, MMT, SÇT, NM ve SCL-90-R’ın Değerlendirilmesi	67
7. TARTIŞMA	70
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	81
9. KAYNAKLAR	82
10. EKLER	91
EK 1. SCL-90-R	91
EK 2. Standardize Mini Mental Test	93
EK 3. Eğitimsizler İçin Modifiye Mini Mental Test (MMMT-E)	94
EK 4. Nörolojik Muayene	95
EK 5. Sosyodemografik Veri ve Klinik Takip Formu	97
EK 6. Saat Çizme	98
EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	99

SİMGELER VE KISALTMALAR

SP	: Septum Pellucidum
CSP	: Cavum Septum Pellucidum
CV	: Cavum Vergae
CSPV	: Cavum Septum Pellucidum et Vergae
ŞSB	: Şizofreni Spektrum Bozukluğu
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
AP	: Anterior Posterior
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
kVp	: Kilovolt
HU	: Hounsfield Birimi
Ark.	: Arkadaşları
Mm	: Milimetre
Cm	: Santimetre
Scl-90-R	: Ruhsal Belirti Tarama Listesi
SOMA	: Somatizasyon
OBKO	: Obsesif-Kompulsif
KADU	: Kişiler Arası Duyarlılık
DEPR	: Depresyon
KAYG	: Kaygı
DUŞM	: Düşmanlık
FOKA	: Fobik Kaygı
PADÜU	: Paranoid Düşünce
PSİK	: Psikotizm

EKOL	: Ek Ölçek
GSI	: Global Symptom Index
MMT	: Mini Mental Test
MMMT-e	: Eğitimsizler için Modifiye Mini Mental Test
SÇT	: Saat Çizme Testi
CN	: Cranial Nerve
N	: Nervus
M	: Musculus
NM	: Nörolojik Muayene
C	: Cervical
L	: Lomber
SCM	: Sternocleidomastoideus
SS	: Standart Sapma
Min	: Minimum
Max	: Maximum

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1: Septum pellucidum anatomisi.....	7
Şekil 4.2: Primitif lamina terminalis ve telensefalon	8
Şekil 4.3: Limbik sistem anatomisi	9
Şekil 4.4: CSP ve CV'nin şematik gösterimi	10
Şekil 4.5: CSP'nin otopsi görüntüsü	12
Şekil 4.6: CSP'nin BT ile çekilmiş koronal kesitleri	19
Şekil 4.7: CSP ve CV'nin BT ile çekilmiş koronal kesitleri	20
Şekil 4.8: Degreef tarafından yapılan derecelendirme sistemi, A, B, C, D ve E sırasıyla normal, evre 1, 2, 3 ve 4 cavumu (beyaz ok uçları) temsil eder.	20
Şekil 4.9: Shulman puanlama yöntemi.....	29
Şekil 6.1: Çalışmanın akış şeması.....	42
Şekil 6.2: 'CSP var' ve 'CSP yok' gruplarındaki katılımcıların Mann-Whitney U test ile yaş dağılımının gösterimi.....	45
Şekil 6.3: 'CSP(-) ve CV(-)', 'CSP(+) ve CV(-)' ve 'CSP(+) ve CV(+)' gruplarındaki katılımcıların Kruskal-Wallis test ile yaş dağılımının gösterimi	51

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 5.1: “Acil serviste insidental olarak cavum septum pellucidum ve cavum vergae saptanmış olan kişilerde ruhsal belirtilerinin ve bilinç düzeylerinin kıyaslanması” isimli çalışmada hasta seçiminde kullanılan hariç tutma ölçütleri	37
Tablo 6.1: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların tanımlayıcı demografik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırması.....	44
Tablo 6.2: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların yaş ve çocuk sayısının istatistiksel karşılaştırması.....	45
Tablo 6.3: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların tanımlayıcı demografik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırması.....	50
Tablo 6.4: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların yaş ve çocuk sayısının istatistiksel karşılaştırması	51
Tablo 6.5: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların nörolojik muayene bulgularının istatistiksel karşılaştırması	55
Tablo 6.6: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların MMT ve SÇT puanlarının istatistiksel karşılaştırması.....	55
Tablo 6.7: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların nörolojik muayene bulgularının istatistiksel karşılaştırması.....	56
Tablo 6.8: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların MMT ve SÇT puanlarının istatistiksel karşılaştırması.....	56
Tablo 6.9: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların SCL-90-R ile ruhsal belirti düzeylerinin istatistiksel karşılaştırması	58
Tablo 6.10: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların SCL-90-R ile ruhsal belirti düzeylerinin istatistiksel karşılaştırması	61
Tablo 6.11: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre alt tiplerinde yaş, çocuk sayısı, MMT ve SÇT puanlarının istatistiksel karşılaştırması.....	64
Tablo 6.12: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre alt tiplerinde tanımlayıcı demografik özellikleri ve SCL-90-R’in istatistiksel karşılaştırması	65
Tablo 6.13: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların evre alt tiplemede tanımlayıcı demografik özelliklerinin, NM ve SCL-90-R’in istatistiksel karşılaştırılması.....	67

Tablo 6.14: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların evre alt tiplerinde yaş, çocuk sayısı, MMT ve SÇT’nin istatistiksel karşılaştırılması	68
--	----



1. ÖZET

Acil Serviste İnsidental Olarak Cavum Septum Pellucidum ve Cavum Vergae Saptanmış Olan Kişilerde Ruhsal Belirtilerinin ve Bilinç Düzeylerinin Kıyaslanması

Amaç: Ruhsal bozukluklar çok önemli sağlık sorunlarıdır. Bu yüzden tıpkı fizyolojik hastalıklar gibi erken tanı almalıdır. Cavum septum pellucidum (CSP) ve cavum vergae (CV)'nin nörogelişimsel bozukluklar ve psikiyatrik bozukluklar için bir gösterge olduğu düşünülmektedir. CSP ile nöropsikolojik işlevlerin ilişkisinin genellikle şizofreni spektrum bozukluğu ve nörogelişimsel sendromlu hasta gruplarında araştırılmıştır. İnsidental saptanmış CSP'li kişilerde yaklaşımın nasıl olması gerektiği konusunda yeterli bilgi mevcut değildir. Bu çalışmada CSP saptanan kişilerde ruhsal belirti düzeylerinin ve bilinç düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif kohort çalışma 15 Aralık 2022 ve 30 Haziran 2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalında gerçekleştirildi. Herhangi bir sebeple beyin bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen dışlama kriterlerine sahip olmayan tüm 18-65 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar BT görüntüsünde CSP'si olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Yazılı ve sözlü onam verenlerin 1 ay sonra kontrole çağrılarak demografik değerlendirmesi, nörolojik muayene, bilinç ve ruhsal değerlendirme testleri yapıldı ve veriler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: CSP'si olan 26, CSP'si olmayan 26 olacak şekilde toplam 52 hasta çalışmaya dahil edildi. CSP'si olanların 13'ü erkek, 13'ü kadındı; CSP'si olmayanlarında 13'ü erkek, 13'ü kadındı. Çalışmaya dahil edilen CSP'si olan hastaların yaşı 48.1 ± 13.3 , CSP'si olmayan hastaların yaşı 40.1 ± 13.3 olarak belirlendi. CSP'si olanlarda obsesif-kompulsif belirtileri anlamlı şekilde fazla ($p = 0.012$) ve sigara kullanımı ($p = 0.001$) anlamlı şekilde az olarak bulundu. CSP'ye CV eşlik etme durumuna göre üçlü grup değerlendirmesinde: cavum septum pellucidum et vergae (CSPV) grubunun obsesif-kompulsif belirtileri ($p = 0.043$) ve izole CSP grubunun ise psikotizm belirtileri ($p = 0.029$) anlamlı şekilde fazla olarak bulundu.

Sonuç: CSP'si olan hastalarda obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinde ve alt grup değerlendirmesinde izole CSP grubunda psikotizm semptomları açısından anlamlı yükseklik saptandı.

Anahtar Kelimeler: Cavum septum pellucidum et vergae, acil servis, ruhsal hastalık, beyin bilgisayarlı tomografi

2. ABSTRACT

Comparison of Psychological Symptoms and Levels of Consciousness in Individuals Incidentally Detected with Cavum Septum Pellucidum and Cavum Vergae in the Emergency Department

Aim: Psychological disorders are significant health issues, and that is why they should receive early diagnosis just like physiological diseases. Cavum septum pellucidum (CSP) and cavum vergae (CV) are thought to be indicators of neurodevelopmental disorders and psychiatric disorders. The relationship between CSP and neuropsychological functions is typically studied in patient groups with schizophrenia spectrum disorders and neurodevelopmental syndromes. There is insufficient information on how to approach individuals incidentally detected with CSP. This study aims to compare the levels of psychological symptoms and consciousness in individuals with detected CSP.

Materials and Methods: This prospective cohort study was conducted between December 15, 2022, and June 30, 2023, at the Department of Emergency Medicine, Ankara University. All patients between the ages of 18 to 65 who underwent brain computed tomography (CT) for any reason and did not have exclusion criteria were included in the study. Patients were divided into two groups based on the presence or absence of CSP in their CT images. Those who provided written and verbal consent were called for a follow-up examination one month later, where demographic assessment, neurological examination, consciousness, and psychological evaluation tests were conducted, and the data were statistically analyzed.

Results: A total of 52 patients were included in the study, with 26 having CSP and 26 not having CSP. Among those with CSP, 13 were male and 13 were female, and among those without CSP, 13 were male and 13 were female. The age of CSP-positive patients included in the study was determined to be 48.1 ± 13.3 , while the age of CSP-negative patients was 40.1 ± 13.3 . Those with CSP had significantly more obsessive-compulsive symptoms ($p = 0.012$) and significantly lower smoking prevalence ($p = 0.001$). In the three-group evaluation based on the presence of cavum vergae (CV) alongside CSP, the cavum septum pellucidum et vergae (CSPV) group had significantly more obsessive-compulsive symptoms ($p = 0.043$) and the isolated CSP group had significantly higher psychotic symptoms ($p = 0.029$).

Conclusion: In patients with CSP, a significant increase was observed in obsessive-compulsive disorder symptoms, and in the subgroup assessment, the isolated CSP group showed significant elevation in terms of psychotic symptoms.

Keywords: Cavum septum pellucidum et vergae, emergency department, mental illness, brain computed tomography



3. GİRİŞ ve AMAÇ

Akıl sağlığı; kişinin kendi yaşamını kontrol edebildiği, kendi stresleri ve görevleri ile başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir biçimde çalıştığı ve topluma katkı sağlayabildiği iyi olma durumudur (1). Ruhsal bozukluk, bireyin duygu düzenlemesinde, bilişinde veya davranışında, zihinsel işleyişin altında yatan psikolojik, biyolojik veya gelişim süreçlerindeki bir işlev bozukluğunu yansıtan klinik olarak anlamlı bir bozuklukla tanımlanmış bir sendromdur (2).

Dünya çapında ruhsal bozukluklar nüfusun %25'ini etkilemektedir (3). Ülkemizdeki ruhsal hastalık oranı birçok nedene bağlı olarak artmaktadır ve %17,2 olduğu belirtilmektedir. Tüm dünya ülkelerinde yaygın biçimde görülür ve ruhsal hastalıklar kronik olmalarının yanı sıra ciddi oranda mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açarlar. Aynı zamanda ruhsal hastalığa bağlı yeti kaybı pek çok ciddi bedensel hastalığa oranla daha fazladır (4). Ruhsal bozukluklar, ruhsal sorunları olan insanların yaşamlarını, kariyerlerini ve bir bütün olarak toplumun üretkenliğini etkiler (5). Hastalıkların erken tanısı ve tedavisi için geç kalınması ve hastalık ilerledikten sonra sağlık hizmetine başvurulması sağlık sektörü üzerinde önemli bir yükü beraberinde getirir (6). Ruhsal bozukluklar çok önemli sağlık sorunlarıdır. Bu yüzden tıpkı fizyolojik hastalıklar gibi erken tanı almalı, tedavi edilmeli ve bu hastalığa sahip kişiler, rehabilite edilerek toplumda hak ettikleri yeri almalıdırlar.

Septum pellucidum ince çift zardır ve beynin sağ ve sol lateral ventriküllerinin ön boynuzlarını ayırır (7). Cavum septum pellucidum (CSP), septum pellucidumun (SP) membranöz yaprakları arasında bulunan en az 1 mm ayrılmış potansiyel bir boşluktur (8). SP'nin yapraklarının arka kısmının kapanmaması durumunda cavum vergae (CV) oluşur. CSP ve CV birlikte tek büyük bir boşluk halinde bulunabilir ve cavum septum pellucidum et vergae (CSPV) olarak isimlendirilir. CSP ve CV'nin nörogelişimsel bir anomali olduğu düşünülmektedir. Bu yapıların oluşumu limbik sistemin gelişimiyle yakından ilişkilidir. Bu ilişki sebebiyle CSP ve CV, nörogelişimsel bozukluklar ve psikiyatrik bozukluklar için bir gösterge olarak kabul edilebilir (9).

Farklı çalışmalarda CSP ile bipolar bozukluk, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, Tourette sendromu, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, alkol-madde kullanım bozuklukları ve nörogelişimsel bozuklukların ilişkisi araştırılmış olmasına rağmen çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. CSP ile nöropsikolojik disfonksiyonun ilişkisi günümüze kadar tam olarak açıklanamamıştır. Bu

konuda literatürde az sayıda çalışma vardır ve bunların tamamı nörogelişimsel sendromlu hastalarla ve şizofrenilerle yapılmıştır ve benzer sonuçlara ulaşılmıştır (10–16).

Geçmiş çalışmalarda CSP'nin şizofreni spektrum bozukluğu (ŞSB) dışı psikiyatrik hastalıklarla ilişkisiyle ilgili yeterli bilgi yoktur. CSP ile nöropsikolojik işlevlerin ilişkisinin yalnızca ŞSB ve nörogelişimsel sendromlu hasta gruplarında araştırılmış olması ve insidental saptanmış CSP'li kişilerde yaklaşımın nasıl olması gerektiği konusunda yeterli bilgi mevcut değildir.

Bu çalışmada, herhangi bir nedenle çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde insidental olarak CSP saptanan hastaların CSP saptanmayan hastalara göre ruhsal belirti düzeylerinin ve bilinç düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı. Çalışma sonucuna göre; “acil servis ve diğer servislerde yapılan beyin BT görüntülerinde insidental olarak CSP saptanmış kişilerde psikiyatrik hastalık yatkınlığını belirlenmesi amaçlandı. Yatkınlık durumu varsa klinisyenin yaklaşımı nasıl olmalı?” sorusuna yönelik fikir üretme hedeflendi. Bu soruya göre bir diğer amaç; hastaların psikiyatriye yönlendirilip yönlendirilmemesi gerekliliği konusunda fikir sahibi olmaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Akıl Sağlığı

Akıl sağlığı; kişinin kendi yaşamını kontrol edebildiği, kendi stresleri ve görevleri ile başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir biçimde çalıştığı ve topluma katkı sağlayabildiği iyi olma durumudur (1).

Ruhsal bozukluk, bireyin bilişinde, duygu düzenlemesinde veya davranışında, zihinsel işleyişin altında yatan biyolojik, psikolojik veya gelişim süreçlerindeki bir işlev bozukluğunu yansıtan klinik olarak anlamlı bir bozuklukla karakterize edilen bir sendromdur (2). Ruhsal bozukluklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik ile sonuçlanır. Sık karşılaşılan tetikleyici bir faktöre ya da sevilen birini yitirme gibi bir yitime karşı verilen, beklendik ya da kültürel açıdan kabul gören bir tepki ruhsal bir bozukluk değildir. Daha çok kişi ve toplum arasında ortaya çıkan, toplumsal olarak alışılmışın dışında davranış (örn: siyasal, dinsel ya da cinsel) ve çatışmalar olabilir ancak bu davranış ve çatışmalar, yukarıda tanımlandığı gibi, bir işlevsellik bozukluğundan kaynaklanmadığı sürece, ruhsal bozukluk değildir (17).

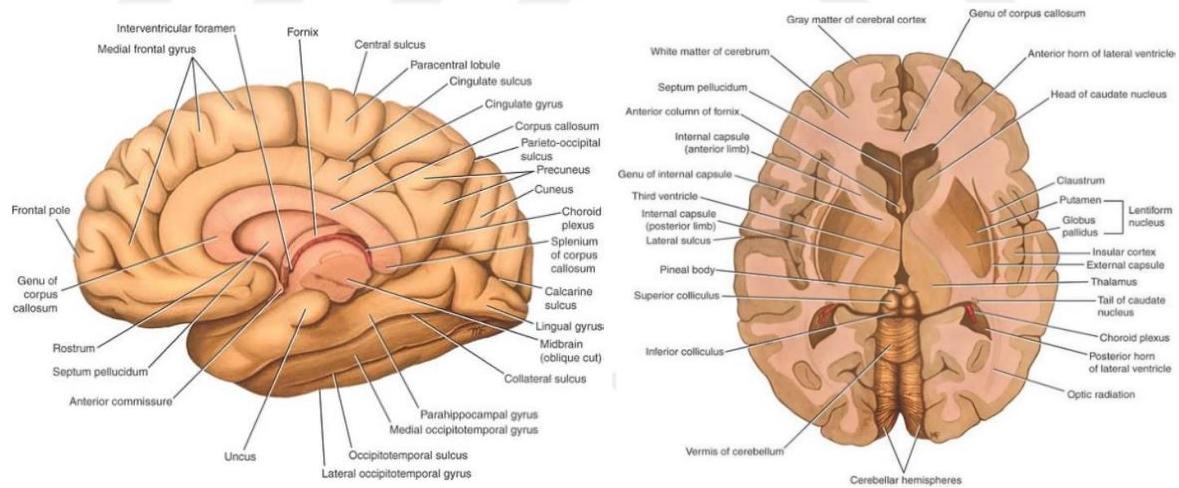
Ruhsal hastalıklar tüm dünya ülkelerinde yaygın biçimde görülür ve hem kroniktirler hem de çok ciddi oranda işten güçten kalmaya, mesleki ve sosyal rollerin gereklerini yerine getirememeye yol açarlar. Yani, ruhsal hastalığı olan kişinin, benzer durumdaki başka bir bireye göre eğitim, iş ve eş bulma, para kazanma, verimli şekilde çalışma ve hayattan keyif alma kapasitesi daha azdır. Dahası, ruhsal hastalığa bağlı yeti kaybı, pek çok ciddi bedensel hastalığa oranla daha fazladır (4). Ruhsal hastalıklar sebebiyle olan kayıp yaşam yılları (disability-adjusted life years) tüm kanserlerle aynı, tüm nörolojik hastalıkların ise iki katıdır (18). Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti kaybı içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralamasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorununun 5 tanesi ruhsal sorunlardır (19).

Dünya çapında ruhsal bozuklukların nüfusun yaklaşık %25'ini etkilediği düşünülmektedir (3). 2019 yılında dünya çapında her 8 kişiden 1'i; yani 970 milyon kişi, ruhsal hastalıklarla yaşıyordu (20). Ülkemizdeki ruhsal hastalık oranı birçok nedene bağlı olarak artmaktadır ve %17,2 olduğu düşünülmektedir (4). Tüm dünya ülkelerinde yaygın biçimde görülür ve ruhsal hastalıklar kronik olmalarının yanı sıra ciddi oranda mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açarlar. Aynı zamanda ruhsal hastalığa bağlı yeti kaybı pek çok ciddi bedensel hastalığa oranla daha fazladır (4). Birçok batı ülkesinde kronik

hastalıkların %30- 40'ından ruhsal bozuklukların sorumlu olduğu, küresel olarak engelliliğe sebep olan önde gelen nedenler arasında sayıldığı belirtilmektedir. Ruhsal bozukluklar, ruhsal sorunları olan kişilerin yaşamlarını, kariyerlerini ve bir bütün olarak toplumun üretkenliğini etkiler (5). Hastalıkların erken tanısı ve tedavisi için geç kalınması ve hastalık ilerledikten sonra sağlık hizmetine başvurulması sağlık sektörü üzerinde önemli bir yükü beraberinde getirir (6).

4.2. Septum Pellucidum

Septum pellucidum (pellucidum = şeffaf), corpus callosumun gövdesinin ön kısmı, genu ve rostrumundan fornixin üst yüzeyine uzanan iki laminadan oluşan ince yarı saydam bir zardır. Anteriordan posteriora olan uzantısı, lamina terminalis'ten başlar corpus callosumun spleniumunda sonlanır. Süperiordan inferiora corpus callosum ile forniks arasındaki orta hat boşluğunu ikiye böler. Geniliği 1,5 ile 3,0 mm arasında değişmektedir (7). SP glial hücreleri, bazı dağınık nöronları, lif demetlerini ve koroid pleksusa bağlanan damarları içerir (21). Ventriküle bakan yüzeyi ependim ile döşelidir. Septum pellucidum önemli bir aktarma istasyonu görevindedir; anatomik ve fonksiyonel olarak en önemli akson bağlantıları hipokampus ve hipotalamus ile (22). Septum pellucidum anatomisi şekil 4.1'de gösterildi (23).

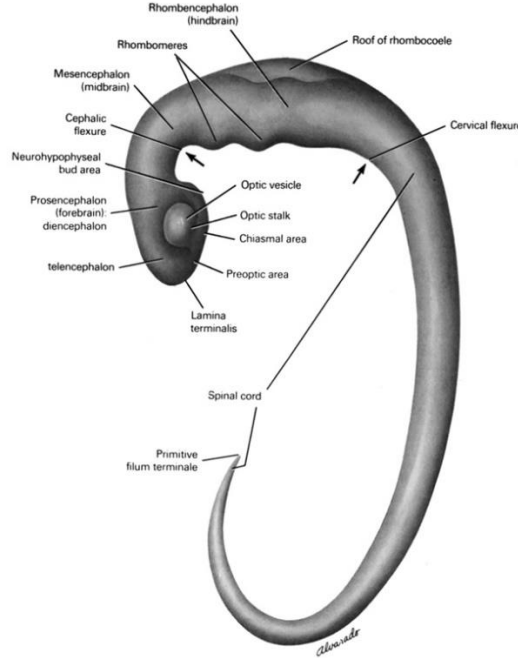


Şekil 4.1: Septum pellucidum anatomisi

4.2.1. Septum Pellucidum Embriyogenezis

Septum pellucidumun gelişimi, primitif lamina terminalis veya telensefalik boşluğun ön duvarını oluşturan komissural plakadan oluşur. Bu gelişme, corpus callosum ve diğer iki ön beyin komissürüyle, yani ön ve hipokampal ile karmaşık bir şekilde ilişkilidir. Bu gelişme

gebeliğin yaklaşık 10-12. haftalarında başlar ve 17. gebelik haftasında corpus callosumla birlikte eş zamanlı olarak yetişkin formuna ulaşır (22). Primitif lamina terminalis ve telensefalon şekil 4.2’ de gösterildi (24).

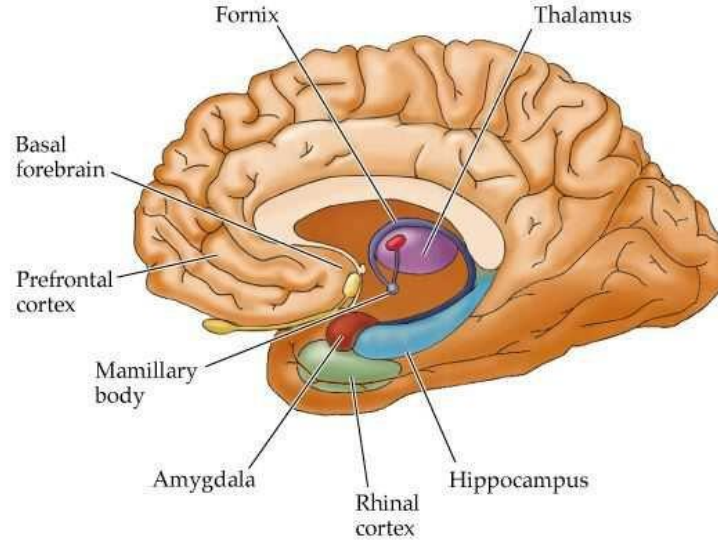


Şekil 4.2: Primitif lamina terminalis ve telensefalon

4.2.2. Septum Pellucidum Fizyolojisi

Septum pellucidumun hiçbir işlevi olmadığına dair yaygın ancak talihsiz bir inanış vardır. Bu yanlış inanış, septum pellucidumun embriyolojisi ve aksonal bağlantılarının yetersiz anlaşılmasından doğar. Septum pellucidum, corpus callosum ile forniks arasında yalnızca inceltilmiş membranöz bir köprü olarak düşünülmemelidir. Limbik sistemin bir parçasıdır. Hipokampus ve hipotalamus ile bağlantılı önemli bir aktarma istasyonudur (25). Bağlantılarına dayanarak septum pellucidum, iç organlarla alakalı bilgileri hipotalamik otonomik sistem yoluyla hipokampüse, amigdalaya, habenulaya ve beyin sapı retiküler oluşumuna aktaran bir merkez olarak kabul edilebilir (26). Bu sebeple, kendini sürdürme, yiyecek bulma, cinsellik, homeostaz için otonomik-vegetatif uyum modları, savaş ya da kaç tepkisi ve türlerin devamı gibi zihinsel süreçlere hizmet eden devrenin bir parçasıdır (27). Hipokampüsün hafızada oynadığı önemli rol ve septum pellucidum ile hipokampus arasında limbik sistem aracılığıyla önemli bağlantılar oluşması sebebiyle, septum pellucidumda anormallikler meydana geldiğinde öğrenme güçlüğü ve zekâ geriliği beklenebilir (22,28).

Nöropsikiyatrik anomaliler hafif olabilir ve hastaya karmaşık nöropsikiyatrik testler uygulanarak saptanmadıkça, genellikle klinik ve nörolojik değerlendirmelerde fark edilmezler (29). Limbik sistem anatomisi şekil 4.3'te gösterildi (30).



Şekil 4.3: Limbik sistem anatomisi

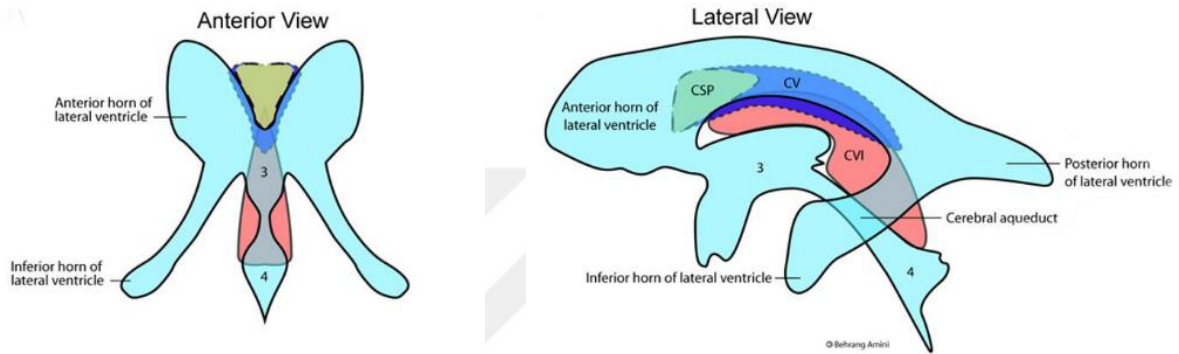
Septum pellucidum herhangi bir koku işlevi yoktur. Olfaktör bulbustan çıkan ve preoptik alana giderken septum pellucidumdan geçen birkaç akson vardır ancak burada sonlanmazlar (26).

Septum pellucidum ve Broca'nın diyagonal bandı, duyuşal uyarıları limbik sisteme filtreleyerek beyin sapındaki retiküler formasyona iletir. Yabani hayvanlarda yiyecek bulmak ve kendini korumak için çok önemli olan dikkat ve etkinlik, bu devre tarafından yönlendirilen işlevlerdir. Bazal ön beyin kolinerjik sinir yollarından; medial septal çekirdekte, Broca'nın diyagonal bandının çekirdeğinde ve ön beyin bazal nükleuslarda bulunan nöronlardan, korteks ve hipokampüse lifler iletir. Bu nöronların bozulması, Alzheimer hastalığına sebep olabilir (29).

4.2.3. Cavum Septum Pellucidum

CSP, septum pellucidumun her iki yaprağı arasında en az 1 mm mesafe olduğunda oluşan boşluktur (8). Üstte corpus callosumun gövdesi tarafından, anteroinferiorde corpus callosumun genu ve rostrumu ve ön komissür tarafından sınırlanır. Zemini forniks tarafından oluşturulmuştur. Schunk, CSP'nin değişen genişliklerinin dağılımını şu şekilde belirledi: 2 mm, %16,3; 3 mm, %8,4; 4 mm, %5,4; ve 5 mm veya daha fazla, %0,3 (31). Schwidde 1032

beyin üzerinde yaptığı bir incelemede CSP için ortalama boyutlarını eni, yüksekliği ve boyunu sırasıyla 3, 6 ve 7,5 mm olduğunu belirtmiştir. CSP' ye CV eşlik ettiğinde 6, 9 ve 25 mm hesaplamıştır. Corpus callosumun genudan spleniuma olan mesafesinin yaklaşık 60 mm olduğu göz önüne alındığında, boşlukların her birinin maksimum uzunlamasına boyutu yaklaşık 30 mm'dir. Eşzamanlı CSP ve CV'nin birleşik uzunlamasına ölçümü 60 mm'ye yaklaşabilir veya biraz aşabilir (32). AP uzunluğu 6 mm ve üstü olan CSP'ler büyük CSP olarak sınıflandırılır (33). CSP ve CV'nin şematik gösterimi şekil 4.4'te gösterildi (34).



Şekil 4.4: CSP ve CV'nin şematik gösterimi

➤ CSP'nin yenidoğan ve süt çocuklarında yetişkinlerden çok daha sık görülmesi

Otopsi çalışmalarından, fetüslerin ve prematüre bebeklerin %100'ünde makroskopik olarak görülebilen CSP'nin var olduğu gösterilmiştir (35). Prevalansı termden sonra keskin bir şekilde azalır. Prevalansı 1. ayda %85, 2. ayda %45 ve 3-6. ayda %15 olur. Bildirilen otopsi çalışmalarında CSP prevalansında büyük farklılıklar belirtilmiştir. Shaw ve Alvord nörolojik hastalığı olmayan 374 hastanın beynini inceledi (8). İncelemelerini yaparken septum pellucidumun ön ve üst ucunda çok sık karşılaşılan küçük bir üçgen boşluğu göz ardı ettiler. 6 aydan 16 yaşa kadar CSP prevalansını %12 olarak belirlemişlerdir. Schwidde, birçok farklı yaştaki insandan 1032 beyin üzerinde çalışmış ve CSP prevalansını %20,34 olarak belirtmiştir (32). Schwidde, beyinleri incelenen hastaların nörolojik defisiti olup olmadığından özellikle bahsetmemiştir. Schunk, bazı nörolojik bozuklukların ölümüne sebep olduğu 307 hastanın beynini inceledi (31). Buna ek olarak, Schunk'un Shaw ve Alvord tarafından göz ardı edilen anteriorda görülen küçük üçgen yarıklar da dâhil olmak üzere her boyutta CSP'yi içermesi durumu, %60,2'lik yüksek CSP prevalansı sonucunu açıklamaktadır (16). CSP nörosonografide prematüre yeni doğanlarda %61 ve term yeni doğanlarda %50 oranında görülmüştür (35). Nakano ve arkadaşları 1050 bebek ve 14 yaşına kadar olan çocuklarda

BT'de CSP prevalansını hesaplamışlardır (36). CSP prevalansını 1 yaş altında %3.9, 1 yaşında %4.3, 2 yaşında %1.4, 3 yaşında %1.4, 4 yaşında %2.6, 5 yaşında %2.2, 6-9 yaşlarında %1.1, 10-14 yaşlarında %1 olarak hesaplamışlardır. Tüm yaşlarda ortalama prevalans ise %2.2 olarak belirlemişlerdir. Geç fetal yaşamda, yeni doğanda ve süt çocuklarında anatomik ve nörogörüntüleme çalışmalarında bu kadar sık görülmesinin sebebi septum pellucidumun embriyolojik ve evrimsel gelişiminde yatmaktadır.

Erken fetal yaşamında septum pellucidum katı bir yapıdır. Daha sonra, septum pellucidum ve corpus callosumun gelişimi ile yakından ilişkili olan, komissural plakanın interstisyel bölünmesiyle bir boşluk oluşur. Köstebek gibi bazı memelilerde CSP bulunmayabilir veya insanlardaki gibi bazı memelilerde CSP mevcut olabilir. Mevcut olduğunda, bazen kedide olduğu gibi interhemisferik fissür ile bir girinti veya divertikül benzeri bir süreçle iletişim kurabilir veya insanlarda olduğu gibi kapalı olabilir (37). Fetüslerde CSP'nin genişliği genellikle 1 cm'dir (38). Daralması spleniumdan corpus callosumun genusuna doğru başlar ve arka kısmı normal olarak yaklaşık doğum sırasında, ön kısmı ise büyük ölçüde 3-6 aylıkken oblitere olur. CSP ve CV normalde serbestçe iletişim kurar ama nadiren forniksin sütunları birbirine o kadar yakın yerleşebilir ki, ikisi arasındaki iletişim aqueductus septi adı verilen dar bir kanalla sağlanır. Doğumdan birkaç ay sonra deneklerin %80'inden fazlasında CSP'nin kaybolmasına neden olan olay hipokampal kanal ve corpus callosumun hızlı büyümesinde, serebral hemisferlerin septum pellucidumun iki yaprağının çok yakın bir şekilde yan yana gelmesi veya kaynaşması gibi yoğunlaşması olduğu düşünülmektedir. Açıklanamayan durumsa septum pellucidumun iki yaprağının tüm yetişkinlerde neden kaynaşmadığıdır. Hipokampal kanal ve corpus callosumun normal olarak gelişmediği ve serebral hemisferlerin birleşmesinin kusurlu olduğu veya bu yapılarda doğum sonrası atrofi meydana gelmesi sebebiyle olabilir (29).

➤ Otopsilerde nörogörüntüleme çalışmalarına kıyasla CSP'nin daha sık görülmesi

Erişkin otopsi çalışmalarının %12-20'sinde CSP görülmektedir ancak nörogörüntüleme çalışmalarında ise bu oran daha düşüktür (8,31,32). Nakano ve arkadaşları 1.050 bebek ve 14 yaşa kadar olan çocuklarda yaptıkları BT çalışmasında her yaşta CSP prevalansını %2,2 olarak hesaplamışlardır (36). Sarwar ve arkadaşları klinik nörolojik defisit olmayan veya septum pellucidum morfolojisinin patolojik bir süreçten etkilenmediği düşünülemeyecek her yaştan hastanın 633 ardışık BT taramasını içeren çalışmada, genel CSP prevalansının %3.3 ; CSP ve cavum vergae prevalansını %1.6 hesaplamıştır. 1 yaş altı CSP prevalansı ise %43.3 olarak hesaplanmıştır. Canlılarda ventriküller sistemin basıncı, serebral hemisferlerin medial

yönlerinin, beyin ventriküllerinden beyin omurilik sıvısının boşaltıldığı otopside olduğundan daha yakın olmasına sebep olur ve nörogörüntüleme çalışmalarının çözünürlük bağımlı olması, otopside görülenden daha düşük CSP prevalansını açıklar (29). CSP'nin otopsi görüntüsü şekil 4.5'te gösterildi (34).



Şekil 4.5: CSP'nin otopsi görüntüsü

➤ **Cavum septum pellucidum içindeki sıvı**

CSP insanda ventriküller sistemin bir parçası olmadığı gibi subaraknoid boşluğun da bir parçası değildir. CSP'nin içindeki sıvının kaynağına yönelik ise teoriler vardır. Bunlardan ilki ara sıra CSP'nin bir veya her iki yaprağında ventriküller sistemle iletişimine izin verdiği düşünülen bazı pencereler olduğudur. İkincisi ise İnterhemisferik yarıktaki hapsolan küçük miktardaki orijinal BOS olduğudur (39). Bu teori doğru olsaydı, bu sıvı yetişkinlik dönemine kadar özümsememesi beklenirdi. Pnömoensefalografide ventriküler sistemden CSP içerisine hava geçişi görülebilir. Geniş serilerde pnömoensefalografide bildirilen CSP prevalansı %0.21 ile %1.7 arasında değişen değerlerde hesaplanmıştır (27). CSP'nin varlığı ve böyle bir bağlantı ya komissural plağın hatalı gelişimini veya kısmi postnatal fenestrasyonunu ve yıkımını gösterir. Yani böyle bir iletişim, embriyolojik ve morfolojik açıdan anormal bir durum olarak kabul edilmelidir. Üçüncü teori ise septum pellucidumun iç tarafını kaplayan pia-araknoid embriyonik kalıntıların sıvıyı oluşturabileceği görüşüdür. Bu teori anatomik ve embriyolojik desteğe sahip değildir, çünkü bu kavitenin iç yüzü boyunca mezodermal kökenli hücreler yaygın değildir (40,41).

➤ **Cavum septum pellucidumun klinik önemi**

CSP'nin varlığının anormal bir morfolojik durumu temsil ettiği varsayılırsa, yanıtlanması gereken doğal soru şudur: Klinik önemi nedir? Belki de şu anda, bu durumda limbik sistem disfonksiyonunu ima edecek olan böyle bir nörolojik kusuru tanıma konusundaki klinik becerimiz basit kalmaktadır (29).

4.2.4. Cavum Vergae

CSP ve CV embriyolojik olarak, corpus callosumun altında yer alan cavum corpus callosi adı verilen tek bir oyuktur. Bu kavite kaudalden rostral uca doğru kapanır ve böylece corpus callosumun spleniumunun yakınında son bulur. Patolojik çalışmalarda CV prevalansı 6 aylık fetüslerde %100 iken, term yeni doğanlarda %30'dur (42). Neredeyse her zaman CSP'nin varlığı ile ilişkilidir ve kendi başına oluşumu istisnai bir durumdur (27). Nakano ve arkadaşları 14 yaşına kadar olan 1050 çocukta tek başına cavum vergaenin BT prevalansını hesaplamışlardır (36). Prevalansını 1 yaş altında %0,6, 1 yaşında %1,1, 2 yaşında %0,7, 3 yaşında %0, 4 yaşında %0,9, 5 yaşında %0, 6-9 yaşlarında %0 ve 10-14 yaşlarında %0 olarak bulmuşlardır. Tüm yaşlarda ortalama prevalans %0,4 olarak belirlendi. Schwidde tarafından incelenen 1032 beynin hiçbirinde tek başına cavum vergae bulunmadı (32). CSP ve cavum vergae birliktelik oranları %3 ve %11 olarak bildirilmiştir (32,36).

CV'nin anatomik sınırların: önde fornixin ön kolları, üstte corpus callosumun gövdesi, arkada corpus callosumun spleniumu, aşağıda psalterium, hipokampal komissür ve tela choroidea oluşturur. Aksiyel BT ve MRG'de cavum vergae CSP'nin posterior devamı olarak görülür. Bağlantı noktaları, CV'nin dorsal ucu geniş bir taban alacak şekilde genişlemeye başladığı yerdir. Birleşim yerlerinde hafif bir daralma görülebilir. CV cavum velum interpositumdan, cavum velum interpositumun aşağıdaki özellikleri ile ayırt edilebilir: fornixin altında yer alır, interventriküler foraminada birleşir ve septum pelluciduma uzanmaz (29).

4.2.5. CSP ve CV ile Nörolojik Disfonksiyon İlişkisi

Yetişkin popülasyonda CSP'nin varlığı, septum pellucidum yapraklarının füzyonu ve aralarında hapsolmuş sıvının rezorpsiyonunun normal bir gelişimsel sürecinin bir sapması olarak kabul edilebilir. Eğer kişi CSP'yi septum pellucidumun dismorfolojisi olarak kabul ederse, doğal soru karşılık gelen bir nörolojik fonksiyon bozukluğu olup olmadığıdır. Bu soruya bir cevap arayışı, özellikle 1935 ile 1965 yılları arasında Alman sinir bilimcilerini

ilgilendiriyordu. 1938'de Wilder, CSP ile bağlantılı bir “septum pellucidum sendromu” tanımladı; özellikleri arasında mental rahatsızlıklar, düzensiz konuşma ve nöbetler vardı. Septal bölgenin kendi başına geleneksel olarak epileptojenik olarak kabul edilmediği göz önüne alındığında, epilepsi ve CSP arasında açıklanan ilişki, belki de eşlik eden bir limbik sistem dismorfolojisinin bir tezahürü olabilir, bu anomalinin keşfedilmemiş ve belki de dikkati hak eden bir yönü olabilir. Araştırmanın bu yönü, CSP varlığında vakaların %31-55'inde epileptik nöbetlerin ve yaklaşık %15'inde psikoz, demans ve kişilik değişikliklerinin olması, baş ağrısı, baş dönmesi, artmış kafa içi basınç belirtileri ve hatta hemiparezi gibi semptomlardan bahsedilmese bile konuyu ilginç hale getirmektedir (27).

CSP ile ilgili çoğu yayında CV, CSP ile aynı kefeye konulmuştur. CSP ve CV fetüste tek bir kavite olduğundan ve kapanma süreci arkadan başlayıp rostral olarak uzandığından, CV kapanmasaydı CSP'nin de kapanmaması anlaşılır hale gelir. İzole CV'nin olduğu durumlarda corpus callosumun forniks, psalterium ve spleniumunun bozulmuş gelişimini gösteren anormal bir nöral organizasyon fenomeninin bir yansıması olabileceğini düşünülebilir. Başka bir deyişle CV orta hat gelişimsel defektleri yelpazesinin bir katılımcısı olarak kabul edilebilir. Bu yön Miller ve ark. tarafından araştırılmıştır (43). Yaşları 1 ila 9 arasında değişen, izole veya CSP ile birlikte CV olan 10 hastanın BT'sini incelediler. 10 hastanın sekizinde eş zamanlı CSP ve CV vardı. Bu 10 hastadan beşinde gelişme geriliği, dördünde makrosefali, ikisinde öğrenme güçlüğü, ikisinde anormal EEG'ler ve birinde Apert sendromu (bazı hastalarda birden fazla anormal özellik vardı) vardı. Kafa travması nedeniyle BT çekilen 50 çocukta hiçbir CV vakasına rastlamadılar. Nakano ve arkadaşları, 1 ila 14 yaş arası 1.050 bebek ve çocuktan oluşan bir popülasyonda her yaşta CSP ve CV birliktelik oranını %3 olarak bildirmiştir (36). Bu prevalans sırasıyla %2.2 ve %0.4 ile izole CSP ve izole CV'den daha yüksekti. Çalışmalarındaki hastaların tümü, nörolojik defisitlere sahipti. Bu hastaların 312'sinde konvülsif bozukluklar, 468'inde gelişme geriliği, 270'inde çeşitli nörolojik sendromlar bulunmaktadır.

Çalışmaları herhangi bir kontrol grubu içermiyordu. Tek başına veya eş zamanlı olarak ortaya çıkan CSP ve CV prevalansı ile nörolojik defisit arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamadığını belirtmişlerdir.

4.2.6. CSP ve CV'nin Psikiyatrik Hastalıklarla İlişkisi

Geçmişte CSP ve CV ile ilgili yapılan çalışmaların büyük kısmı şizofreni spektrum bozuklukları (ŞSB) ile ilgilidir. Çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Shenton ve

arkadaşları 2001 yılında CSP ile şizofreni ilişkisinin araştırıldığı on iki çalışmayı incelemişler ve bunların 11'inde CSP'nin (büyük ya da normal) şizofreni grubunda daha yüksek prevalansa sahip olduğu gözlemişler ve CSP'nin şizofreni için en güçlü MRG bulgularından biri olduğu sonucuna ulaşmışlardır (44). Trzesniak ve arkadaşları 2011 yılında CSP ile ŞSB ilişkisinin araştırıldığı, toplamda 1054 hasta ve 866 sağlıklı kontrolün dahil edildiği on beş çalışmayı incelemişler ve CSP insidansının sağlıklı grupta %1.1 (17) ile %89.7 (18) arasında değiştiğini, hasta grubunda ise %10.0 (21) ile %89.5 (18) arasında değiştiğini gözlemlemişlerdir. Bu çalışmaların altısında herhangi bir boyuttaki CSP'nin ŞSB'de 12 sağlıklı gruba göre daha sık gözlemlendiği, beş tanesinde büyük CSP'nin ŞSB grubunda sağlıklı gruba göre daha sık gözlemlendiği gösterilmiştir. Ancak çalışmaların meta-analizine bakıldığında sadece büyük CSP insidansının ŞSB grubunda sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanırken, küçük CSP'nin normal nöroanatomik bir varyasyon olduğu öne sürülmüştür. Buradan yola çıkılarak CSP'nin klinik öneminin, var olup olmamasından ziyade büyüklüğüne bağlı olduğu sonucuna varılmıştır (9).

Takahashi ve arkadaşlarının 29 mevcut majör depresyon tanılı, 27 tekrarlayan majör depresyon tanılı ve 33 sağlıklı kontrol ile yaptığı bir çalışmada CSP'nin büyüklüğü (anteroposterior uzunluk >6mm) açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (45). Shiori ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bipolar bozukluğu olan hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre, evre 3-4 CSP varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmazken, evre 1-4 CSP varlığı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, ancak bu yükseklik şizofreni grubuna göre biraz daha düşük saptanmıştır. Majör depresyonu olan grupta ise CSP saptanmamıştır (46).

Dantendorfer ve arkadaşları panik bozukluk hastalarının kranial MRG görüntülemelerinde septum pellucidum anomalilerin yüksek sıklıkta olduğunu gözlemlemişlerdir (47).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile CSP ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 71 OKB tanılı hasta ve 71 sağlıklı kontrol incelenmiş, CSP varlığı OKB grubunda (% 60.6) kontrol grubuna göre (% 29.6) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada CSP'nin büyüklüğü, OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. CSP'nin uzunluğu açısından gruplar 14 arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. OKB grubunda CSP'si olan hastaların olmayanlara göre Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeğinde obsesyon alt ölçeğinin puanları daha yüksek saptanırken, kompulsiyon alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar orta hat yapılarındaki

nörogelişimsel değişikliklerin OKB patogenezinin katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (48).

Adolesan dönemi başlangıçlı opiyat bağımlılığında büyük CSP varlığının araştırıldığı bir çalışmada 44 adolesan ve 21 erişkin başlangıçlı opiyat bağımlılığı bulunan hasta ve 65 sağlıklı kontrol çalışmaya dâhil edilmiş, opiyat bağımlı grupta anormal derecede büyük CSP prevalansı sağlıklı gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. CSP'nin tüm boyutlardaki uzunluğu, adolesan başlangıçlı opiyat bağımlılığı olanlarda, sağlıklı kontrollere göre ve erişkin başlangıçlı opiyat bağımlılığı olanlara göre daha fazla saptanmıştır. Bu çalışmadan yola çıkılarak limbik sistemin nörogelişimsel bozukluğunu yansıtan anormal derecede büyük CSP, ilerde opiyat bağımlılığı gelişimi ile ilişkili olabilir. Ayrıca daha geniş limbik sistem anomalilerini gösteren büyük CSP boyutlarının, erken başlangıçlı opiyat bağımlılığı için daha yüksek risk oluşturduğu söylenebilir (49).

Yaşları 22-89 arasında değişen 479 kadavranın (310 erkek, 160 kadın) incelendiği bir araştırmada tüm grupta CSP prevalansı %22.96, normal kişiler arasında %10.61, şizofrenide %83.33, alkoliklerde %58.14 ve sürekli kafa travması geçirmiş kişilerde %68.96 olarak bulunmuş ve şizofreniler, alkolikler, kafa travması ile sağlıklılar arasında CSP'nin derecelendirme, uzunluk ve genişliğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Şizofreni, alkol bağımlıları ve geçmişte bir veya birkaç kez kafa darbesi geçiren kişilerde CSP'nin daha sık, daha uzun ve daha geniş olduğu gösterilmiştir (50).

CV'nin psikoz ve duygu durum bozuklukları ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada 639 hasta ve 223 sağlıklı kontrol çalışmaya alınmış, sağlıklı grupta CV görülmezken, 639 hastanın 7'sinde CV tespit edilmiştir (%1.1). Bu hastaların 2'si bipolar tip I bozukluk, 1'i sanrılı bozukluk, 1'i akut psikotik bozukluk ve 3'ü şizoaftif bozukluk tanılıdır. CV'si olan hastalarda olmayan hastalara göre IQ, yürütücü işlevler ve bellek skorlarının daha düşük olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (51).

4.3. Bilgisayarlı Tomografi

BT, 1960'ların sonlarında İngiliz mühendis Godfrey Hounsfield tarafından geliştirilmiştir. Çevresel veri alımını eksenel görüntü dilimlerine yeniden yapılandıran bir bilgisayar sistemiyle ilişkili X-ışını radyasyonunu kullanan bir tanısal görüntüleme yöntemidir. BT'nin ortaya çıkmasından önce, nöroradyoloji invaziv bir görüntüleme alanıydı; Kullanılan teknikler, tümü hasta için risk teşkil eden konvansiyonel anjiyografi,

pnömoensefalografi ve miyelografiyi içermektedir. Direk grafide x-ışınları, kemik anormalliklerinin teşhisinin ötesinde çok az işe yarar (52).

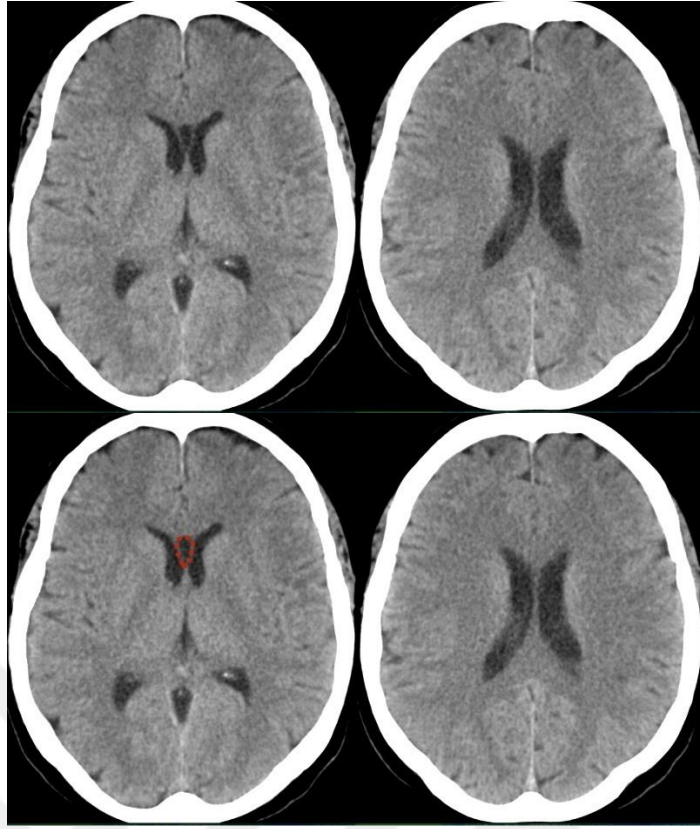
Bu yeni teknoloji, yumuşak dokuların ve merkezi sinir sisteminin kesitsel görüntülerle değerlendirilmesine izin vererek beyin görüntüleme için yeni bir çağ başlattı. Manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) ortaya çıkmasından sonra bile, BT'nin mevcudiyeti, edinim kolaylığı ve tanılabilir kapasitesi, beyin ve omurga değerlendirmesi söz konusu olduğunda birinci basamak görüntüleme yöntemi olmaya devam edecek şekildedir (52).

BT tarayıcıları üç önemli unsurdan oluşur. Bunlar; bir X-ışını tüpü, X-ışınına duyarlı halka şeklinde dedektör ve bilgisayardır. Bu yöntemde, görüntüler geleneksel radyografide olduğu gibi aynı fizik ilkeleri kullanılarak oluşturulur. Bir vakum tüpünün içinde, ısıtılmış bir katot tarafından üretilen elektronlar, elektron enerjisini X-ışınlarına dönüştüren ve ısıyı dağıtan dönen bir anoda doğru yönlendirilir. Bu X-ışınları, incelenen anatomik bölgeye yönelik bir ışın oluşturan filtrelerden ve küçük kurşun kapılardan (kolimatörler) geçer. X-ışını tüpü çıkışı veya maruz kalma, miliamper veya akım, tepe kilovolt (kVp) veya voltaj ve maruz kalma süresi değerleri ile kontrol edilir. Hasta, X-ışını tüpünün karşısına yerleştirilmiş X-ışınına duyarlı dedektörlerden oluşan bir halka ile çevrili boru şeklindeki bir portala yerleştirilir. Dönen X-ışını ışını vücuda girdiğinde ve farklı yoğunluktaki dokularla (organlarla) temas ettiğinde, ışın değişken bir şekilde emilir ve zayıflamaya (enerjide ve foton sayısında azalma) uğrar, vücuttan nihai çıkışında X-ışını dedektörleri tarafından kaydedilir. Dedektörler, çıkan ışını, artık ışın gücüne göre yoğunluğu değişen güçlendirilmiş elektrik darbelerine dönüştürür. Elde edilen veri seti, konum ve yoğunluk bilgilerini analiz eden ve vücudun içyapılarının aksel, enine kesit görüntülerini oluşturan bir bilgisayara gönderilir. Elde edilen her BT kesiti, boyutu görüntü matrisi boyutuna, seçilen görüntüleme alanı ve kesit kalınlığına bağlı olan üç boyutlu bir anatomi ögesini temsil eden voksellere (3 boyutlu uzayda tanımlanan grafik bilgisini) bölünür. Her voksel, dedektörler tarafından kaydedilen X-ışınlarının ortalama atenuasyonunu içerir ve bundan sonra dokunun atenuasyon değeri veya CT sayısı hesaplanır. Her CT numarası, bir ekran monitöründe görüntüleri oluşturmak için kullanılan matrisi veya ızgarayı oluşturan iki boyutlu bir piksele (2 boyutlu uzayda tanımlayan grafik bilgisini) atanır. Piksellere atanan zayıflama değerleri, adını Godfrey Hounsfield'dan alan ve Hounsfield birimleri (HU) adı verilen birimler ölçeğinde görüntülenir. Bu ölçekte, su referans standart olarak kabul edilir ve HU değeri 0'dır. Diğer tüm dokulara bir sayı ve buna karşılık gelen bir gri tonu verilir; beyaz (+ 1000) ve siyah (-1000) spektrumun her iki ucunda yer alır (52).

Bir dokunun yoğunluğu, Hounsfield ölçeği kullanılarak temsil edilir. Su sıfır Hounsfield birimi (HU) değerine sahiptir. Sudan daha yoğun dokular pozitif değerlere, sudan daha az yoğun olan dokuların negatif değerlere sahiptir. Geleneksel olarak, düşük yoğunluklu dokulara daha koyu (daha siyah) renkler ve yüksek yoğunluklu yapılara daha parlak (daha beyaz) renkler atanır. İnsan gözü yalnızca sınırlı sayıda gri tonu algılayabildiğinden, belirli bir görüntü için yoğunluk değerlerinin tam aralığı tipik olarak görüntülenmez. Bunun yerine, ilgilenilen dokular, "pencereleme" adı verilen bir işlemle, tam yoğunluk aralığının dar bir bölümüne görünür gri tonlar ayrılarak vurgulanır. Aynı görüntü verileri, farklı dokulardaki hasarın değerlendirilmesine izin vermek için farklı pencere ayarlarında görüntülenebilir. Genel olarak kafa BT görüntüleri, çoğu acil patolojinin değerlendirilmesine izin vermek için beyin veya kemik pencerelerinde izlenir. Beyin pencereleri, beyin kanaması, kan damarları ve ventriküller dahil olmak üzere sıvı dolu yapılar ve hava dolu boşlukların değerlendirilmesinde kullanışlıdır. Beyin pencerelerinde, kemik ve diğer yoğun veya kalsifiye yapıların (örn. cerrahi klipsler ve kalsifiye epifiz bezleri) tümü parlak beyaz görünür ve bu yüksek yoğunluklu yapıların iç detayları kaybolur. BT Hounsfield ölçeği, -1000HU ve +1000HU zıt uç değerlerde hava ve kemik ile su yoğunluğunu sıfır değerine yerleştirir. Yağ, sudan daha az yoğundur ve -50HU civarında bir yoğunluğa sahiptir. Diğer yumuşak dokular sudan biraz daha yoğundur ve yoğunlukları yaklaşık +20 ila +100HU arasındadır. Bu yoğunluk değerleriyle ilişkili renkler, "pencereleme" adı verilen bir işlemle belirli dokuları vurgulamak için yeniden atanabilir (53). Standart beyin parankimi penceresi ayarı; pencere merkezi 40 HU, pencere genişliği 160 HU'dir (54).

4.3.1. CSP ve CV'nin Radyolojisi

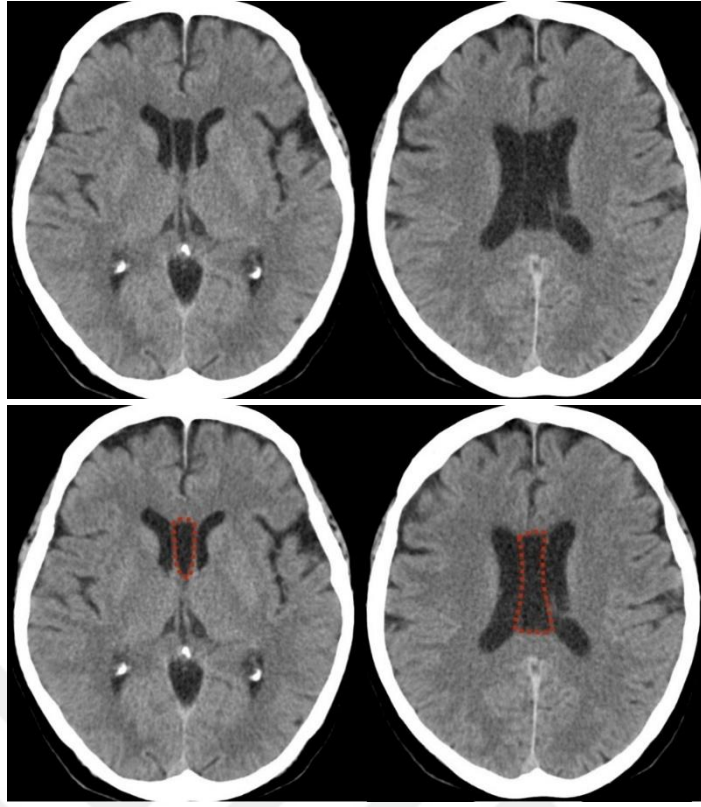
CSP'nin radyolojik olarak; anteriorunda corpus callosumun genusu, süperiorunda corpus callosumun gövdesi, posteriorunda fornixin ön kol ve sütunları, inferiorunda anterior komissür ve corpus callosumun rostrumu, lateralinde pellucidumun yaprakları yer almaktadır (34). CSP'nin BT ile çekilmiş koronal kesitleri şekil 4.6'da gösterildi (34).



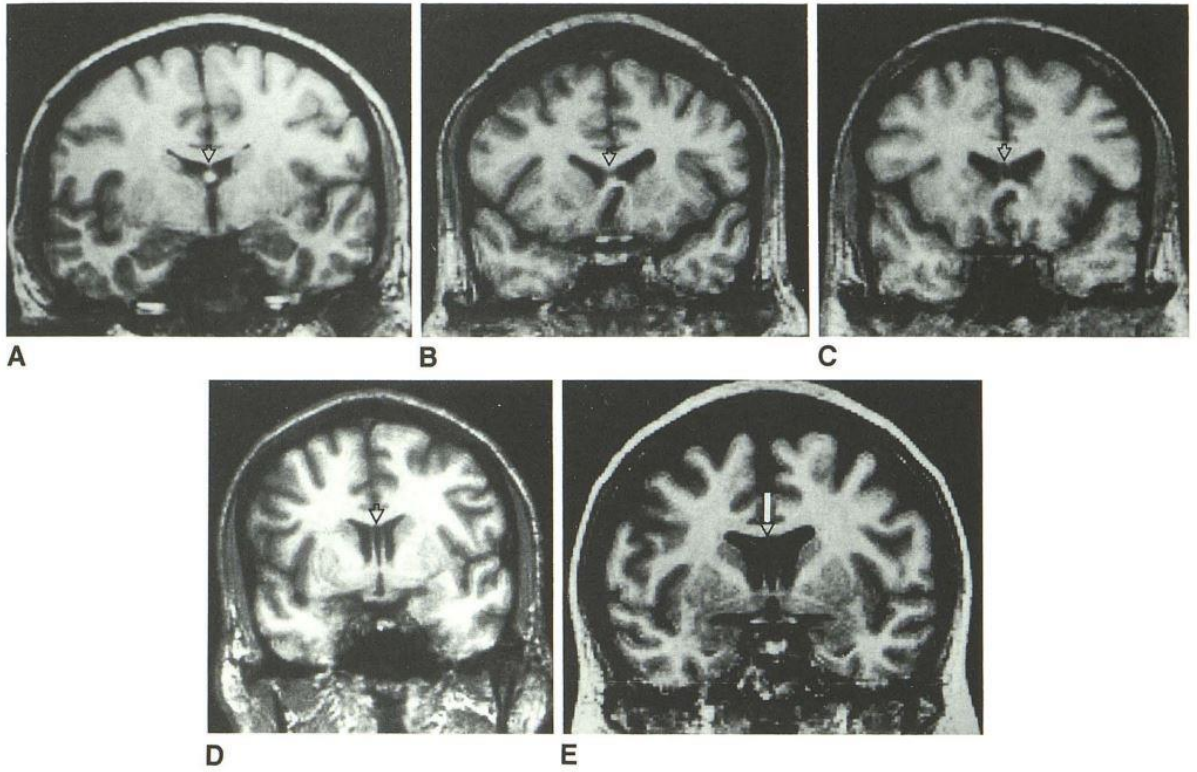
Şekil 4.6: CSP'nin BT ile çekilmiş koronal kesitleri

CV'nin radyolojik olarak; anteriorunda cavum septum pellucidum, posteriorunda corpus callosumun spleniumu, süperiorunda corpus callosumun gövdesi, inferiorunda fornixin gövde ve komissürü bulunur (55). CSP ve CV'nin BT ile çekilmiş koronal kesitleri şekil 4.7'de gösterildi (55).

Degreef ve ark. CSP'nin varlığını görsel inceleme yoluyla belirlediler ve 0 ile 4 arasında bir ölçekte evrelendirdiler. Evre 0'ı yok, evre 1'i şüpheli, evre 2'yi küçük, evre 3'ü orta ve evre 4'ü büyük olarak kabul ettiler (56). Evre 0, 1 ve 2 küçük CSP ve evre 3 ve 4 büyük CSP olarak kabul edilmiştir (57,58). Degreef tarafından yapılan derecelendirme sistemi şekil 4.8'de gösterildi (56).



Şekil 4.7: CSP ve CV'nin BT ile çekilmiş koronal kesitleri



Şekil 4.8: Degreef tarafından yapılan derecelendirme sistemi, A, B, C, D ve E sırasıyla normal, evre 1, 2, 3 ve 4 cavumu (beyaz ok uçları) temsil eder.

Nopoulos önden arkaya CSP'nin gerçek uzunluğunu kesit kalınlığı çarpı kesit sayısı ile hesapladı. Kesit kalınlığı 1.5 mm olan görüntülerden 1'lik bir CSP, yaklaşık 1,5 mm uzunluğunda bir cavumu temsil etti. Koronal dilimler bitişik olduğundan, 2'lik bir CSP, yaklaşık 3.0 mm uzunluğunda (2 x 1.5 mm) bir cavumu temsil etti; 3'lük bir CSP, yaklaşık 4,5 mm uzunluğunda bir cavumu temsil etti; 4'lük bir CSP yaklaşık 6.0 mm'lik bir cavumu temsil etti (59). Uzunluğu 6 mm'den büyük CSP'ler büyük CSP olarak sınıflandırılır (60). Orta talamusun ön kısmı, CSP'yi CV insidansı ile birleştirmemek amacıyla, CSP ölçümü için maksimum, arka son nokta olarak belirlenir (61).

4.4. Yapılacak Testler

4.4.1 Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Bireylerin davranışsal ve duygusal anlamda psikopatoloji geliştirmeleri sonucunda yaşadıkları belirtiler ruhsal ve fizyolojik olabilir. Buna bağlı olarak psikiyatrik belirtilerin boyutunun anlaşılması, çözümlenmesi kapsamında önem taşır (62).

Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) bireylerdeki psikolojik semptomların hangi düzeyde ve hangi alanlarla ilgili olduğunu bireyin kendini anlatma (self-report) yaklaşımıyla belirleyen bir ölçüm aracıdır (63).

Bu bağlamda uygulanan Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) orijinal adıyla Symptom Check List-90 (SCL-90; ve SCL-90-R) ilk kez 1971 yılı olmak üzere 1973, 1974, 1976 ve son haliyle 1977 yılında Johns Hopkins Üniversitesi Psikometri Araştırma Ünitesinde; Leonard R. Derogatis ve arkadaşları tarafından Hopkins Symptom CheckList (HSCL) olarak bilinen envanterden faydalanılarak geliştirilmiştir (63,64).

Ölçek Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Dağ tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle 9 ayrı belirti boyutu ve ek ölçek değerlendirmesi yapmak üzere yapılandırılmıştır (65).

- **Somatizasyon (SOMA) boyutu:** Çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmayı ("Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar") belirler.
- **Obsesif-kompulsif (OBKO) boyutu:** Bireyin düşünmekten ve/veya yapmaktan kendini alamadığı istenmeyen düşünce ve davranışların yarattığı zorlanmayı ("Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali") belirler.

- **Kişiler arası duyarlık (KADU) boyutu:** Kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı ("Başkaları tarafından eleştirilme duygusu") belirler.
- **Depresyon (DEPR) boyutu:** Depresif ruh hali ve duygulanımla, yaşam ilgilerinin azalması, güdü ve enerji kaybı ve intihar düşünceleri gibi belirtilerden oluşan zorlanmayı "Her şeyin bir yük gibi görünmesi") belirler.
- **Kaygı (KAYG) boyutu:** Aşırı düzeyde açık kaygı tablosuyla bağlantılı zorlanmayı ("Dehşet ve panik nöbetleri") belirler.
- **Düşmanlık (DUŞM) boyutu:** Öfke, saldırganlık ve kırgınlık duygularından kaynaklanan zorlanmayı ("Kontrol edilemeyen öfke patlamaları") belirler.
- **Fobik kaygı (FOKA) boyutu:** Kaçma ve kaçınma gibi fobik davranışlarla belirginleşen tablosunun yarattığı zorlanmayı ("Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi") belirler.
- **Paranoid düşünce (PADÜÜ) boyutu:** Yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle grandiozite ve otonomi kaybı gibi korku ve sanrılarının ön plana çıktığı zorlanmayı ("Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi") belirler.
- **Psikotizm (PSİK) boyutu:** Sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam biçimi veya şizofrenik sanrı ve var sanıların belirgin olduğu zorlanmayı ("Size ait olmayan düşüncelere sahip olma") belirler.
- **Ek Ölçek (EKOL):** Suçluluk duygularıyla yeme ve uyku bozuklukları gibi genel zorlanma belirtilerini ("Aşırı yemek yeme") belirler (65).

SCL-90-R, boyutları ayrılmaksızın bir bütün halinde ve her durumun (maddenin) "son 3 ay içinde ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiği" sorusunu içeren bir yönergeyle uygulanmaktadır. Denek, listeyi tarayarak her madde için "hiç", "çok az", "orta derecede", "oldukça fazla" ve "ileri derecede" seçeneklerinden birini işaretlemeye yönlendirilmektedir. Puanlama, her madde üzerinde bu seçenekler için sırasıyla 0 ile 4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır. Alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının 0 boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilmekte ve böylece 0.00 ile 4.00 değerleri arasında olabilmektedir. Sonunda bu 10 boyut üzerinde denegın puanlarından oluşan bir profil ortaya çıkmaktadır. Ancak, ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi bulunmaktadır. Bunlar, "Genel Belirti Düzeyi" (Global Symptom Index: GSI), "Pozitif Belirti Toplamı" (Positive Symptom Total: PST) ve "Pozitif Belirti Düzeyi" (Positive Symptom Distress Index: PSDI)'dir. GSI, boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalaması olup

0.00 ile 4.00 değerleri arasında değişebilen en önemli göstergedir. Ölçeğin el kitabına (Derogatis 1977) 18 maddeden fazlasına cevap verilmemiş olması genel göstergeleri geçersiz kılarken, bir alt ölçeğin maddelerinin en az %40'ına cevap verilmemiş olması o alt ölçeğin puanını geçersiz kılmaktadır (64,65).

SCL-90-R; 1. Baş ağrısı 2. Sinirlilik ya da içinin titremesi 3. Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler 4. Baygınlık ya da baş dönmesi 5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı 6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu 7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri 8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu 9. Olayları anımsamada güçlük 10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler 11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi 12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar 13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi 14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali 15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri 16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma 17. Titreme 18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi 19. İştah azalması 20. Kolayca ağlama 21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi 22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi 23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma 24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları 25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu 26. Olanlar için kendisini suçlama 27. Belin alt kısmında ağrılar 28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu 29. Yalnızlık hissi 30. Karamsarlık hissi 31. Her şey için çok fazla endişe duyma 32. Her şeye karşı ilgisizlik hali 33. Korku hissi 34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali 35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi 36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu 37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi 38. İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak 39. Kalbin çok hızlı çarpması 40. Bulantı ve midede rahatsızlık hissi 41. Kendini başkalarından aşağı görme 42. Adale (kas) ağrıları 43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi 44. Uykuya dalmada güçlük 45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme 46. Karar vermede güçlük 47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu 48. Nefes almada güçlük 49. Soğuk veya sıcak basması 50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu 51. Hiç bir şey düşünmeme hali 52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması 53. Boğazınıza bir yumru takınmış hissi 54. Gelecek konusunda ümitsizlik 55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük 56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi 57. Gerginlik veya coşku hissi 58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi 59. Ölüm ya da ölme düşünceleri 60. Aşırı yemek yeme 61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma 62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma 63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin

olması 64. Sabahın erken saatlerinde uyanma 65. Yıkama, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yinleme hali 66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama 67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi 68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması 69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme 70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi 71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi 72. Dehşet ve panik nöbetleri 73. Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi 74. Sık sık tartışmaya girme 75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali 76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu 77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme 78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme 79. Değersizlik duygusu 80. Size kötü bir şey olacaktı hissi 81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma 82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu 83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu 84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması 85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi 86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller 87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi 88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama 89. Suçluluk duygusu 90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi olmak üzere 90 madde içermektedir (66) (EK 1).

- Somatizasyon boyutu 12 maddeden oluşmaktadır. 1-4-12-27-40-42-48-49-52-53-56-58'inci maddelerin puan sayıları toplanıp 12'ye bölünerek hesaplanır.
- Obsesif-kompulsif boyutu 10 maddeden oluşmaktadır. 3-9-10-28-38-45-46-51-55-65'inci maddelerin puan sayıları toplanıp 10'a bölünerek hesaplanır.
- Kişilerarası duyarlılık boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. 6-21-34-36-37-41-61-69-73'üncü maddelerin puan sayıları toplanıp 9'a bölünerek hesaplanır.
- Depresyon boyutu 13 maddeden oluşmaktadır. 5-14-15-20-22-26-29-30-31-32-54-71-79'uncu maddelerin puan sayıları toplanıp 13'e bölünerek hesaplanır.
- Kaygı boyutu 10 maddeden oluşmaktadır. 2-17-23-33-39-57-72-78-80-86'nci maddelerin puan sayıları toplanıp 10'a bölünerek hesaplanır.
- Düşmanlık boyutu 6 maddeden oluşmaktadır. 11-24-63-67-74-81'inci maddelerin puan sayıları toplanıp 6'ya bölünerek hesaplanır.
- Fobik kaygı boyutu 7 maddeden oluşmaktadır. 13-25-47-50-70-75-82'nci maddelerin puan sayıları toplanıp 7'ye bölünerek hesaplanır.
- Paranoid düşünce boyutu 6 maddeden oluşmaktadır. 8-18-43-68-76-83'üncü maddelerin puan sayıları toplanıp 6'ya bölünerek hesaplanır.
- Psikotizm boyutu 10 maddeden oluşmaktadır. 7-16-35-62-77-84-85-87-88-90'ıncı maddelerin puan sayıları toplanıp 10'a bölünerek hesaplanır.

- Ek Ölçek de 7 maddeden oluşmaktadır. 19-44-55-59-60-64-89'uncu maddelerin puan sayıları toplanıp 7'ye bölünerek hesaplanır.
- Genel Belirti Düzeyi Tüm maddelerin puan sayılarının toplamının 90'a bölünmesi ile hesaplanır (66).

Her madde için 0-4 arasında puan verilen likert tipi bir ölçektir. Her bir boyut içindeki maddelerin aldığı puanlar toplanıp madde sayısına bölünerek puanlama yapılır (67). Yapılan çalışmalarda, ülkemiz üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz olarak alınabileceği önerilmiştir. Tarama amacıyla kullanıldığında genel belirti düzeyinin ve alt grupların kesme puanı 1 puan olarak alınmaktadır (65). SCL-90-R'nin her bir alt alan ve Genel Semptom puanı belirlenirken, grupların puan sınırları: 0.00 (Hiç)'den 1.00'e kadar olan puanlar "psikolojik belirti düzeyi düşük" yani normal sınırlarda kabul edilmiş, 1.00'dan yukarısı "psikolojik belirti düzeyi yüksek kabul edilmiştir (68).

4.4.2. Mini Mental Test (MMT)

Folstein ve ark. tarafından 1975 yılında geliştirilen mini-mental testi (MMT), demansiyel süreci izlemede tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. MMT bilişsel bozuklukları taramada, hastalığı ve tedaviyi izlemede oldukça kullanışlı, kısa, uygulaması kolay bir testtir. Folstein ve ark. yaptıkları çalışmada MMT'nin histopatoloji ile korelasyon göstermediğini, fakat bilişsel kaybı olan hasta ile, kaybı olmayan hastayı birbirinden ayırmada güvenilirlik ve geçerliliğinin yüksek olduğunu göstermişlerdir (69). Molloy ve arkadaşları (70) tarafından testi uygulayanlar için uygulama farklılığını ortadan kaldırmak adına standardize uygulama kılavuzu eşliğinde kullanılmıştır (71).

MMT, zaman ve mekân oryantasyonu, kayıt hafızası, dikkat ve hesap, hatırlama, lisan (adlandırma, tekrarlama, okuma, üç aşamalı komut yerine getirme, yazma ve yapılandırma) gibi öğeleri değerlendiren sorular içerir (EK 2). Testten alınabilecek maksimum puan 30'dur. 24-30 arası puanlar normal sınırlar olarak kabul edilir. 1985 yılında MMT Kayatekin ve arkadaşları tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır (72).

Organik ve fonksiyonel bozuklukları ayırt etmede, genel anestezi sonrası mental fonksiyonların değerlendirilmesinde kullanılır. Geçerli ve güvenilir bir testtir. 23 puanın altı kognitif bozukluğu göstermektedir. Zaman ve yer durumuna ait sorular oryantasyonu, söylenilen üç cismin akılda tutulması anlık belleği; dikkat ve hesaplama ait sorular dikkat ve konsantrasyonu ölçer ve frontal lobla ilişkilidir. Daha önce söylenilen üç cismin adının

tekrarlanması yakın hafızayı ölçer ve dominant hipokampal bölge ile ilişkilidir. Gösterilen nesnelerin adlandırılması dominant temporoparietal alanla, sözcük tekrarlatma dominant parietal lobla ilişkilidir. Üç aşamalı komutun gerçekleştirilmesi frontal, okuma ve yazma dominant temporoparietal, şekil kopyalama nondominant parietal alanla ilişkilidir (73).

Teste başlamadan önce bir kalem, düz bir kâğıt ve çalışma formuna ihtiyaç vardır. Hastaya hafızasını test edeceğimiz söylenir. Zaman sınırlaması yoktur. Hastalara destek ve cesaret verilebilir ancak kopya verilmemelidir. Testte sırasıyla şunlar muayene edilir:

- **Oryantasyon:** Değerlendirmek için zaman ve yer oryantasyonuna bakılır. Zaman oryantasyonu için tarih, haftanın hangi günü olduğu, içinde bulunulan ay, mevsim ve yıl sorulur. Her doğru için bir puan verilir. Yer oryantasyonu için hastanın hangi ülkede olduğu, içinde bulunduğu şehir, semt, bina ve kat sorulur. Her doğru cevap için 1 puan verilir. Oryantasyon toplam puan 10'dur.

- **Kayıt hafızası:** Değerlendirirken hastaya genellikle birbiriyle ilgisiz üç kelime söylenecek bunları tekrar etmesi istenir. Bir süre sonra bu kelimelerin tekrar sorulacağı söylenerek hastadan aklında tutması istenir. Hastanın doğru söylediği her kelime için 1 puan verilir. Bir seferde söyleyemezse kelimeler üç kez tekrarlanabilir. Toplam puan 3'tür.

- **Dikkat ve hesap yapma:** Bu bölümünde hastadan 100'den geriye doğru 7 çıkartacak sayması istenir. Hastaya dur deninceye kadar devam etmesi istenir. Her doğru için 1 puan verilir ve toplam 5 puandır. Ayrıca DÜNYA kelimesinin harflerini tersten sayması istenebilir.

- **Hatırlama:** Bu bölümde daha önce tekrar edilen üç kelimeyi hatırlaması istenir. Hatırlanan her doğru için 1 puan verilir, sıra önemsizdir, toplam puan 3'tür.

- **Lisan:** Bu bölümde hasta altı başlık altında değerlendirilir.

Cisimleri adlandırmada hastaya bir kalem ve bir saat gösterilerek tanınması istenir. Her doğru için bir puan verilir, toplam 2 puandır. Hastadan “Eğer ve fakat istemiyorum” cümlesini tekrar etmesi istenir. İlk denemede tekrar edebilirse 1 puan verilir. Hastaya bir parça kâğıt verilerek sağ eliyle alması, ortadan ikiye katlayıp yere bırakması istenir. Yapılan her doğru işlem için 1 puan verilir. Toplam 3 puandır. Bir kâğıda büyük harflerle bir cümle yazılır. Hastadan cümleyi okuması istenir. Okuduğu cümleyi yapması istenir. Doğru cevap için 1 puan verilir.

Hastaya bir kâğıt verilerek anlamlı bir cümle yazması istenir. Öznesi ve yüklemi olan anlamlı cümle doğru kabul edilir, gramer hataları dikkate alınmaz. Doğru cümle için 1 puan verilir. Hastaya kâğıt, kalem ve silgi verilerek birbirini içine geçmiş iki beşgeni gösterilen şekle bakarak çizmesi istenir. Kenar sayıları tam olan ve iki köşesi birbirini içine girerek kesişen şekil doğru kabul edilir, 1 puan verilir (71).

4.4.3 Eğitimsizler İçin Modifiye Edilen Mini-mental Test (MMMT-E)

MMT'nin Ertan ve arkadaşları tarafından okuma yazma bilmeyenler için geliştirilmiş olan versiyonu (MMMT-E) kullanıldı (74). (MMMT-E'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur (EK 3) (75).

- **Yönelim:** Zaman Yönelimi (5 puan): Bu bölümde eğitilmişler için olan versiyondaki “bugün ayın kaç” sorusu yerine “şu anda günün hangi bölümü” sorusu kullanıldı. Diğer sorular: “yıl”, “mevsim”, “haftanın günü” ve “ay” idi. Yer Yönelimi: (5 puan) bu bölümle ilgili sorular “ülkemizin adı ne?”, “şu anda bulunduğumuz kentin adı ne?”, “şu anda hangi semtte bulunuyoruz?”, “şu anda bulunduğumuz bina-hastanenin adı ne?” ve “şu anda binanın hastanenin hangi katındayız?” idi.
- **Kayıt belleği:** (3 puan) Bu bölüm eğitilmişler için olan versiyon ile aynı idi. Hastaya 1 saniye ara ile 3 farklı kelime (mavi, şahin, lale) söylendi ve hemen arkamızdan tekrarlama istendi. Hasta ilk seferde tüm kelimeleri söyleyemezse, en fazla 2 kez daha kelimelerin hepsi yeniden söylendi. Tekrarlama sırasına bakılmaksızın her doğru kelimeye 1 puan verildi. Hastaya bu kelimeleri birazdan yeniden anımsaması isteneceği belirtildi.
- **Dikkat:** (5 puan) Bu bölümde hastadan haftanın günlerini geriye doğru sayması istendi. Hastanın toplam 5 günü sırasıyla geriye doğru sayması durumunda her doğru gün için 1 puan verildi.
- **Geri çağırma:** (3 puan) Hastadan kayıt belleği bölümünde söylenen üç kelimeyi (mavi, şahin, lale) anımsaması istendi. Sırasına bakılmaksızın her doğru anımsanan kelimeye bir puan verildi.
- **Dil:** (8 puan) Bu bölümde dilin “adlandırma”, “tekrarlama” ve “anlama” bölümleri eğitilmişler için olan versiyon ile aynı idi. Adlandırma bölümünde iyi bilinen iki obje (saat ve kalem) hastaya gösterilerek soruldu. Tekrarlama bölümünde hastaya bir cümle söylendi (O gelmiş olsaydı ben de giderdim.) ve hastadan bizim arkamızdan tekrarlama istendi. Anlama bölümünde hastaya 3 basamaklı bir komut verildi (masada duran kâğıdı sol/ sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın) ve her bir

doğru işlem için 1 puan verildi. Eğitimciler için olan versiyonundaki yazma bölümü yerine hastadan kendi eviyle ilgili bir şey söylemesi istendi. Hastaya 30 saniye süre tanındı ve anlamlı bir cümle için 1 puan verildi. Okuma bölümü yerine ise hastaya şu talimat verildi: ‘Şimdi yüzüme bakın ve ben ne yapıyorsam aynısını yapın’ dedikten sonra testi yapan gözlerini kapattı.

- **Görsel mekânsal yetenekler:** (1 puan) Hastaya iç içe geçmiş iki kare şekli gösterildikten sonra bir kalem ve kâğıt verildi ve aynı şekli kopyalaması istendi. Kopyalama yaparken şekle bakmasına izin verildi (75).

4.4.4. Saat Çizme

Demansın erken evrelerinde ilk bozulan testlerden biri olarak kabul edilmektedir (76). Görsel uzaysal işlevler ile yürütücü işlevleri değerlendirmeye yarayan saat çizme testi (SÇT)’i kısa zamanda, kolaylıkla uygulanabilir. Bu nedenle demans için tarama amaçlı olarak sıkça kullanılmaktadır. Hastadan saat çizmesi, içine sayıları yerleştirmesi ve söylenen zamanı işaretlemesi istenir. Konstrüksiyonel praksi, anlama, planlama yeteneğini test eder.

Shulman Puanlama Yöntemi: Bu yöntemde hastaya içi boş olan saat resmi verilir (EK 6). Saat çizmesi istenir. Bu yöntemde SÇT performansı 0-5 aralığında puanlanmakta olup, testten alınabilecek en yüksek puan 5’tir. Beş puan, saat gösterimi ve rakam yerleşimleri kusursuzsa; 4 puan, saat gösterimi doğru ve minimal görsel-uzamsal hatalar varsa; 3 puan, görsel uzamsal yerleşim iyi olmasına karşın saat gösterimi bozüksa; 2 puan, görsel-uzamsal yerleşim doğru saat gösterimine izin vermeyecek kadar bozüksa; 1 puan, görsel-uzamsal yerleşim ileri düzeyde bozüksa ve 0 puan, herhangi bir saat temsili bulunmuyorsa verilmektedir. Shulman yöntemine göre bir çizimin anormal olarak değerlendirilmesi için kesme noktası 4’ün altındaki herhangi bir puandır (77). Shulman puanlama yönteminde ise 4/5 kesme noktasında testin hafif kognitif bozukluk olgularını sağlıklı bireylerden ayırt etme duyarlılığının %81,5, özgüllüğünün %79,6; Alzheimer hastalarını sağlıklı bireylerden ayırt etme duyarlılığının %61,6, özgüllüğünün %83,2 olduğu saptanmıştır. Hafif kognitif bozukluk ve Alzheimer hastaları grupları için 3/5 olarak belirlenen kesme noktası, düşük duyarlılık ve özgüllük değerleri göstermiştir (sırasıyla, %61,9 ve %59,8) (78). Shulman puanlama yöntemi şekil 4.9’da gösterildi (76).

Severity Scores from 5 to 0

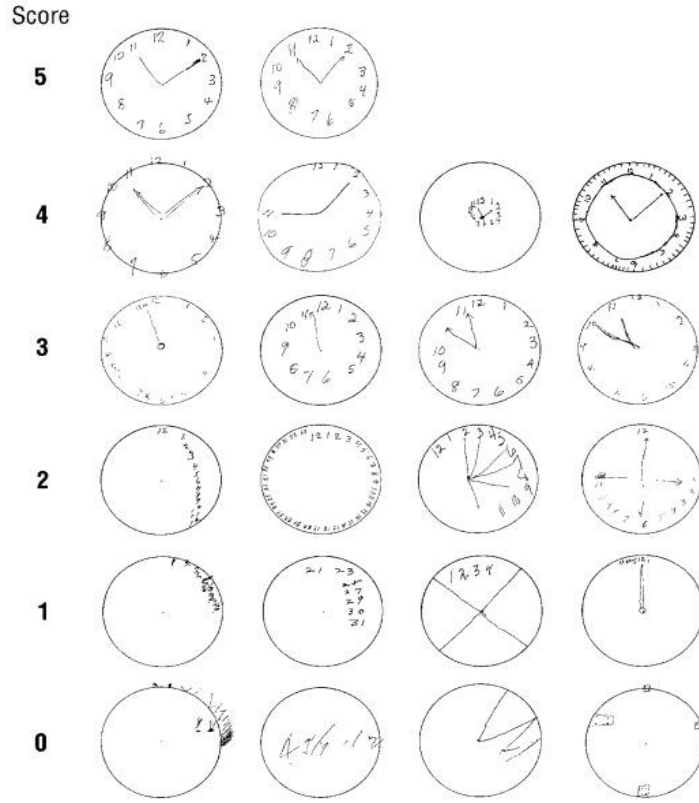


Fig. 1. Severity scores from 5 to 0

Şekil 4.9: Shulman puanlama yöntemi

4.5. Nörolojik Muayene

Nörolojik muayene şunları içerir; bilinç düzeyinin, kranial sinirlerin, beyin sapı reflekslerinin ve motor yanıtların değerlendirilmesidir (79) (EK 4).

4.5.1. Kranial Sinir Muayenesi

- **Koku alma:** CN1- N. olfactorius değerlendirilir. Burun mukozasını tahriş etmeyen ve herkesçe bilinen kokular kullanılmalıdır. Hastanın gözleri kapalı olmalıdır. Burun deliklerinden biri parmak ile kapatılarak açık olanın önüne yaklaştırılan kokulu pamuk veya maddeyi (kahve, nane, limon gibi) bir iki kez koklaması istenir. Aynı şey öteki burun deliği için de tekrarlanır.
- **Görme keskinliği:** CN2- N. opticus değerlendirilir. Snellen tipi kartlarla muayene edilebilir. Kooperasyonu yerinde bir hastada gözleri teker teker kapatılarak basitçe iyi görüp görmediği değerlendirilir.

- **Görme alanı:** CN2- N. opticus değerlendirilir. Hakkında konfrontasyonperimetrisi ile kabaca fikir edinmek mümkündür. Esası, hekimin görme alanını normal kabul edip hastanın görme alanını hekiminki ile karşılaştırmaktır. Hastanın bir gözü kapatılır ve açık gözünü hekimin gözüne tespit etmesi istenir. Sonra, hekim parmağını veya uygun bir objeyi temporal ve nazal alanların üst ve alt kadrantlarında periferinden başlayıp merkeze doğru getirerek hastanın nerede gördüğünü tespit eder Aynı şey öteki göz için de tekrarlanır.
- **Göz hareketleri:** CN3- N. oculomotorius, CN4- N. trochlearis, CN6- N. abducens değerlendirilir. Hastanın gözünün sağa, sola, aşağı, yukarı çevirmesi söylenir. Altıncı paralizisinde göz küresi dışa doğru hareket edemez. Dördüncü sinir felcinde hasta göz küresi adduksiyonda iken aşağıya bakamaz. Hasta özellikle merdiven inerken çift görmeden yakını. Üçüncü sinir paralizisinde hasta yukarı ve aşağı bakamaz. Bu en iyi şekilde göz abduksiyundayken tespit edilir. Ayrıca içe bakış bozulur.
- **Pupilla:** CN3- N. oculomotorius değerlendirilir. M. sphincter pupillae kasılarak pupillayı daraltır. Bu nedenle III. kranial sinir felcinde pupilla midriyatiktir.
- **Kornea refleksi:** CN5- N. trigeminalis, CN7- N. facialis değerlendirilir. Hastanın kornea kenarına pamukla dokunulduğunda aniden göz kapağını kapatması beklenir.
- **Islık çalma:** CN7- N. facialis değerlendirilir. Hastanın ıslık çalması istenir. Başarıp başaramadığı, simetriği ile değerlendirilir.
- **Kaşları yukarı kaldırma:** CN7- N. facialis değerlendirilir. Hastanın yukarı kaldırması istenir. Başarıp başaramadığı, simetriği değerlendirilir.
- **Fısıltı testi:** CN8- N. cochlearis değerlendirilir. Hastanın kulaklarını teker teker kapayarak fısıltıyla yapılan bir muayenede hastanın işitmesi değerlendirilir.
- **Uvula değerlendirilmesi:** CN9- N. glossopharyngeus değerlendirilir. Hastanın ağzının açması istenir. Uvulanın orta hatta olup olmadığı değerlendirilir.
- **Gag refleksi:** CN9- N. glossopharyngeus, CN10- N. vagus değerlendirilir. Hastanın dil köküne abeslangla bastırılır. Gag yapabilirliği değerlendirilir.
- **Sternokleidomasteideus, trapezeius kas kuvveti:** CN11- N. accessorius değerlendirilir. Hastanın her 2 yanağından ve omuzlarından ayrı ayrı güç uygulanır direnmesi istenir. Hastanın direnç gösterip göstermediği değerlendirilir.
- **Dil hareketleri değerlendirilmesi:** CN12- N. hypoglossus değerlendirilir. Hastanın dilinin dışarıya çıkarması istenir. Sağa sola çevirmesi istenir. Yapılabilirliği değerlendirilir.

4.5.2. Motor Sistem Muayenesi

Motor sistem muayenesinde kas kuvveti, kas tonusu ve istemsiz hareketler değerlendirilir. Ayrıca kas kitleleri gözden geçirilip bir kas erimesi olup olmadığı kontrol edilir.

➤ Kas Kuvveti Muayenesi

- **Büyük kas gruplarının test edilmesi**

Özellikle kortikospinal yol lezyonlarında görülen hemiparezi, paraparezi gibi büyük kas gruplarının tutulduğu hallerde başvurulur. Boyun fleksiyonu ve ekstansiyonu; omuz abduksiyon ve adduksiyonu, önkol, bilek ve parmakların fleksiyon ve ekstansiyonu test edilir. Bunun için hasta adı geçen kas gruplarıyla ilgili eklem hareketini yaparken hekim bu harekete karşı koyar. Örneğin hasta bütün gücüyle omuzunu abduksiyon durumuna getirirken hekim bu harekete engel olarak omuzu adduksiyon durumunda tutmağa çalışır. Hastada kas gücü çok azalmışsa hiçbir direnç uygulamadan bu hareketlerin ne ölçüde yapılabildiği tespit edilir. Bacak hareketleri de benzer şekilde test edilir.

- **Kasların tek tek test edilmesi**

Bu muayene de tek bir kasın kasılması sırasında hekimin karşı kuvvet uygulayarak kas gücü hakkında fikir edinmesidir.

Kas kuvveti, sıfır ile beş arasındaki sayılarla derecelendirilir (Medical Research Council-MRC skalası):

5 = Normal kas gücü kuvveti var.

4 = Kas normal hareketini yapıyor, ancak karşı yönde bir kuvvet uygulandığında yenilebiliyor.

3 = Kas yalnızca yer çekimine karşı koyabiliyor, ancak herhangi bir direnç gösteremiyor.

2 = Test edilen kas ancak yer çekimini ortadan kaldıran bir pozisyona getirildiğinde hareket edebiliyor.

1 = Kasta ancak gözle görülebilen veya palpasyon ile fark edilen bir hareket vardır. Fakat bu, eklem hareketine sebep olmaz.

0 = Hiç kas gücü kuvveti yok.

➤ Kas Tonusu Muayenesi

Tonus muayenesine başlamadan önce yukarda belirtildiği gibi hastada eklem deformitesi, ağrı veya başka bir nedenle hareket kısıtlılığı, kas kontraktürü bulunmadığından emin olmak gerekir.

Muayene sırasında hastayla konuşurken onun dikkatini çekmeden ekstremitelerin tonusuna bakılabilir. Kol ve bacak eklemlerine fleksiyon - ekstansiyon, abdüksiyon - adduksiyon hareketleri yaptırılarak tonus durumu tespit edilir. Tonusun normal, artmış veya azalmış olduğu kaydedilir. Varsa, hipertoninin tipi saptanır. Spastisitede bir kas veya kas grubunda antagonistine göre tonus artmıştır. Rijiditede ise agonist ve antagonist kasların ikisi birden hipertoniktir. Hastada spastisite varsa yazarken "Kolda fleksör hipertoni", "Bacakta ekstansör tonus artışı" gibi deyimler kullanılabilir, "Bacakta spastisite"; de aynı anlama gelir.

➤ İstemsiz Hareketlerin Muayenesi

Hekimin ilk dikkat edeceği noktalar hareketin yeri, şekli, ne zamandan beri bulunduğu, amplitüdü, ekstremiteye yer değiştirip değiştirtmediğidir.

- **Tremor:** birbirine antagonist kasların istemsiz kasılmasına bağlı az veya çok ritmik bir harekettir.
- **Kore:** Amaçsız ve düzensiz ani ve hızlı hareketlerdir.
- **Atetoz:** Çoğunlukla ellerde ortaya çıkan, birbirini izleyen kıvrılma hareketleri şeklindedir.
- **Hemiballismus:** Vücudun bir yarısında görülen, kol ve bacağı tümüyle tutan, geniş amplitüdlü, şiddetli istemsiz hareketlerdir.
- **Distoni:** Anormal postüre veya tekrarlayıcı harekete yol açan devamlı veya aralıklı kas kasılması ile karakterizedir.
- **Tik:** Sıklıkla yüzde, boyun ve omuzda görülen istemsiz hareketlerdir.
- **Miyoklonus:** Kasın veya bir kas grubunun ani ve şimşek vari kasılmasıyla ortaya çıkan, genellikle aritmik sıçrayıcı harekete verilen addır.
- **Fasikülasyon:** Kas fasiküllerinin dil mukozası veya deri üzerinden seçilebilen hızlı, solucansı hareketleridir.

4.5.3. Duyu Muayenesi

➤ Yüzeyel Duyu Muayenesi

- **Dokunma duyusu:** Ufak bir pamuk parçasını yüz ve bedenin her tarafına değdirerek muayene edilir. Hasta gözlerini kapar. Pamuğu her duyduğunda "evet" demesi istenir. "Evet" demediği bölgelerde hipoestezi olduğu düşünülür. Hastanın bazen duyduğu halde haber vermeyebileceğini düşünerek ikaz edilmesi gerekebilir. Bu muayene, kooperasyonu iyi olan bir hastada, pamuğu önce duyusu normal olduğu düşünülen bir bölgeye değdirerek ve sonra vücudun başka bölgelerinde aynı derecede duyup

duymadığı sorularak da yapılabilir. Diğer nörolojik bulgular hastadaki duyu kusurunun yüzün ve vücudun yalnız bir tarafında olduğunu düşündürüyorsa, hasta ve sağlam tarafın az çok simetrik noktalarını kıyaslayarak muayene etmek de mümkündür.

- **Ağrı duyusu:** Muayene iğne ile yukarda tanımlanan şekilde tekrarlanır.
- **Isı duyusu:** Çapları eşit iki deney tüpünden birine sıcak, diğerine soğuk su konularak ve gözler kapalı iken yapılır. Hastaya ilkin tüplerin ısı farkı öğretilir. Daha sonra vücudun değişik yerlerine değdirilen tüplerden hangisinin sıcak hangisinin soğuk olduğunu söylemesi istenir.
- **Yüzeyel duyu muayenesinde patolojik bulgular:** Yüzeyel duyu muayenesinde patolojik bulgular olarak aşağıdaki kusurların varlığı değerlendirilir.
 - **Parestezi:** İğnelenme, karıncalanma, yanma, keçeleşme gibi sübjektif duyulardır.
 - **Hipoestezi, anestezi:** Dokunma duyusunun azalması veya kaybını ifade eder.
 - **Hipoaljezi, analjezi:** Ağrı duyusunun azalması veya kaybı anlamına gelir.
 - **Termoanestezi:** Soğuk ve sıcak gibi termal duyuların algılanamayışı demektir.
 - **Hiperestezi:** Taktıl uyaranlara karşı aşırı duyarlılık.
 - **Hiperaljezi:** Ağrılı uyaranlara karşı aşırı duyarlılık.

➤ Derin Duyu (Proprioseptif Duyu) Muayenesi

Pozisyon, pasif hareket, vibrasyon ve derin ağrı duyuları muayene edilir. Bu duyu türlerine bilinçli duyu adı verilir.

- **Pozisyon duyusu:** Hastanın gözleri kapalıdır. Ekstremitelerden biri belli bir pozisyona getirilerek hastadan karşı ekstremitayı de benzer duruma getirmesi istenir.
- **Pasif hareket duyusu:** Gözler kapatılır. Hastanın el veya ayak parmaklarından biri iki yandan tutularak yukarıya veya aşağıya doğru hareket ettirilir. Bu sırada hastadan hareketin yönünü belirtmesi istenir.
- **Vibrasyon duyusu:** Titreştirilmiş bir diyapazon ile yapılır. İlkin hastanın titreşimi öğrenmesi için klavikula veya sternumun üzerine konur. Daha sonra gözler kapalı iken ekstremita uçlarında bir kemik üzerine konularak titreşimi algılayıp algılamadığı sorulur. Algılıyorsa bu kez titreşimin sonlandığı anı belirtmesi istenir. Böylece titreşimi algıladığı süre belirlenir. Bu süre normalde gençlerde 20 saniye kadardır. Yaş ilerledikçe alt ekstremitelerde vibrasyon süresinin kısaldığı unutulmamalıdır.

- **Romberg bulgusu:** Derin duyu kusuru aramak için kullanılan bir testtir. Hasta ayaklarını birleştirdiği halde gözlerini kapayınca dengesi bozulur, olduğu yerde sallanmaya başlar, hatta yere düşebilir. Tabes dorsalis, medulla spinalis'in subakut kombine dejenerasyonu ve duyuşal nöropatilerde görülür.

4.5.4. Koordinasyon Muayenesi

İstemli hareketin koordinasyonu serebellar sistem tarafından sağlanır. Bunun için ön şart kas gücünün ve derin duyunun sağlam olmasıdır. Aşağıdaki testler uygulanır.

➤ Ölçülü Hareket Testleri

- **Parmak - burun testi:** Kol omuzdan tam abduksiyonda iken hasta işaret parmağını burnuna değdirir. Bu hareketi artarda yapması istenir. Hasta işaret parmağını karşısında oturan hekimin işaret parmağına değdirdikten sonra kendi burnuna değdirir. Bu hareketi artarda tekrarlarlarken hekim her defasında parmağının yerini değiştirir. Serebellar sistem hastalıklarında, hasta lezyon tarafındaki parmağını burnuna yaklaştırırken hedefi bulmakta güçlük çeker. Bu durumda parmak ya hızla burna çarpar (dismetri), ya da burna yaklaşıırken sağa-sola, yukarı-aşağı sapmalar yaparak hedefe ulaşır. Bu son duruma intansiyonel tremor adı verilir.
- **Diz - topuk testi:** Sırtüstü yatar durumda muayene edilir. Hasta bir ayağını havaya kaldırarak topuğunu diğer bacağına dizine değdirir. Ardından ayağını tekrar eski durumuna getirir. Bu hareketi ilkin bir, sonra öteki ayağı ile artarda tekrarlaması istenir. Hasta topuğunu karşı dizine değdirdikten sonra ayağını tibia kemiği boyunca düz bir çizgi üzerinde sürterek aşağı indirir. Bu hareketi birkaç kez tekrarladıktan sonra aynı hareketi diğer ayağı ile de yapar.

➤ Ardısıra (diadokinezi) Hareket Testleri

Hastaya hızlı ardı sıra hareketler yaptırılır. Kollarını dirsekten fleksiyona getirerek önkol vertikal pozisyonda iken her iki el ile hızlı pronasyon-supinasyon hareketleri yapar. Hasta bir elini, avucu yukarı gelecek şekilde açar. Diğer elinin sırtını ve palmar yüzünü ön kolun artarda hızlı pronasyon-supinasyon hareketleriyle açık avucuna değdirir. Bir elinin parmaklarını yan yana bitişirir. Sonra bu parmakların palmar yüzüyle diğer elinin sırtına artarda hızlı ve küçük hareketlerle vurur. Ardı sıra hareketler de serebellar hemisfer lezyonu ile ipsilateral olarak beceriksiz, düzensiz ve yavaş bir karakter alır. Buna disdiadokinezi adı verilir.

➤ Tandem Yürüyüşü

Hastanın düz bir çizgi üzerinde yürümesi, daha sonra da bir ayağının topuğunu diğer ayağının ucuna değdirerek yürümesi istenir. Özellikle serebellar sistem lezyonlarında hasta bu testleri başaramaz, sendeleyip yere düşebilir.

4.5.5. Refleks Muayenesi

➤ Tendon Refleksleri

Tendon reflekslerinin muayenesinde iyi bir refleks çekicine gerek vardır. Muayene sırasında hastaya verilecek pozisyon her refleks için aşağıda ayrı ayrı tarif edilmiştir. Bu arada, hastanın kendisini rahat hissedip gevşek bırakması önem taşır. Tendona vururken refleks çekici sapın en ucundan tutulmalı ve el bileği vuruş sırasında serbestçe hareket ettirilmelidir.

Tendon refleksleri muayene kâğıdına aşağıdaki şekilde kaydedilebilir:

0	= Kayıp veya alınmıyor
±	= Azalmış
+	= Normal
++	= Canlı
+++	= Artmış
++++	= Polikinetik (Bir vuruşa birkaç hareketle cevap)

- **Biceps refleksi:** Ön kol dirsekten yarı fleksiyonda iken sol el parmağı biceps kasının tendonu üzerine yerleştirilip üzerine çekiçe vurulur. Normal cevap önkolun fleksiyonudur. N. musculocutaneus değerlendirilir. Segmenter innervasyon olarak C₅, C₆ medulla spinalis değerlendirilir.
- **Triceps refleksi:** Omuz abduksiyonda iken önkol bedene paralel pozisyonda tutularak serbestçe aşağıya sarkıtılır. Bu durumda triceps tendonuna vurulur. Normal cevap önkolun ekstansiyonudur. N. radialis değerlendirilir. Segmenter innervasyon olarak C₆, C₇ medulla spinalis değerlendirilir.
- **Stiloradial refleksi:** Kol yarı pronasyonda iken radiusunstiloid çıkıntısının biraz proksimaline vurulur. Normal cevap önkolun fleksiyon ve hafif supinasyonudur. Parmaklarda da hafif bir fleksiyon görülebilir. N. radialis değerlendirilir. Segmenter innervasyon olarak C₅, C₆ medulla spinalis değerlendirilir.

- **Patella refleksi:** Hasta muayene masasının kenarına oturarak ayaklarını sarkıtmış durumdayken patella tendonuna vurulur. Normal cevap bacağın ekstansiyonudur. N. femoralis değerlendirilir. Segmenter innervasyon olarak L₂- L₄ medulla spinalis değerlendirilir.
- **Aşil refleksi:** Hasta, ayaklar yatak kenarının dışında serbest kalacak şekilde dizlerinin üzerine oturtularak aşil tendonuna vurulur. Normal cevap ayak bileğinin plantar fleksiyonudur. N. tibialis değerlendirilir. Segmenter innervasyon olarak S₁ medulla spinalis değerlendirilir.

Tendon reflekslerinde artma: Normale göre biraz artmış cevap canlı olarak kaydedilir. Kişiye göre değişmek üzere canlı refleksler normal insanlarda da görülebilir. Refleks cevap ani ve hızlı bir sıçrama yapıyorsa artmış olarak değerlendirilir. Cevap birden fazla hareket yaptıracak kadar şiddetliyse polikinetik adı verilir.

Tendon reflekslerinde azalma: Refleksleri aslında normal olan bir kişide tendon reflekslerini almada güçlüklerle karşılaşılabilir. Bu durumda refleksler hastanın dikkatini başka yöne çeken kolaylaştırıcı manevralar ile tekrar muayene edilir. Örneğin hastadan kenetlenmiş ellerini sıkıp gevşetmesi, üçer üçer sayması istenir.

➤ **Babinski Delili**

Taban derisi refleksinin patolojik şeklidir. Piramidal yol hastalıklarında görülür. Ayak derisi künt bir cisimle tabanın dış yanından orta metatarsofalangeal ekleme doğru çizildiğinde normalde görülmesi gereken parmakların plantar fleksiyon cevabı yerine başparmağın dorsifleksiyona gelmesidir. Babinski delilinin varlığında diğer dört parmakta bazen hiçbir hareket görülmez. Bazen de parmaklar yelpaze gibi birbirinden uzaklaşır. Yelpaze delili (evantay belirtisi) adı verilen bu bulgu tek başına veya başparmağın dorsifleksiyonu ile görülebilir. Her iki durum da patolojiktir ve aynı değeri taşır. Bazen taban derisinin çizilmesinde parmaklarda hiçbir hareket görülmez. Bu duruma taban derisi refleksinin cevapsız veya lakayt olması adı verilir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Beyin bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde Cavum septum pellucidum (CSP) saptanan hastaların CSP saptanmayan hastalara göre ruhsal belirti düzeylerinin ve bilinç düzeylerinin karşılaştırılmasının amaçlandığı prospektif, kohort çalışma, 15 Aralık 2022 ve 30 Haziran 2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapıldı. Çalışmaya, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 08.12.2022 tarih ve i11-642-22 numaralı karar ile etik onay alındı.

5.1. Çalışmanın Popülasyonu

15.12.2022 – 30.05.2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na başvuran ve herhangi bir sebeple beyin BT çekilen 18-65 yaş arası sözlü ve yazılı onam veren tüm hastalar çalışmaya dâhil edildi. Tablo 5,1'de verilen dışlama kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dâhil edilmedi.

Hastaların BT raporları ve görüntüleri hastane bilgi yönetim sistemi (Avicenna) üzerinden incelendi. Hastalar “CSP var” ve “CSP yok” şeklinde iki gruba ayrıldı.

CSP'nin varlığı BT'de görsel inceleme yoluyla belirlendi. Septum pellucidumun her iki yaprağının arasında ≥ 1 mm boşluk olduğunda (8) CSP var kabul edildi ve CSP'nin anteroposterior uzunluğu 6 mm'den uzun olanlar (9) “çalışma grubuna” alındı. SP yaprakları arasında boşluk olmadığında ise “CSP yok” kabul edilerek kontrol grubunu alındı. Kontrol grubu için basit randomizasyon yöntemi kullanıldı. Çalışma grubuna alınan hastadan hemen sonra gelen, dâhil edilme kriterlerini sağlayan aynı cinsiyetteki ilk hasta kontrol grubuna alındı.

Tablo 5.1: “Acil serviste insidental olarak cavum septum pellucidum ve cavum vergae saptanmış olan kişilerde ruhsal belirtilerinin ve bilinç düzeylerinin kıyaslanması” isimli çalışmada hasta seçiminde kullanılan hariç tutma ölçütleri

Çalışma grubundaki gönüllülerin araştırmadan hariç tutma ölçütleri:
Nörolojik ve nöroşirürjik hastalıklarının olması
Kranial BT'de majör ya da minör ek patolojik bulgusu olanlar (araknoid kist, parsiyel empty sella, mega sisterna magna, iskemik gliosis, intrakraniyal tümör, intrakraniyal kanama, geçirilmiş operasyon sekeli, Arteriovenöz malformasyon vb.)
Bilişsel fonksiyonları etkileyebilecek tıbbi hastalığın olması
Geçmişinde 10 dk dan uzun süren bilinç kaybının eşlik ettiği kafa travmasının olması
Mental retarde olması
Gebe olanlar
1 ay sonra iletişim bilgisi ile hastaya ulaşılamaması

Çalışmaya alınan hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onam (EK 7) alındı. Hastalar 1 ay sonra kontrole çağrılarak nörolojik muayene, bilinç ve ruhsal değerlendirme testleri yapıldı. Ayrıca demografik verileri kayıt altına alındı.

5.2. CSP Varlığının BT ile Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın görüntülerini elde etmek için 80 dedektörlü Toshiba (Toshiba Asteion 28 2012 ve Toshiba Aquilion Prime Japonya 2018) marka BT cihazı kullanıldı. Görüntüler intravenöz kontrast madde kullanılmadan çekildi. Görüntülemeye göre kafatasının tabanından aksiyal düzlemde 5mm dilim genişliğine sahip tepe noktasına kadar protokol dilimleri elde edildi. Ayrıca ayrıntılı analiz için görüntüler aksiyal, sagittal ve koronal düzlemlerde 1 mm kalınlığa kadar daha ince kesitlerde yeniden oluşturuldu. Görüntüler beyin parankim penceresinde incelendi.

CSP uzunluğu; ince kesitli aksiyel görüntülerde CSP nin en uzun görüldüğü yerden hizalanarak aksiyel yerden multiplanar reformat yapılarak elde edilen ince kesitli koronal kesitlerde CSP'nin görünür olduğu kesit sayısı kesit kalınlığı (1mm) ile çarpılarak hesaplandı. CSP genişliği; ince kesitli aksiyal kesitlerde CSP'nin en geniş görüldüğü yerden hizalanarak ince kesitli sagittal kesitlerde CSP'nin görünür olduğu kesit sayısı kesit kalınlığı gereğince çarpılarak hesaplandı. CSP yüksekliği; ince kesitli kontrastsız koronal kesitlerde en yüksek görüldüğü yerden hizalanarak ince kesitli aksiyel görüntülerde CSP'nin görünür olduğu kesit sayısı kesit kalınlığı (1mm) ile çarpılarak hesaplandı. CSP'nin evrelemsi yapıldı. Evreleme 0 ile 4 arasında bir ölçekte derecelendirildi: 0 yok, 1 şüpheli, 2 küçük, 3 orta ve 4 büyük kabul edildi. Evre 0-1-2 küçük CSP ve evre 3-4 büyük CSP olarak kabul edildi (56). CSP orta talamusun ön kısmından arkaya doğru devam ettiği durumlarda CV eşlik ettiği kabul edildi (61). CSP'ye CV eşlik etmediği durumlar izole CSP, ettiği durumlara ise cavum septum pellucidum et vergae (CSPV) olarak isimlendirildi.

5.3. Hastalardan Toplanacak Veriler

5.3.1. Demografik Değerlendirme

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ortaya çıkarmak amacıyla; yaş, cinsiyet, medeni durum, varsa sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim durumu, kaçınıcı sınıfta okumayı öğrendiği, sınıf tekrarı varlığı, bebekken yürümeye ve konuşmada gecikme olup olmadığı, çocukken çevresi ile uyum problemi olup olmadığı, özel eğitim alıp almadığı, mesleği, bilinen

tıbbi hastalık öyküsü, alkol-sigara-madde kullanımı, almakta olduğu tedaviler, psikiyatri başvurusu olup olmadığı, intihar öyküsü sorgulandı (EK 5).

5.3.2. Bilinç ve Ruhsal Değerlendirme

1 ay sonra hastaneye gelen hastalar sessiz bir odada değerlendirmeye alındı. Değerlendirme sırasında hastaların sosyodemografik bilgileri (EK 5) incelendi. Belirti tarama listesi (SCL-90-R) (EK 1) ile psikiyatrik hastalıklara yatkınlık düzeyi incelendi. Mini-mental test (MMT) (EK 2, EK 3) ve saat çizme testi (EK 6) ile bilinç düzeyleri incelendi.

Belirti tarama testi (SCL-90-R) bireylerdeki psikolojik semptomların hangi düzeyde ve hangi alanlarla ilgili olduğunu bireyin kendini anlatma (self-report) yaklaşımla belirleyen bir ölçüm aracıdır (63). Somatizasyon (SOMA) boyutu, obsesif-kompulsif (OBKO) boyutu, kişiler arası duyarlılık (KADU) boyutu, depresyon (DEPR) boyutu, kaygı (KAYG) boyutu, düşmanlık (DUŞM) boyutu, fobik kaygı (FOKA) boyutu, paranoid düşünce (PADÜÜ) boyutu, psikotizm (PSİK) boyutu, ek ölçek (EKOL) ve genel belirti düzeyi (GSI) olmak üzere 9 alt boyut, 1 ek ölçek ve genel belirti düzeyi belirlenir. Her bir alt grup 0.00'dan 4.00'e kadar puan alabilir. SCL-90-R'nin her bir alt alan ve genel semptom puanı belirlenirken, grupların puan sınırları: 0.00'dan 1.00'e kadar olan puanlar "psikolojik belirti düzeyi düşük" yani normal sınırlarda kabul edilmiş, 1.00'dan yukarısı "psikolojik belirti düzeyi yüksek kabul edildi (68).

Mini-mental test (MMT) bilişsel bozuklukları taramada, hastalığı ve tedaviyi izlemede oldukça kullanışlı, kısa, uygulaması kolay bir testtir (69). Testten alınabilecek maksimum puan 30'dur. 24-30 arası puanlar normal sınırlar olarak kabul edilir, 23 puan ve altı kognitif bozukluğu göstermektedir (72). MMT'nin okuma yazma bilmeyenler için geliştirilmiş olan versiyonu eğitimsizler için modifiye mini-mental test (MMMT-E) kullanıldı (74).

Görsel uzaysal işlevler ile yürütücü işlevleri değerlendirmeye yarayan saat çizme testi (SÇT)'i kısa zamanda, kolaylıkla uygulanabilir (76). SÇT den maximum 5 puan alınabilir. Shulman puanlama yöntemine göre 4 ve üstü puan alanları sağlıklı, 3 ve altı puan alanları kognitif bozukluğu var kabul edildi (78).

5.3.3.Nörolojik Muayene

Hastaların nörolojik muayene olarak kranial sinir muayenesi, motor muayenesi, duyu muayenesi, serebellar muayene ve refleks muayeneleri yapıldı (EK 4).

5.4. Sonlanım Noktaları

1. Bu çalışmada, herhangi bir nedenle çekilen beyin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde insidental olarak CSP saptanan hastaların CSP saptanmayan hastalara göre ruhsal belirti düzeylerinin ve bilinç düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı.

2. Çalışma sonucuna göre; “acil servis ve diğer servislerde yapılan beyin BT görüntülerinde insidental olarak CSP saptanmış kişilerde psikiyatrik hastalık yatkınlığının ve klinisyenin yaklaşımının belirlenmesi amaçlandı.

5.5. İstatistiksel Analiz

MMT çalışmanın primer sonuç değişkeni olarak kabul edildi. İki grup ortalaması arasındaki MMT puanı farkının en az 2 puan (26.5 ve 24.5) ve her iki grubun MMT puanına ilişkin standart sapmanın 2.5 puan olacağı varsayımı altında %5 yanılma düzeyinde, %81 güç ile iki-yönlü Student's t testi için her bir grupta 26'şar gönüllü alınması gerekmektedir (80).

İstatistiksel değerlendirmelerde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 kullanıldı. Çalışmadan elde edilen verilerden tanımlayıcı istatistik olarak sıklık ve yüzde, ortalama ve standart sapma ile ortanca (çeyrekler arası dağılım genişliği/minimum ve maksimum) kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki-kare veya Fisher'in kesin ki-kare testi, normal dağılmayan ve sıralı değişkenler için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Kategorik değişkenlerde çoklu karşılaştırmalar için hangi verinin hangisine göre anlamlı olduğunu belirlemek için z testi kullanıldı. Kruskal-Wallis varyans analizi sonucunda gruplar arasında fark bulunursa, hangi grubun hangisinden farklılık gösterdiğini belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve gücünü belirlemek amacıyla Spearman's rho testi kullanıldı. P değeri 0.05'ten küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

5.6. Etik Konular

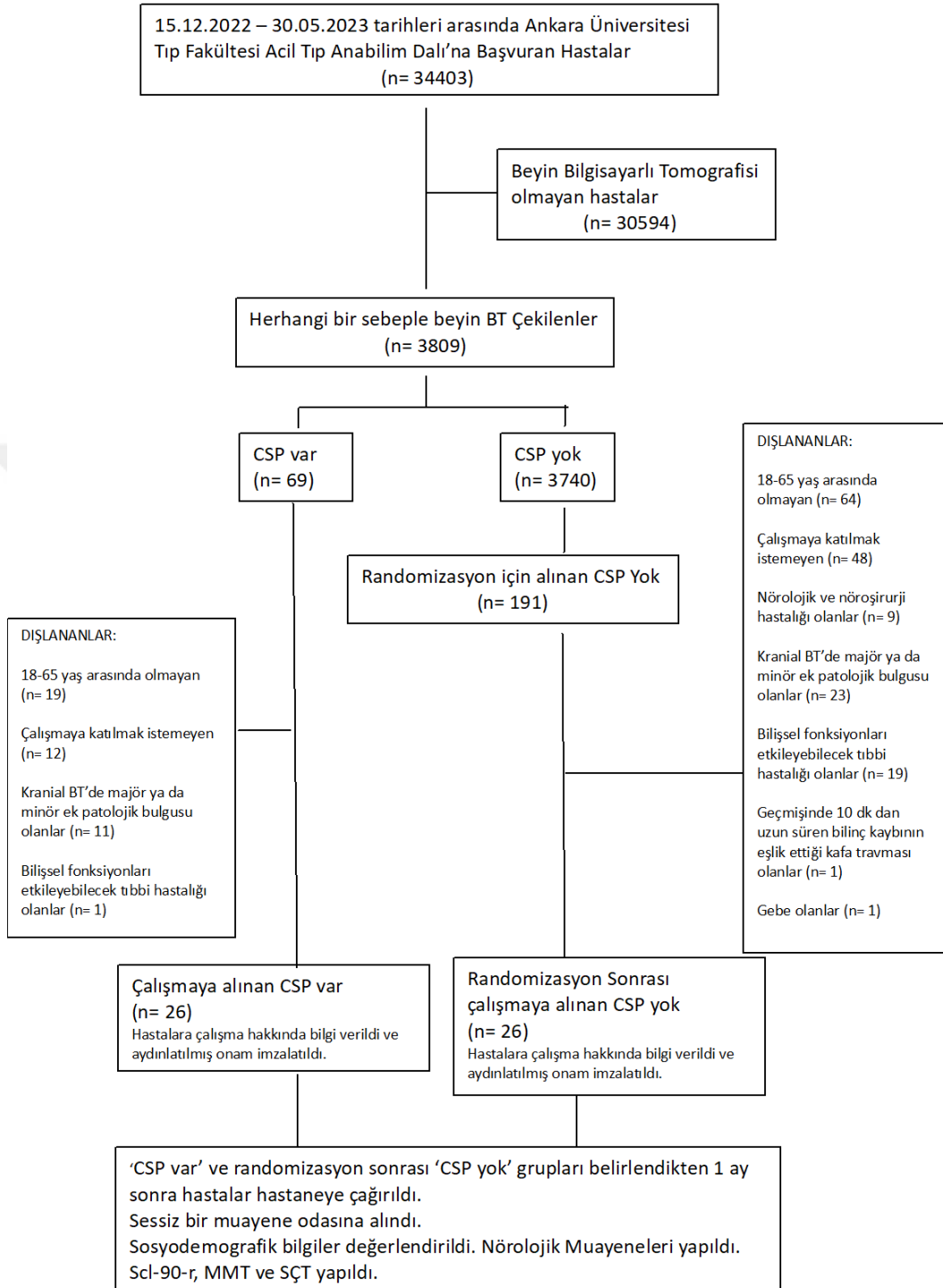
Hiçbir katılımcının yaptığımız çalışma nedeniyle tanı ve tedavi süreci aksamadı ve kendilerine maddi bir yükümlülük doğmadı.

6. BULGULAR

Çalışmanın yürütüldüğü 15.12.2022 – 30.05.2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na 34403 hasta başvurdu. Gelen hastaların 3809 tanesine herhangi bir sebeple beyin BT çekildi. Beyin BT çekilen hastaların 1952 (51.2%)'si kadın, 1857 (48.7%)'si erkek cinsiyetti. Beyin BT çekilen hastalarda kadın cinsiyetin yaş ortalaması 54.8 ± 20.5 , erkek cinsiyetin yaş ortalaması 50.9 ± 20.5 'ti ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p < 0.001$). Çekilmiş olan tüm beyin BT görüntüleri incelendi. CSP (AP uzunluk ≥ 6 mm) saptanan 69 hasta vardı. CSP saptanan hastaların cinsiyetleri 32 (%46.3)'si kadın, 37 (%53.6)'si erkek cinsiyetti. CSP ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p = 0.41$, Pearson's chi-square). 'CSP var' grubu kadınların yaş ortalaması 50.2 ± 16.9 , 'CSP var' grubu erkeklerin yaş ortalaması 56.2 ± 18.5 'ti ve 'CSP var' grubu hastalarda cinsiyete göre yaş ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.18$, Mann-Whitney U). Çalışmamızda CSP prevalansını 1.81% olarak hesapladık. Bu hastaların 19'u 18-65 yaş aralığında olmaması nedeniyle, 12'si çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle, 11'inde intrakranial ek patolojik görüntüleme bulgusu olması nedeniyle, 1 tanesinde bilişsel fonksiyonları etkileyebilecek tıbbi hastalığın olması nedeniyle dışlandı. Toplamda CSP saptanan 26 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 22'sinde CSP et vergae (CSPV), 4'ünde izole CSP mevcuttu. 3740 hastada CSP saptanmadı. Kontrol grubunu oluşturmak amacıyla basit randomizasyon yöntemi uygulanarak CSP saptanmayan 191 hasta kontrol grubuna alındı. 64'ü 18-65 yaş aralığında olmaması nedeniyle, 48'i çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle, 23'ü intrakranial ek patoloji olması sebebiyle, 19'u bilişsel fonksiyonun etkileyebilecek tıbbi hastalık olması sebebiyle, 9'u nörolojik hastalık tanısı olması sebebiyle, 1'i gebe olması sebebiyle, 1'i de geçmişinde 10 dk'dan uzun süren bilinç kaybı olan kafa travması olması sebebiyle dışlandı. CSP saptanmayan toplam 26 hasta kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmanın akış şeması şekil 6.1'de belirtildi.

Araştırmanın bulguları dört başlık altında sunuldu. Birinci bölümde 'CSP var' ve 'CSP yok' olarak ikili grubun ve ayrıca CSP'ye CV eşlik edip etmediğine göre oluşturulmuş üçlü grubun tanımlayıcı demografik özelliklerinin değerlendirilmesi, ikinci bölümde 'CSP var' ve 'CSP yok' olarak ikili grubun ve ayrıca CSP'ye CV eşlik edip etmediğine göre oluşturulmuş üçlü grubun bilinç düzeylerinin ve nörolojik muayene bulgularının değerlendirilmesi, üçüncü bölümde 'CSP var' ve 'CSP yok' olarak ikili grubun ve ayrıca CSP'ye CV eşlik edip etmediğine göre oluşturulmuş üçlü grubun SCL-90-R ile ruhsal belirti düzeylerinin

değerlendirilmesi ve son olarak dördüncü bölümde ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre alt tiplerinin değerlendirilmesi yapıldı.



Şekil 6.1: Çalışmanın akış şeması

6.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

6.1.1. ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların tanımlayıcı demografik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırması tablo 6.1 ve 6.2’de yapıldı. Çocukken özel eğitim alma tüm katılımcılar tarafından yok olduğu için istatistiksel karşılaştırmaya alınmadı.

Demografik özelliklerin ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasında karşılaştırmasında yaş ve sigara kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

‘CSP yok’ grubunun yaşı 40.1 ± 13.3 ve ‘CSP var’ grubunun yaşı 48.1 ± 13.3 olarak bulundu. Klinik olarak ‘CSP yok’ grubunun yaşı ‘CSP var’ grubunun yaşından düşüktü ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.034$, Mann-Whitney U). Tüm katılımcıların yaş ortalamaları 44.2 ± 13.8 yıldır ve yaşları 22-63 arasında değişmekteydi.

Sigara kullanımı ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 20 (76.9%)’inde vardı, 6 (23.1%)’inde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 8 (30.8%)’inde vardı, 18 (69.2%)’inde yoktu. Klinik olarak sigara kullanımı ‘CSP yok’ grubunda fazlaydı ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.001$, Pearson’s chi-square).

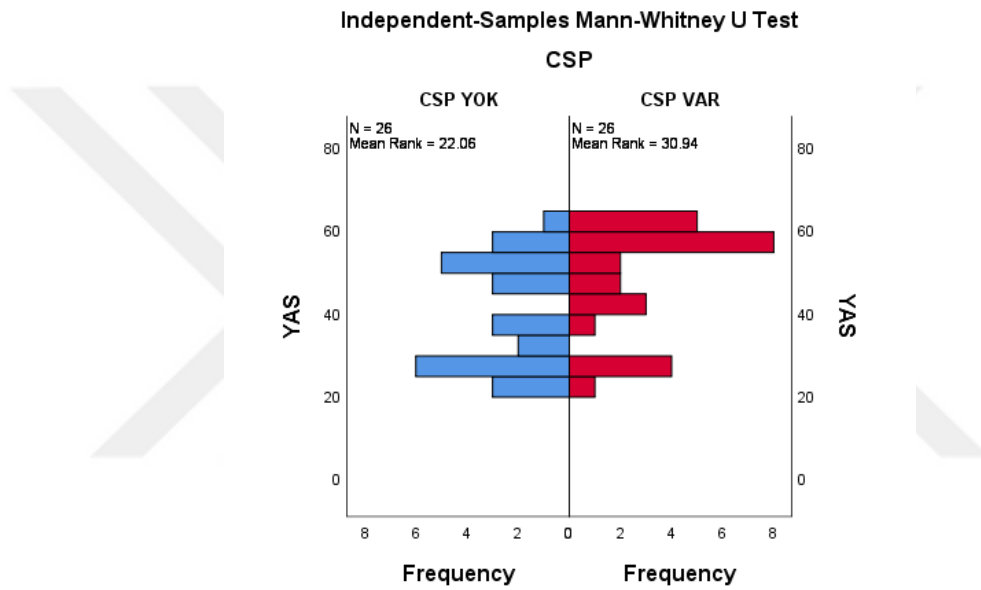
Tablo 6.1: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların tanımlayıcı demografik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırması

		CSP yok n (%) *	CSP var n (%) *	Total n (%) *	P değeri
Cinsiyet	Erkek	13 (50.0%)	13 (50.0%)	26 (50.0%)	1.000 **
	Kadın	13 (50.0%)	13 (50.0%)	26 (50.0%)	
Medeni Durum	Bekâr	10 (38.5%)	9 (34.6%)	19 (36.5%)	0.821 **
	Evli	13 (50.0%)	15 (57.7%)	28 (53.8%)	
	Dul	3 (11.5%)	2 (7.7%)	5 (9.6%)	
Eğitim	Lise ve Altı	15 (57.7%)	13 (50.0%)	28 (53.8%)	0.578 **
	Üniversite ve Üstü	11 (42.3%)	13 (50.0%)	24 (46.2%)	
Sınıf Tekrarı	Yok	20 (80.0%)	20 (80.0%)	40 (80.0%)	1.000 **
	Var	5 (20.0%)	5 (20.0%)	10 (20.0%)	
Okumayı Öğrenmede Gecikme	Yok	23 (92.0%)	21 (84.0%)	44 (88.0%)	0.667 ***
	Var	2 (8.0%)	4 (16.0%)	6 (12.0%)	
Yürümede Gecikme	Yok	24 (92.3%)	25 (96.2%)	49 (94.2%)	1.000 ***
	Var	2 (7.7%)	1 (3.8%)	3 (5.8%)	
Konuşmada Gecikme	Yok	26 (100.0%)	25 (96.2%)	51 (98.1%)	1.000 ***
	Var	0 (0.0%)	1 (3.8%)	1 (1.9%)	
Uyum Problemi	Yok	25 (96.2%)	24 (92.3%)	49 (94.2%)	1.000 ***
	Var	1 (3.8%)	2 (7.7%)	3 (5.8%)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	6 (23.1%)	4 (15.4%)	10 (19.2%)	0.284 **
	Çalışıyor	18 (69.2%)	16 (61.5%)	34 (65.4%)	
	Emekli	2 (7.7%)	6 (23.1%)	8 (15.4%)	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Yok	26 (100.0%)	23 (88.5%)	49 (94.2%)	0.235 ***
	Var	0 (0.0%)	3 (11.5%)	3 (5.8%)	
Madde Kullanımı	Yok	25 (96.2%)	26 (100.0%)	51 (98.1%)	1.000 ***
	Var	1 (3.8%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	
Alkol	Yok	11 (42.3%)	18 (69.2%)	29 (55.8%)	0.051 **
	Var	15 (57.7%)	8 (30.8%)	23 (44.2%)	
Sigara	Yok	6 (23.1%)	18 (69.2%)	24 (46.2%)	0.001 **
	Var	20 (76.9%)	8 (30.8%)	28 (53.8%)	
Ek Hastalık	Yok	14 (53.8%)	12 (46.2%)	25 (48.1%)	0.405 **
	Var	12 (46.2%)	14 (53.8%)	27 (51.9%)	
Psikiyatri Başvurusu	Yok	19 (73.1%)	17 (65.4%)	36 (69.2%)	0.548 **
	Var	7 (26.9%)	9 (34.6%)	16 (30.8%)	
İntihar Eylemi Öyküsü	Yok	24 (92.3%)	25 (96.2%)	49 (94.2%)	1.000 ***
	Var	2 (7.7%)	1 (3.8%)	3 (5.8%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson's chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					
***: P değeri Fisher's exact test ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					

Tablo 6.2: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların yaş ve çocuk sayısının istatistiksel karşılaştırması

	CSP yok		CSP var		Total		P değeri
	Ortalama $\pm$ SS	min - max	Ortalama $\pm$ SS	min - max	Ortalama $\pm$ SS	min - max	
Yaş	40.1 $\pm$ 13.3	22 - 63	48.1 $\pm$ 13.3	24 - 63	44.2 $\pm$ 13.8	22 - 63	0.034 *
Çocuk Sayısı	1.1 $\pm$ 1.0	0 - 3	1.7 $\pm$ 1.4	0 - 4	1.5 $\pm$ 1.3	0 - 4	0.186 *
SS = Standart sapma, min = minimum, max = maximum							
*: P değeri Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi ve p < 0,05 anlamlı kabul edildi.							

Katılımcıların ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki yaş dağılımı şekil 6.2’de gösterildi.



Şekil 6.2: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ gruplarındaki katılımcıların Mann-Whitney U test ile yaş dağılımının gösterimi

Demografik özelliklerin ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasında karşılaştırmasında cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, sınıf tekrarı, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada gecikme, uyum problemi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, madde kullanımı, alkol kullanımı, ek hastalık, psikiyatri başvurusu ve intihar eyleminde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Cinsiyet değerlendirmesinde ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 13 (50.0%)’ü erkekti, 13 (50.0%)’ü kadındı; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 13 (50.0%)’ü erkekti, 13 (50.0%)’ü kadındı. Klinik olarak iki grup arasında kadın erkek sayısı eşitti ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p = 1.000, Pearson’s chi-square).

Medeni durum değerlendirmesinde ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 10 (38.5%)’u bekâr, 13 (50.0%)’ü evli, 3 (11.5%)’ü duldu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 9 (34.6%)’u bekâr, 15 (57.7%)’i evli, 2 (7.7%)’si duldu. Klinik olarak evli olanların yüzdesi ‘CSP var’ grubunda daha fazlaydı buna rağmen medeni hal değerlendirmesinde istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.821$, Pearson’s chi-square).

‘CSP yok’ grubunun çocuk sayısı 1.1 ± 1.0 ve ‘CSP var’ grubunun çocuk sayısı 1.7 ± 1.4 olarak bulundu. Klinik olarak ‘CSP yok’ grubunun çocuk sayısı ‘CSP var’ grubunun çocuk sayısından düşüktü buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.186$, Mann-Whitney U).

Eğitim değerlendirmesinde ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 15 (57.7%)’i lise ve altı düzeyinde eğitim görmüştü, 11 (42.3%)’i üniversite ve üstü düzeyinde eğitim görmüştü; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 13 (50.0%)’ü lise ve altı düzeyinde eğitim görmüştü, 13 (50.0%)’ü üniversite ve üstü düzeyinde eğitim görmüştü. Klinik olarak üniversite ve üstü eğitim görmüşlerin yüzdesi ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.578$, Pearson’s chi-square).

Sınıf tekrarı değerlendirmesinde ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 5 (20.0%)’inde sınıf tekrarı vardı, 20 (80.0%)’inde sınıf tekrarı yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 5 (20.0%)’inde sınıf tekrarı vardı, 20 (80.0%)’inde sınıf tekrarı yoktu. Klinik olarak sınıf tekrarı varlığı yüzdesi iki grup arasında eşitti ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Pearson’s chi-square).

Okumayı öğrenmede gecikme ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 2 (8.0%)’inde vardı, 23 (92.0%)’ünde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 4 (16.0%)’ünde vardı, 21 (84.0%)’inde yoktu. Klinik olarak okumayı öğrenmede gecikme ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.667$, Fisher’s exact).

Yürümede gecikme ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 2 (7.7%)’inde vardı, 24 (92.3%)’ünde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 1 (3.8%)’inde vardı, 25 (96.2%)’inde yoktu. Klinik olarak yürümede gecikme ‘CSP yok’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Fisher’s exact).

Konuşmada gecikme ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 26 (100.0%)’sında yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların, 1 (3.8%)’inde vardı, 25

(96.2%)’inde yoktu. Klinik olarak konuşmada gecikme ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Fisher's exact).

Uyum problemi ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 1 (3.8%)’inde vardı, 25 (96.2%)’inde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 2 (7.7%)’inde vardı, 24 (92.3%)’ünde yoktu. Klinik olarak uyum problemi ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Fisher's exact).

Çalışma durumu değerlendirilmesinde ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 6 (23.1%)’sı çalışmıyor, 18 (69.2%)’i çalışıyor, 2 (7.7%)’si emekliydi; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 4 (15.4%)’ü çalışmıyor, 16 (61.5%)’sı çalışıyor, 6 (23.1%)’sı emekliydi. Klinik olarak çalışmayanların ve çalışanların yüzdesi ‘CSP yok’ grubunda fazlaydı, emekli olanların yüzdesi ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.284$, Pearson’s chi-square).

Ailede ruhsal hastalık ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 26 (100.0%)’sında yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 3 (11.5%)’ünde vardı, 23 (88.5%)’ünde yoktu. Klinik olarak ailede ruhsal hastalık ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.235$, Fisher's exact).

Madde kullanımı ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 1 (3.8%)’inde vardı, 25 (96.2%)’inde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 26 (100.0%)’sında yoktu. Klinik olarak madde kullanımı ‘CSP yok’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Fisher's exact).

Alkol kullanımı ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 15 (57.7%)’inde vardı, 11 (42.3%)’inde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 8 (30.8%)’inde vardı, 18 (69.2%)’inde yoktu. Klinik olarak alkol kullanımı ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.051$, Pearson’s chi-square).

Ek hastalık ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 12 (46.2%)’sinde vardı, 14 (53.8%)’ünde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 14 (53.8%)’ünde vardı, 12 (53.8%)’sinde yoktu. Klinik olarak ek hastalık ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.405$, Pearson’s chi-square).

Psikiyatri başvurusu ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 7 (26.9%)’sinde vardı, 19 (73.1%)’unda yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 9 (34.6%)’unda vardı, 17 (65.4%)’sinde yoktu. Klinik olarak psikiyatri başvurusu ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna

rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.548$, Pearson's chi-square).

İntihar eylemi 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 2 (7.7%)'sinde vardı, 24 (92.3%)'ünde yoktu; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 1 (3.8%)'inde vardı, 25 (96.2%)'inde yoktu. Klinik olarak intihar eylemi 'CSP yok' grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Fisher's exact).

'CSP var' grubundaki katılımcılardan 4'ü çalışmıyordu, 5'i emekliydi ve 17'si çalışıyordu. Çalışan ve emekli olanlardan 5'i esnaftı, 2'si memurdu, 2'si öğretmendi, 2'si şofördü, 2'si mühendisti, 1'i muhasebeciydi, 1'i aşçıydı, 1'i çiftçiydi, 1'i mimardı, 2'si teknisyendi, 1'i garsondu ve 2'si temizlik işçisiydi.

'CSP yok' grubundaki katılımcılardan 6'sı çalışmıyordu, 2'si emekliydi ve 18'i çalışıyordu. Çalışan ve emekli olanlardan 2'si memurdu, 1'i ekonomisti, 1'i subaydı, 1'i modelisti, 1'i aşçıydı, 1'i polisti, 1'i sağlık çalışanıydı, 1'i esnaftı, 1'i kuafördü, 1'i hemşireydi, 1'i topografi çalışanıydı, 1'i satış uzmanıydı, 1'i temizlik işçisiydi, 1'i garsondu, 1'i kâtipti, 1'i bahçivandı, 1'i elektrik işçisiydi, 1'i kreş çalışanıydı ve 1'i öğretmendi.

'CSP var' grubundaki katılımcılardan 14'ünde ek hastalık vardı, 9'unda ek hastalık yoktu. Ek hastalık olanlardan 1'inde diabetes mellitus, 1'inde akromegali, 1'inde hipertansiyon, diabetes mellitus ve astım, 1'inde hipertansiyon, diabetes mellitus ve ulnar nöropati, 1'inde vertigo, 1'inde koroner arter hastalığı, 2'sinde hipertansiyon, 1'inde ayaklarda varis ve guatr, 1'inde kür prostat kanseri, 1'inde hipertansiyon ve astım, 1'inde diabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperlipidemi, 1'inde hipertansiyon ve son olarak 1'inde hipertansiyon ve gastrit hastalıkları vardı.

'CSP var' grubundaki katılımcılardan 15'inde psikiyatri dışı ilaç kullanımı yoktu, 11'inde psikiyatri dışı ilaç kullanımı vardı. İlaç kullananlardan 1'i oral anti-diyabetik (adını hatırlamıyor), 1'i asetilsalisilik asit ve trimetazidin dihidroklorid, 1'i insulin (adını hatırlamıyor) ve perindopril arjinin, 1'i amlodipin, 1'i betahistin dihidroklorür, 1'i asetilsalisilik asit ve amlodipin, 1'i kandesartan, 1'i flavonoid, asetilsalisilik asit ve levotiroksin, 1'i insülin (adını hatırlamıyor), 1'i kandesartan ve son olarak 1'i nebivolol ve valsartan ilaçlarını kullanıyordu. 1'i kullandığı ilacının adını bilmiyordu.

'CSP yok' grubundaki katılımcılardan 12'sinde ek hastalık vardı, 14'ünde ek hastalık yoktu. Ek hastalık olanlardan 1'inde hipertansiyon ve ankilozan spondilit, 1'inde hipertansiyon, 1'inde lomber disk hernisi, 1'inde fasiyal paralizi, 1'inde hipertansiyon ve

vertigo, 1'inde hipertansiyon ve hipotiroidi, 1'inde demir eksikliği anemisi, 1'inde hipertansiyon, 1'inde diabetes mellitus ve hiperlipidemi, 1'inde trigeminal nevralji, 1'inde glokom ve son olarak 1'inde skolyoz hastalıkları vardı.

'CSP yok' grubundaki katılımcılardan 9'unda psikiyatrik dışı ilaç kullanımı vardı, 17'sinde psikiyatrik dışı ilaç kullanımı yoktu. İlaç kullananlardan 1'i nebivolol, 1'i metoprolol, 1'i metilprednisolon, 1'i verapamil/trandolapril, 1'i valsartan/hidroklorotiyazid ve levotiroksin, 1'i demir (II)-glisinsulfat, 1'i kandesartan/hidroklorotiyazid, 1'i insulin (adını hatırlamıyor) ve son olarak 1'i analjezik (adını hatırlamıyor) ilaçlarını kullanıyordu.

6.1.2. 'CSP(-) ve CV(-)', 'CSP(+) ve CV(-)' ve 'CSP(+) ve CV(+)' Grupları Arasındaki Katılımcıların Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

CSP'ye CV eşlik edip etmemesi durumunda istatistiksel karşılaştırmada farklılık olup olmadığı araştırılmak istendi. CSP'ye CV eşlik ettiğinde (CSPV) 'CSP(+) ve CV(+)' grubu, CSP'ye CV eşlik etmediğinde (izole CSP) 'CSP(+) ve CV(-)' grubu, CSP'nin olmadığı durumda (kontrol) 'CSP(-) ve CV(-)' grubu isimlendirmesi yapıldı. 'CSP(-) ve CV(-)', 'CSP(+) ve CV(-)' ve 'CSP(+) ve CV(+)' grupları arasındaki katılımcıların tanımlayıcı demografik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırılması tablo 6.3 ve 6.4 de yapıldı.

Demografik özelliklerin 'CSP(-) ve CV(-)', 'CSP(+) ve CV(-)' ve 'CSP(+) ve CV(+)' grupları arasında yapılan karşılaştırmada yaş ve sigara kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı.

'CSP(-) ve CV(-)' grubunun yaşı 40.1 ± 13.3 , 'CSP(+) ve CV(-)' grubunun yaşı 30.2 ± 11.1 ve 'CSP(+) ve CV(+)' grubunun yaşı 51.4 ± 10.9 olarak bulundu. Klinik olarak 'CSP(+) ve CV(+)' grubunun yaş ortalaması 'CSP(+) ve CV(-)' ve 'CSP(-) ve CV(-)' gruplarından yüksekti ve istatistiksel olarak 'CSP(+) ve CV(+)' grubunda diğer iki gruba göre anlamlı fark vardı (sırasıyla $p = 0.003$ ve $p = 0.004$, Kruskal-Wallis).

Sigara kullanımı 'CSP(-) ve CV(-)' grubundaki katılımcıların 20 (76.9%)'sinde vardı, 6 (23.1%)'sında yoktu; 'CSP(+) ve CV(-)' grubundaki katılımcıların 2 (50.0%)'sinde vardı, 2 (50.0%)'sinde yoktu; 'CSP(+) ve CV(+)' grubundaki katılımcıların 6 (27.3%)'sinde vardı, 16 (72.7%)'sında yoktu. Klinik olarak sigara kullanımı 'CSP(-) ve CV(-)' grubunda en fazlaydı, 'CSP(+) ve CV(+)' grubunda en azdı ve istatistiksel olarak bu iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.003$, Pearson's chi-square).

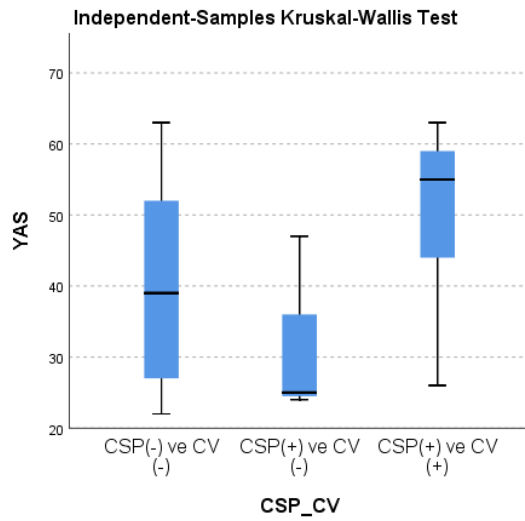
Tablo 6.3: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların tanımlayıcı demografik özelliklerinin istatistiksel karşılaştırması

		CSP(-) ve CV(-) n (%) *	CSP(+) ve CSP(-) n (%) *	CSP(+) ve CSP(+) n (%) *	P değeri **
Cinsiyet	Erkek	13 (50.0%)	3 (75.0%)	10 (45.5%)	0.554 **
	Kadın	13 (50.0%)	1 (25.0%)	12 (54.5%)	
Medeni Durum	Bekâr	10 (38.5%)	3 (75.0%)	6 (27.3%)	0.443 **
	Evli	13 (50.0%)	1 (25.0%)	14 (63.6%)	
	Dul	3 (11.5%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	
Eğitim	Lise ve Altı	15 (57.7%)	2 (50.0%)	11 (50.0%)	0.857 **
	Üniversite ve Üstü	11 (42.3%)	2 (50.0%)	11 (50.0%)	
Sınıf Tekrarı	Yok	20 (80.0%)	4 (100.0%)	16 (76.2%)	0.551 **
	Var	5 (20.0%)	0 (0.0%)	5 (23.8%)	
Okumayı Öğrenmede Gecikme	Yok	23 (92.0%)	4 (100.0%)	17 (81.0%)	0.384 **
	Var	2 (8.0%)	0 (0.0%)	4 (19.0%)	
Yürümede Gecikme	Yok	24 (92.3%)	4 (100.0%)	21 (95.5%)	0.786 **
	Var	2 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	
Konuşmada Gecikme	Yok	26 (100.0%)	4 (100.0%)	21 (95.5%)	0.499 **
	Var	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	
Uyum Problemi	Yok	25 (96.2%)	3 (75.0%)	21 (95.5%)	0.228 **
	Var	1 (3.8%)	1 (25.0%)	1 (4.5%)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	6 (23.1%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	0.214 **
	Çalışıyor	18 (69.2%)	4 (100.0%)	12 (54.5%)	
	Emekli	2 (7.7%)	0 (0.0%)	6 (27.3%)	
Ailede Ruhsal Hastalık	Yok	26 (100.0%)	4 (100.0%)	19 (86.4%)	0.114 **
	Var	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	
Madde Kullanımı	Yok	25 (96.2%)	4 (100.0%)	22 (100.0%)	0.601 **
	Var	1 (3.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Alkol Kullanımı	Yok	11 (42.3%)	3 (75.0%)	15 (68.2%)	0.143 **
	Var	15 (57.7%)	1 (25.0%)	7 (31.8%)	
Sigara Kullanımı	Yok	6 (23.1%)	2 (50.0%)	16 (72.7%)	0.003 **
	Var	20 (76.9%)	2 (50.0%)	6 (27.3%)	
Ek Hastalık	Yok	14 (56.0%)	3 (75.0%)	9 (40.9%)	0.257 **
	Var	11 (44.0%)	1 (25.0%)	13 (59.1%)	
Psikiyatri Başvurusu	Yok	19 (73.1%)	2 (50.0%)	15 (68.2%)	0.642 **
	Var	7 (26.9%)	2 (50.0%)	7 (31.8%)	
İntihar Eylemi	Yok	24 (92.3%)	4 (100.0%)	21 (95.5%)	0.786 **
	Var	2 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson’s chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					

Tablo 6.4: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların yaş ve çocuk sayısının istatistiksel karşılaştırması

	CSP(-) ve CV(-)		CSP(+) ve CV(-)		CSP(+) ve CV(+)		P değeri *
	Ortalama $\pm$ SS	min - max	Ortalama $\pm$ SS	min - max	Ortalama $\pm$ SS	min - max	
Yaş	40.1 $\pm$ 13.3	22 - 63	30.2 $\pm$ 11.1	24 - 47	51.4 $\pm$ 10.9	26 - 63	0.001
Çocuk Sayısı	1.1 $\pm$ 1.0	0 - 3	0.5 $\pm$ 1.0	0 - 2	1.9 $\pm$ 1.4	0 - 4	0.055
SS = Standart sapma, min = minimum, max = maximum							
*: P değeri Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi ve p < 0,05 anlamlı kabul edildi.							

Katılımcıların ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki yaş dağılımı şekil 6.3’te gösterildi.



Şekil 6.3: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ gruplarındaki katılımcıların Kruskal-Wallis test ile yaş dağılımının gösterimi

Demografik özelliklerin ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasında karşılaştırmasında cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, sınıf tekrarı, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada gecikme, uyum problemi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, madde kullanımı, alkol kullanımı, ek hastalık, psikiyatri başvurusu ve intihar eyleminde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Cinsiyet olarak ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 13 (50.0%)’ü erkekti, 13 (50.0%)’ü kadındı; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 3 (75.0%)’ü erkekti, 1 (25.0%)’i kadındı; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 10 (45.5%)’u erkekti, 12 (54.5%)’si kadındı. Klinik olarak erkek yüzdesi ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı, kadın yüzdesi ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu (p = 0.554, Pearson’s chi-square).

Medeni durum olarak ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 10 (38.5%)’u bekâr, 13 (50.0%)’ü evli, 3 (11.5%)’ü duldu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 3 (75.0%)’ü bekâr, 1 (25.0%)’i evli, 0 (0.0%)’ı duldu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 6 (27.3%)’sı bekâr, 14 (63.6%)’ü evli, 2 (9.1%)’si duldu. Klinik olarak evli olanların yüzdesi ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda, bekâr olanların yüzdesi ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda, dul olanların yüzdesi ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.443$, Pearson’s chi-square).

‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunun çocuk sayısı 1.1 ± 1.0 , ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunun çocuk sayısı 0.5 ± 1.0 ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubun çocuk sayısı 1.9 ± 1.4 olarak bulundu. Klinik olarak her üç grupta çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.055$, Kruskal-Wallis).

Eğitim olarak değerlendirildiğinde ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 15 (57.7%)’i lise ve altı düzeyinde, 11 (42.3%)’i üniversite ve üstü düzeyinde eğitim görmüştü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (50.0%)’si lise ve altı düzeyinde, 2 (50.0%)’si üniversite ve üstü düzeyinde eğitim görmüştü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 11 (50.0%)’i lise ve altı düzeyinde, 11 (50.0%)’i üniversite ve üstü düzeyinde eğitim görmüştü. Klinik olarak lise ve altı eğitim görenlerin yüzdesi ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.857$, Pearson’s chi-square).

Sınıf tekrarı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 5 (20.0%)’inde vardı, 20 (80.0%)’sinde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 4 (100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 5 (23.8%)’inde vardı, 16 (76.2%)’sında yoktu, 5 (23.8%)’inde vardı. Klinik olarak okumayı öğrenmede gecikme ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.551$, Pearson’s chi-square).

Okumayı öğrenmede gecikme ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (8.0%)’sinde vardı, 23 (92.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 4 (100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 4 (19.0%)’ünde vardı, 17 (81.0%)’sinde yoktu. Klinik olarak okumayı öğrenmede gecikme ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.384$, Pearson’s chi-square).

Yürümede gecikme ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (7.7%)’sinde vardı, 24 (92.3%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 4

(100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 1 (4.5%)’inde vardı, 21 (95.5%)’inde yoktu. Klinik olarak yürümede gecikme ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.786$, Pearson’s chi-square).

Konuşmada gecikme ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ında vardı, 26 (100.0%)’sında yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ında vardı, 4 (100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 1 (4.5%)’inde vardı, 21 (95.5%)’inde yoktu. Klinik olarak konuşmada gecikme ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.499$, Pearson’s chi-square).

Çocukken uyum problemi ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (3.8%)’inde vardı, 25 (96.2%)’inde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde vardı, 3 (75.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 1 (4.5%)’ine vardı, 21 (95.5%)’inde yoktu. Klinik olarak çocukken uyum problemi ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.228$, Pearson’s chi-square).

Çalışma durumu olarak değerlendirildiğinde ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 6 (23.1%)’sı çalışmıyordu, 18 (69.2%)’i çalışıyordu, 2 (7.7%)’si emekliydi; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ı çalışmıyordu, 4 (100.0%)’ü çalışıyordu, 0 (0.0%)’ı emekliydi; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 4 (18.2%)’ü çalışmıyordu, 12 (54.5%)’si çalışıyordu, 6 (27.3%)’sı emekliydi. Klinik olarak çalışanlar ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda, çalışmayanlar ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda, emekli olanlar ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.214$, Pearson’s chi-square).

Ailede ruhsal hastalık öyküsü ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ında vardı, 26 (100.0%)’sında yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ında vardı, 4 (100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 3 (13.6%)’ünde vardı, 19 (86.4%)’unda yoktu. Klinik olarak ruhsal hastalık öyküsü ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.114$, Pearson’s chi-square).

Madde kullanımı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (3.8%)’inde vardı, 25 (96.2%)’inde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ında vardı, 4 (100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’ında vardı, 22

(100.0%)’sinde yoktu. Klinik olarak madde kullanımı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.601$, Pearson’s chi-square).

Alkol kullanımı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 15 (57.7%)’inde vardı, 11 (42.3%)’inde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde vardı, 3 (75.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 7 (31.8%)’sinde vardı, 15 (68.2%)’inde yoktu. Klinik olarak alkol kullanımı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.143$, Pearson’s chi-square).

Ek hastalık ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 11 (44%)’inde vardı, 14 (56%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde vardı, 3 (75.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 13 (59,1%)’ünde vardı, 9 (40,9%)’unda yoktu. Klinik olarak ek hastalık ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.257$, Pearson’s chi-square).

Psikiyatri başvurusu ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 7 (26.9%)’sinde vardı, 19 (73.1%)’unda yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (50.0%)’sinde vardı, 2 (50.0%)’sinde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 7 (31.8%)’sinde vardı, 15 (68.2%)’inde yoktu. Klinik olarak psikiyatri başvuru yüzdesi ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.642$, Pearson’s chi-square).

İntihar eylemi ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (7.7%)’sinde vardı, 24 (92.3%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 0 (0.0%)’inde vardı, 4 (100.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 1 (4.5%)’inde vardı, 21 (95.5%)’inde yoktu. Klinik olarak intihar eylemi ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen istatistiksel olarak her üç grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.786$, Pearson’s chi-square).

6.2. Katılımcıların Bilinç Düzeylerinin ve Nörolojik Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi

6.2.1. ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Bilinç Düzeylerinin ve Nörolojik Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi

‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların nörolojik muayene bulguları ve bilinç düzeylerinin istatistiksel karşılaştırması tablo 6.5 ve 6.6’da yapıldı.

Tablo 6.5: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların nörolojik muayene bulgularının istatistiksel karşılaştırması

		CSP yok n (%) *	CSP var n (%) *	Total n (%) *	P değeri **
Nörolojik Muayene Bulgu	Yok	22 (84.6%)	18 (69.2%)	40 (76.9%)	0.188
	Var	4 (15.4%)	8 (30.8%)	12 (23.1%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson's chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					

Tablo 6.6: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların MMT ve SÇT puanlarının istatistiksel karşılaştırması

	CSP yok		CSP var		Total		P değeri
	Ortalama ± SS	min - max	Ortalama ± SS	min - max	Ortalama ± SS	min - max	
MMT	28.7 ± 1.5	24 - 30	28.2 ± 1.9	23 - 30	28.5 ± 1.7	23 - 30	0.311
SÇT	4.65 ± 0.68	3 - 5	4.6 ± 0.6	3 - 5	4.62 ± 0.63	3 - 5	0.638
SS = Standart sapma, MMT = Mini-mental test, SÇT = Saat çizme testi							
**: P değeri Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.							

Nörolojik muayene, MMT ve SÇT’inde ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Nörolojik muayene bulgusu ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 4 (15.4%)’ünde vardı, 22 (84.6%)’inde yoktu; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 8 (30.8%)’inde vardı, 18 (69.2%)’inde yoktu. Klinik olarak nörolojik muayene bulgusu ‘CSP var’ grubunda fazlaydı buna rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p = 0.188, Pearson’s chi-square).

Katılımcıların MMT puanı ‘CSP yok’ grubunda 28.7 ± 1.5 , ‘CSP var’ grubunda 28.2 ± 1.9 olarak bulundu. Klinik olarak MMT puanı ‘CSP yok’ grubunda fazlaydı buna rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p = 0.311, Mann-Whitney U).

Katılımcıların SÇT puanı ‘CSP yok’ grubunda 4.65 ± 0.68 , ‘CSP var’ grubunda 4.62 ± 0.63 olarak bulundu. Klinik olarak SÇT puanı ‘CSP yok’ grubunda fazlaydı buna rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.638$, Mann-Whitney U).

‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 18’inde nörolojik muayene bulgusu yoktu, 8’inde nörolojik muayene bulgusu vardı. Katılımcılardan 3’ünün hareketleri yavaştı, 1’inin istemsiz kas hareketi vardı, 1’inin refleksleri hipokinetikti, 1’inin görme alanı azalmıştı ve derin duyu muayenesi kusurluydu, 1’inin görme keskinliği azalmıştı ve hiposmi vardı, 1’inde tremor vardı.

‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 22’sinde nörolojik muayene bulgusu yoktu, 4’ünde nörolojik muayene bulgusu vardı. Katılımcılardan 1’inde hiposmi vardır, 1’inde fasiyal paralizi vardı, 1’inde yavaş konuşma vardı, 1’inde anosmi vardı.

6.2.2. ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ Grupları Arasındaki Katılımcıların Bilinç Düzeylerinin ve Nörolojik Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi

‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların nörolojik muayene bulguları ve bilinç düzeylerinin istatistiksel karşılaştırması tablo 6.7 ve 6.8’de yapıldı.

Tablo 6.7: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların nörolojik muayene bulgularının istatistiksel karşılaştırması

		CSP(-) ve CV(-) n (%) *	CSP(+) ve CV(-) n (%) *	CSP(+) ve CV(+) n (%) *	P değeri **
Nörolojik Muayene Bulgu	Yok	22 (84.6%)	3 (75.0%)	15 (68.2%)	0.402 **
	Var	4 (15.4%)	1 (25.0%)	7 (31.8%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson's chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					

Tablo 6.8: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların MMT ve SÇT puanlarının istatistiksel karşılaştırması

	CSP(-) ve CV(-)		CSP(+) ve CV(-)		CSP(+) ve CV(+)		P değeri *
	Ortalama $\pm$ SS	min - max	Ortalama $\pm$ SS	min - max	Ortalama $\pm$ SS	min - max	
MMT	28.7 ± 1.5	24 - 30	29.0 ± 0.8	28 - 30	28.0 ± 2.0	23 - 30	0.493
SÇT	4.65 ± 0.6	3 - 5	4.50 ± 1.0	3 - 5	4.64 ± 0.5	3 - 5	0.895
SS = Standart sapma, min = minimum, max = maximum, MMT= Mini-mental test, SÇT= Saat çizme testi							
*: P değeri Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi							

Nörolojik muayene, MMT ve SÇT’inde ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Nörolojik muayene bulgusu ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 4 (15.4%)’ünde vardı, 22 (84.6%)’sinde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde vardı, 3 (75.0%)’ünde yoktu; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 7 (31.8%)’sinde vardı, 15 (68.2%)’inde yoktu. Klinik olarak nörolojik muayene bulgusu ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda fazlaydı buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.402$, Pearson’s chi-square).

MMT puanı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda 28.7 ± 1.5 , ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda 29.0 ± 0.8 ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda 28.0 ± 2.0 olarak bulundu. Klinik MMT puanı ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.493$, Kruskal-Wallis).

SÇT puanı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda 4.65 ± 0.6 , ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda 4.50 ± 1.0 ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda 4.64 ± 0.5 olarak bulundu. Klinik olarak SÇT puanı ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda fazlaydı buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.895$, Kruskal-Wallis).

6.3. Katılımcıların SCL-90-R ile Ruhsal Belirti Düzeylerinin Değerlendirilmesi

6.3.1. ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ Grupları Arasındaki Katılımcıların SCL-90-R ile Ruhsal Belirti Düzeylerinin Değerlendirilmesi

‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların ruhsal belirti düzeylerini değerlendirmek için SCL-90-R ile somatizasyon boyutu (SOMA), obsesif-kompulsif boyutu (OBKO), kişiler arası duyarlılık boyutu (KADU), depresyon boyutu (DEPR), kaygı boyutu (KAYG), düşmanlık boyutu (DUŞM), fobik kaygı boyutu (FOKA), paranoid düşünce boyutu (PADÜU), psikotizm boyutu (PSİK), ek ölçek (EKOL) ve genel belirti düzeyi (GSI) alt ölçeklerinin puan ortalamalarının istatistiksel karşılaştırması tablo 6.9’da yapıldı.

Tablo 6.9: ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasındaki katılımcıların SCL-90-R ile ruhsal belirti düzeylerinin istatistiksel karşılaştırması

		CSP yok n (%) *	CSP var n (%) *	Total n (%) *	P değeri
SOMA	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	13 (50.0%)	30 (57.7%)	0.262 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	13 (50.0%)	22 (42.3%)	
OBKO	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	8 (30.8%)	25 (48.1%)	0.012 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	18 (69.2%)	27 (51.9%)	
KADU	0.99 ve Altı	16 (61.5%)	12 (46.2%)	28 (53.8%)	0.266 **
	1 ve Üstü	10 (38.5%)	14 (53.8%)	24 (46.2%)	
DEPR	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	12 (46.2%)	29 (55.8%)	0.163 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	14 (53.8%)	23 (44.2%)	
KAYG	0.99 ve Altı	22 (84.6%)	18 (69.2%)	40 (76.9%)	0.188 **
	1 ve Üstü	4 (15.4%)	8 (30.8%)	12 (23.1%)	
DUŞM	0.99 ve Altı	21 (80.8%)	16 (61.5%)	37 (71.2%)	0.126 **
	1 ve Üstü	5 (19.2%)	10 (38.5%)	15 (28.8%)	
FOKA	0.99 ve Altı	24 (92.3%)	25 (96.2%)	49 (94.2%)	1.000 ***
	1 ve Üstü	2 (7.7%)	1 (3.8%)	3 (5.8%)	
PADÜÜ	0.99 ve Altı	16 (61.5%)	17 (65.4%)	33 (63.5%)	0.773 **
	1 ve Üstü	10 (38.5%)	9 (34.6%)	19 (36.5%)	
PSİK	0.99 ve Altı	25 (96.2%)	20 (76.9%)	45 (86.5%)	0.099 ***
	1 ve Üstü	1 (3.8%)	6 (23.1%)	7 (13.5%)	
EKOL	0.99 ve Altı	15 (57.7%)	10 (38.5%)	25 (48.1%)	0.165 **
	1 ve Üstü	11 (42.3%)	16 (61.5%)	27 (51.9%)	
GSI	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	16 (61.5%)	33 (63.5%)	0.773 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	10 (38.5%)	19 (36.5%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson’s chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					
***: P değeri Fisher's exact test ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					
SOMA = somatizasyon, OBKO = obsesif-kompulsif, KADU = kişiler arası duyarlılık, DEPR = depresyon, KAYG = kaygı, DUŞM = düşmanlık, FOKA = fobik kaygı, PADÜÜ = paranoid düşünce, PSİK = psikotizm, EKOL = ek ölçek boyutları ve GSI = global semptom indeksi					

OBKO ortalamasında ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. SOMA, KADU, DEPR, KAYG, DUSM, FOKA, PADUU, PSİK, EKOL ve GSI ortalamalarında ‘CSP var’ ve ‘CSP yok’ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

SOMA ortalaması ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 13 (50.0%)’ünde 0.99 ve altı, 13 (50.0%)’ünde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak SOMA ortalaması ‘CSP var’ grubunda

daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.262$, Pearson's chi-square).

OBKO ortalaması 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)'sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)'unda 1 ve üstü; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 8 (30.8%)'inde 0.99 ve altı, 18 (69.2%)'inde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak OBKO ortalaması 'CSP var' grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.012$, Pearson's chi-square).

KADU ortalaması 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 16 (61.5%)'sında 0.99 ve altı, 10 (38.5%)'unda 1 ve üstü; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 12 (46.2%)'sinde 0.99 ve altı, 14 (53.8%)'ünde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak KADU ortalaması 'CSP var' grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.266$, Pearson's chi-square).

DEPR ortalaması 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)'sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)'unda 1 ve üstü; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 12 (46.2%)'sinde 0.99 ve altı, 14 (53.8%)'ünde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak DEPR ortalaması 'CSP var' grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.163$, Pearson's chi-square).

KAYG ortalaması 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 22 (84.6%)'sinde 0.99 ve altı, 4 (15.4%)'ünde 1 ve üstü; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 18 (69.2%)'inde 0.99 ve altı, 8 (30.8%)'inde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak KAYG ortalaması 'CSP var' grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.188$, Pearson's chi-square).

DUŞM ortalaması 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 21 (80.8%)'inde 0.99 ve altı, 5 (19.2%)'inde 1 ve üstü; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 16 (61.5%)'sında 0.99 ve altı, 10 (38.5%)'unda 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak DUŞM ortalaması 'CSP var' grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.126$, Pearson's chi-square).

FOKA ortalaması 'CSP yok' grubundaki katılımcıların 24 (92.3%)'ünde 0.99 ve altı, 2 (7.7%)'sinde 1 ve üstü; 'CSP var' grubundaki katılımcıların 25 (96.2%)'inde 0.99 ve altı, 1 (3.8%)'inde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak FOKA ortalaması 'CSP yok' grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 1.000$, Fisher's exact).

PADÜU ortalaması ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 16 (61.5%)’sında 0.99 ve altı, 10 (38.5%)’unda 1 ve üstü; PADÜU ortalaması ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak PADÜU ortalaması ‘CSP yok’ grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.773$, Pearson’s chi-square).

PSİK ortalaması ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 25 (96.2%)’inde 0.99 ve altı, 1 (3.8%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 20 (76.9%)’sinde 0.99 ve altı, 6 (23.1%)’sında 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak PSİK ortalaması ‘CSP yok’ grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.099$, Fisher’s exact).

EKOL ortalaması ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 15 (57.7%)’inde 0.99 ve altı, 11 (42.3%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 10 (38.5%)’unda 0.99 ve altı, 16 (61.5%)’sında 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak EKOL ortalaması ‘CSP var’ grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.165$, Pearson’s chi-square).

GSI ortalaması ‘CSP yok’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların 16 (61.5%)’sında 0.99 ve altı, 10 (38.5%)’unda 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak GSI ortalaması ‘CSP var’ grubunda daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0.773$, Pearson’s chi-square).

6.3.2. ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ Grupları Arasındaki Katılımcıların SCL-90-R ile Ruhsal Belirti Düzeylerinin Değerlendirilmesi

‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların ruhsal belirti düzeylerini değerlendirmek için SCL-90-R ile SOMA, OBKO, KADU, DEPR, KAYG, DUŞM, FOKA, PADÜU, PSİK, EKOL VE GSI alt ölçeklerinin puan ortalamalarının istatistiksel karşılaştırması tablo 6.10’da yapıldı.

Tablo 6.10: ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasındaki katılımcıların SCL-90-R ile ruhsal belirti düzeylerinin istatistiksel karşılaştırması

		CSP(-) ve CV(-)	CSP(+) ve CV(-)	CSP(+) ve CV(+)	P değeri **
		n (%) *	n (%) *	n (%) *	
SOMA	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	1 (25.0%)	12 (54.5%)	0.291 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	3 (75.0%)	10 (45.5%)	
OBKO	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	1 (25.0%)	7 (31.8%)	0.043 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	3 (75.0%)	15 (68.2%)	
KADU	0.99 ve Altı	16 (61.5%)	1 (25.0%)	11 (50.0%)	0.352 **
	1 ve Üstü	10 (38.5%)	3 (75.0%)	11 (50.0%)	
DEPR	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	1 (25.0%)	11 (50.0%)	0.246 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	3 (75.0%)	11 (50.0%)	
KAYG	0.99 ve Altı	22 (84.6%)	3 (75.0%)	15 (68.2%)	0.402 **
	1 ve Üstü	4 (15.4%)	1 (25.0%)	7 (31.8%)	
DUŞM	0.99 ve Altı	21 (80.8%)	1 (25.0%)	15 (68.2%)	0.067 **
	1 ve Üstü	5 (19.2%)	3 (75.0%)	7 (31.8%)	
FOKA	0.99 ve Altı	24 (92.3%)	4 (100.0%)	21 (95.5%)	0.786 **
	1 ve Üstü	2 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	
PADÜÜ	0.99 ve Altı	16 (61.5%)	2 (50.0%)	15 (68.2%)	0.754 **
	1 ve Üstü	10 (38.5%)	2 (50.0%)	7 (31.8%)	
PSİK	0.99 ve Altı	25 (96.2%)	2 (50.0%)	18 (81.8%)	0.029 **
	1 ve Üstü	1 (3.8%)	2 (50.0%)	4 (18.2%)	
EKOL	0.99 ve Altı	15 (57.7%)	1 (25.0%)	9 (40.9%)	0.322 **
	1 ve Üstü	11 (42.3%)	3 (75.0%)	13 (59.1%)	
GSI	0.99 ve Altı	17 (65.4%)	1 (25.0%)	15 (68.2%)	0.246 **
	1 ve Üstü	9 (34.6%)	3 (75.0%)	7 (31.8%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson’s chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					
SOMA = somatizasyon, OBKO = obsesif-kompulsif, KADU = kişiler arası duyarlılık, DEPR = depresyon, KAYG = kaygı, DUŞM = düşmanlık, FOKA = fobik kaygı, PADÜÜ = paranoid düşünce, PSİK = psikotizm, EKOL= ek ölçek boyutları ve GSI = global semptom indeksi					

OBKO ve PSİK ortalamalarında ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. SOMA, KADU, DEPR, KAYG, DUŞM, FOKA, PADÜÜ, EKOL ve GSI ortalamalarında ‘CSP(-) ve CV(-)’, ‘CSP(+) ve CV(-)’ ve ‘CSP(+) ve CV(+)’ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

SOMA ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’inde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 12 (54.5%)’inde 0.99 ve altı, 10 (45.5%)’unda 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik

olarak SOMA ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.291$, Pearson’s chi-square).

OBKO ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 7 (31.8%)’sinde 0.99 ve altı, 15 (68.2%)’inde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak OBKO ortalaması ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubuna göre daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu ve istatistiksel olarak bu iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.043$, Pearson’s chi-square).

KADU ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 16 (61.5%)’sında 0.99 ve altı, 10 (38.5%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 11 (50.0%)’inde 0.99 ve altı, 11 (50.0%)’inde 1 ve üstü olarak bulundu. KADU ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.352$, Pearson’s chi-square).

DEPR ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’sinde 0.99 ve altı, 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 11 (50.0%)’inde 0.99 ve altı, 11 (50.0%)’inde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak DEPR ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.246$, Pearson’s chi-square).

KAYG ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 22 (84.6%)’sinde 0.99 ve altı, 4 (15.4%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 3 (75.0%)’ünde 0.99 ve altı, 1 (25.0%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 15 (68.2%)’inde 0.99 ve altı, 7 (31.8%)’sinde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak KAYG ortalaması ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.402$, Pearson’s chi-square).

DUŞM ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 21 (80.8%)’inde 0.99 ve altı, 5 (19.2%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 15 (68.2%)’inde 0.99 ve altı, 7 (31.8%)’sinde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak DUŞM

ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.067$, Pearson’s chi-square).

FOKA ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 24 (92.3%)’ünde 0.99 ve altı, 2 (7.7%)’sinde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 4 (100.0%)’ünde 0.99 ve altı, 0 (0.0%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 21 (95.5%)’inde 0.99 ve altı, 1 (4.5%)’inde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak FOKA ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.786$, Pearson’s chi-square).

PADÜÜ ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 16 (61.5%)’sında 0.99 ve altı, 10 (38.5%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (50.0%)’sinde 0.99 ve altı, 2 (50.0%)’sinde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 15 (68.2%)’inde 0.99 ve altı, 7 (31.8%)’sinde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak PADÜÜ ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.754$, Pearson’s chi-square).

PSİK ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 25 (96.2%)’inde 0.99 ve altı, 1 (3.8%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 2 (50.0%)’sinde 0.99 ve altı, 2 (50.0%)’sinde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 18 (81.8%)’inde 0.99 ve altı, 4 (18.2%)’ünde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak PSİK ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubuna göre daha fazla 1 ve üstü olarak bulundu ve istatistiksel olarak bu iki grup arasında anlamlı fark vardı ($p = 0.029$, Pearson’s chi-square).

EKOL ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 15 (57.7%)’inde 0.99 ve altı, 11 (42.3%)’inde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 9 (40.9%)’unda 0.99 ve altı, 13 (59.1%)’ünde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak EKOL ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.322$, Pearson’s chi-square).

GSI ortalaması ‘CSP(-) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 17 (65.4%)’sinde 0.99 ve altı 9 (34.6%)’unda 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubundaki katılımcıların 1 (25.0%)’inde 0.99 ve altı, 3 (75.0%)’ünde 1 ve üstü; ‘CSP(+) ve CV(+)’ grubundaki katılımcıların 15 (68.2%)’inde 0.99 ve altı, 7 (31.8%)’sinde 1 ve üstü olarak bulundu. Klinik olarak GSI

ortalaması ‘CSP(+) ve CV(-)’ grubunda en fazla 1 ve üstü olarak bulundu buna rağmen her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0.246$, Pearson’s chi-square).

6.4. ‘CSP var’ Grubundaki Katılımcıların Evre, Uzunluk, Genişlik ve Yükseklik Alt Tiplerine Göre Değerlendirilmesi

6.4.1. ‘CSP var’ Grubundaki Katılımcıların Uzunluk, Genişlik ve Yüksekliğe Göre Alt Tiplerinde Tanımlayıcı Demografik Özelliklerinin, MMT, SÇT, NM ve SCL-90-R’ın Değerlendirilmesi

‘CSP var’ grubundaki katılımcıların uzunluk, genişlik, yüksekliğe göre alt tiplerinde tanımlayıcı demografik özelliklerinin, MMT, SÇT, NM ve SCL-90-R’ın alt ölçeklerinin istatistiksel karşılaştırılması tablo 6.11 ve tablo 6.12’de verildi. ‘CSP var’ grubunda özel eğitim alma ve madde kullanımı olmadığı için istatistiksel değerlendirme yapılmadı.

Tablo 6.11: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre alt tiplerinde yaş, çocuk sayısı, MMT ve SÇT puanlarının istatistiksel karşılaştırması

	Uzunluk		Genişlik		Yükseklik	
	p değeri *	r değeri**	p değeri *	r değeri **	p değeri *	r değeri**
yaş	.016	.468	.025	.439	.025	.439
çocuk sayısı	.228	.245	.252	.233	.030	.426
MMT	.292	-.215	.450	-.155	.015	-.472
SÇT	.319	-.203	.804	-.051	.289	-.216
*: P değeri Spearman's rho ile değerlendirildi ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.						
**: r değeri Spearman's rho ile değerlendirildi ve $0.400 < r < 0,599$ orta düzey ilişkili kabul edildi.						
MMT = Mini-mental test, SÇT = Saat çizme test						

Tablo 6.12: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre alt tiplerinde tanımlayıcı demografik özellikleri ve SCL-90-R’ın istatistiksel karşılaştırması

	Uzunluk		Genişlik		Yükseklik	
	Ortalama ± SS *	p **	Ortalama ± SS *	p **	Ortalama ± SS *	p **
Cinsiyet (erkek/kadın)	35.1±8.5/38.2±6.8	0.227	8.1±2.8/8.3±1.9	0.533	16.5±3.7/17±3.5	0.897
Medeni Durum (bekâr/evli/dul)	36.7±5.6/35.9±9/42±5.6	0.526	7.8±1.3/8.1±2.8/10.5±2.1	0.320	15.5±2.6/16.8±3.5/21.5±4.9	0.194
Eğitim (lise ve altı/üniversite ve üstü)	35.3±9.8/38±4.9	0.797	7.9±2/8.5±2.7	0.678	17.5±4.4/16±2.4	0.224
Sınıf tekrarı (var/yok)	35.4±11.1/36.8±7.1	0.946	8±3.1/8.2±2.3	0.945	17.4±3.5/16.5±3.7	0.231
Okumayı Öğrenmede Gecikme (var/yok)	33.5±12.2/37.1±7	0.577	7±2.4/8.3±2.4	0.388	16.7±3.6/16.7±3.7	0.823
Yürümede Gecikme (var/yok)	16/37.5±6.6	0.095	4/8.4±2.2	0.092	11/17±3.4	0.139
Konuşmada Gecikme (var/yok)	16/37.5±6.6	0.095	4/8.4±2.2	0.092	11/17±3.4	0.139
Uyum Problemi (var/yok)	30±19.7/37.2±6.6	0.735	6.5±3.5/8.3±2.3	0.436	14±4.2/17±3.5	0.244
Çalışma Durumu (çalışan/çalışmayan/emekli)	34.5±8.8/41±4/39.6±3.6	0.246	7.1±1.7/9.7±1.7/10±2.9	0.024	16.3±3.5/19.5±3.6/16±3.2	0.446
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü (var/yok)	41.3±2.5/36±8	0.212	8.3±1.5/8.2±2.5	0.776	17.6±2.3/16.6±3.7	0.395
Alkol Kullanımı (var/yok)	36.2±8.8/36.8±7.4	0.933	8.5±3.6/8.1±1.7	0.888	16.8±3.9/16.7±3.5	0.911
Sigara Kullanımı (var/yok)	31.3±9.8/39±5.4	0.034	7.1±1.9/8.7±2.4	0.144	17±4/16.6±3.4	0.889
Psikiyatri Başvuru (var/yok)	36±8.5/37±7.5	0.978	8.1±2/8.2±2.6	0.870	17.5±3.8/16.3±3.4	0.302
İntihar Eylemi (var/yok)	41/36.5±7.8	0.504	7/8.2±2.4	0.544	15/16.8±3.6	0.545
Ek Hastalık (var/yok)	37.6±8.7/35.5±6.5	0.135	8.5±2.1/7.8±2.7	0.193	17.7±4.2/15.6±2.3	0.074
Nörolojik Muayene Bulgusu (var/yok)	40.8±3.4/34.8±8.4	0.066	8.6±1/8±2.8	0.261	19±2.2/15.7±3.6	0.022
SOMA (0.99 ve altı/1 ve üstü)	37.8±6.4/35.5±8.9	0.396	8.3±1.7/8.1±2.9	0.568	17.2±2.7/16.3±4.3	0.205
OBKO (0.99 ve altı/1 ve üstü)	35.1±9/37.3±7.2	0.636	8±1.5/8.3±2.7	1.000	16±3.3/17.1±3.7	0.556
KADU (0.99 ve altı/1 ve üstü)	35.9±8.3/37.3±7.4	0.877	8.3±2.5/8.1±2.3	1.000	15.7±3.2±17.6±3.7	0.233
DEPR (0.99 ve altı/1 ve üstü)	33.8±10/39.1±3.9	0.279	7.5±2.2/8.7±2.4	0.242	16.6±4.1/16.8±3.1	0.897
KAYG (0.99 ve altı/1 ve üstü)	36.1±9/38±3.8	0.780	8.5±2.7/7.6±1.4	0.431	16.8±3.5/16.6±3.8	0.716
DUŞM (0.99 ve altı/1 ve üstü)	35.8±9.3/38.1±4.2	0.853	8.5±2.8/7.8±1.6	0.631	16.4±3.9/17.3±2.9	0.730
FOKA (0.99 ve altı/1 ve üstü)	36.4±7.7/44	0.229	8.1±2.4/10	0.251	16.6±3.6/19	0.313
PADÜÜ (0.99 ve altı/1 ve üstü)	34.7±8.5/40.4±4.3	0.070	8±2.4/8.5±2.4	0.604	16.4±3.6/17.3±3.5	0.765
PSİK (0.99 ve altı/1 ve üstü)	36.3±8.4/37.8±4.8	0.903	8.3±2.5/8±1.8	1.000	17±3.9/16±2	0.519
EKOL (0.99 ve altı/1 ve üstü)	34.9±8.6/37.8±7.1	0.561	7.9±1.5/8.4±2.8	0.831	16.5±3.1/16.9±3.9	1.000
GSI (0.99 ve altı/1 ve üstü)	35.5±9.2/38.5±4.3	0.812	8.1±2.7/8.4±1.9	0.575	16.4±3.9/17.3±2.9	0.737
*: veriler ortalama ± standart sapma olarak verildi.						
**: P değeri Mann-Whitney U test ve Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.						
SOMA = somatizasyon, OBKO = obsesif-kompulsif, KADU = kişiler arası duyarlılık, DEPR = depresyon, KAYG = kaygı, DUŞM = düşmanlık, FOKA = fobik kaygı, PADÜÜ = paranoid düşünce, PSİK = psikotizm, EKOL = ek ölçek boyutları ve GSI = global semptom indeksi, SS = Standart sapma						

‘CSP var’ grubunda CSP’nin uzunluğunu değerlendirmek istediğimizde: CSP’nin uzunluğu arttıkça yaş anlamlı şekilde fazlaydı ve istatistiksel olarak orta düzey ilişkiliydi ($p = 0.015$, Spearman's rho). CSP’nin uzunluğu sigara kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulundu ($p = 0.034$, Mann-Whitney U).

CSP’nin uzunluğunun MMT, SÇT ve çocuk sayısı açısından anlamlı ilişkisi yoktu. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, sınıf tekrarı, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede

gecikme, konuşmada gecikme, uyum problemi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, alkol kullanımı, psikiyatri başvuru, intihar eylemi, ek hastalık ve nörolojik muayene bulgusu açısından değerlendirildiğinde CSP'nin uzunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca SOMA, OBKO, KADU, DEPR, KAYG, DUŞM, FOKA, PADÜÜ, PSİK, EKOL ve GSI açısından da değerlendirildiğinde CSP'nin uzunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

'CSP var' grubunda CSP'nin genişliğini değerlendirmek istediğimizde: CSP'nin genişliği arttıkça yaş anlamlı şekilde fazlaydı ve istatistiksel olarak orta düzey ilişkiliydi ($p = 0.025$, Spearman's rho). CSP'nin genişliği çalışanlarda çalışmayan ve emeklilere göre anlamlı şekilde daha az olarak bulundu ($p = 0.0249$, Kruskal Wallis).

CSP'nin genişliğinin MMT, SÇT ve çocuk sayısı açısından anlamlı ilişkisi yoktu. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, sınıf tekrarı, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada gecikme, uyum problemi, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, psikiyatri başvuru, intihar eylemi, ek hastalık ve nörolojik muayene bulgusu açısından değerlendirildiğinde CSP'nin genişliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca SOMA, OBKO, KADU, DEPR, KAYG, DUŞM, FOKA, PADÜÜ, PSİK, EKOL ve GSI açısından da değerlendirildiğinde CSP'nin genişliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

'CSP var' grubunda CSP'nin yüksekliğini değerlendirmek istediğimizde: CSP'nin yüksekliği arttıkça yaş anlamlı şekilde fazlaydı ve istatistiksel olarak orta düzey ilişkiliydi ($p = 0.025$, Spearman's rho). CSP'nin yüksekliği arttıkça çocuk sayısı anlamlı şekilde fazlaydı ve istatistiksel olarak orta düzey ilişkiliydi ($p = 0.030$, Spearman's rho). CSP'nin yüksekliği arttıkça MMT'den alınan puan azdı ve istatistiksel olarak orta düzey ilişkiliydi ($p = 0.015$, Spearman's rho). CSP'nin yüksekliği nörolojik muayene bulgusu fazla olanlarda az olanlara göre anlamlı şekilde daha fazla olarak bulundu ($p = 0.022$, Mann-Whitney U).

CSP'nin yüksekliğinin SÇT açısından anlamlı ilişkisi yoktu. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, sınıf tekrarı, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada gecikme, uyum problemi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, psikiyatri başvuru, intihar eylemi ve ek hastalık açısından değerlendirildiğinde CSP'nin yüksekliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca SOMA, OBKO, KADU, DEPR, KAYG, DUŞM, FOKA, PADÜÜ, PSİK, EKOL ve GSI açısından da değerlendirildiğinde CSP'nin genişliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.4.2. ‘CSP var’ Grubundaki Katılımcıların Evrelerine Göre Alt Tiplerinin Tanımlayıcı Demografik Özellikler, MMT, SÇT, NM ve SCL-90-R’ın Değerlendirilmesi

‘CSP var’ grubundaki katılımcıların evreleme alt tiplemesine göre tanımlayıcı demografik özelliklerinin, MMT, SÇT, NM ve SCL-90-R’ın istatistiksel karşılaştırılması tablo 6.13 ve tablo 6.14’te verildi.

Tablo 6.13: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların evre alt tiplemesinde tanımlayıcı demografik özelliklerinin, NM ve SCL-90-R’ın istatistiksel karşılaştırılması

		Evreleme			P değeri
		Küçük	Büyük	Total	
		n (%) *	n (%) *	n (%) *	
Cinsiyet	Erkek	3 (100.0%)	10 (43.5%)	13 (50.0%)	0.220 ***
	Kadın	0 (0.0%)	13 (56.5%)	13 (50.0%)	
Medeni Durum	Bekâr	1 (33.3%)	8 (34.8%)	9 (34.6%)	0.856 **
	Evli	2 (66.7%)	13 (56.5%)	15 (57.7%)	
	Dul	0 (0.0%)	2 (8.7%)	2 (7.7%)	
Eğitim	Lise ve Altı	1 (33.3%)	12 (52.2%)	13 (50.0%)	1.000 ***
	Üniversite ve Üstü	2 (66.7%)	11 (47.8%)	13 (50.0%)	
Sınıf Tekrarı	Yok	2 (66.7%)	18 (81.8%)	20 (80.0%)	0.504 ***
	Var	1 (33.3%)	4 (18.2%)	5 (20.0%)	
Okumayı Öğrenmede Gecikme	Yok	2 (66.7%)	19 (86.4%)	21 (84.0%)	0.422 ***
	Var	1 (33.3%)	3 (13.6%)	4 (16.0%)	
Yürümede Gecikme	Yok	2 (66.7%)	23 (100.0%)	25 (96.2%)	0.115 ***
	Var	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	
Konuşmada Gecikme	Yok	2 (66.7%)	23 (100.0%)	25 (96.2%)	0.115 ***
	Var	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	
Uyum Problemi	Yok	2 (66.7%)	22 (95.7%)	24 (92.3%)	0.222 ***
	Var	1 (33.3%)	1 (4.3%)	2 (7.7%)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	0 (0.0%)	4 (17.4%)	4 (15.4%)	0.708 **
	Çalışıyor	2 (66.7%)	14 (60.9%)	16 (61.5%)	
	Emekli	1 (33.3%)	5 (21.7%)	6 (23.1%)	
Ailede Ruhsal Hastalık	Yok	3 (100.0%)	20 (87.0%)	23 (88.5%)	1.000 ***
	Var	0 (0.0%)	3 (13.0%)	3 (11.5%)	
Alkol	Yok	1 (33.3%)	17 (73.9%)	18 (69.2%)	0.215 ***
	Var	2 (66.7%)	6 (26.1%)	8 (30.8%)	
Sigara	Yok	2 (66.7%)	16 (69.6%)	18 (69.2%)	1.000 ***
	Var	1 (33.3%)	7 (30.4%)	8 (30.8%)	
Ek Hastalık	Yok	1 (33.3%)	11 (47.8%)	12 (46.2%)	1.000 ***
	Var	2 (66.7%)	12 (52.2%)	14 (53.8%)	
Psikiyatri Başvuru	Yok	3 (100.0%)	14 (60.9%)	17 (65.4%)	0.529 ***
	Var	0 (0.0%)	9 (39.1%)	9 (34.6%)	
İntihar Eylemi	Yok	3 (100.0%)	22 (95.7%)	25 (96.2%)	1.000 ***
	Var	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (3.8%)	
Nörolojik Muayene Bulgu	Yok	3 (100.0%)	15 (65.2%)	18 (69.2%)	0.529 ***
	Var	0 (0.0%)	8 (34.8%)	8 (30.8%)	
SOMA	0.99 ve Altı	0 (0.0%)	13 (56.5%)	13 (50.0%)	0.220 ***
	1 ve Üstü	3 (100.0%)	10 (43.5%)	13 (50.0%)	

Tablo 6.13: (Devamı)

		Evreleme			P değeri
		Küçük	Büyük	Total	
		n (%) *	n (%) *	n (%) *	
OBKO	0.99 ve Altı	0 (0.0%)	8 (34.8%)	8 (30.8%)	0.529 ***
	1 ve Üstü	3 (100.0%)	15 (65.2%)	18 (69.2%)	
KADU	0.99 ve Altı	2 (66.7%)	10 (43.5%)	12 (46.2%)	0.580 ***
	1 ve Üstü	1 (33.3%)	13 (56.5%)	14 (53.8%)	
DEPR	0.99 ve Altı	1 (33.3%)	11 (47.8%)	12 (46.2%)	1.000 ***
	1 ve Üstü	2 (66.7%)	12 (52.2%)	14 (53.8%)	
KAYG	0.99 ve Altı	2(66.7%)	16 (69.6%)	18 (69.2%)	1.000 ***
	1 ve Üstü	1 (33.3%)	7 (30.4%)	8 (30.8%)	
DUŞM	0.99 ve Altı	3 (100.0%)	13 (56.5%)	16 (61.5%)	0.262 ***
	1 ve Üstü	0 (0.0%)	10 (43.5%)	10 (38.5%)	
FOKA	0.99 ve Altı	3 (100.0%)	22 (95.7%)	25 (96.2%)	1.000 ***
	1 ve Üstü	0 (0.0%)	1 (4.3%)	1 (3.8%)	
PADÜÜ	0.99 ve Altı	2 (66.7%)	15 (65.2%)	17 (65.4%)	1.000 ***
	1 ve Üstü	1 (33.3%)	8 (34.8%)	9 (34.6%)	
PSİK	0.99 ve Altı	3 (100.0%)	17 (73.9%)	20 (76.9%)	1.000 ***
	1 ve Üstü	0 (0.0%)	6 (26.1%)	6 (23.1%)	
EKOL	0.99 ve Altı	0 (0.0%)	10 (43.5%)	10 (38.5%)	0.262 ***
	1 ve Üstü	3 (100.0%)	13 (56.5%)	16 (61.5%)	
GSI	0.99 ve Altı	3 (100.0%)	13 (56.5%)	16 (61.5%)	0.262 ***
	1 ve Üstü	0 (0.0%)	10 (43.5%)	10 (38.5%)	
*: Veriler sayı ve yüzdeleri olarak verildi.					
**: P değeri Pearson's chi-square testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					
***: P değeri Fisher's exact test ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.					
SOMA = somatizasyon, OBKO = obsesif-kompulsif, KADU = kişiler arası duyarlılık, DEPR = depresyon, KAYG = kaygı, DUŞM = düşmanlık, FOKA = fobik kaygı, PADÜÜ = paranoid düşünce, PSİK = psikotizm, EKOL = ek ölçek boyutları ve GSI = global semptom indeksi					

Tablo 6.14: ‘CSP var’ grubundaki katılımcıların evre alt tiplemesinde yaş, çocuk sayısı, MMT ve SÇT’nin istatistiksel karşılaştırılması

	Evre						P değeri *
	Küçük CSP		Büyük CSP		Total		
	Ortalama ± SS	min - max	Ortalama ± SS	min - max	Ortalama ± SS	min - max	
Yaş	49.6 ± 6.0	44 - 56	48 ± 14.0	24 - 63	48.1 ± 13.3	24 - 61	0.778
Çocuk sayısı	1.0 ± 1.0	0 - 2	1.8 ± 1.5	0 - 4	1.7 ± 1.4	0 - 4	0.358
MMT	29.6 ± 0.5	29 - 30	28 ± 1.9	23 - 30	28.2 ± 1.9	23 - 30	0.116
SÇT	4.6 ± 0.5	4 - 5	4.6 ± 0.6	3 - 5	4.6 ± 0.6	3 - 5	1.000
SS = Standart sapma, MMT= Mini-mental test, SÇT = Saat çizme testi, min = minimum, max = maximum							
*: P değeri Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi ve p <0,05 anlamlı kabul edildi.							

‘CSP var’ grubu evre alt tiplemesinde küçük CSP ve büyük CSP olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır. Evreye göre küçük CSP grubunda 3 hasta, büyük CSP grubunda 23 hasta vardır. Küçük ve büyük CSP grupları arasında yaş, çocuk sayısı, cinsiyet, medeni durum, eğitim, sınıf tekrarı, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada gecikme, uyum problemi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, alkol kullanımı, sigara kullanımı, ek

hastalık, psikiyatri başvuru, intihar eylemi ve nörolojik muayene bulgusu açısından anlamlı fark yoktu. Küçük ve büyük CSP grupları arasında ayrıca MMT, SÇT, SOMA, OBKO, KADU, DEPR, KAYG, DUŞM, FOKA, PADÜU, PSİK, EKOL ve GSI açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.



7. TARTIŞMA

Bu çalışmada 15 Aralık 2022 ve 30 Mayıs 2023 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na başvuran ve herhangi bir sebeple Beyin BT çekilen hastalarda CSP saptananların CSP saptanmayanlara göre ruhsal belirti düzeylerinin ve bilinç düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı. Çalışma sonucuna göre insidental olarak CSP saptanmış kişilerde klinisyenin yaklaşımı nasıl olmalı?' sorusuna cevap bulma hedeflendi. Bu soruya göre bir diğer amaç; hastaların psikiyatriye elektif olarak yönlendirilip yönlendirilmemesi gerekliliği konusunda fikir sahibi olmaktır.

Ruhsal belirti düzeyi (SCL-90-R) taramamızda; 'CSP var' grubunda obsesif-kompulsif bozukluk semptomlarının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu ($p = 0.012$) ve alt grup değerlendirmesinde ise izole CSP grubunda psikotizm semptomlarının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğunu saptandı ($p = 0.029$). Ayrıca CSP grubunda sigara kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu ($p = 0.001$) ve CSP uzunluğu ile sigara kullanımının negatif korelasyon gösterdiği ($p = 0.034$) saptandı. Son olarak CSP yüksekliği ile NM bulgusu arasında pozitif ($p = 0.022$), MMT puan arasında negatif ($p = 0.015$) korelasyon olduğu belirlendi. Çalışmamızdaki CSP grubunun yaşının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olması çalışmamızın sonucunu etkileyebilecek faktör olduğu düşünüldü.

Schwidde, otopsi çalışmasında birçok farklı yaştaki insandan 1032 beyin üzerinde çalışmış ve CSP prevalansını %20.3 olarak belirtmiştir (32). Schunk, otopsi çalışmasında bazı nörolojik bozuklukların ölümüne sebep olduğu 307 hastanın beynini incelemiştir ve CSP prevalansını %31.5 olarak bulmuştur, SP'deki yüksek yerleşimli üçgenimsi boşlukları da dahil ettiğinde prevalans %60.2'ye çıktığını belirtmiştir (31). Sarwar ve ark. yaptığı derlemede erişkin otopsi çalışmalarının %12-20'sinde CSP görüldüğünden ancak nörogörüntüleme çalışmalarında ise bu oranın daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (8,29,32). Sarwar ve ark. belirttiği üzere doğumdan birkaç ay sonra bebeklerin %80'inden fazlasında CSP'nin kaybolduğunu bunun sebebinin ise hipokampal kanal ve corpus callosumun hızlı büyümesinde, serebral hemisferlerin septum pellucidumun iki yaprağının çok yakın bir şekilde yan yana gelmesi veya kaynaşması sebebi olduğu düşünülmüştür. Ayrıca nörogörüntüleme çalışmalarında otopsi çalışmalarına göre CSP prevalansının daha düşük olduğunu bunun sebebinin ise canlılarda ventriküller sistemin basıncı, serebral hemisferlerin medial yönlerinin, beyin ventriküllerinden beyin omurilik sıvısının boşaltıldığı otopside olduğundan daha yakın olmasına sebep olur ve nörogörüntüleme çalışmalarının çözünürlük

bağımlı olması sebebi olduğu belirtilmiştir (29). Sarwar ve arkadaşları klinik nörolojik defisit olmayan veya septum pellucidum morfolojisinin patolojik bir süreçten etkilenmediği düşünülemeyecek her yaştan nörolojik defisiti olmayan 633 hastanın BT taramasını içeren çalışmada, genel CSP prevalansının %3.3 hesaplamıştır (29). Chen ve ark. Tayvan'da 3-94 yaş arası 19031 hastanın BT görüntülerini incelediği çalışmada CSP prevalansını %0.91 olarak bulmuştur (54). Bizim çalışmamızda genel tarama amaçlı 18 yaş ve üstü hastalar alındı. BT'de CSP uzunluğu 6 mm ve üzeri olanlara ise prevalans değerlendirmesi yapıldı. Bu amaçla çalışmamızda 3809 kranial BT incelendi ve CSP olanların sayısını 69 olarak bularak CSP prevalansı %1.81 hesaplandı. Yaptığımız çalışma literatür taramasında prevalans değerlendirilmesi açısından uyumlu bulundu.

CSP ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde Trzesniak ve ark. 122 ilk atak psikoz hastası ve 94 sağlıklı kontrol olmak üzere 216 kişide yaptığı MRG çalışmasında büyük CSP'nin (anteroposterior uzunluk ≥ 6 mm) erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir (81). Liu ve ark. Yaptıkları meta-analizinde herhangi bir boyutta CSP'nin hem ilk atak psikoz hastalarında hem sağlıklı kontrollerde erkek ağırlıklı olarak heterojen dağıldığını göstermişlerdir (82). Chen ve ark. Tayvan'da 19031 hasta ile yaptığı CSP prevalans çalışmasında ise kadın cinsiyet ile erkek cinsiyet arasında CSP prevalansı açısından anlamlı fark saptamamıştır (54). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise Cengiz Al ve ark. büyük CSP (anteroposterior uzunluk >6 mm) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada BT çekilen hastaların 1952 (51.2%)'si kadın, 1857 (48.7%)'si erkek olarak belirlendi. CSP saptanan hastaların 32 (46.3%)'si kadın, 37 (53.6%)'si erkek cinsiyet olup CSP ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p = 0.41$). CSP'nin uzunluğu, genişliği, yüksekliği ve evresi ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde yapılan çalışmaların psikiyatrik hastalık tanısı olanlar üzerinde yapılması bizim çalışmamızın ise psikiyatrik hastalık tanısından bağımsız olarak genel popülasyonda tarama şeklinde yapılması nedeniyle cinsiyet açısından sonucun farklı sonuçlandığı düşünülebilir. Daha çok hasta sayısı ile yapılacak çalışmalarla bu konunun tekrar değerlendirilmesi gerekir.

CSP ile medeni durum ilişkisi incelendiğinde Srivastava ve ark. 139 ŞŞB hastasında yaptığı BT çalışmasında büyük CSP (anteroposterior uzunluk ≥ 6 mm) ile medeni durumu kıyaslamış, bekâr, evli ve dul olma durumu ile büyük CSP arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (84). Yaptığımız çalışmada medeni durum olarak evli, bekâr ve dul olanlar karşılaştırıldı ve CSP olanlarla olmayanlar arasında medeni durum açısından anlamlı ilişki

saptanmadı ($p = 0.821$). Medeni durum değerlendirmesini literatür ile uyumlu olarak bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile yaş incelendiğinde Chen ve arkadaşları yaptığı BT çalışmasında CSP prevalansının yaş grupları arasında anlamlı fark olduğunu, 20'li yaş grubunda en yüksek (%1,56), 80 yaşından sonra en düşük (%0,43) olduğunu ve yaşla birlikte prevalansının azaldığını saptamışlardır (54). Çalışmamızda CSP grubunun yaşının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p = 0.034$). Yaş gruplarında en yüksek prevalans 40'lı yaş grubunda (%5.3), en düşük 80 yaşından sonra (%1.1) olarak hesaplandı ve yaş ile prevalans arasında ilişki saptanmadı. Srivastava ve ark. ŞŞB hastalarında yaptığı BT çalışmasında büyük CSP (anteroposterior uzunluk ≥ 6 mm) grubunun yaşının anlamlı olarak yüksek olduğunu fakat CSP uzunluğu ile yaşın anlamlı korelasyon göstermediğini bildirmiştir (84). 'CSP var' grubunda yaşın yüksekliği uzunluğa, genişliğe ve yüksekliğe göre orta düzey ilişkinin anlamlı olduğu saptandı.

CSP ile çocuk sayısı incelendiğinde literatürde bu konuyla ilgili çalışma bulunamadı. Yaptığımız çalışmada hastaların sahip olduğu çocuk sayısında CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.186$) ayrıca 'CSP var' grubunda evre, uzunluk ve genişliğe göre çocuk sayısında ilişki saptanmadı ancak yüksekliğe göre orta düzey ilişkisinin anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.030$). Daha çok hasta sayısı ile yapılacak bir çalışmayla yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

CSP ile eğitim ve gelişimsel gerilikler incelendiğinde Srivastava ve arkadaşları CSP ile okuma yazma bilmeyen, 12.sınıfa kadar okumuş ve lise mezunu ve üzerini kıyaslamış ve anlamlı ilişki saptamamıştır (84). Shioriri ve ark. yaptığı MRG çalışmasında CSP olmayan grubun eğitim düzeyini CSP olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur (46). Galarza ve ark. ŞSB'li hastalarda yaptığı MRG çalışmasında CSP varlığı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (85) Cengiz Al ve ark. yaptığı MRG çalışmasında genişlemiş CSP (anteroposterior uzunluk >6 mm) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında eğitim yılı açısından anlamlı fark bulamamıştır (83). Landin-Romero ve ark. CSP hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu arasında üniversite eğitimi açısından anlamlı fark saptayamamışlardır, zekâ seviyeleri ise CSP grubunda anlamlı olarak daha düşük bulmuşlardır (86). Yaptığımız çalışmada CSP olanlarla olmayanlar arasında eğitim değerlendirmesinde üniversite ve üstü okul okumuşlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.578$) ayrıca 'CSP var' grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre anlamlı ilişki saptanmadı. CSP olanlarla olmayanlar arasında sınıf tekrarı yapma, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada

gecikme ve uyum problemi açısından da anlamlı fark saptanmadı ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre sınıf tekrarı yapma, okumayı öğrenmede gecikme, yürümede gecikme, konuşmada gecikme ve uyum problemi değerlendirmesinde anlamlı ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışmada çıkan sonuçlar çoğu literatür taraması ile uyumlu olduğu görüldü, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile çalışma durumu incelendiğinde Srivastava ve ark. ŞŞB hastalarında yaptığı çalışmada çalışma durumunu çalışmayan/ev hanımı, çiftçi, öğrenci ve çalışan olarak gruplamış ve CSP ile arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (84). Yaptığımız çalışmada çalışma durumu; çalışmayan/ev hanımı, çalışan ve emekli olarak gruplandırıldı ve çalışma durumu açısından CSP olanla olmayan arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.284$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda çalışma durumunun evre, uzunluk ve yüksekliğe göre anlamlı ilişkisinin olmadığı ancak genişlik arttıkça çalışan sayısının anlamlı şekilde azaldığı görüldü ($p = 0.024$). Yaptığımız çalışma literatürde çalışma durumu değerlendirmesi açısından uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile ailede ruhsal hastalık öyküsü incelendiğinde Witkowski ve ark. 338 ŞSB hastasında yaptığı çalışmada CSP’si olan hastaların ailesinde ŞŞB öyküsünün daha sık olduğunu bildirmiştir (87). Srivastava ve ark. ŞŞB hastalarında yaptığı çalışmada ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile CSP arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (84). Cengiz Al ve ark. yaptığı MRG çalışmasında büyük CSP (anteroposterior uzunluk $>6\text{mm}$) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında ailede psikiyatrik hastalık geçmişi açısından anlamlı fark bulamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada ailede ruhsal hastalık öyküsü açısından CSP olanla olmayan arasından anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.235$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre ailede ruhsal hastalık öyküsü ilişkili olmadığı saptandı. Yaptığımız çalışmada literatürle ilgili çelişkili sonuçlar bulundu. Sebebinin literatürdeki çalışmaların psikiyatrik hastalık tanısı olan gruplarda yapılmış olması bizim çalışmamızın ise genel hasta popülasyonunda yapılmış olmasına ve çalışmaların farklı coğrafyalarda yapılmış olduğuna bağlı olabileceği düşünüldü. Daha çok hasta sayısı ile yapılacak bir çalışmayla yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

CSP ile alkol ve madde kullanımı incelendiğinde Witkowski ve ark. 338 ŞSB hastasında yaptığı çalışmada CSP’si olan hastaların psikotrop ilaç bağımlılığının daha sık olduğunu bildirmiştir (87) Hwang ve ark. 65 opiyat bağımlısı ile 67 sağlıklı kontrolde yaptığı çalışmada büyük (anteroposterior uzunluk $>6\text{mm}$) CSP prevalansının opiyat bağımlılarında anlamlı yüksek olduğunu ($p = 0.034$) göstermiştir (49). Yine aynı çalışmada Hwang ve ark. opiyata

ergenlikte başlayanların CSP uzunluğunun hem sağlıklı kontrollere göre hem opiyata erişkinlikte başlayanlara göre anlamlı yüksek olduğunu göstermiştir (49). Flipovic ve ark. yaptığı otopsi çalışmasında alkoliklerde, kontrol grubuna göre CSP'nin sıklığını, derecesini, uzunluğunu ve genişliğini istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulmuştur (88). Cengiz Al ve ark. Türkiye’de yaptığı MRG çalışmasında ise büyük CSP (anteroposterior uzunluk >6mm) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında alkol/madde bağımlılıkları açısından anlamlı fark bulamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada madde ve alkol kullanımı açısından CSP olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p = 1.000$ ve $p = 0.051$). ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre madde ve alkol kullanımı açısından anlamlı ilişki saptanmadı.

Nikotin bağımlılığı açısından baktığımızda ise Choi ve ark. ratlarda yaptığı çalışmada nikotin enjeksiyonu sonrası septumda kanlanmanın anlamlı şekilde arttığını göstermiştir (50). Yaptığımız çalışmada CSP olanlarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az sigara kullanımının olduğu belirlendi. Üçlü grup olarak incelendiğinde CSPV grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az sigara kullanımının olduğu belirlendi. Ayrıca CSP uzunluğu ile sigara kullanımı arasında negatif korelasyon olduğu saptandı ($p = 0.034$). Yaptığımız literatür taramasında ne yazık ki sigara ve CSP arasında doğrudan ilişkilendirilen çalışma bulunamadı. Buna rağmen çalışmamızda CSP’li insanlarda sigara kullanımının az olduğu belirlendi. Bu konunun aydınlatılabilmesi için daha çok hasta sayısı ile yapılacak bir çalışmayla yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

CSP ile psikiyatri başvurusu incelendiğinde Cengiz Al ve ark. yaptığı MRG çalışmasında büyük CSP (anteroposterior uzunluk >6mm) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında psikiyatrik ilaç kullanımı açısından anlamlı fark bulamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada geçmiş yıllarda psikiyatri kliniğine yapılan başvurular arasında CSP olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.548$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre psikiyatri başvurusu arasında ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışmada psikiyatri başvurusu literatür ile uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile intihar eylemi incelendiğinde Cengiz Al ve ark. yaptığı MRG çalışmasında büyük CSP (anteroposterior uzunluk >6mm) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında intihar eylemi açısından anlamlı fark bulamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada geçmiş yıllarda yapılmış olan intihar eylemi açısından CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 1.000$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre

intihar eylemi arasında ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma intihar eylemi açısından literatür ile uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile ek hastalık incelendiğinde Cengiz Al ve ark. yaptığı MRG çalışmasında büyük CSP (anteroposterior uzunluk >6mm) olanlar ile sağlıklı kontrol grubu arasında ek hastalık arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada ek hastalığa sahip olanlar açısından CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.405$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre ek hastalığı olanlar açısından ilişki bulunmadı. Yaptığımız çalışma ek hastalığı olanlar açısından literatür ile uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile nörolojik muayene bulgusu incelendiğinde Nakano ve ark. nörolojik hastalığı olan 0-14 yaş arası 1.050 yenidoğan ve çocuktan oluşan hasta grubunda yaptığı BT çalışmasında, CSP prevalansı ile nörolojik defisit arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamayacağını belirtmiştir (36). Lee ve ark. profesyonel dövüşçülerde yaptığı çalışmada CSP'nin varlığı veya yokluğu ile çeşitli bilişsel ölçümler arasında anlamlı bir ilişki bulamazken, CV'li dövüşçülerin ortalama psikomotor hızını anlamlı derecede düşük bulmuştur, Daha uzun CSP, daha düşük işlem hızı ve psikomotor hız ile ilişkilendirilmiştir (89). Yaptığımız çalışmada hastaların nörolojik muayene bulgusu değerlendirmesinde nörolojik muayene bulgusu olanlar ile ‘CSP var’ grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.188$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk ve genişliğe göre nörolojik muayene bulgusu açısından ilişki saptanmadı. Ancak ‘CSP var’ grubunda yükseklik nörolojik muayene bulgusu açısından anlamlı olarak yüksek saptandı ($p = 0.022$). Yaptığımız çalışma çoğunlukla literatürle uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile MMT alınan puan incelendiğinde Stanwell ve ark. eğitim ve yaş olarak benzer olan rugby oyuncularını ve sağlıklı kontrollerde yaptığı çalışmada anormal CSP'si olan ve olmayanlar arasında algılanan bilişsel gerileme veya herhangi bir nöropsikolojik test açısından anlamlı bir fark saptamamışlardır (90). Cengiz Al ve ark. büyük CSP (anteroposterior uzunluk >6mm) grubunda çalışma belleği, adlandırma, dikkat ve yürütücü işlevlerde kontrollere göre daha düşük performansları saptamışlardır (83). Kasai ve ark. 74 ilk atak psikoz hastalarında yaptığı MRG çalışmasında, CSP uzunluğu ile MMT skoru arasında anlamlı korelasyon olmadığını saptamıştır (91). Yaptığımız çalışmada hastaların MMT puan değerlendirmesinde CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.311$)

ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk ve genişliğe göre MMT puan açısından ilişki saptanmadı ancak CSP’nin yüksekliği ile MMT’den alınan puan arasında orta düzey ilişkili negatif korelasyonun anlamlı olduğu saptandı ($p = 0.015$). Yaptığımız çalışma çoğunlukla literatürle uyumlu bulundu ancak Cengiz Al ve ark. (83) yaptığı çalışmada bilinç değerlendirmesinde farklı sonuç elde edilmesinin nedeni farklı bilişsel test uygulanması olabileceği düşünüldü. Daha çok hasta sayısı ile yapılacak bir çalışmayla yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Yaptığımız çalışmada CSP olanlar ve olmayanlar arasında SÇT açısından anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.638$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre SÇT puanları açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız literatür taramasında ne yazık ki SÇT ile CSP’yi ilişkilendiren çalışma bulunamadı, daha fazla çalışmalarla bu konu tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile somatizasyon boyutu (SOMA) incelendiğinde Cengiz Al ve ark. CSP hastalarını ve sağlıklı kontrolleri psikopatolojik ve nöropsikolojik açıdan değerlendirmiş ve somatik semptom bozukluğu açısından anlamlı ilişki saptayamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile somatizasyon boyutu değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.262$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre somatizasyon açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma somatizasyon açısından literatürle uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile obsesif-kompulsif boyutu (OBKO) incelendiğinde Cengiz Al ve ark. CSP hastalarını ve sağlıklı kontrolleri psikopatolojik ve nöropsikolojik açıdan değerlendirmiş ve obsesif kompulsif bozukluk açısından anlamlı ilişki saptamamıştır (83). Chon ve ark. 71 OKB hastası ve 71 sağlıklı kontrolde yaptığı çalışmada CSP sıklığı OKB grubunda (%60,6) kontrol deneklerine (%29,6) göre anlamlı derecede daha yüksek saptamıştır. Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile katılımcıları obsesif-kompulsif semptomları değerlendirildi ve CSP olanlarda anlamlı şekilde fazla olduğu saptandı ($p = 0.012$). Chon ve ark. OKB grubunda kontrol grubuna göre CSP genişlik evre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır, iki grup arasında CSP uzunluğu ve büyük CSP varlığı ise anlamlı bir farklılığı göstermemiştir. Bizim çalışmamızda ise CSP olanlarda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre obsesif-kompulsif semptomları arasında ilişki saptanmadı. CSPV ile OKB ilişkisi incelendiğinde olgu sunumu dışında çalışma bulunamadı (92). Çalışmamızda CSPV olanların OKB semptomlarının kontrol

grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu saptandı ($p = 0.043$). Bildiğimiz kadarıyla CSPV ile OKB arasındaki anlamlı ilişki saptayan ilk çalışma olduğunu düşünüyoruz.

Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile kişiler arası duyarlılık boyutu (KADU) değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.266$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre kişiler arası duyarlılık açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız literatür taramasında ne yazık ki kişiler arası duyarlılık ile CSP’yi ilişkilendiren çalışma bulunamadı, daha fazla çalışmalarla bu konu tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile depresyon boyutu (DEPR) incelendiğinde Stanwell ve ark. eğitim ve yaş olarak benzer olan rugby oyuncularını ve sağlıklı kontrollerde yaptığı çalışmada anormal CSP’si olan ve olmayanlar arasında depresyon, dürtüsellik, algılanan bilişsel gerileme veya herhangi bir nöropsikolojik test açısından anlamlı bir fark saptamamışlardır (90). Beraldi ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında herhangi bir boyutta CSP olması ve büyük CSP ile sağlıklı kontrol grubunu; duygudurum bozukluğu, bipolar bozukluk ve depresyon açısından kıyaslamış sadece herhangi bir boyutta CSP ile bipolar bozukluk arasında anlamlı ilişki saptamıştır (93). Landin-Romero ve ark. orta hat beyin anomalileri ile sağlıklı kontrol grubunu duygudurum bozuklukları açısından kıyaslamışlar, CSP ile sağlıklı kontrol grubu arasında majör depresif bozukluk açısından anlamlı fark saptayamamışlardır, bipolar bozukluk açısından ise CSP grubunu anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (86). Cengiz Al ve ark. CSP hastalarını ve sağlıklı kontrolleri psikopatolojik ve nöropsikolojik açıdan değerlendirmiş ve depresif bozukluk açısından anlamlı ilişki saptamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile depresyon boyutu değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.163$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre depresyon açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma depresyon açısından literatürle uyumlu bulundu, ancak çalışmamızda bipolar bozukluğu değerlendirilmedi. Daha çok hasta sayısı ile yapılacak bir çalışmayla yeniden depresyon boyutu ve bipolar bozukluğu değerlendirilebilir.

CSP ile kaygı boyutu (KAYG) incelendiğinde Cengiz Al ve ark. CSP hastalarını ve sağlıklı kontrolleri psikopatolojik ve nöropsikolojik açıdan değerlendirmiş ve anksiyete bozukluğu açısından anlamlı ilişki saptayamamıştır (83) Crippa ve ark. 21 panik bozukluğu hastasıyla 21 sağlıklı kontrolü MRG ile CSP açısından kıyaslamış, CSP artan prevalansı veya boyutu ile ilişkili bulamamıştır (94). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile kaygı bozukluğu değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.188$)

ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre kaygı bozukluğu açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma kaygı bozukluğu açısından literatürle uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile düşmanlık boyutu (DUŞM) incelendiğinde White ve ark. büyük CSP'li adolesanların saldırganlık, psikopatik özellikler, davranış bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu dahil olmak üzere yıkıcı davranış bozukluğu tanısı açısından daha yüksek riske sahip olduğunu bulmuşlardır (95). Crooks ve ark. suçlularda cavum septum pellucidum ile psikopatik özellikler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; erkek suçlularda kişilerarası psikopatik özellikler ile CSP boyutu arasında pozitif bir ilişki, kadın suçlularda ise CSP ile antisosyal psikopatik özellikler arasındaki ilişki bulmuşlardır (96,97). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile düşmanlık boyutu değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.126$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre düşmanlık açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma düşmanlık açısından literatüre göre farklı sonuçlar bulundu. Bunun sebebinin ise diğer yapılmış çalışmaların suçlu ve davranış bozukluğu olan hasta popülasyonunda yapılmış olabileceği düşünüldü. Daha çok hasta sayısıyla yapılacak bir çalışmayla yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile fobik kaygı boyutu (FOKA) değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 1.000$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre fobik kaygı açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız literatür taramasında ne yazık ki fobik kaygı ile CSP’yi ilişkilendiren çalışma bulunamadı, daha fazla çalışmalarla bu konu tekrar değerlendirilebilir

CSP ile paranoid düşünce boyutu (PADÜU) değerlendirildiğinde Dickey ve ark. şizoid kişilik bozukluğu olan hastaları sağlıklı kontrollerle kıyasladığı MRG çalışmasında, CSP uzunluğu ile paranoid düşünce arasında anlamlı ilişki saptayamamıştır (98). Jurjus ve ark. şizofreni, duygudurum bozukluğu ve sağlıklı kontrolleri CSP açısından değerlendirdiği çalışmada, CSP prevalansı ile paranoid ve paranoid olmayan şizofreni alt tipleri arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (99).Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile paranoid düşünce bozukluğu değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.773$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre paranoid düşünce bozukluğu açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma paranoid düşünce bozukluğu açısından literatürle uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile psikotizm boyutu (PSİK) incelendiğinde Flashman ve ark. yaptığı MRG çalışmasında ŞSB ile sağlıklı kontrolleri kıyaslamış, CSP uzunluğu, en az bir kesitte CSP varlığı, büyük CSP varlığı ve derecesi açısından anlamlı fark bulmamıştır (100). Wang ve ark. CSP ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiye incelediği MRG bazlı meta-analiz çalışmasında ŞSB hastalarını psikiyatrik açıdan sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında CSP prevalansı gruplar arasında farklılık göstermemiştir (101). Liu ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında ilk atak psikoz ile CSP ilişkisini incelemiş, ilk atak psikoz hastaları ile sağlıklı kontroller arasında herhangi bir boyutta CSP prevalansı ve büyük CSP prevalansı açısından anlamlı bir fark saptamamıştır (82). Flipovic ve ark. otopsi çalışmasında ŞSB'li hastaların kontrol grubuna göre CSP uzunluğu ve genişliğinin anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir (102). Yine Flipovic ve ark. başka bir otopsi çalışmasında ŞSB hastalarında kontrol grubuna göre CSP'nin daha sık, daha uzun ve daha geniş bulunduğunu bildirmiştir (88). Trzesniak ve ark. yaptığı meta-analiz çalışmasında, sağlıklı karşılaştırmalara göre ŞSB'de yalnızca büyük CSP görülme sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir (9). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile psikotizm boyutu değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.099$) ayrıca 'CSP var' grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre psikotizm açısından ilişki saptanmadı. Alt grup değerlendirmesinde ise izole CSP olanların psikotizm semptomlarının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğunu saptandı ($p = 0.029$). Yaptığımız çalışma izole CSP ile psikotizm semptomları ilişkisi açısından literatürle uyumlu bulundu.

CSPV ile psikotizm ilişkisi incelendiğinde ise Landin-Romero ve ark. CV prevalansını araştırdığı çalışmada CSP uzunluğu >15 mm olanları CSP'ye CV eşlik ettiğini kabul etmiş, 639 duygudurum ve psikotik bozukluğu olan hasta ile 223 sağlıklı kontrolü kıyaslamış ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hasta grubunda prevalansın arttığını göstermiştir (%1.1'e karşı %0) (51). Yaptığımız çalışmada üçlü grup kıyaslaması yapıldığında CSPV olanlar ile kontrol grubu arasında prevalansı artsa da (%18.2 ye karşı %3.8) psikotizm semptomları açısından anlamlı fark bulunmadı. Yaptığımız çalışma CSPV ile psikotizm semptomları ilişkisi açısından literatürle uyumlu bulundu.

CSP ile ek ölçek (EKOL) incelendiğinde Cengiz Al ve ark. CSP hastalarını ve sağlıklı kontrolleri psikopatolojik ve nöropsikolojik açıdan değerlendirmiş ve yeme bozukluğu açısından anlamlı ilişki saptayamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile ek ölçek altında yeme ve uyku bozuklukları değerlendirildi ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.165$) ayrıca 'CSP var' grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre ek ölçek ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışma yeme ve uyku bozuklukları

açısından literatürle uyumlu bulundu, daha fazla hasta popülasyonunun olduğu çalışmalarla tekrar değerlendirilebilir.

CSP ile genel belirti düzeyi (GSI) incelendiğinde Wang ve ark. CSP ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiye incelediği MRG bazlı meta-analiz çalışmasında psikiyatrik açıdan sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında ruhsal bozukluğu olan hastalarda CSP prevalansının anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir (101). Cengiz Al ve ark. CSP hastalarını ve sağlıklı kontrolleri psikopatolojik ve nöropsikolojik açıdan değerlendirmiş, yaşam boyu psikiyatrik hastalık açısından anlamlı fark saptamamıştır (83). Yaptığımız çalışmada SCL-90-R ile genel belirti düzeyi hesaplandı ve CSP olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.773$) ayrıca ‘CSP var’ grubunda evre, uzunluk, genişlik ve yüksekliğe göre genel belirti düzeyi açısından ilişki saptanmadı. Yaptığımız çalışmanın Cengiz Al ve ark. (83) Türkiye’de yapmış olduğu çalışmayla uyumlu olmasına rağmen Wang ve ark. (101) yaptığı meta-analize göre farklı sonuçlanmasının sebebinin farklı coğrafyalarda yapılmış olmasından kaynaklandığından düşünüldü.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaptığımız çalışmada acil serviste insidental olarak CSP saptanan hastalar belirlendi. Bu hasta grubunda olası psikiyatrik hastalık erken tanısı için yaptığımız SCL-90-R tarama testinde obsesif kompulsif bozukluk semptomlarında ve alt grup değerlendirmesinde izole CSP grubunda psikotizm semptomlarında kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptandı.

İnsidental saptanan CSP'li kişilerde obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreni spektrum bozukluğu ilişkisinin incelenmesi için daha tanımlayıcı çalışmalar yapılmasını öneriyoruz. Bu öneri doğrultusunda “CSP saptanan kişilerde psikiyatri polikliniğine erken tanı alması için yönlendirilmeleri gerekir mi?” sorusunu yanıtlamak amacıyla ileri çalışma yapılmasını öneriyoruz.

9. KAYNAKLAR

1. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001;
2. Diagnostic APA. statistical manual of mental disorders: DSM-5TM. Arlington. VA American Psychiatric Publishing. 2013;
3. Organization WH. The European mental health action plan 2013–2020. 2015;
4. Kılıç C. Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? Toplum ve Hekim. 2020;35(3):179–87.
5. Organization WH. Mental health atlas 2020: review of the Eastern Mediterranean Region. 2022;
6. Yıllığı TCSBSİ. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2019. Sf; 2018.
7. Pendergrass EP, Hodes PJ. Dilatations of the cavum septi pellucidi and cavum vergae. Ann Surg. 1935;101(1):269.
8. Shaw CM, Alvord JR EC. Cava septi pellucidi et verg æ: their normal and pathological states. Brain. 1969;92(1):213–24.
9. Trzesniak C, Oliveira IR, Kempton MJ, Galvão-de Almeida A, Chagas MHN, Ferrari MCF ve ark. Are cavum septum pellucidum abnormalities more common in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2011;125(1):1–12.
10. Schaefer GB, Bodensteiner JB, Thompson JN. Subtle anomalies of the septum pellucidum and neurodevelopmental deficits. Dev Med Child Neurol. 1994;
11. Breeding LM, Bodensteiner JB, Cowan L, Higgins WL. The Cavum Septi Pellucidi; A Magnetic Resonance Imaging Study of Prevalence and Clinical Associations in a Pediatric Population. Journal of Neuroimaging. 1991;1(3):115–8.
12. Bodensteiner JB, Schaefer GB. Wide cavum septum pellucidum: a marker of disturbed brain development. Pediatr Neurol. 1990;6(6):391–4.
13. Bodensteiner JB, Schaefer GB, Craft JM. Cavum septi pellucidi and cavum vergae in normal and developmentally delayed populations. J Child Neurol. 1998;13(3):120–1.

14. Renier D, Arnaud E, Cinalli G, Sebag G, Zerah M, Marchac D. Prognosis for mental function in Apert's syndrome. *J Neurosurg.* 1996;85(1):66–72.
15. Flashman LA, Roth RM, Pixley HS, Cleavinger HB, McAllister TW, Vidaver R ve ark. Cavum septum pellucidum in schizophrenia: Clinical and neuropsychological correlates. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2007 Feb;154(2):147–55.
16. Nopoulos P, Krie A, Andreasen NC. Enlarged cavum septi pellucidi in patients with schizophrenia: clinical and cognitive correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(3):344–9.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association; 2013.
18. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N ve ark. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2018 Nov;392(10159):1789–858.
19. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C ve ark. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 Dec;380(9859):2197–223.
20. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> [Internet]. 2022. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx).
21. Zeman W, KING FA. Tumors of the septum pellucidum and adjacent structures with abnormal affective behavior: an anterior midline structure syndrome. *J Nerv Ment Dis.* 1958;127(6):490–502.
22. Papez JW. A proposed mechanism of emotion. *Arch Neurol Psychiatry.* 1937;38(4):725–43.
23. Snell RS. *Clinical Neuroanatomy.* In: *Clinical Neuroanatomy.* 7th ed. 2010. p. 11–41.
24. Gasser RF. *Atlas of human embryos.* (No Title). 1975;
25. Sarwar M. Genetic brain malformations recapitulate phylogeny. *Acta Radiol Suppl.* 1986;369:637–41.

26. Sarnat HB, Netsky MG. Evolution of the nervous system. In: Evolution of the nervous system. 1974. p. 247–9.
27. Bruyn GW. Agenesis septi pellucidi, cavum septi pellucidi, cavum vergae and cavum veli interpositi. *Handb Clin Neurol*. 1977;30(Part 1):299–336.
28. MacLean PD. Cerebral evolution and emotional processes: new findings on the striatal complex. *Ann N Y Acad Sci*. 1972;193(1):137–49.
29. Sarwar M. The septum pellucidum: normal and abnormal. *American Journal of Neuroradiology*. 1989;10(5):989–1005.
30. Jaques PA, Pesty S, Vicari R. An animated pedagogical agent that interacts affectively with the student. *AIED 2003, shaping the future of learning through intelligent technologies*. 2003;428–30.
31. Schunk H. Congenital dilatations of the septum pellucidum. *Radiology*. 1963;81(4):610–8.
32. Schwidde JT. Incidence of cavum septi pellucidi and cavum vergae in 1,032 human brains. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. 1952;67(5):625–32.
33. Dremmen MHG, Bouhuis RH, Blanken LME, Muetzel RL, Vernooij MW, Marroun HE et al. Cavum Septum Pellucidum in the General Pediatric Population and Its Relation to Surrounding Brain Structure Volumes, Cognitive Function, and Emotional or Behavioral Problems. *American Journal of Neuroradiology*. 2019 Feb;40(2):340–6.
34. Worsley C, Amini B. Cavum septum pellucidum. In: *Radiopaedia.org*. Radiopaedia.org; 2008.
35. Farruggia S, Babcock DS. The cavum septi pellucidi: its appearance and incidence with cranial ultrasonography in infancy. *Radiology*. 1981;139(1):147–50.
36. Nakano S, Hojo H, Kataoka K, Yamasaki S. Age related incidence of cavum septi pellucidi and cavum vergae on CT scans of pediatric patients. *J Comput Assist Tomogr*. 1981;5(3):348–9.
37. Thompson IM. On the cavum septi pellucidi. *J Anat*. 1932;67(Pt 1):59.
38. Lemire RJ. Normal and abnormal development of the human nervous system. (No Title). 1975;

39. Rakic P, Yakovlev PI. Development of the corpus callosum and cavum septi in man. *Journal of Comparative Neurology*. 1968;132(1):45–72.
40. Wolf A, Bamford TE. Cavum septi pellucidi and cavum vergae. *Bull Neurol Inst New York*. 1935;4(Oct.):294–309.
41. Van Wagenen WP, Aird RB. Dilatations of the cavity of the septum pellucidum and cavum vergae: Report of cases. *Am J Cancer*. 1934;20(3):539–57.
42. Larroche JC, Baudey J. [Cavum septi lucidi, cavum Vergae, cavum veli interpositi: cavities of the median line. Anatomical and pneumoencephalographic study in the neonatal period]. *Biol Neonat*. 1961 Sep;3:193–236.
43. Miller ME, Kido D, Horner F. Cavum vergae: association with neurologic abnormality and diagnosis by magnetic resonance imaging. *Arch Neurol*. 1986;43(8):821–3.
44. Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, McCarley RW. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2001;49(1–2):1–52.
45. Takahashi T, Yücel M, Lorenzetti V, Nakamura K, Whittle S, Walterfang M ve ark. Midline brain structures in patients with current and remitted major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009;33(6):1058–63.
46. Shioiri T, Oshitani Y, Kato T, Murashita J, Hamakawa H, Inubushi T ve ark. Prevalence of cavum septum pellucidum detected by MRI in patients with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Psychol Med*. 1996;26(2):431–4.
47. Dantendorfer K, Prayer D, Kramer J, Amering M, Baischer W, Berger P ve ark. High frequency of EEG and MRI brain abnormalities in panic disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 1996;68(1):41–53.
48. Chon MW, Choi JS, Kang DH, Jung MH, Kwon JS. MRI study of the cavum septum pellucidum in obsessive–compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Jun 25;260(4):337–43.
49. Hwang J, Kim JE, Kaufman MJ, Renshaw PF, Yoon S, Yurgelun-Todd DA ve ark. Enlarged cavum septum pellucidum as a neurodevelopmental marker in adolescent-onset opiate dependence. *PLoS One*. 2013;8(10):e78590.
50. Filipović B, Prostran M, Ilanković N, Filipović B. Predictive potential of cavum septi pellucidi (CSP) in schizophrenics, alcoholics and persons with past head trauma.

- European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2004 Aug;254(4):228–30.
51. Landin-Romero R, Sarró S, Fernández-Corcuera P, Moro N, Manuel Goikolea J, Isabel Carrión M ve ark. Prevalence of cavum vergae in psychosis and mood spectrum disorders. *J Affect Disord.* 2015 Nov;186:53–7.
 52. Blackham KA, Vidal LLM. Computed Tomography. In: *Encyclopedia of the Neurological Sciences.* Elsevier; 2014. p. 848–53.
 53. Broder J, Preston R. Imaging the Head and Brain. In: *Diagnostic Imaging for the Emergency Physician.* Elsevier; 2011. p. 1–45.
 54. Chen JJ, Chen CJ, Chang HF, Chen DL, Hsu YC, Chang TP. Prevalence of cavum septum pellucidum and/or cavum Vergae in brain computed tomographies of Taiwanese. *Acta Neurol Taiwan.* 2014;23(1):49–54.
 55. Worsley C, Gaillard F. Cavum vergae. In: *Radiopaedia.org.* Radiopaedia.org; 2008.
 56. Degreef G, Lantos G, Bogerts B, Ashtari M, Lieberman J. Abnormalities of the septum pellucidum on MR scans in first-episode schizophrenic patients. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1992;13(3):835–40.
 57. DeLisi LE, Hoff AL, Kushner M, Degreef G. Increased prevalence of cavum septum pellucidum in schizophrenia. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 1993 Oct;50(3):193–9.
 58. Degreef G, Bogerts B, Falkai P, Greve B, Lantos G, Ashtari M ve ark. Increased prevalence of the cavum septum pellucidum in magnetic resonance scans and post-mortem brains of schizophrenic patients. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 1992 May;45(1):1–13.
 59. Nopoulos P, Swayze V, Flaum M, Ehrhardt JC, Yuh WTC, Andreasen NC. Cavum septi pellucidi in normals and patients with schizophrenia as detected by magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry.* 1997 Jun;41(11):1102–8.
 60. Nopoulos PC, Giedd JN, Andreasen NC, Rapoport JL. Frequency and Severity of Enlarged Cavum Septi Pellucidi in Childhood-Onset Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry.* 1998 Aug;155(8):1074–9.
 61. Tubbs RS, Krishnamurthy S, Verma K, Shoja MM, Loukas M, Mortazavi MM ve ark. Cavum velum interpositum, cavum septum pellucidum, and cavum vergae: a review. *Child's Nervous System.* 2011 Nov 18;27(11):1927–30.

62. Aşkın R, İlisu B, Çilli AS, Altuğ FB, Kaya N, Kucur R. Lise öğrencilerinde SCL-90-R ile semptom taraması. *Düşünen Adam*. 1995;8:43–7.
63. Kılıç M. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 1991;1(2):45–52.
64. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol*. 1977 Oct;33(4):981–9.
65. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;
66. Yılmaz A. Diyaliz hastalarında irritabl barsak sendromu ve psikolojik belirti (SCL90-R) taraması.
67. Kılıç M. Değişik Psikolojik Arazilara Sahip Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sorunları [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi; 1987.
68. MehmetKök. Yetiştirme yurdundaki öğrencilerin psikolojik belirti düzeylerinin değerlendirilmesi. *Journal*. 2000;8(8):78–84.
69. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–98.
70. Molloy DW, Standish TIM. A Guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. *Int Psychogeriatr*. 1997 Dec 10;9(S1):87–94.
71. Güngen C Eteeyref. The Standardized Mini Mental State Examination in Turkish. In: 9th Congress of The International Psychogeriatric Association. Vancouver, Canada; 1999.
72. Kayatekin MS, Öztürk O, Savaşır I. Kısa kognitif muayene (KKM) çizelgesinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları. XXI Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel Çalışmaları Adana-Mersin. 1985;155–7.
73. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Vol. 2. Williams & Wilkins; 1995.
74. Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yaşar R, Kılıç G ve ark. The standardized mini mental state examination for illiterate Turkish elderly population. In: 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders. 1999. p. 28–30.

75. Babacan-Yıldız G, Ur-Özçelik E, Kolukısa M, Işık At, Gürsoy E, Kocaman G ve ark. Eğitimsizler için modifiye edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı tanısında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2015;27:41–6.
76. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000 Jun;15(6):548–61.
77. Shulman KI, Shedletsky R, Silver IL. The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1986 Oct;1(2):135–40.
78. Durusu Emek Savaş D, Yerlikaya D, Yener GG. Validity, Reliability and Turkish Norm Values of the Clock Drawing Test for Two Different Scoring Systems. *Turkish Journal Of Neurology.* 2018 Jun 15;24(2):143–52.
79. William W. Campbell. *Dejong Nörolojik Muayene* . 7th ed. Prof. Dr. Levent Ertuğrul İnan, editor. Güneş Tıp Kitabevleri; 2018.
80. Gardner RC, Hess CP, Brus-Ramer M, Possin KL, Cohn-Sheehy BI, Kramer JH ve ark. Cavum Septum Pellucidum in Retired American Pro-Football Players. *J Neurotrauma.* 2016 Jan;33(1):157–61.
81. Trzesniak C, Schaufelberger MS, Duran FLS, Santos LC, Rosa PGP, McGuire PK ve ark. Longitudinal follow-up of cavum septum pellucidum and adhesio interthalamica alterations in first-episode psychosis: a population-based MRI study. *Psychol Med.* 2012 Dec 27;42(12):2523–34.
82. Liu H, Li L, Shen L, Wang X, Hou Y, Zhao Z ve ark. Cavum septum pellucidum and first-episode psychosis: A meta-analysis. *PLoS One.* 2017 May 17;12(5):e0177715.
83. Cengiz Al Z, Demirci H, Kenar JG, Ozer OA. The Relationship Between Cavum Septum Pellucidum and Psychopathology and Neuropsychological Functions. *Neuropsychiatric Investigation.* 2023 Jul 3;61(2):57–64.
84. Srivastava NK, Khanra S, Chail V, Khess CRJ. Clinical correlates of enlarged cavum septum pellucidum in schizophrenia: A revisit through computed tomography. *Asian J Psychiatr.* 2015 Jun;15:21–4.
85. Galarza M, Merlo AB, Ingratta A, Albanese EF, Albanese AM. Cavum Septum Pellucidum and Its Increased Prevalence in Schizophrenia: A Neuroembryological Classification. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004 Feb;16(1):41–6.

86. Landin-Romero R, Amann BL, Sarró S, Guerrero-Pedraza A, Vicens V, Rodriguez-Cano E ve ark. Midline Brain Abnormalities Across Psychotic and Mood Disorders. *Schizophr Bull.* 2015 Jul 17;sbv097.
87. Witkowski G, Januszko P, Skalski M, Mach A, Wawrzyniak ZM, Poleszak E ve ark. Factors Contributing to Risk of Persistence of Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia during Hospitalization. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Mar 5;20(5):4592.
88. Filipović B, Prostran M, Ilanković N, Filipović B. Predictive potential of cavum septi pellucidi (CSP) in schizophrenics, alcoholics and persons with past head trauma: A post-mortem study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;254:228–30.
89. Lee JK, Wu J, Bullen J, Banks S, Bernick C, Modic MT ve ark. Association of Cavum Septum Pellucidum and Cavum Vergae With Cognition, Mood, and Brain Volumes in Professional Fighters. *JAMA Neurol.* 2020 Jan 1;77(1):35.
90. Stanwell P, Iverson GL, Van Patten R, Castellani RJ, McCrory P, Gardner AJ. Examining for Cavum Septum Pellucidum and Ventricular Enlargement in Retired Elite-Level Rugby League Players. *Front Neurol.* 2022 Apr 6;13.
91. Kasai K. Cavum septi pellucidi in first-episode schizophrenia and first-episode affective psychosis: an MRI study. *Schizophr Res.* 2004 Nov;71(1):65–76.
92. Öğüt Ç, Bozdağ B, Bolu A, Özmenler KN. Abnormally Large Cavum Septum Pellucidum and Cavum Vergae in Childhood-Onset, Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Ann.* 2021 Apr;51(4):198–201.
93. Beraldi GH, Prado KS, Amann BL, Radua J, Friedman L, Elkis H. Meta-analyses of cavum septum pellucidum in mood disorders in comparison with healthy controls or schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology.* 2018 Dec;28(12):1325–38.
94. Crippa JAS, Uchida R, Busatto GF, Guimarães FS, Del-Ben CM, Zuardi AW ve ark. The size and prevalence of the cavum septum pellucidum are normal in subjects with panic disorder. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2004 Mar;37(3):371–4.
95. White SF, Brislin S, Sinclair S, Fowler KA, Pope K, Blair RJR. The relationship between large cavum septum pellucidum and antisocial behavior, callous-unemotional traits and psychopathy in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2013 May;54(5):575–81.

96. Crooks D, Anderson NE, Widdows M, Petseva N, Koenigs M, Pluto C ve ark. The relationship between cavum septum pellucidum and psychopathic traits in a large forensic sample. *Neuropsychologia*. 2018 Apr;112:95–104.
97. Crooks D, Anderson NE, Widdows M, Petseva N, Decety J, Pluto C ve ark. The relationship between cavum septum pellucidum and psychopathic traits in female offenders. *Behavioural Brain Research*. 2019 Feb;359:967–72.
98. Dickey CC, McCarley RW, Xu ML, Seidman LJ, Voglmaier MM, Niznikiewicz MA ve ark. MRI abnormalities of the hippocampus and cavum septi pellucidi in females with schizotypal personality disorder. *Schizophr Res*. 2007 Jan;89(1–3):49–58.
99. Jurjus GJ, Nasrallah HA, Olson SC, Schwarzkopf SB. Cavum septum pellucidum in schizophrenia, affective disorder and healthy controls: a magnetic resonance imaging study. *Psychol Med*. 1993 May 9;23(2):319–22.
100. Flashman LA, Roth RM, Pixley HS, Cleavinger HB, McAllister TW, Vidaver R ve ark. Cavum septum pellucidum in schizophrenia: clinical and neuropsychological correlates. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2007;154(2):147–55.
101. Wang LX, Li P, He H, Guo F, Tian P, Li C ve ark. The Prevalence of Cavum Septum Pellucidum in Mental Disorders Revealed by MRI: A Meta-Analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2020 Apr;32(2):175–84.
102. Filipović B, Kovačević S, Stojić M, Prostran M, Filipović B. Morphological differences among cavum septi pellucidi obtained in patients with schizophrenia and healthy individuals: Forensic implications. A post-mortem study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Feb 28;59(1):106–8.

10. EKLER

EK 1. SCL-90-R

(Psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:

YAŞ:

CİNSİYETİ(E/K):

MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

MADDELER	hiç	çok az	orta derece	çok fazla	ileri derece
1. Baş ağrısı	0	1	2	3	4
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	0	1	2	3	4
3. Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşla gitmeyen düşünceler	0	1	2	3	4
4. Baygınlık ya da baş dönmesi	0	1	2	3	4
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı	0	1	2	3	4
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	0	1	2	3	4
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	0	1	2	3	4
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	0	1	2	3	4
9. Olayları anımsamada güçlük	0	1	2	3	4
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler	0	1	2	3	4
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	0	1	2	3	4
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	0	1	2	3	4
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	0	1	2	3	4
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	0	1	2	3	4
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	0	1	2	3	4
17. Titreme	0	1	2	3	4
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	0	1	2	3	4
19. İştah azalması	0	1	2	3	4
20. Kolayca ağlama	0	1	2	3	4
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	0	1	2	3	4
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	0	1	2	3	4
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	0	1	2	3	4
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	0	1	2	3	4
26. Olanlar için kendisini suçlama	0	1	2	3	4
27. Belin alt kısmında ağrılar	0	1	2	3	4
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	0	1	2	3	4
29. Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30. Karamsarlık hissi	0	1	2	3	4
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	0	1	2	3	4
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	0	1	2	3	4
33. Korku hissi	0	1	2	3	4
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	0	1	2	3	4
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	0	1	2	3	4
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	0	1	2	3	4
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak	0	1	2	3	4
39. Kalbin çok hızlı çarpması	0	1	2	3	4
40. Bulantı ve midede rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4

MADDELER	hiç	çok az	orta derece	çok fazla	ileri derece
41.Kendini başkalarından aşağı görme	0	1	2	3	4
42.Adale (kas) ağrıları	0	1	2	3	4
43.Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
44.Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
45.Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	0	1	2	3	4
46.Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
47.Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	0	1	2	3	4
48.Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4
49.Soğuk veya sıcak basması	0	1	2	3	4
50.Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	0	1	2	3	4
51.Hiç bir şey düşünmeme hali	0	1	2	3	4
52.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	0	1	2	3	4
53.Boğazınıza bir yumru takınmış hissi	0	1	2	3	4
54.Gelecek konusunda ümitsizlik	0	1	2	3	4
55.Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	0	1	2	3	4
56.Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
57.Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
58.Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59.Ölüm ya da ölme düşünceleri	0	1	2	3	4
60.Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61.İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62.Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	0	1	2	3	4
63.Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	0	1	2	3	4
64.Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
65.Yıkınma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali	0	1	2	3	4
66.Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
67.Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	0	1	2	3	4
68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
69.Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	0	1	2	3	4
70.Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
71.Her şeyin bir yük gibi görünmesi	0	1	2	3	4
72.Deşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
73.Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
74.Sık sık tartışmaya girme	0	1	2	3	4
75.Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	0	1	2	3	4
76.Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	0	1	2	3	4
77.Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
78.Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme	0	1	2	3	4
79.Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80.Size kötü bir şey olacaktı hissi	0	1	2	3	4
81.Bağırma ya da eşyaları fırlatma	0	1	2	3	4
82.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	0	1	2	3	4
83.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
85.Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86.Korkutucu türden düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	0	1	2	3	4
89.Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90.Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

EK 2. Standardize Mini Mental Test

Ad, Soyad: Tarih: Yaş:
Eğitim (yıl): Meslek: Aktif El:
T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bugün ayın kaçı ()
Hangi gündeysiniz ()

Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

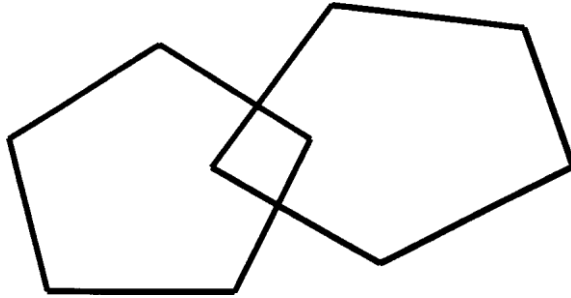
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise) ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()
c) Şimdi sizden birşey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. 'Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan. ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (aşağıda)(1 puan) ()



EK 3. Eğitimsizler İçin Modifiye Mini Mental Test (MMMT-E)

İsim/Soyadı :..... Aktif kullanılan el :.....
Yaş :..... Tarih :.....
Eğitim (yıl) :..... Toplam Puan :.....

ORYANTASYON (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz.....()
Hangi mevsimdeyiz.....()
Hangi aydayız.....()
Hangi gündeysiniz.....()
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı.....()
Hangi ülkede yaşıyoruz.....()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir.....()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir.....()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız.....()
(Her bir madde için 1 puan verilir)

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.
(Masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.).....()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

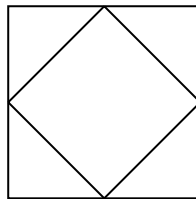
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR' dan önce CUMARTESİ gelir ondan önce ne gelir? Devam edin. (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir. (her doğru gün için 1 puan verilir).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, bayrak, elbise) Her doğru isim için 1 puan verilir.....()

LİSAN (Toplam puan 9)

- Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (Saat, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2).....()
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir).....()
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3).....()
- Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir...)()
- Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)()
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dk. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir) ... ()



EK 4. Nörolojik Muayene

Kraniyel Sinir Muaynesi

Koku alma:	sağ; alındı (), kusurlu ()..... sol; alındı (), kusurlu ().....
Görme keskinliği:	sağ; başarılı (), kusurlu ()..... sol; başarılı (), kusurlu ().....
Görme alanı değerlendirilmesi:	sağ; başarılı (), kusurlu ()..... sol; başarılı (), kusurlu ().....
Pupiller:	izokorik (), anizokori ()
Işık refleksi:	sağ; alındı (), kusurlu ()..... sol; alındı (), kusurlu ().....
Göz hareketleri:	sağ; sağlam (), sağlam değil ()..... sol; sağlam (), sağlam değil ().....
Kornea refleksi:	sağ becerikli () beceriksiz () – sol becerikli () beceriksiz ()
Işık çama:	sağ becerikli () beceriksiz () – sol becerikli () beceriksiz ()
Kaşları kaldırma:	sağ becerikli () beceriksiz () – sol becerikli () beceriksiz ()
Fısıltı testi:	sağ; alındı (), kusurlu ()..... sol; alındı (), kusurlu ().....
Uvula yeri:	orta hatta (), sağa devie (), sola devie ()
Gag refleksi:	alındı (), alınamadı ()
SCM kas kuvveti:	sağ; 5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0() sol; 5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0()
Trapezius kas kuvveti:	sağ; 5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0() sol; 5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0()
Dil hareketleri:	doğal (), sağa devie (), sola devie ()

Motor Sistem Muaynesi

Kas Tonus Kusuru

Sağ;	var ()..... yok ()
Sol;	var ()..... yok ()

Kas Kuvveti

Sağ üst;	5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0()
Sol üst;	5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0()
Sağ alt;	5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0()
Sol alt;	5(), 4(), 3(), 2(), 1(), 0()
İstemsiz Kas Hareketleri:	var ()..... yok ()

Duyu Muaynesi

Yüzeyel Duyu Muaynesi

Dokunma Duyu Kusuru:

Sağ; var ()..... yok ()

Sol; var ()..... yok ()

Ağrı Duyu Kusuru:

Sağ; var ()..... yok ()

Sol; var ()..... yok ()

Isı Duyu Kusuru:

Sağ; var ()..... yok ()

Sol; var ()..... yok ()

Derin Duyu (Propriyoseptif Duyu Muaynesi)

Pozisyon duygusu: var ()..... yok ()

Pasif hareket duygusu: var ()..... yok ()

Vibrasyon duygusu: var ()..... yok ()

Romberg bulgusu: pozitif () negatif ()

Koordinasyon Muayne

Parmak burun testi: sağ; becerikli (), beceriksiz ()

sol; becerikli (), beceriksiz ()

Diz topuk testi: sağ; becerikli (), beceriksiz ()

sol; becerikli (), beceriksiz ()

Diyadokinezi: sağ; becerikli (), beceriksiz ()

sol; becerikli (), beceriksiz ()

Tandem: becerikli (), beceriksiz ()

Refleks Muaynesi:

Biceps: sağ; alındı (), kusurlu ().....

sol; alındı (), kusurlu ().....

Triseps: sağ; alındı (), kusurlu ().....

sol; alındı (), kusurlu ().....

Brakioradialis: sağ; alındı (), kusurlu ().....

sol; alındı (), kusurlu ().....

Patella: sağ; alındı (), kusurlu ().....

sol; alındı (), kusurlu ().....

Aşil: sağ; alındı (), kusurlu ().....

sol; alındı (), kusurlu ().....

Babinski: sağ alındı (), kusurlu (); sol alındı (), kusurlu ()

EK 5. Sosyodemografik Veri ve Klinik Takip Formu

1. Adı- Soyadı:

2. Cinsiyet:

3. Yaş:

5. Telefon:

6. Medeni Durum: a) Evli b) Bekâr c) Dul

7. Çocuk: a) Var sayısı:(.....) b) Yok

8. Eğitim Durumu: a) Yok b)okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

9. Sınıf tekrarı öyküsü: a)var b)yok

10. kaçınıcı sınıfta okumayı öğrendi:.....

11. yürümede gecikme: a) var b) yok

12. konuşmada gecikme: a) var b) yok

13. Çocukken özel eğitim alma: a) var b) yok

14. çocukken çevresi ile uyum problemi: a) var b) yok

15. Çalışabilirlik: a) Çalışıyor b) Emekli c) Çalışmıyor

16. mesleği

17. Ailede ruhsal hastalık öyküsü: a) var b) yok

18. Alışkanlıklar: a) Sigara b) Alkol c) madde d)Yok

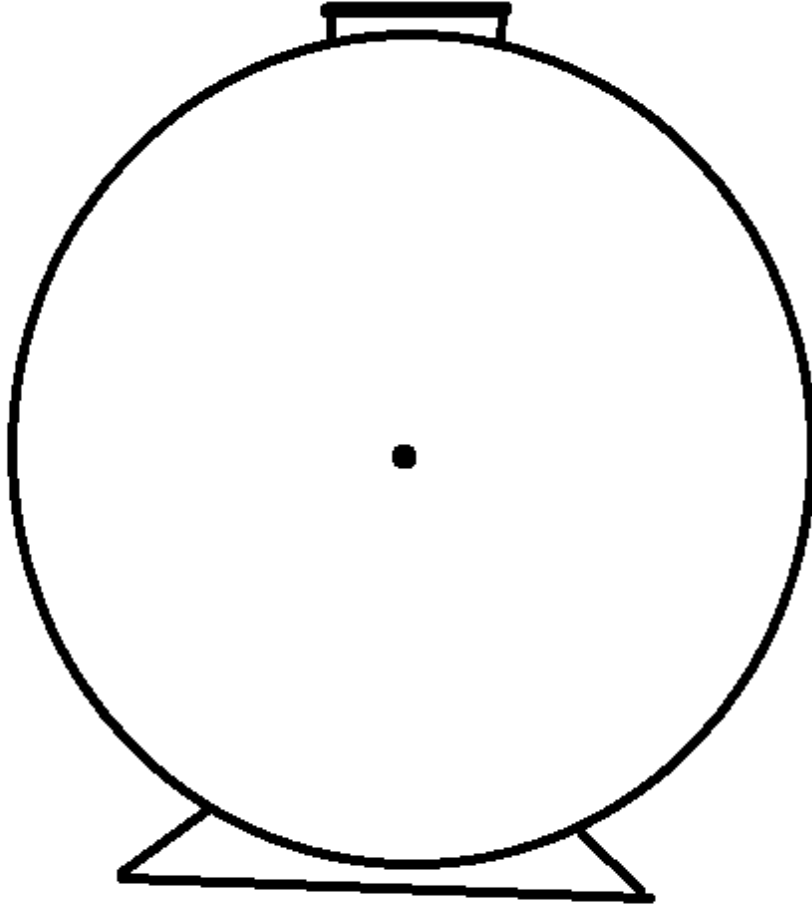
19. Bilinen tıbbi hastalık öyküsü: a) var (.....) b) yok

20. Psikiyatri dışı ilaç kullanımı: a) Var (.....) b) yok

21. Psikiyatri hastane başvurusu: a) var b) yok

22. İntihar Öyküsü: a) var b) yok

EK 6. Saat Çizme



EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın adı: Acil Serviste İnsidental Olarak Cavum Septum Pellucidum ve Cavum Vergae Saptanmış Olan Kişilerde Ruhsal Belirtilerinin ve Bilinç Düzeylerinin Kıyaslanması

Çalışmayı Yürüten: Dr. Pınar TÜRKMEN

Sayın Gönüllü;

Acil Servise herhangi bir şikâyet ile başvurmuş bulunmaktasınız. Doktorunuz tarafından tıbbi gereklilik görülerek sizin beyin bilgisayarlı tomografiniz çekilmiştir. Sizi yukarıda açık adı ve araştırmacıları verilen çalışmaya davet ediyoruz. Herhangi bir sebeple başvuran 18- 65 yaş arası hastalarda beyin bilgisayarlı tomografi çekilmiş olanlar çalışmaya alınmaktadır. Bu çalışmada; acil servise başvuran hastaların tomografi görüntüleri incelenip çalışmanın amacı olan varyasyon aranacaktır. Varyasyon saptanmış olanlar çalışma grubu ve saptanmamış olanlar kontrol grubu olarak iki gruba ayrılarak değerlendirilecektir.

Araştırmada sizden hastane verilerinizi kullanabilmemiz için onam vermeniz istenmektedir. Çalışma için planlanan süre 1 yıldır. (15/12/2022 – 15/12/2023). Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışma sırasında tedavinizin uygulanması, tedavinizin başlama süresinin uzaması ile ilgili hiçbir risk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılıp katılmamanız tedavinizi etkilemeyecektir. Size ödeme yapılmayacaktır. Muayeneniz ya da tedavi süreniz aciliyet kategorinize göre değerlendirilecektir.

Onam alındıktan 1 ay sonra telefonla aranacaksınız. Acil servise gelmeniz istenecek. Size doktor tarafından psikiyatrik hastalık yatkınlığını belirten test ve bilinç düzeyinizi belirten testler uygulanacak, nörolojik muayeneniz yapılacak. Testlerin uygulanması ve muayene süreniz yaklaşık 30 dk olacaktır. Yapılan bu çalışma sağlığınız açısından bir risk oluşturmayacak, size ve sosyal güvenlik kurumunuza mali yük getirmeyecektir.

Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, onam vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

ONAM FORMU

Çalışma hakkında bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmza:

İrtibat No:

Tarih:/...../ 2022

Araştırmayı Yürüten: Dr. Pınar Türkmen

İmza:

İrtibat No: (0312) 508 31 43

Çalışma için gerekli gönüllü sayısı: 52

Çalışma için gerekli gönüllülerin yaş aralığı: 18-65 yaş arası (cinsiyet ayrımı yok)

Çalışma için planlanan süre: 1 yıl