

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI**

**SPİNAL KORD YARALANMALI
DEPREMZEDELERDE FONKSİYONEL
DURUM, DEPRESYON, YAŞAM KALİTESİ,
SOSYAL DESTEK VE PSİKOSOSYAL UYUMUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. HASAN BATTAL

**TEZ DANIŞMANI:
PROF. DR. ŞAFAK SAHİR KARAMEHMETOĞLU**

İSTANBUL-2014

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak eğitimime büyük katkı sağlayan başta Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Şafak Sahir KARAMEHMETOĞLU olmak üzere değerli hocalarım; Sayın Prof. Dr. Hidayet SARI'ya, Sayın Prof. Dr. Merih SARIDOĞAN'a, Sayın Prof. Dr. Ülkü AKARIRMAK'a, Sayın Prof. Dr. Halil KOYUNCU'ya, Sayın Prof. Dr. Şansın TÜZÜN'e, Sayın Prof. Dr. Kenan AKGÜN'e, Saygıyla andığım emekli hocamız Prof. Dr. Halil ÜNALAN'a sonsuz teşekkür ve minnetlerimi sunuyorum.

Tez danışmanım Prof. Dr. Şafak Sahir KARAMEHMETOĞLU'na bilgi ve deneyimleriyle sağladığı katkılarından dolayı ayrıca teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca tezime katkı sağlayan Sayın Ayşenur Aktaş'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tanıdığım ilk günden bu yana öğrenme ve öğretme aşkına hayran kaldığım, her yönden örnek almaya çalıştığım ve uzmanlık eğitimimde büyük katkısı olan Sayın Doç. Dr. Murat ULUDAĞ'a, kısa süre çalışma fırsatı bulabilmeme rağmen tanımaktan dolayı kendimi çok şanslı hissettiğim Sayın Doç. Dr. Kerem GÜN'e, asistanlık sürecimin ilk günlerini yanında geçirdiğim ve bu kısa sürede çok şey öğrendiğim Sayın Uzm. Dr. Deniz Palamar KADIOĞLU'na teşekkür ediyorum.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün asistan arkadaşlarıma, servis hemşirelerimize, sekreter ve personellerimize, ayrıca tez hazırlama sürecimde yardımlarını esirgemeyen Jülide YILDIZ'a teşekkür ediyorum.

Her türlü zorlukları aşarak beni bu günlere getiren, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, başarılarımda en büyük pay sahibi olan en değerli varlıklarım annem, babam ve kardeşlerime sonsuz sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca ailemin bir parçası sayılan ve uzmanlık eğitimim sürecinde zorlu günlerimde hep yanımda olan arkadaşım Dr. Murat GEZER'e teşekkür ediyorum.

Son olarak; tanıdığım ilk günden bu yana hayatıma mutluluk katan, uzakta olmasına rağmen zorlu tez sürecimde desteğini hep yanımda hissettiğim Dt. Tuba AKÇAKUŞ'a teşekkür ederim.

Dr. Hasan Battal

İstanbul, 2014

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
I-GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
II-GENEL BİLGİLER	2
A-TANIM	2
B-EPİDEMİYOLOJİ	2
1-İnsidans.....	2
2-Prevalans.....	3
3-Yaş ve Cinsiyet.....	3
4-Etiyoloji	3
5-Nörolojik Seviye.....	4
6-Mortalite	4
7- Seviye ve İşlevsellik	5
C-OMURİLİĞİN ANATOMİSİ.....	5
D-OMURİLİK YARALANMASININ NÖROLOJİK MUAYENESİ VE SINIFLANDIRMASI	7
1-Tanımlamalar.....	8
2-Duyusal Muayene	10
3-Motor Muayene	13
4-Duyusal Skorlama	14
5-Motor Skorlama.....	15
5-Duyusal/Motor ve Nörolojik Seviye	15
6-Komplet/İnkomplet Lezyon ve Parsiyel Korunma Alanı	16
7-ASIA Bozukluk Skalası.....	16
E- SKY, DEPREM VE DEPRESYON.....	17
1- SKY ve DEPRESYON.....	17
2- DEPREM VE DEPRESYON	18

F- SKY'Lİ KİŞİLERDE PSİKOSOSYAL UYUM VE SOSYAL DESTEK	18
1-PSİKOSOSYAL UYUM.....	18
2- SOSYAL DESTEK	20
III. GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
YAŞAM KALİTESİ.....	23
KISA FORM-36 (SF-36).....	24
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	24
HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ-BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (HPUÖÖ).....	25
ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ).....	26
VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	26
IV. BULGULAR	27
V. TARTIŞMA	51
VI. SONUÇ.....	58
VII. ÖZET.....	60
VIII. KAYNAKLAR	62
IX. EKLER	69
EK-1: Spinal Kord Yaralanmalı Hasta Değerlendirme Formu	69
EK-2: KISA FORM-36(SF-36)	72
EK 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	76
EK 4: PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ	80
EK-5 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ.....	86

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Depremzede SKY’li bireylerin bazı demografik verileri	30
Tablo 2: Deprem dışı SKY’li bireylerin bazı demografik verileri.....	33
Tablo 3: Deprem dışı spinal kord yaralanmalı hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Yaşam Kalitesi Değerlendirme, Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarının Minimum, Maksimum, Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....	34
Tablo 4: Depremzede Spinal Kord Yaralanmalı Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Yaşam Kalitesi Değerlendirme, Beck Depresyon Ölçeği Minimum, Maksimum, Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri	35
Tablo 5: Her iki grubun cinsiyet dağılımları	36
Tablo 6: Her iki grubun medeni durumlarının dağılımları	36
Tablo 7: Her iki gruba ait çalışma durumları.....	36
Tablo 8: Her iki gruba ait eğitim durumu dağılımları	37
Tablo 9: Her iki grubun ekonomik durum dağılımları	37
Tablo 10: Her iki grubun yaralanma seviyelerinin dağılımları.....	38
Tablo 11: Her iki grubun yaralanma sonrası evlilik durumları	38
Tablo 12: Yaralanma sonrası çalışma durumları	38
Tablo 13: Hastaların yaralanma öncesi psikiyatrik destek durumları.....	39
Tablo 14: Hastaların yaralanma sonrası psikiyatrik destek durumları	39
Tablo 15: Her iki grubun ağrı dağılımları.....	40
Tablo 16: Hastaların cinsellik problemi yaşamalarına yönelik dağılımlar	40
Tablo 17: Hastaların daha önce bası yarası oluşma oranları	41
Tablo 18: Hastaların şu an ki bası yarası oranları.....	41
Tablo 19: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin yaşam kalitesi alt birimleri ve Beck depresyon ortalama, standart sapma ve p değerleri.....	42
Tablo 20: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin yaşam kalitesi alt birimleri ve Beck depresyon ortalama, standart sapma ve p değerleri.....	43
Tablo 21: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin sosyal destek panlarının psikososyal uyum alt birimleri ile korelasyonu	44

Tablo 22: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin depresyon puanları ve yaşam kalitesi alt birimlerinin korelasyonu	45
Tablo 23: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin depresyon puanları ve sosyal destek puanlarının korelasyonu	46
Tablo 24: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin depresyon puanları ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu	47
Tablo 25: Deprem dışı SKY’li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu	48
Tablo 26: Depremzede SKY’li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu	48
Tablo 27: Depremzede SKY’li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu	49
Tablo 28: Depremzede SKY’li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1: Spinal Korda Yaralanmalı hasta nörolojik değerlendirme çalışma şeması 10
- Şekil 2: SKY muayenesinde değerlendirilen anahtar duyu noktaları 13

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Depremzede SKY’li bireyler cinsiyet dağılımı	27
Grafik 2: Depremzede SKY’li bireyler medeni durum dağılımı	27
Grafik 3: Depremzede SKY’li bireyler çalışma durumları.....	27
Grafik 4: Depremzede SKY’li bireylerin eğitim durumu dağılımları	27
Grafik 5: Depremzede SKY’li bireylerin ekonomik durum dağılımları.....	28
Grafik 6: Depremzede SKY’li bireylerin egzersize devam durumu.....	28
Grafik 7: Depremzede SKY’li bireylere bakım verenlerin dağılımı	28
Grafik 8: SKY öncesi depremzede bireylerde intihar oranı	29
Grafik 9: SKY sonrası intihar oranları.....	29
Grafik 10: Depremzede SKY’li TAK uygulama oranları.....	29
Grafik 11: Depremzede SKY’li bireylerde ağrı oranları	29
Grafik 12: Deprem dışı SKY’li bireylerin cinsiyet dağılımı	30
Grafik 13: Deprem dışı SKY’li bireylerin medeni durum dağılımı.....	30
Grafik 14: Deprem dışı SKY’li bireyler çalışma durumları	31
Grafik 15: Deprem dışı SKY’li bireylerin eğitim durumu dağılımları.....	31
Grafik 16: Deprem dışı SKY’li bireylerde Sosyal güvence dağılımı	31
Grafik 17: Deprem dışı SKY’li bireylerin ekonomik durum dağılımları	31
Grafik 18: Deprem dışı SKY’li bireylerin yaralanma öncesi psikiyatrik destek oranı...	32
Grafik 19: Yaralanma sonrası destek alma oranı.....	32
Grafik 20: Deprem dışı SKY’li bireylerde TAK uygulama oranları	33
Grafik 21: Deprem dışı SKY’li bireylerde ağrı oranları.....	33
Grafik 22: Deprem dışı SKY’li bireylerde şu anda bası yarası sıklığı	33
Grafik 23: Deprem dışı SKY’li bireyleri daha önce bası yarası hikayesi.....	33

KISALTMALAR LİSTESİ

A	: Ağrı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABS	: ASIA Bozukluk Skalası
AİTK	: Araç İçi Trafik Kazası
ASIA	: Amerika Omurilik Yaralanması Derneği (American Spinal Cord Injury Association)
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EHA	: Eklem Hareket Açıklığı
HPUÖÖ	: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği
ISNCSCI	: Omurilik Yaralanması Nörolojik Sınıflandırmasının Uluslararası Standartları (The International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury)
İA	: İnterkostal Aralık
PKA	: Parsiyel Korunma Alanı
SF-36	: Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Form-36 (Short Form-36)
SKY	: Spinal Kord Yaralanması
SS	: Standart Sapma
TE	: Test Edilemiyor
TOFD	: Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği
ÜEMS	: Üst Ekstremitte Motor Skoru
VT	: Vitalite
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YÖ	: Yaralanma Öncesi
YS	: Yaralanma Sonrası

I-GİRİŞ ve AMAÇ

Spinal kord yaralanması (SKY) bireyin fiziksel, sosyal, bilişsel ve emosyonel fonksiyonlarını etkileyen önemli bir sakatlık nedenidir. Tüm bu fonksiyonlar, bireyin hayat kalitesi, benlik algısı ve subjektif iyilik hali üzerinde etkin faktörlerdir. SKY rehabilitasyonunun önemli öncülerinden olan Sir Ludwing Guttmann omurilik yaralanmasını bir insanın başına gelebilecek en büyük felaketlerden biri olarak nitelendirmiştir.

Toplumsal hayatın bir parçası olarak hayatını devam ettirmek zorunda olan SKY'li hastalarda, sosyal ve emosyonel fonksiyonlar sakatlığa adaptasyon süreci içinde, geliştirilebilen ve düzeltilebilen faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

Kronik hastalığa sahip veya engelli kişilerde depresyon ve anksiyete daha sık görülmekte, yaşam kalitesini ve topluma entegrasyonu bozabilmektedir. SKY'li hastalarda sosyal, emosyonel fonksiyonlar, depresyon ve anksiyete ile bu fonksiyonların yansımaları olan yaşam kalitesi son yıllarda araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Deprem sonrası da post-travmatik stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve hastalığa uyum gibi psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir.

Bu çalışma, ülkemiz şartları göz önüne alındığında depremzede SKY'li bireylerin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerini değerlendirmek, hastaların fonksiyonel durumları ile bu parametrelerin ilişkilerini ortaya koyma amacıyla yapıldı. Aynı zamanda depremzede SKY'li hastalar ile trafik kazası veya yüksekten düşme sonrası SKY gelişen hastaların fonksiyonel durumları, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, algıladıkları sosyal destek ve psikososyal uyumlarını karşılaştırmayı amaçladık.

II-GENEL BİLGİLER

A-TANIM

Medulla spinalisin spinal kanal içinde travmatik ya da travmatik olmayan bir nedenle geçici ya da kalıcı bir şekilde yaralanması sonucu omuriliğin motor, duyuşsal ya da otonomik işlevlerini yerine getirememesi durumu *spinal kord yaralanması (SKY)* olarak isimlendirilir. Yaralanma servikal segmentlerde meydana gelmişse kolları da içine alacak şekilde gövde, bacaklar ve pelvik organlarda işlev bozuklukları oluşur. Bu klinik durum *tetrapleji* olarak isimlendirilir. Eğer bu yaralanma omuriliğin torasik, lomber veya sakral segmentlerinde meydana gelmişse ortaya çıkan klinik tabloya *parapleji* denir. Paraplejili hastalarda üst ekstremitenin nörolojik işlevleri korunurken gövde, alt ekstremiteler ve pelvik organlarda nörolojik defisit görülür. Kauda ekuina ve konus medullaris yaralanmaları da parapleji olarak tanımlanır. Lumbosakral pleksus lezyonları ve periferik sinirlerin yaralanmaları parapleji olarak tanımlanmaz [1].

B-EPİDEMİYOLOJİ

Omurilik yaralanmasının epidemiyolojisini araştıran çalışmaların verileri ülkelerin gelişmişliğine bağılı olarak hatta aynı ülkenin değışik bölgeleri arasında ciddi farklılıklar gösterebilmektedir [2].

1-İnsidans

Farklı çalışmaların değerlendirilerek sonuçların ortaya konulduğu bir çalışmada [3] en yüksek insidansa sahip ülkeler ABD (40.1/milyon) [4], Estonya (35.4-39.7/milyon) [5], Japonya (39.4/milyon) [6], ve Yeni Zelanda (49.1/milyon) [7] olarak raporlanmıştır.

Farklı zamanlarda yapılmış bazı çalışmalarda SKY insidansı milyonda 12.7 [8] ile 52.2 [9] arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde SKY insidansının milyonda 13.1 ile 52.2 [9] arasında olduğu belirtilirken, gelişmekte olan ülkelerde milyonda 12.7 [8] ile 29.7 [10] arasında olduğu bildirilmektedir. Türkiye’de SKY epidemiyolojisi açısından yapılan en kapsamlı çalışma Karacan ve arkadaşları [8] tarafından yayınlanmıştır. Bu çalışmada Türkiye genelinde 1992 yılı boyunca bildirilen 581 yeni SKY’li olgu değerlendirilmiş ve insidans milyonda 12.7 olarak bildirilmiştir[8].

2-Prevalans

Literatürde spinal kord yaralanmasının epidemiyolojik araştırmasında insidansı üzerinde daha çok durulurken prevalansına ilişkin yeterli çalışma yoktur. SKY'nin epidemiyolojisini araştıran çalışmaların değerlendirildiği ve 2014 yılında yayınlanan bir derlemede; SKY prevalansı en yüksek ABD (906/milyon), en düşük Fransa ve Helsinki (250/milyon) ve Finlandiya (280/milyon) olarak belirtilmiştir [3].

Başka bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki SKY prevalansı, 1994 yılında 204.000, 2010 yılında ise yaklaşık 250.000 olarak tahmin edilmiştir [11].

3-Yaş ve Cinsiyet

SKY daha çok genç-erişkin popülasyonda görülmektedir ve yapılan çalışmalarda tüm ülkelerde en sık görülme yaşı 15-30 yaş arasındadır. Ancak yaralanma sırasındaki ortalama yaşın giderek arttığı ve bu yükselme eğiliminin nedeninin kayıt sistemindeki gelişmelere bağlı olabileceği belirtilmektedir. 2014 yılında yayınlanan bir derlemede; erkek/kadın oranı en yüksek ülkeler İrlanda (6.7:1), Estonya (5.5:1, 6:1), en düşük ülkeler ise İzlanda (2.6:1), Türkiye (2.5:1), ABD (2.25:1) olarak belirtilmiştir [3, 7, 8, 12-14].

Yeni bir çalışmada; SKY'li hastaların yaralanma anındaki yaşı gelişmiş ülkelerde 30.7[15] ve 48.5 olarak bildirilmiş [15], gelişmekte olan ülkelerde ise 29.3[16] ile 46.1[17] arasında yaş ortalamaları verilmiştir. Erkek-kadın oranı ise gelişmiş ülkelerde 3:1[12] ile 4.3:1 [15] arasında değişmektedir.

1994 yılında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Karamehmetoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada SKY yaş ortalaması Türkiye geneli ortalamasına yakın saptanmış, erkek-kadın oranı ise 5.8:1 olarak belirlenmiştir [18]. Karacan ve arkadaşları tarafından Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada; yaralanma anındaki ortalama yaş 35 ± 15.1 arasında bulunurken, erkek-kadın oranı 2.5:1 olarak bildirilmiştir.

4-Etiyoloji

Genel olarak epidemiyolojik çalışmaların çoğunda tüm ülkelerde SKY'nin en sık nedeni trafik kazaları olarak saptanırken (%36-59), ikinci sırada düşmeler gelmektedir.

ABD Ulusal Spinal Kord Yaralanmaları İstatistik Merkezi verilerine göre %39.2'si motorlu araç kazası olarak raporlanırken; diğer nedenler sırasıyla yüksekten düşme, şiddet ve spor kazalarıdır [19].

Türkiye için birinci sırayı trafik kazaları (% 48.8), ikinci sırayı yüksekten düşmeler (%36.5) oluştururken [8], Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada birinci sırada yüksekten düşme (%37.3), ikinci sırada ateşli silah yaralanmaları (%29.3), üçüncü sırada ise trafik kazaları (%25.3) yer almaktadır [18].

5-Nörolojik Seviye

Spinal kord yaralanmasının en sık rastlanıldığı bölge servikal omurgadır (%43.9–61.5) [3]. Servikal bölgeyi sırasıyla torasik ve lumbosakral yaralanmalar izler. ABD Ulusal Spinal Kord Yaralanmaları İstatistik Merkezi verilerine göre inkomplet tetrapleji %40.8, komplet parapleji %21.6, inkomplet parapleji %21.4 ve komplet tetrapleji %15.8 oranında gelişmektedir [19].

2010 yılında yapılan bir çalışmada gelişmekte olan ülkelerde parapleji oranı (%51-67.8) tetraplejiye göre (%32.2-49) daha yüksek olarak saptanmıştır [2]. Türkiye genelinde ise parapleji oranı %67.8 ile gelişmekte olan ülkeler arasında en yüksek değeri oluşturmaktadır [8].

6-Mortalite

Gelişmiş ülkelerde travmatik SKY mortalitesinin araştırıldığı bir çalışmada milyonda 8 olgu olarak belirlenirken[12], bu değer gelişmekte olan ülkelerde milyonda 3.1-17.5 arasında değişmektedir [20]. Türkiye'de SKY mortalitesine ilişkin herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

SKY'de ölüm riski yaralanmadan sonraki ilk iki yılda en fazla görülürken [21], ölüm oranı birden fazla komorbiditesi olan yaşlılarda daha yüksek oranda bulunmuştur [22]. Spinal kord yaralanmalı hastaların ölümlerinin ana nedenleri sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, pnömoni, genitoüriner traktus enfeksiyonları, infekte bası ülserleri ve intiharlardır [23].

Hayatta kalma göstergeleri ise nörolojik seviye ve yaralanmanın büyüklüğüdür. Ölüm riski C1–C4 nörolojik seviyesindeki ASIA Bozukluk Skalası (ABS) A-C grubu hastalarda daha yüksektir [24].

7- Seviye ve İşlevsellik

Yaralanma seviyelerine göre iyileşme beklentileri aşağıdaki gibidir [26][25].

C2-3: Suni solunum cihazlarına ve frenik sinir stimülatörlerine ihtiyaç vardır. Hasta kendine bakım aktivitelerinde tam bağımlıdır.

C4: Suni solunum cihazlarına gereksinimi yok, öksürme için yardım gerekebilir. Dil, çene veya pnömatik kontrollü tekerlekli sandalye, kendine bakım aktivitelerinde tam bağımlıdır.

C5: Özel düzenlenmiş araç ve gereçlerle kendine bakım aktivitelerini yapabilir. El kontrollü akülü tekerlekli sandalye kullanabilir.

C6: Özel düzenlenmiş tekerlekli sandalye ve özel düzenlenmiş el kumandalı araba kullanabilir.

C7: Yataktan sandalyeye transferlerde bağımsızdır. Mesane ve barsak bakımını yapabilir. Tekerlekli sandalye kullanımında, rampa iniş çıkış dışında bağımsızdır.

C8-T1: Hasta kendine bakım aktivitelerinde, transferlerinde, tekerlekli sandalye kullanımında, barsak bakımı ve üriner kateterizasyon uygulamada bağımsızdır.

T2-10: Terapötik ambulasyon (egzersiz amaçlı).

T11-L2: Ev içi fonksiyonel ambulasyon mümkündür. Ev dışında tekerlekli sandalye gereksinimi vardır.

L3-S3: Fonksiyonel ambulasyon, tekerlekli sandalye ihtiyacı yoktur.

C-OMURİLİĞİN ANATOMİSİ

Serebrum, serebellum, pons ve medulla oblangata ile birlikte merkezi sinir sisteminin bir parçası olan medulla spinalis, üst merkezler ile periferik sinirleri bağlayan ana bağlantı yoludur. Medulla spinalis, foramen magnum seviyesinde medulla oblangatanın bittiği seviyeden başlayarak spinal kanal içinde seyrederek ve L1 vertebranın alt seviyesinde sonlanır. Yaklaşık 40-45 cm uzunluğunda, 1 cm çapında olan medulla spinalis intrakranyal yapılar gibi meninksler ile örtülüdür. Medulla spinalis L1 vertebra seviyesinde sonlanmasına karşın meninks örtüsü ve subaraknoid boşluk ikinci sakral

seviyeye kadar uzanır ve bu alanda beyin omurilik sıvısı bulunmaktadır. Ayrıca daha dış tabakada vertebralar, vertebraları birbirine bağlayan ligamanlar ve kaslar tarafından çevrelenerek korunmaktadır.

Transversal olarak bakıldığında medulla spinalisin ortasında kelebek şeklinde gri madde tabakası bulunmakta, ak madde ise gri maddeyi çepeçevre sararak dış kısmında bulunmaktadır. Gri maddenin orta kısmında ependim hücreleriyle örtülü kanalis santralis bulunmaktadır. Gri maddenin ön kısmına ön boynuz, arka kısmına arka boynuz adı verilmektedir ve gri madde içinde nöron gövdeleri bulunmaktadır. Arka boynuzlar duysal nöronların hücre gövdelerini içerirken ön boynuzlar ara nöronlar ve motor nöronların hücre gövdelerini içerir. Ak madde ön ve arka boynuz çıkıntıları ile kordon ya da funikulus denilen inen ve çıkan yolları içeren yollara ayrılmış durumdadır. Sağda ve solda olmak üzere toplam 6 tane traktus bulunmaktadır. Arka boynuzlar arasında iki adet arka, ön boynuzlar arasında iki adet ön, arka ve ön boynuzlar arasında ise iki tane lateral traktus bulunur. Bu traktuslar aracılığı ile inen(motor) ve çıkan(duysal) aksonlar taşınmaktadır.

Medulla spinalis segmenter bölünmeye sahip olmamasına rağmen ön ve arka radiklerin birleşmesiyle oluşan 31 çift spinal sinir medulla spinalise segmenter bir görünüm vermektedir. Bu spinal sinirlerin 8'i servikal, 12'si torakal, 5'i lumbal, 5'i sakral ve 1'i koksigeal segmentlere aittir. Servikal ve torakal segmentlere ait spinal sinirler nöral foramenlerden çıktıktan sonra daha yatay bir seyir izlerken alt segmentlere ait olan spinal sinirler aşağıya doğru oblik bir seyir izler. Spinal kord yaralanmalarında kemik yaralanma seviyesinin nörolojik seviyeden farklı olması genellikle bu anatomik ilişkiye bağlıdır.

Medulla spinalisin servikal ve lumbal segmentlerinde üst ve alt ekstremitte kaslarını innerve eden motor duysal nöronların girdiği ve çıktığı intumescentia servikalis ve inumescentia lumbalis denilen gri madde yoğunluğu nedeniyle daha belirgin gözükten kısımları bulunur. Sakral kord segmentlerini içeren, giderek incelen omuriliğin son kısmında *konus medullaris* bulunur. Konus medullarisin uç kısmında, kanalın içinde lomber ve sakral köklerin birleşiminin bulunduğu bölüme *kauda ekuina* denir.

Transvers olarak bakıldığında medulla spinalisin ortasında kelebek şeklinde gri madde tabakası bulunmaktadır, ak madde ise gri maddeyi çepeçevre sararak dış kısmında bulunur. Gri maddenin orta kısmında ependim hücreleriyle örtülü kanalis santralis bulunmaktadır. Gri maddenin ön kısmına ön boynuz, arka kısmına arka boynuz adı verilmektedir ve gri madde içinde nöron gövdeleri bulunmaktadır. Arka boynuzlar duysal nöronların hücre gövdelerini içerirken ön boynuzlar ara nöronlar ve motor nöronların hücre gövdelerini içerir. Ak madde ön ve arka boynuz çıkıntıları ile kordon ya da funikulus denilen inen ve çıkan yolları içeren yollara ayrılmış durumdadır. Sağda ve solda olmak üzere toplam 6 tane traktus bulunmaktadır. Arka boynuzlar arasında iki adet arka, ön boynuzlar arasında iki adet ön, arka ve ön boynuzlar arasında ise iki tane lateral traktus bulunur. Bu traktuslar aracılığı ile inen (motor) ve çıkan (duysal) aksonlar taşınmaktadır.

Arka kordon medialinde fasciculus gracilis ve lateralinde fasciculus cuneatus yer alır. Fasciculus gracilis T7 ve daha alt seviyelere, fasciculus cuneatus ise T6 ve daha üst seviyelere ait dermatomların dokunma, vibrasyon ve pozisyon duyularını taşıyan liflerini içerir. Lateral kolonun çevresinde bulunan lateral spinotalamik yol ağrı ve ısı duyularını taşıyan aksonları içerir. Motor korteksten çıkan istemli ve refleks hareketlerden sorumlu lifleri içeren kortikospinal yolun %90'ı medulla oblongatada yer alan ve decussatio pyramidum denilen bölgesinde çapraz yaparak karşı tarafa geçer ve lateral kolonda yer alan lateral kortikospinal yol içinde aşağı doğru iner. Kalan kortikospinal lifler ise decussatio pyramidumda çapraz yapmadan ön kolon medialinde anterior kortikospinal yol olarak devam eder ve segmental olarak kendi seviyesine geldiğinde orta hattı çaprazlar.

D-OMURİLİK YARALANMASININ NÖROLOJİK MUAYENESİ VE SINIFLANDIRMASI

Spinal kord yaralanmalı hastaların prognozunu tahmin etmek, hastalığın şiddetini derecelendirmek ve bu konuda yapılacak çalışmalarda uluslararası ortak bir dil kullanmak için herkesin kabul ettiği standart bir nörolojik değerlendirme yöntemine ihtiyaç duyulmuştur.

Bu amaçla yapılan çalışmalarının başlangıcı 1969 yılında 15 değişik ülkede omurilik yaralanması konusunda çalışan doktorların terminoloji ve prognoz tahmin zamanlaması hakkında görüşlerinin sorulması ile başlamıştır [26, 27].

Spinal kord yaralanmasının sınıflandırılmasında günümüzde standart olarak kullanılan Omurilik Yaralanması Nörolojik Sınıflaması için Uluslararası Standartlar (The International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury- ISNCSCI) ilk kez 1982 Amerikan Spinal Yaralanma Derneği (American Spinal Injury Association-ASIA) tarafından Standards for the Neurological Classification of Spinal Cord Injuries olarak yayınlanmış ve gelişmeye başlamıştır [28][29].

Mevcut sınıflamadaki eksikliklerin giderilmesi amacıyla 1989 yılında muayene ve Frankel derecelendirme sisteminde değişiklikleri içeren yeni bir yayın ortaya konmuştur [26].

Daha sonra majör düzeltmeler 1990, 1992, 1996, 2000 (2002, 2006 ve 2008 de yapılan yeni baskılarıyla) ve 2011 yıllarında yapılmıştır. 1992 yılında önemli değişiklikler yapılmış Frankel derecelendirme sistemi ASIA Bozukluk Skalası (ABS) adını almıştır [30][31].

1996'da standartlar spinal kord yaralanmasının nörolojik ve fonksiyonel sınıflandırması için uluslararası standartlar (International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury) olarak değiştirilmiş[28], 2000 yılında fonksiyonel kelimesi çıkarılmıştır [32][28].

2010 yılında ASIA tarafından nörolojik değerlendirme ve sınıflandırmada yeni önerilerin olduğu internet destekli The International Standards Training e-Learning Program (InSTeP) eğitim programı geliştirilmiştir [33].

En son 2011 yılında yayınlanan standartlarda önceki standartlara göre bazı düzeltmeler yapılmış ve muayene kartında kullanımı kolaylaştıran düzeltmeler yapılmış [34] ve bu en son standartları ayrıntılı açıklayan güzel bir makale yayınlanmıştır [28].

1-Tanımlamalar

Tetrapleji: Spinal kanalın içinde, spinal kordun servikal segmentlerindeki nöral yapılarda yaralanma sonucu motor ve/veya duysal fonksiyonların tam ya da kısmi

kaybolmasına denir . Tetrapleji tipik olarak dört ekstremitte, gövde ve pelvik organlarda bozukluğa yol açar. Brakial pleksus lezyonları ve nöral kanal dışındaki periferik sinir lezyonları tetrapleji tanımı içinde yer almaz [34].

Parapleji: Spinal kanal içinde, spinal kordun torasik, lomber veya sakral segmentlerindeki nöral yapılarda yaralanma sonucu motor ve/veya duysal fonksiyonlarda tam ya da kısmi kaybolmasına denir. Paraplejide üst ekstremitte fonksiyonu korunmuştur. Ancak lezyonun seviyesine göre gövde, alt ekstremitte ya da pelvik organlar tutulabilir. Parapleji terimi lumbosakral pleksus ile nöral foramen dışındaki periferik sinir lezyonlarını içermez [34].

Dermatom: Bu terim; her bir segmental sinir kökünün içinde seyreden duysal akson tarafından duyusu alınan deri bölgesini tarifler [34].

Miyotom: Segmental sinir kökünün içinde seyreden motor aksonun innerve ettiği kas grubunu tarifler [34].

Duysal seviye: Vücudun her iki tarafında anahtar nokta olarak belirlenmiş 28 noktanın ayrı ayrı muayenesi sonucu künt ve sivri iğne ve hafif dokunma duyusunun tamamen normal olduğu en kaudal spinal segmente denir. Sağda ve solda farklı seviyelerde olabilir [34].

Motor seviye: Kendisinin üzerindeki anahtar kasların normal olarak (5/5) değerlendirildiği en azından 3/5 değerindeki en kaudal anahtar kasın ait olduğu seviyedir [34].

Nörolojik seviye: Her iki vücut yarısında da motor ve duysal fonksiyonun normal olduğu en kaudal spinal kord segmentine denir [34].

Kemik seviye: Bu terim radyolojik bir tanıdır ve yaralanmanın en fazla olduğu vertebral hasar seviyesine denir. Kemik yaralanma seviyesi her zaman nörolojik seviyeyle korele olmayabilir [34].

Omurilik yaralanmalı hastanın muayenesi her zaman hasta sırt üstü yatar pozisyonda iken yapılır [34]. Spinal kord yaralanmalı bir hastanın nörolojik muayenesinde ana iki öge duysal ve motor muayenedir. Duysal ve motor muayene uygun şekilde ayrıntılı olarak yapılırsa hastanın nörolojik yaralanma seviyesi, duyu ve

motor seviyeleri, duyu ve motor indeks skorları ve yaralanmanın komplet mi yoksa inkomplet mi olduğu çoğunlukla saptanabilir. Duyusal anahtar nokta veya anahtar kas herhangi bir nedenle değerlendirilemiyorsa “TE” (Test Edilemiyor) yazılır. Değerlendirme yöntemleri “yapılması gerekli değerlendirmeler” ve “yapılması isteğe bağlı olan değerlendirmeler” olarak ikiye ayrılır. Yapılması gerekli değerlendirmeler arasında duyu, motor ve nörolojik seviyenin belirlenmesi, duyu ve motor fonksiyon skorlarının belirlenmesi, lezyonun komplet/inkomplet olduğunun belirlenmesi bulunmaktadır. Yapılması gerekli değerlendirmeler pratiklik ve kolaylık sağlamak amaçlı oluşturulan ve ASIA resmi internet sitesinden kolayca ulaşılabilen spinal kord yaralanması standart nörolojik değerlendirme çalışma şemasına kaydedilebilir. Şekil 1’de bu şemanın Erhan B. ve arkadaşlarının yayınladığı değerlendirme formu Türkçe çevirisi görülmektedir [26].

Hasta Adı : _____ Tarih/Muayene saati _____

Doktor Adı : _____

ASIA AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION

OMURLIK YARALANMASI NÖROLOJİK SINIFLAMASI İÇİN ULUSLARARASI STANDARTLAR

ISCOS DUYUSAL ANAHTAR DUYUSAL NOKTALAR

MOTOR ANAHTAR KASLAR (skorlama arka sayfası)

R L

C5 Dirsek fleksörleri

C6 El bilek ekstansörleri

C7 Dirsek ekstansörleri

C8 Parmak fleksörleri (orta parmak distal falanksı)

T1 Parmak abdüktörleri (küçük parmak)

ÜST EKSTREMİTE TOPLAM (MAKSİMUM) + = (25) (25) (50)

Notlar:

L2 Kalça fleksörleri

L3 Diz ekstansörleri

L4 Ayak bilek dorsifleksörleri

L5 Başparmak uzun ekstansörleri

S1 Ayak bilek plantar fleksörleri

(IAK) İsterni anal kasıma (Evet/Hayır)

ALT EKSTREMİTE TOPLAM (MAKSİMUM) + = (25) (25) (50)

HAFIF DOKUNMA İĞNE BATIRMA

R L R L

C2

C3

C4

C5

C6

C7

C8

T1

T2

T3

T4

T5

T6

T7

T8

T9

T10

T11

T12

L1

L2

L3

L4

L5

S1

S2

S3

S4-5

TOPLAM { + = (MAKSİMUM) (56) (56) (56) (56)

(DAB) Derin anal basıncı (evet/hayır)

İĞNE BATIRMA SKORU (maks: 112)

HAFIF DOKUNMA SKORU (maks: 112)

0 = yok

1 = bozulmuş

2 = normal

TE = Test edilemeyen

Anahtar Duyusal Noktalar

NÖROLOJİK SEVİYE

Normal fonksiyonu en alt segment

DUYUSAL R L

MOTOR R L

TEK NÖROLOJİK SEVİYE

KOMPLET VEYA İNKOMPLET?

İnkomplet = S4-S5'te motor veya duyu distal fonksiyon

ASIA BOZUKLUK SKALASI (ABS)

(sadece komplet yaralanmalarda)

KISMI KORUNMA ALANI

Herhangi bir motor fonksiyon olan en alt seviye

DUYUSAL R L

MOTOR R L

Bu form kullanılabilir fakat American Spinal Injury Association'ın izni olmadan değiştirilmemelidir.
Bu form American Spinal Injury Association izni ile Türkçe'ye çevrilmiştir. (B. Gündüz, B. Erhan)

REV 04/11

Şekil 1: Spinal Korda Yaralanmalı hasta nörolojik değerlendirme çalışma şeması

2-Duyusal Muayene

Duyu muayenesi sırasında hastanın gözlerinin kapalı olması gerekir. Her iki vücut yarısında *anahtar duyu noktası* olarak adlandırılan 28 özel nokta belirlenmiştir, hafif dokunma ve iğne batırma duyu için bu noktalar ayrı ayrı test edilir. Hafif

dokunma muayenesi pamukla, iğne batırma muayenesi ise çengelli iğne ile yapılır. Anahtar duyu noktaları muayene edilirken yüz normal kontrol noktası olarak kullanılır.

Belirlenen anahtar duyu noktaları şu şekildedir:

C2- Kafa tabanında oksipital protuberansın 1 cm sağ ve solu

C2- Alternatif olarak kulağın 3 cm arkası

C3- Supraklaviküler fossa ortası,

C4- Akromiyoklaviküler eklem üzeri,

C5- Antekübital fossanın lateralinde (radial), dirseğin hemen proksimalinde

C6- Başparmak proksimal falanksın dorsal yüzü

C7- Orta parmak proksimal falanksı dorsal yüzünde,

C8- Küçük parmak proksimal falanksı dorsal yüzünde,

T1- Humerus medial epikondilinin hemen proksimalinde antekübital fossanın medial (ulnar) yanında,

T2- Aksillanın apeksi,

T3- Midklaviküler hat üzerinde üçüncü interkostal aralıkta (İA) (üçüncü kosta palpe edilerek belirlenir ve bunun hemen altındaki aralık üçüncü İA'dır),

T4-Orta klaviküler hat üzerinde dördüncü İA'da (meme ucu hizasında),

T5-Orta klaviküler hat üzerinde beşinci İA'da (meme ucu ile ksifosternum seviyeleri arasındaki orta hatta),

T6-Orta klaviküler hat üzerinde altıncı İA'da (ksifosternum seviyesinde),

T7-Orta klaviküler hat üzerinde yedinci İA'da (umblikus ve ksifosternum seviyeleri arasındaki uzaklığın 1/4'ünde),

T8-Orta klaviküler hat üzerinde sekizinci İA'da (umblikus ve ksifosternum seviyeleri arasındaki uzaklığın ortasında),

T9- Orta klaviküler hat üzerinde dokuzuncu İA'da (umblikus ve ksifosternum seviyeleri arasındaki uzaklığın 3/4'ünde),

T10- Orta klaviküler hat üzerinde umblikus seviyesinde,

T11- Orta klaviküler hat üzerinde umblikus ve inguinal ligaman arasındaki uzaklığın ortasında,

T12- Orta klaviküler hat üzerinde inguinal ligamanın orta noktasında,

L1- T12 ve L2 anahtar duyu noktaları arasındaki uzaklığın ortasında,

L2- Anterior-medial uylukta, inguinal ligamanın orta noktası ile medial femoral epikondil arasından geçen hayali çizginin orta noktasında,

L3- Dizin süperiorundaki medial femoral kondilde,

L4- Medial malleol üzerinde,

L5- Ayağın dorsumunda üçüncü metatarsofalanjeal eklem hizasında,

S1- Kalkaneusun lateralinde,

S2- Popliteal fossanın orta noktasında,

S3- Tüberositas iskiyum ya da infragluteal katlantı üzeri,

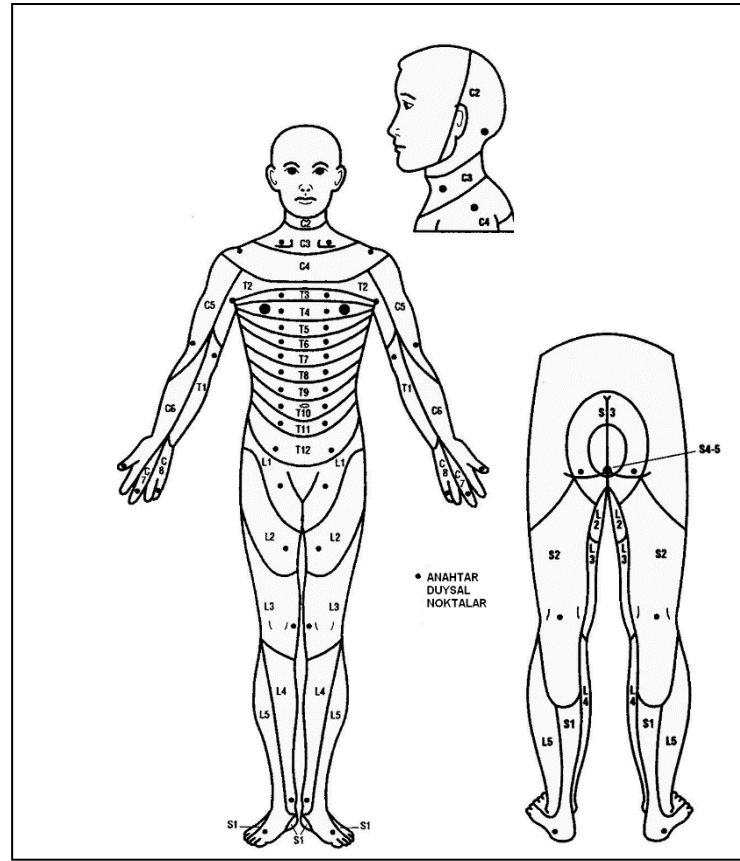
S4-S5 Perianal alanda muko-kütanöz bileşkenin 1 cm'den az lateralindedir

Hafif dokunma duyusu için eğer hasta dokunulduğunu hissedemiyorsa "0" (sıfır) puan verilir. Eğer hasta dokunulduğunu anlıyor, fakat bunu artmış ya da azalmış, yüzden farklı bir his olarak tarif ediyorsa "1" (bir) puan verilir. Eğer hasta dokunulduğunu doğru bir şekilde anlıyor ve bu hissi yüz ile aynı şekilde tarif ediyorsa "2" (iki) puan verilir.

İğne batırma muayenesi için iğnenin sivri ve künt uçları anahtar duyu noktalarının tamamına ayrı ayrı dokundurularak keskin/künt ayrımı yapılması istenir. Eğer hasta dokunulduğunu hissedemiyor ya da dokunulduğunu hissediyor ama keskin

ve künt ayrımı yapamıyorsa “0” (sıfır) puan verilir. Eğer hasta iğnenin keskin ve künt uçlarını güvenilir bir şekilde ayırt ediyor fakat yüz ile kıyasladığında farklı olarak hissettiğini söylüyorsa “1” (bir) puan verilir. Eğer hasta çengelli iğnenin keskin ve künt uçlarını güvenilir bir şekilde ayırt ediyor ve yüz ile aynı şekilde hissettiğini söylüyorsa “2” (iki) puan verilir.

Bu anahtar duyu noktalarının iki taraflı muayenesinden sonra, rektal tuşe yapılarak eksternal anal sfinkter derin anal duyunun varlığı açısından değerlendirilmelidir. Derin anal duyu “var” ya da “yok” şeklinde belirtilir.



Şekil 2: OY muayenesinde değerlendirilen anahtar duyu noktaları

3-Motor Muayene

Nörolojik muayenenin motor kısmında 5’i üst ve 5’i alt ekstremitede bulunan, vücudun her bir yanındaki 10 adet *anahtar kas* değerlendirilir. Her bir anahtar kas rostralden kaudale doğru ve hasta hep sırt üstü yatar pozisyondayken değerlendirilmelidir [34].

Anahtar kasların kuvveti 6 dereceli manuel kas skalası ile ölçülür [34] [35]:

- 0: Tam paralizi,
- 1: Görülebilen veya palpe edilebilen bir kontraksiyon,
- 2: Aktif hareket, yer çekimi elimine edildiğinde tam eklem hareket açıklığı (EHA),
- 3: Aktif hareket, yer çekimine karşı tam EHA,
- 4: Aktif hareket, orta derecede bir dirence karşı tam EHA,
- 5: Aktif hareket, tam dirence karşı tam EHA (normal).

Motor muayene için kullanılan anahtar kaslar ve ilgili omurilik kök ve segmentleri şu şekildedir:

- C5-Dirsek fleksörleri
- C6-El bileği ekstansörleri
- C7-Dirsek ekstansörleri
- C8-Parmak fleksörleri
- T1-Parmak abduktörleri
- L2-Kalça fleksörleri
- L3-Diz ekstansörleri
- L4-Ayak bileği dorsifleksörleri
- L5-Ayak başparmağı uzun ekstansörleri
- S1-Ayak bileği plantarfleksörleri

Ayrıca eksternal anal sfinkterde kontraksiyon olup olmadığı, rektal tuşe ile muayene edilerek istemli anal kontraksiyon “var” veya “yok” olarak belirtilmelidir.

4-Duyusal Skolama

Yapılması gerekli duyuşal muayenenin sonunda, her bir dermatom için toplam dört duyuşal değer elde edilir: Sağ hafif dokunma, sağ iğne batırma, sol hafif dokunma, sol iğne batırma. Skolar, dermatom ve vücut yarısına göre toplanarak sonunda iki

duyusal skor elde edilir: Hafif dokunma ve iğne batırma duyusu skorları, duyusal skorlar, SKY sonucu oluşan duyusal değişikliklerin sayısal bir göstergesidir [34].

5-Motor Skorlama

Yapılması gerekli motor muayenesinin sonunda her bir çift miyotom için toplam iki motor değer elde edilir. Skorlar miyotom ve vücut yarısına göre toplanarak tek bir motor skor oluştururlar. Motor skor, SKY sonucu oluşan motor fonksiyondaki değişikliklerin sayısal bir göstergesidir [34].

5-Duyusal/Motor ve Nörolojik Seviye

Duyusal seviye vücudun her iki tarafında normal duyusal fonksiyona sahip en kaudal segment olarak tarif edilirken *motor seviye* de motor fonksiyona uygun olarak benzer şekilde tarif edilebilir [34].

Motor seviye belirlenirken çoğu kasın en az iki segment tarafından innerve edildiği bilinmelidir. Dolayısıyla bir segment tarafından innervasyonu devam ederken diğer segment tarafından innervasyonu kesilen bir kasın kuvvetinin azalacağı doğaldır. Eğer bir kasın kuvveti 3 değerinde ise bu kası innerve eden segmentlerin en proksimal olanlarının sağlam olduğu kabul edilir. Motor seviyenin belirlenmesinde bir önceki proksimal kasın 5 değerinde olması gerekir. Çünkü bu kasın en az iki segmentinin sağlam olduğu kabul edilmektedir. Örneğin C6 kasının kuvveti 3 ise motor seviyenin aynı vücut yarısında C6 olabilmesi için aynı vücut yarısındaki C5 kasının kuvveti 5 olmalıdır. Miyotomların klinik olarak test edilemediği C1-C4, T2-L1, S2-S5 seviyelerinde motor seviye duyusal seviye ile aynı kabul edilir [34].

Nörolojik seviye vücudun her iki tarafında normal motor ve duyusal fonksiyona sahip olan en kaudal omurilik segmenti seviyesidir [34].

Normal fonksiyon seviyesi vücudun sağ ve sol yanında farklılık gösterebildiği gibi duyusal ve motor seviyeleri de farklı olabilir. Bu nedenle nörolojik seviye tespitinde dört değişik değerlendirme söz konusu olmaktadır: Sağ duyusal, sol duyusal, sağ motor, sol motor. Bu tür vakalarda her bir segmentin ayrı ayrı yazılması ve tek bir seviye kullanılmaması yanlış anlamaları ortadan kaldırmak açısından önemlidir [34].

6-Komplet/İnkomplet Lezyon ve Parsiyel Korunma Alanı

En alt sakral segment olan S4-S5'te duyuşal ve motor fonksiyonun bulunmaması *komplet SKY* olarak tanımlanır. *İnkomplet SKY* ise en alt sakral segment olan S4-S5'te duyuşal ve/veya motor fonksiyonun kısmen korunması olarak tanımlanır. Sakral duyuş, derin anal duyuş ve anal mukokutanöz bölgenin duyuşu anlamındadır. Motor fonksiyon, parmak muayenesinde eksternal anal sfinkterin istemli olarak kasılabilmesidir.

Parsiyel korunma alanı (PKA) sadece komplet lezyonlarda kullanılan bir terim olup nörolojik seviyenin kaudalindeki kısmen innerve dermatom ve miyotomları ifade eder. En alttaki normal segmentin altında bozulmuş duyuşal ve/veya motor fonksiyon bulunduğunda bu tür segmentlerin sayısı her iki taraf için de kaydedilir ve PKA olarak gösterilir.

7-ASIA Bozukluk Skalası

Eskiden "Frankel Skalası" olarak bilinen bu skala, ASIA Komitesi tarafından birçok kez değıştirildiğı için 1992 yılında adı tamamen değıştirilerek "ASIA Bozukluk Skalası" (ABS) olarak isimlendirilmiştir [34]. Bu skalaya göre bozukluk derecesinin belirlenmesinde Şu evrelemeler kullanılır:

A=Komplet: Sakral segmentlerde (S4-S5) hiçbir motor veya duyuşal fonksiyon korunmamıştır.

B=İnkomplet: Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon yoktur, duyuşal fonksiyon devam eder ve sakral segmentlere kadar uzanır.

C=İnkomplet: Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuştur ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların yarısından fazlası 3/5 kas kuvvetinin altındadır.

D=İnkomplet: Nörolojik seviyenin altında motor fonksiyon korunmuştur ve bu seviyenin altındaki anahtar kasların en az yarısı 3/5 kas kuvvetine eşit ya da üstündedir.

E=Normal: Motor ve duyuşal fonksiyon normaldir.

Not: SKY'li bir kişinin evre C ya da D olarak değıerlendirilebilmesi için inkomplet olması, diğere bir deyişle S4-S5 sakral segmentlerde duyuşal ya da motor fonksiyonun korunmuş olması gereklidir. Buna ek olarak, kişide ya istemli anal sfinkter

kontraksiyonunun ya da motor seviyenin 3 seviyeden fazla altında, korunmuş motor fonksiyonun olması gereklidir [34].

E- SKY, DEPREM VE DEPRESYON

1- SKY ve DEPRESYON

SKY olan bireyler günlük yaşamlarında zor şartlar altında, herhangi bir engeli olmayan insanların dünyasında yaşamak zorundadırlar. Hastalığın ilk dönemleri hastanede tedavi ile geçtiğinden, erken dönemde iyileşeceklerine inanmaları ve hastalıkla ilgili bilgileri olmadığından ya da inkar gibi sebeplerden ötürü fazla sıkıntı yaşamazlar. Zamanla hastalığın gidişatı hakkında bilgi sahibi olmaya başladıkça ve günlük yaşamda zorluk yaşamaya başlamalarıyla bu bireylerde depresyon görülmektedir. SKY'li bireylerde depresyon %35-38 oranında bildirilmiştir [36].

Yaralanma sonrası erken dönemde depresyon, anksiyete, alkol bağımlılığı, uyku bozukluğu, iştah kaybı, ağrılar, ciltte dökülmeler, konsantrasyonda güçlükler, problemlerden kaçma, sadece hastalığını düşünme, utanç ve suçluluk hisleri gibi tepkiler açığa çıkmaktadır [37, 38].

Heinemann ve ark. SKY geçiren yetişkinlerin yarısından çoğunun kazadan sonra alkol ve bazı uyuşturucu madde kullandıklarını ve SKY olan insanlar arasındaki intihar oranının Amerika, Avrupa ve Avusturalya'daki genel nüfusa göre beş kat daha fazla olduğunu bulmuştur [39].

Maddi, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel ve seksüel boyutları olan bu hastalık karşısında kişiden kişiye göre değişen subjektif ve objektif pek çok duygusal tepki ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu tepkiler hasta, hasta yakınları ve tedavi ekibi için yeni zorluklar doğurur. Bu tepkiler hastanın hastalığa ve tedavisine uyumsuzluğunu arttırarak hastalığın gidişini, şiddetini olumsuz yönde etkiler ve bireyin yaşam kalitesini düşürür [37, 40].

Hasta bireyin işlevsellik düzeyinin en fazla gelişme gösterdiği ilk altı aylık kritik dönemdeki depresyon varlığı bireyin tedaviye uyumunu (ilaçlarını düzenli kullanma, egzersizlerini yapma, düzenli temiz aralıklı kateter uygulama ve düzenli doktor kontrolüne gitme) azaltabilmekte ve hasta için ciddi risk oluşturmaktadır. SKY

mortalitesi açısından önemli bir orana sahip bası yaraları da depresyon varlığında daha fazla meydana gelmekte ve hastanın hem yaşam kalitesini zora sokmakta hem de rehabilitasyon süresini uzatmaktadır [41][37].

2- DEPREM VE DEPRESYON

Doğal afetler arasında en yıkıcı olanlardan birisi depremlerdir ve ciddi can ve mal kaybına neden olabilirler. Her yıl bir milyona yakın deprem oluşmakta, dünya çapında 3 yılda bir de büyük can ve mal kaybına yol açan depremler meydana gelmektedir [42][43].

Deprem gibi tüm can ve mal kaybına neden olan doğal afetler bunları yaşayan topluluklarda kısa ya da uzun süreli psikolojik etkiler bırakmaktadır. İlk günlerde yaşanan ve zamanla azalan kaybolan korku, panik ve donmuşluk hali gibi kısa süreli tepkilerden sonra; yaşanan kayıplar ve deprem yaşamış olmanın getirdiği sosyal ve fiziksel zorluklar depremin psikolojik etkisini yıllarca hissettirmektedir [44][45].

Resmi rakamlarda belirtildiği üzere; 17 Ağustos 1999 tarihinde saat 3:02`de merkez üssü Gölcük olan Richter ölçeğine göre 7,5 Mw büyüklüğünde büyük bir deprem gerçekleşmiştir (Kandilli Observatory and Earthquake Research Institute [KOERI]. Bu deprem, Marmara Bölgesi'ndeki birçok ili kapsayacak geniş bir alanda hissedilmiştir ve geniş bir kitlede fiziksel ve ruhsal etkilenmelere yol açmıştır. Resmi rakamlara göre 17.480 kişi yaşamını yitirmiş, 43,953 kişi yaralanmış, 73.342 bina da hasar almıştır. (KOERI, 2014) [43].

Marmara depreminden 8 ay sonra Gölcük'te çadır kent ve prefabriklerde sağlıklı deprezedelerde yapılan 1000 kişilik bir araştırmada depremedelerde %33 oranında depresyon görüldüğü bildirilmiştir. Kadınlarda %38 erkeklerde % 24 olarak bulunmuştur [43, 46].

F- SKY'Lİ KİŞİLERDE PSİKOSOSYAL UYUM VE SOSYAL DESTEK

1-PSİKOSOSYAL UYUM

İnsanın hayatında başına gelebilecek en büyük felaketlerden biri olarak kabul edilen ve biyolojik, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve seksüel boyutları olan

SKY karşısında hastalığın ilk dönemlerinden itibaren, şiddeti kişiden kişiye değişen çeşitli psikolojik tepkiler açığa çıkabilir [37].

Hastanın hayatını yeni bir zemin üzerinde tekrar oluşturmak amacıyla açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtlar hastalığa psikososyal tepkileri oluşturur [47]. Hastalığın ilk döneminde daha belirgin olan bu tepkiler hem hasta, hem yakınları hem de tedavi ekibi için zorluklar meydana getirir. Hastalık karşısındaki bu tepkiler hastanın yaşam düzenini ve kalitesini altüst ederken hastalığın gidişatını, şiddetini olumsuz yönde etkiler [37, 40].

Bedensel iyilik halinden hastalığa geçiş kişiden kişiye değişmekle birlikte hastalarda genel olarak görülen en yaygın duygusal tepkiler; depresyon, anksiyete, korku, öfke, üzüntü, suçluluk, utanç, umutsuzluk, başarısızlık olarak sayılabilir. Kendini geliştirmeye çalışma, hastalığı hakkında ileri bilgiye sahip olma gayreti, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme, tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme de hastalık karşısında hastaların gösterdikleri diğer davranışsal tepkilere örnek olarak sayılabilir [37, 40].

SKY sonrası çeşitli tepkilerin olması hastalığa uyum sürecinin bir sonucudur ve normal tepkiler olarak değerlendirilmektedir. Psikolojik olarak bu zorlu süreçlerden geçmek tedavi sonuçlarını, hastanın tedaviye motivasyonunu, tekrar sosyal yaşama dönmesini olumsuz yönde etkilemekte ve tedavi sürecini uzatmaktadır. SKY sürecinde hastalığa uyumun sağlanması hastanın tekrar sosyal hayata dönmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir [37].

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, genetik, sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi, yaralanma sonrası geçen süre, yaralanma seviyesi hastalığa uyumda önemli faktörlerdir. Bireyin kişilik özellikleri, sosyokültürel durumu, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri, olayları değerlendirme ve yorumlama biçimi, sağlık bakımına olan ilgi, memnuniyet, sosyal çevre, yakın aile ilişkileri ve seksüel ilişkileri uyum süreci ile yakından ilişkili diğer faktörlerdir [37, 48].

Psikolojik düzeyde uyum süreci, duygusal olarak savunma mekanizmalarının, önceki deneyimlerin, duygusal odaklı baş etme mekanizmalarının kullanımını kapsamaktadır. Duygular, entelektüel gelişim, kişisel algılar, sorun çözme becerileri ve iletişim uyum sürecinde önemlidir. Aile, arkadaş ve toplumla olan ilişkiler, içinde

yaşanılan sosyal sistemin normları, gelenekleri, adetleri, baskıları, çevresel değişimleri ve teknoloji de sosyokültürel düzeyde uyum kavramının bileşenleridir [49].

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünden etkilenmekle birlikte aynı zamanda hastalığa psikososyal uyum da hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir [37].

2- SOSYAL DESTEK

Sosyal destek; herhangi travma, hastalık ya da diğer stresli ve zorlu durumlarda kişiye etrafındaki insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır [50]. Diğer yandan sosyal destek; sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçların başka bireyler tarafından karşılanması ve bundan tatmin olunması olarak açıklanmaktadır [51].

Yakınları tarafından anlaşılma, yapıcı yönde kendisine destek olunması, gerektiğinde yardım alabilecek birilerinin olduğunu ve yalnız olmadığı duygusunu hissetme gibi gereksinimler hastaların hastalıklarına uyum sağlayabilmeleri için önemli etkenlerdir [37, 52].

Sosyal destek kişinin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve bu durum karşısında gösterilen duygusal tepkide değişiklik meydana getirir ve stresin olumsuz etkisini azaltır [37, 53].

Sosyal desteğin hastanın hastalık sonrası zorlu süreçte topluma uyumunun artmasında, yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu bildirilmekte; depresyon, yalnızlık, umutsuzluk duygularının azalmasında ve kişinin genel durumundan memnuniyetinin artmasında önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir [37, 54].

Sosyal desteğin hastalığa psikososyal uyumda rol oynayan bir faktör olduğu ve sosyal destek alan hastanın hastalığa uyumunu olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur [55]. Sosyal destek yoksunluğu ile artan yüksek ölüm riski, hastalığın iyileşmesinin gecikmesi, düşük moral ve psikolojik sağlığın bozulması arasındaki ilişkiyi göstermektedir [37].

Yüksek düzeyde sosyal destek alan kişilerin daha uzun ve daha sağlıklı yaşadıkları, akut veya kronik hastalıklara karşı daha dayanıklı oldukları, sosyal

adaptasyonun daha hızlı, tedaviye uyumlarının daha kolay olduğu belirtilmektedir [37, 56].

SKY gibi yüksek oranda engelliliğe neden olan kronik hastalıklara sahip bireylerin, sağlık durumları giderek bozulmakta ve gün geçtikçe hastalıklarıyla ilgili olarak karşı karşıya kaldıkları sıkıntılar ve engeller artmaktadır. Kronik hastalıklarından dolayı zamanla fiziksel yetersizliklerinin artmasından dolayı bu bireylerin daha öncesinde alıştıkları sosyal hayatları da büyük oranda kesintiye uğramaktadır. Fiziksel yetersizlikte artma kendi günlük bakımlarında zorlanmalar ve bu alanlardaki rollerini yapmada engellerle karşılaşmakta; bu engellenmeler ise bireyde depresyona yol açabilmektedir [57]. Kronik hastalıklar ile sosyal destek arasındaki ilişkiye oldukça önem verilmekte ve olumlu sosyal ilişkilere sahip kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına daha olumlu yaklaştıkları ve daha iyi uyum sağladıkları belirtilmektedir [37].

Felaket sonrası yapılan araştırmada hem yakın çevreden hem de diğerlerinden alınan sosyal desteğin depresyonla anlamlı ilişkisi olduğu ve sosyal desteğin kişinin olayla başa çıkma becerisi üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir [58, 59].

Sosyal destek bireylerin zorlu dönemlerden çıkmak için sahip olduğu yardımcı kaynaklarından biridir ve sosyal destekle ilgili bulgular, hem psikolojik hem de fiziksel iyilik halini korumanın temelidir [60]. Başka bir çalışmada da doğal afet sonrası sosyal desteğin az olması ve psikolojik sorunların artması arasında doğru orantı bulunmuştur [61]. Sosyal desteğin stresli durumlarla başa çıkmada önemli bir etkisi olduğu öne sürülmüştür [62]. Aldıkları sosyal desteğin iyi olduğunu düşünen kişilerin, hastalığa ve özellikle de hastalığı ağır derecede yaşamaya daha az eğilimli oldukları bulunmuştur [63].

III. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Gölcük depreminde SKY geçiren hastalara Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği (TOFD)'nde ve İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kayıtlı 62 hastadan 24'üne ulaşıldı. Bunun yanında depreme bağlı olmayan SKY hasta grubuna trafik kazası, yüksekten düşme ve ateşli silah yaralanması gibi deprem dışı SKY geçirmiş kişiler çalışmaya dahil edildi. Depreme bağlı olmayan deprem dışı SKY hastaları Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğinde rehabilitasyon tedavisi almış takipli hastalarımız ve TOFD'da kayıtlı 40 SKY hastası dahil edildi.

Tüm olguların yaşı, cinsiyeti, mesleği, boy, kilo ve tanı süresi, ek sistemik hastalıkları, geçirdiği operasyonlar, alışkanlıkları ve soy geçmişleri sorgulandı (EK 1).

Hastalar ayrıntılı sorgulama yapıldıktan sonra ASIA Bozukluk Skalası (ABS) ile nörolojik seviyesi değerlendirildi. Depremzede olan grup ve diğer deprem dışı nedenlere bağlı SKY tanısı almış hastalar iki gruba ayrılarak; "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (ÇBASDÖ) ile algıladığı sosyal destek, "Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği" (HPUÖÖ) ile hastalığa psikososyal uyumu, Kısa Form-36 (KF-36) ile yaşam kalitesi, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile de depresyon durumu değerlendirildi. Hastalara yapılacak anketler bir kereye mahsus olup hastanın isteğine göre hastanede ya da hastanın ikamet ettiği yerde (ev, bakım evi) yapıldı.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1- Deprem yada deprem dışı nedenle spinal kord yaralanması tanısı almış olgular
- 2- Koopere hasta
- 3- 20-65 yaş arası erişkin hasta grubu
- 4- Her iki cinsiyet

Dışlanma Ölçütleri:

- 1- Ek nörolojik hastalık
- 2- Gebelik
- 3- Diyalize giren hastalar

4- Hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek sistemik hastalıklar (diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, inflamatuvar eklem hastalıkları).

5- Psikotik bozukluk

6- Laboratuvar bulgularında ileri düzeyde anemi (Hb<10), yüksek sedimentasyon, ve hiperglisemisi olan hastalar.

YAŞAM KALİTESİ

İnsanın halen yapabildiği ve yapmayı arzuladığı aktiviteler arasında algılanan farka gösterilen duygusal ve kişisel yanıt olarak tanımlanabilir [64].

Yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri sadece hastalık varlığını değil tam fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan sağlığın patoloji, özürlülük, engellilik gibi tüm boyutlarını değerlendirir [64, 65].

Yaşam kalitesinin komponentleri; sosyal roller ve etkileri, fonksiyonel performans, zihinsel fonksiyonlar, anlama becerisi ve subjektif sağlıktır. Belirleyiciler yaşam standartlarını ve genel hayat memnuniyetini içerebilirler [65].

Yaşam kalitesini ölçen ölçekler iki çeşittir; jenerik ve özel ölçekler. Jenerik ölçekler, yaşam kalitesinin tüm önemli boyutlarını ölçerler ve geniş hasta gruplarına uygulanabilirler. Hasta gruplarında özürlülük dağılımı ölçülmek isteniyorsa jenerik ölçekler seçilirken, özel bir hastalığa veya sağlıkla ilişkili fonksiyon gibi yaşam kalitesinin bir bölümüne yönelik değerlendirmelerde özel ölçekler kullanılır. Özel ölçekler hassastır ve küçük değişiklikleri kolay saptarlar. Duruma spesifik özel ölçekler genel popülasyonda kullanılamazlar.

Yaşam kalitesi üzerine başlıca 3 faktör etkilidir

1. Hastanın ve ailesinin kişisel arzu ve beklentileri,
2. Hastanın isteğinin gerçekleşmesinde yeteneklerini sınırlayan durumlar,
3. Hastanın kısıtlamalar karşısındaki tepkileri.

Yaşam kalitesini değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler; fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlık olmak üzere en az 4 boyut içerir.

KISA FORM-36 (KF-36)

Çalışmaya katılan katılımcıların Kısa Form-36 ile yaşam kalitesi değerlendirildi (EK-2).

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 en sık kullanılan yaşam kalitesi ölçütlerinin başında gelir.

Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur [66]. Kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ve çok geniş bir kullanım alanına sahip olması avantajlarıdır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 tarihinde yapılmıştır [67]. Ölçüt 14 yaş ve üzerinde bireylerde telefon, posta veya yüz yüze görüşmelerle doldurulabilir.

Anket nörolojik rehabilitasyon alanından inme, travmatik beyin hasarı, Multiple Skleroz ve Parkinson hastalığında da kullanılabilir [68]. Ayrıca bizim çalışmamızda da olduğu gibi omurilik yaralanmalarında da uygulanabilir [69], rehabilitasyon polikliniklerinde sonuç değerlendirmesi ve ölçümü amacıyla kullanılabilmektedir [70].

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), vitalite(yaşam enerjisi) (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) olmak üzere 8 boyutu ölçer. Ölçekte son 4 hafta içerisinde sağlığına yönelik cevaplar vermesi istenir. Her boyut için maddelerin skorları ayrı ayrı kodlanmakta ve toplanmaktadır. Sıfırdan (kötü sağlık) 100'e (iyi sağlık durumu) kadar puanlı bir ölçek haline dönüştürülmektedir.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, araştırmalarda sıklıkla kullanılan, klinik gözlemlerden elde edilen veriler üzerinde oluşturulmuş 21 maddelik bir ölçektir. 1961'de ilk formu Beck tarafından geliştirilen bu ölçeğin 1978'de revizyonu yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) azdan çoğa doğru giden dört seçeneği olan 21 ifadeden oluşmaktadır ve her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Yorumlanırken toplam puanın yüksek oluşu, depresif belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Beck Depresyon Ölçeği depresif hastalar ile normal kişileri ayırabilir ancak depresyon tanısı koymak için kullanılmaz.

Biz de çalışmamızda katılımcılarımızın depresyon durumlarını öğrenmek için Beck Depresyon Ölçeği anketini kullandık (EK-3).

Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe'ye iki uyarlaması bulunmaktadır. Bunlardan biri Beck Depresyon Envanteri'nin 1961 de geliştirilmiş olan formunun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) [71] diğeri ise Beck Depresyon Envanteri (BDE) adı altında 1978'de yapılmış formudur [72]. Alınacak puan 0-10 puan normal, 11-17 puan hafif depresyon, 18-23 puan orta derece depresyon, 24 puan ve üstü ağır depresyon şeklinde yorumlanmaktadır [72].

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ-BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (HPUÖÖ)

1983 yılında hastalığa psikososyal uyumu ölçmek için Derogatis ve Lopez tarafından geliştirilmiştir. Hastalığa psikososyal uyumu 7 alt grup ve toplam 46 maddede ölçer. Alt gruplar; sağlık bakımına oryantasyon (SBO), mesleki çevre (MÇ), aile çevresi (AÇ), seksüel ilişkiler (Sİ), geniş aile ilişkileri (GAİ), sosyal çevre (SÇ) ve psikolojik baskı (PB) şeklindedir.

Her bir soruda uyumun değişik seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade bulunmaktadır. Katılımcılardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi yaşantılarına en uygun olan yanıtı seçmeleri istenmektedir [37, 73].

0'dan 3'e doğru artan bir skorlama mevcuttur, en iyi uyumu ifade eden seçenek 0 puan, en kötü uyumu ifade eden seçenek 3 puan alır, bu nedenle düşük puanlar hastalığa iyi uyumu belirtirken, yüksek puanlar kötü uyumu ifade eder. 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu ifade etmektedir. Toplam skor şeklinde de ifade edileceği gibi, alt gruplar ayrı ayrı olarak da değerlendirilebilir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar tarafından (1995) "Akut ve Kronik

Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” isimli doktora tezinde yapılmıştır [37].

Psikososyal uyumu değerlendirmek amaçlı tüm katılımcılarımıza HPUÖÖ anketini uyguladık (EK-4).

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik-güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995’te yapılmıştır.

“Kesinlikle Hayır”dan “Kesinlikle Evet”e doğru sırasıyla 1’den 7’ye kadar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 şeklinde artan puanlama sistemine göre düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. 3 ana boyut (aile, arkadaş, özel kişi) ve her ana boyutu oluşturan 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 8 ve 11. maddeler aile desteğini, 6, 7, 9 ve 12. maddeler arkadaş desteğini, 1, 2, 5 ve 10. maddeler ise özel bir kişinin desteğini ölçmektedir. Ölçek sonucuna göre en düşük 12 puan alınabilirken en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Alt ölçekler ayrı ayrı istatistiksel değerlendirmeye alınabileceği gibi total puan skoruyla da değerlendirme yapılmaktadır.

Yüksek toplam puanlar yüksek sosyal desteği göstermektedir [50]. ASDÖ ve alt ölçekleri için yapılan geçerlik çalışmasında ölçeğin Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyonlarının neredeyse tamamının negatif yönde ve anlamlı olduğu belirtilmektedir [50].

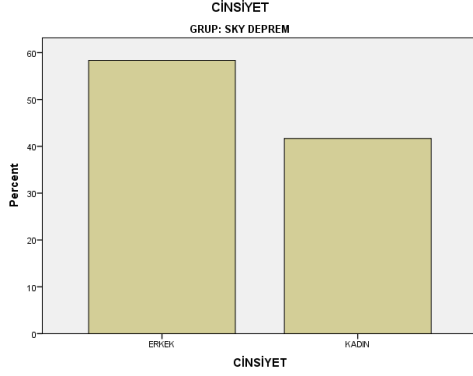
Son olarak hastalarımızın sosyal desteğini değerlendirmek amaçlı ÇBASDÖ anketi uygulandı (EK-5).

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

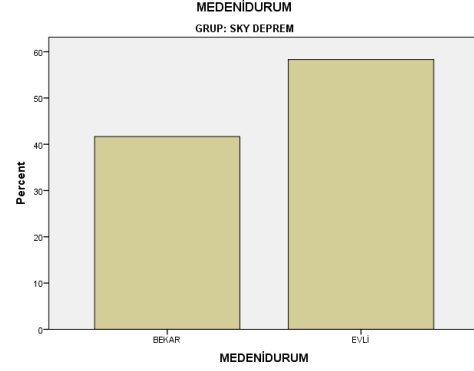
Tüm istatistiksel analizler SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) versiyonu kullanılarak yapıldı. Tüm veriler aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre yansıtıldı. Kategorik veriler Ki-kare Pearson yöntemiyle karşılaştırılırken, sayısal veriler Mann-Whitney-u testi ile karşılaştırıldı. Her iki grubun Beck depresyon, sosyal destek, psikososyal uyum ve yaşam kalitesi verileri Pearson korelasyon testi ile analiz edildi. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

IV. BULGULAR

Depremzede SKY'li grupta toplam 24 hastanın 10'u kadın 14'ü erkek cinsiyete sahipti. Bu hastaların 14'ü evli, 10'u bekarı (Grafik 1 ve 2).

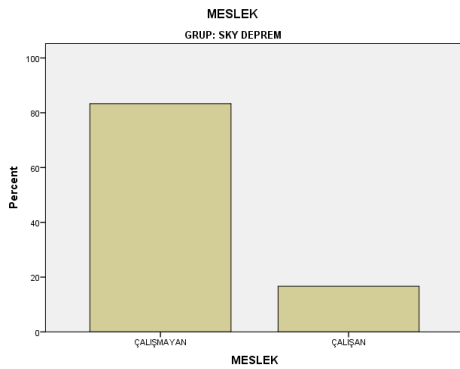


Grafik 1: Depremzede SKY'li bireyler cinsiyet dağılımı

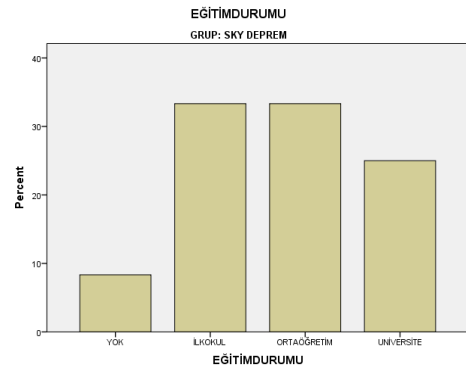


Grafik 2: Depremzede SKY'li bireyler medeni durum dağılımı

Evli 14 hastanın tümü çocuk sahibiydi, 2 hasta 1, 8 hasta 2 ve 2 hasta ise 3, 2 hasta ise 4 ve üzeri çocuğa sahipti. Bir işte çalışan depremzede SKY'liler 4 kişiydi ve 10 tanesi herhangi bir işte çalışmıyordu ve 10 hasta da ev hanımıydı. Yaralanma sonrası işsiz olan 10 hastanın 6'sı daha önce bir işte çalışıyordu. 7 hasta üniversite mezunu, 8 hasta lise, 8 hasta ilkokul mezunu ve 1 hasta ise okur-yazar değildi (Grafik 3 ve 4).

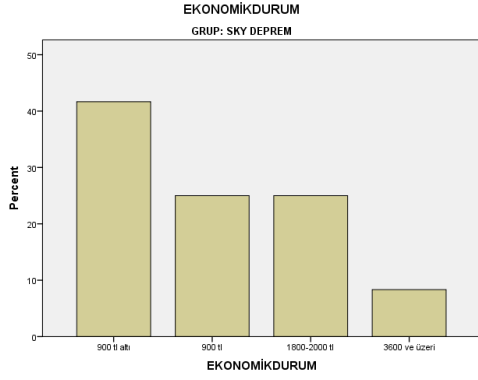


Grafik 3: Depremzede SKY'li bireylerin çalışma durumu dağılımı



Grafik 4: Depremzede SKY'li bireylerin eğitim durumu dağılımları

Ekonomik durum olarak 10 hasta 900 TL altı, 7 hasta 900-1800 TL, 6 hasta 1800-3600 TL ve 1 hasta 3600 TL üzerinde aylık kazanca sahipti (Grafik 5).



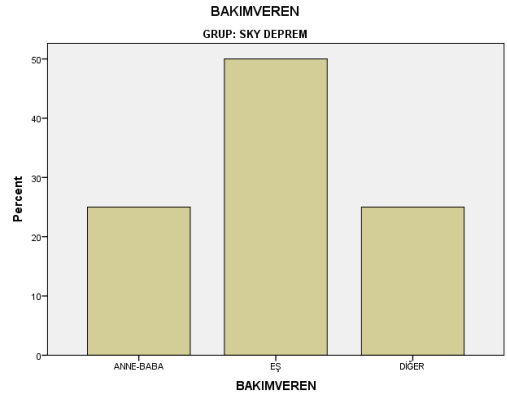
Grafik 5: Depremzede SKY’li bireylerin ekonomik durum dağılımları

20 hasta maddi sorunu olmadığını bildirirken, 4 hasta maddi sorun yaşadığını bildirdi. Tüm depremzedeler tekerlekli sandalye ile mobilize idiler. 20 hasta sosyal güvenlik kurumu ve 4 hasta ise yeşil kart sağlık güvencesine sahipti. Tüm hastalar nöroşirürji ameliyatı sonrası enstrümantasyon ile stabilize edilmişlerdi. Nörolojik muayene sonucuna göre 10 hasta L1, 8 hasta T12, 2 hasta T10, 2 hasta T6, 2 hasta T4 seviyesine sahipti.

ASIA bozukluk ölçeğine (ABS) göre 18 hasta evre A, 4 hasta evre B, 2 hasta evre C idi. Egzersizlerini yapan hasta sayısı 8 iken, 16 kişi ev egzersiz programlarını yapmıyordu. Bakım verenlerin 12’si eşleri, 6’sı anne-baba ve 6’sı ise kardeş ve yakın akrabaları idi.

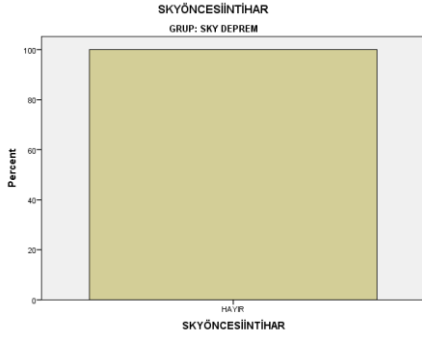


Grafik 6: Depremzede SKY’li bireylerin egzersize devam durumu

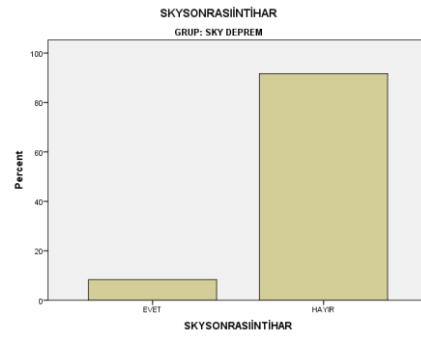


Grafik 7: Depremzede SKY’li bireylere bakım verenlerin dağılımı

Deprem öncesi psikiyatrik destek alan hasta 2 kişiyken, deprem sonrası psikiyatrik destek alan 18 kişi vardı. Şu anda psikiyatrik ilaç tedavisi alan hiçbir hasta yoktu. SKY sonrası intihar girişiminde bulunan 2 kişi vardı (Grafik 8 ve 9).



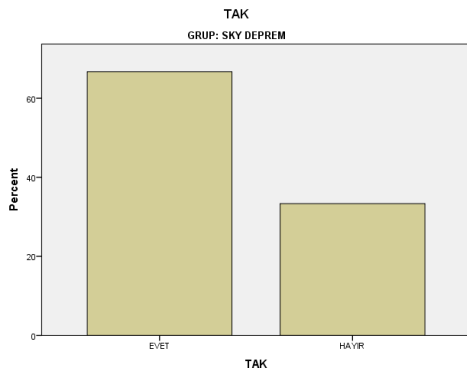
Grafik 8: SKY öncesi depremzede bireylerde intihar oranı



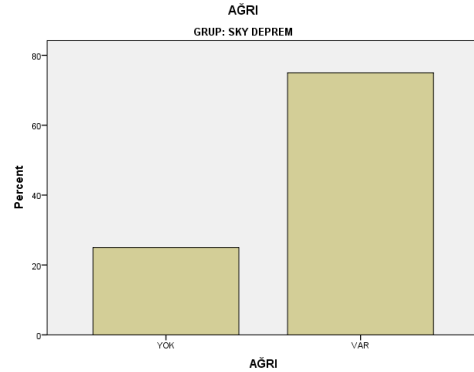
Grafik 9: SKY sonrası intihar oranları

Deprem öncesi alkol kullanan 2 hasta vardı, deprem sonrasında bu 2 hasta alkolü bırakırken, farklı 2 hasta alkol kullanımına başlamıştı. Deprem öncesi sigara içen 4 hasta varken, deprem sonrası sadece 2 hasta sigara içmekteydi.

16 hasta temiz aralıklı kateterizasyon uygularken, 2 hasta kalıcı sonda kullanıyordu ve 6 hasta kateter kullanmıyor ve istemli olarak idrarını yapabiliyordu. 18 hasta felçli bölgesinde ağrı hissederken, 6 hastada ağrı şikâyeti yoktu (Grafik 10 ve 11).



Grafik 10: Depremzede SKY'li hastalarda TAK uygulama oranları



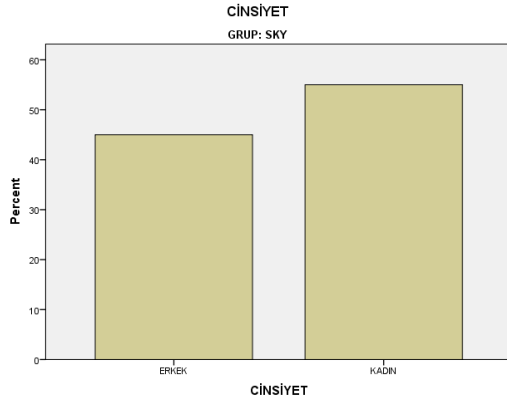
Grafik 11: Depremzede SKY'li bireylerde ağrı oranları

12 hasta cinsellik ile ilgili sorun yaşarken kalan 12'si sorun yaşamadığını bildirdi. 18 hasta daha önce bası yarası geçirdiğini bildirirken bu hastaları 6 tanesi bası yarası nedeniyle ameliyat edilmişti. Halen bası yarasına sahip 4 hasta vardı.

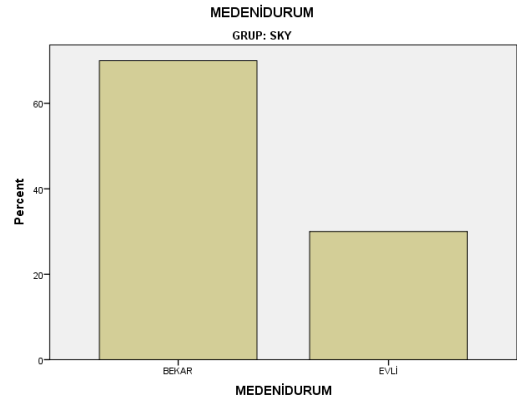
Tablo 1: Depremzede SKY’li bireylerin bazı demografik verileri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
YAŞ	24	27,0	63,0	42,583	12,0865
YARALANMA SÜRE	24	1,00	16,00	13,7500	5,29365
ÇOCUK SAYISI	24	,0	7,0	1,583	2,0207

Deprem dışı SKY’li grupta toplam 40 hastanın 22’si kadın 18’si erkek cinsiyete sahipti. Bu hastaların 12’si evli, 28’i bekârdı. Evli olan 12 hastadan 2 hasta 1, 2 hasta 4, 2 hasta da 5 çocuğa sahip iken 34 hasta çocuk sahibi değildi (Grafik 12 ve 13).

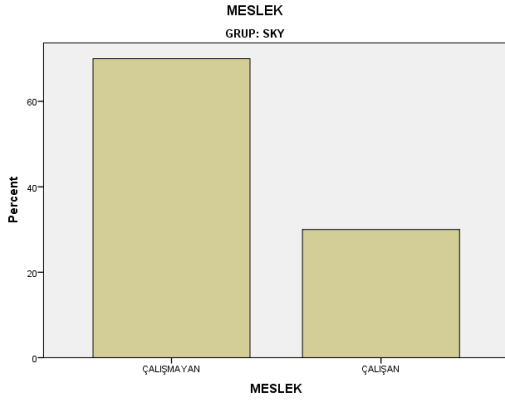


Grafik 12: Deprem dışı SKY’li bireylerin cinsiyet dağılımı

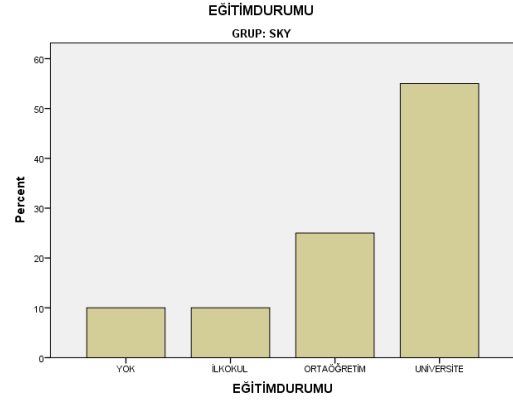


Grafik 13: Deprem dışı SKY’li bireylerin medeni durum dağılımı

Bu gruptan 28 hasta bir işte çalışmazken 12 hasta çalışmaktaydı. Yaralanma sonrası çalışmayan bu 28 hastadan 10’u yaralanma öncesi çalışmaktaydı. 22 hasta üniversite mezunu, 10 hasta lise, 4 hasta ilköğretim mezunu ve 4 hasta ise okur-yazar değildi (Grafik 14 ve 15).

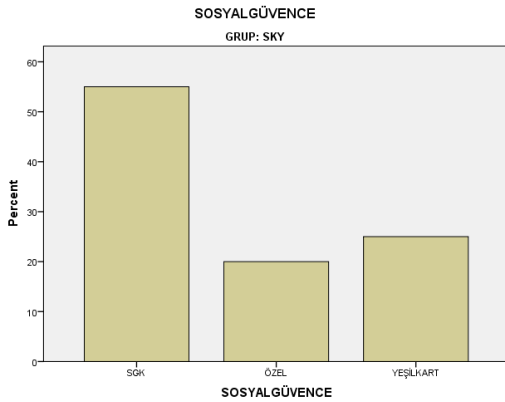


Grafik 14: Deprem dışı SKY’li bireyler çalışma durumları

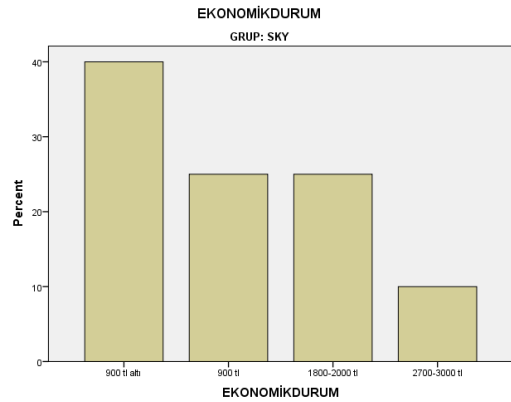


Grafik 15: Deprem dışı SKY’li bireylerin eğitim durumu dağılımları

Deprem dışı SKY’li hastalar; ekonomik durum olarak 16 hasta 900 TL ve altı, 10 hasta 900-1800 TL, 10 hasta 1800-3600 TL ve 4 hasta 3600 TL üzerinde aylık kazançla sahipti. 28 hasta maddi sorunu olmadığını bildirirken, 12 hasta maddi sorun yaşadığını bildirdi. 22 hasta sosyal güvenlik kurumu, 8 hasta özel ve 4 hasta ise yeşil kart sağlık güvencesine sahipti.



Grafik 16: Deprem dışı SKY’li bireylerde sosyal güvence dağılımı



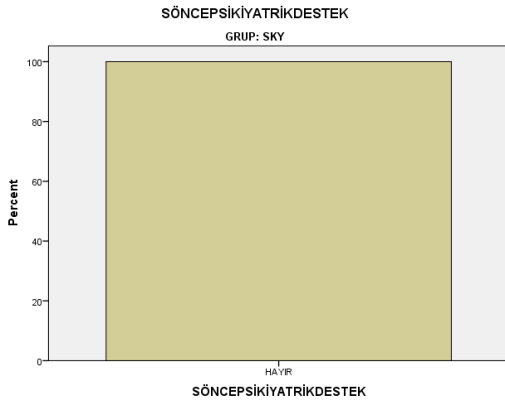
Grafik 17: Deprem dışı SKY’li bireylerin ekonomik durum dağılımları

Deprem dışı SKY’li hastaların 32’si tekerlekli sandalye ile mobilize iken, 2 hasta walker ile, 2 hasta baston ile, 4 hasta da yardımsız yürümekteydi. Hastaların 36’sı yaralanma sonrası nöroşirurji ameliyatı sonrası enstrümantasyon ile stabilize edilirken, 4 hasta opere olmamıştı.

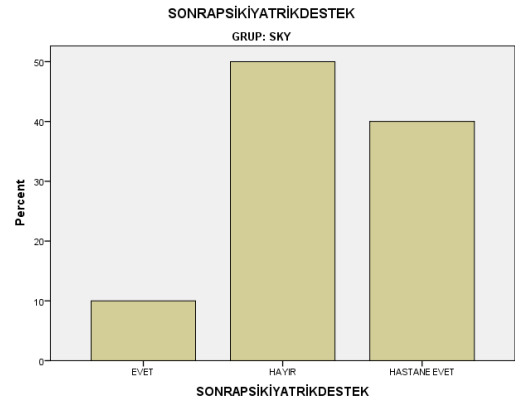
Nörolojik muayene sonucuna göre torakal bölge deprem dışı spinal kord yaralanmasına sahip 36 hastadan T4,T5,T7 ve T11 seviyesine 2'şer hasta, T6 seviyesine sahip 10 hasta, T8 seviyesi 8 hasta ve T10 seviyesi 10 hasta bulunmaktaydı. Lomber yaralanmaya sahip 4 hastanın L2 ve L4 seviyesi yaralanmaya sahip olan 2'şer hasta bulunmaktaydı. ASIA bozukluk skalasına (ABS) göre 24 hasta evre A, 10 hasta evre B, 4 hasta evre C ve 2 hasta evre D idi.

Deprem dışı SKY'li hastalardan 20'si egzersizini günlük yaparken, 20 hasta da düzenli egzersiz yapmamaktaydı. Bakım verenlerin 14'ü eşleri, 12'si anne-baba ve 14'ü ise kardeş ve yakın akrabalar idi.

Deprem dışı SKY'li bireylerden yaralanma öncesi psikiyatrik destek alan bulunmazken, yaralanma sonrası psikiyatrik destek alan 20 birey vardı. Şu anda psikiyatrik ilaç tedavisi alan 6 hasta bulunurken, 34 hasta ise şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi görmemekteydi. SKY sonrası intihar girişiminde bulunan hasta yoktu.



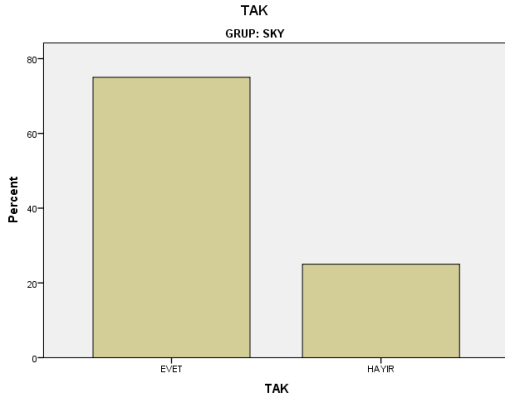
Grafik 18: Deprem dışı SKY'li bireylerin yaralanma öncesi psikiyatrik destek oranı



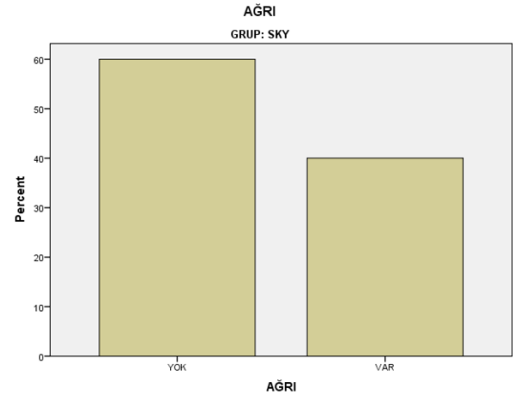
Grafik 19: Yaralanma sonrası destek alma oranı

Yaralanma öncesi alkol kullanan 8 hasta vardı, yaralanma sonrası 4 hasta alkolü bırakırken, 4 hasta alkol alımına devam etmekteydi. Yaralanma öncesi sigara içen 14 hasta varken, şu anda 12 hasta sigara içmekteydi.

30 hasta temiz aralıklı kateterizasyon uygularken, 10 hasta istemli olarak idrarını yapabiliyordu. 16 hasta alt ekstremitede ağrı hissederken, 24 hastada ağrı şikayeti yoktu (Grafik 20 ve 21).

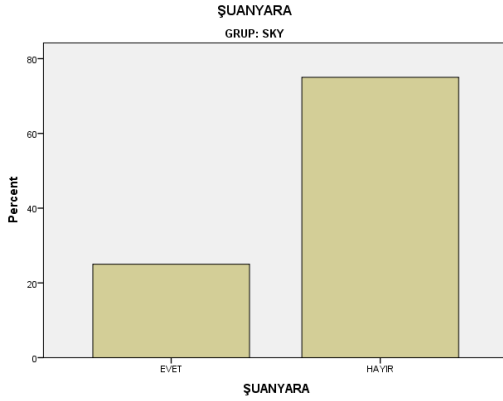


Grafik 20: Deprem dışı SKY’li bireylerde TAK uygulama oranları

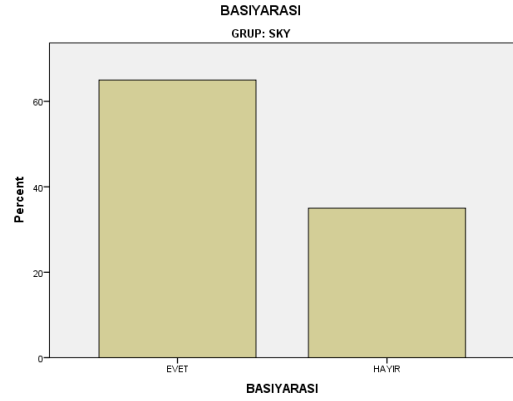


Grafik 21: Deprem dışı SKY’li bireylerde ağrı oranları

26 hasta daha önce bası yarası geçirdiğini bildirirken bu hastaların 14’ü bası yarası nedeniyle ameliyat edilmişti. 12 hasta pansuman ile tedavi edilmişti. Halen bası yarasına sahip 10 hasta vardı (Grafik 22 ve 23).



Grafik 22: Deprem dışı SKY’li bireylerde şu anda bası yarası sıklığı



Grafik 23: Deprem dışı SKY’li bireyleri daha önce bası yarası hikayesi

Tablo 2: Deprem dışı SKY’li bireylerin bazı demografik verileri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
YAŞ	40	20,0	45,0	34,100	8,0714
SKY SÜRESİ	40	1,00	31,00	13,0500	9,99724
ÇOCUK SAYISI	40	,0	5,0	,500	1,3955
TAK SÜRESİ	40	,0	18,0	4,800	5,8092

Deprem dışı ve depremde SKY'li bireylerin sosyal destek skorları, psikososyal uyum alt birimlerinin skorları, depresyon skorları ve yaşam kalitesi alt birimlerinin bazı sayısal dağılımları Tablo 3'te belirtilmiştir.

Tablo 3: Deprem dışı SKY'li hastaların Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Yaşam Kalitesi değerlendirme, Beck depresyon ölçeği sonuçlarının minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri

DEPREM DIŞI SKY	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
ÇBASDÖ	40	25,0	84,0	63,400	18,0712
HPUÖÖ-SBO	40	4,0	17,0	9,800	3,2053
HPUÖÖ-MÇ	40	2,0	17,0	8,850	4,2584
HPUÖÖ-AÇ	40	3,0	17,0	9,200	4,1116
HPUÖÖ-Sİ	40	,0	18,0	10,900	6,0079
HPUÖÖ-GAİ	40	,0	9,0	4,500	3,0522
HPUÖÖ-SÇ	40	,0	17,0	8,000	5,8038
HPUÖÖ-PB	40	,0	19,0	6,550	4,7069
FF	40	,0	44,4	14,970	13,9818
FR	40	,0	100,0	31,250	39,6324
A	40	,0	100,0	43,900	34,6910
GS	40	5,0	82,0	39,650	23,1682
VT	40	5,0	90,0	49,500	24,4357
SF	40	25,0	100,0	76,250	26,2516
ER	40	,0	100,0	58,345	28,3684
MS	40	28,0	100,0	66,600	19,3048
BDÖ	40	,0	33,0	13,900	10,6024

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, ÇBASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık, Beck depresyon ölçeği,

Tablo 4: Depremzede SKY'li hastaların Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Yaşam Kalitesi değerlendirme, Beck depresyon ölçeği minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri

DEPREMZEDE SKY	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
ÇBASDÖ	24	48,0	84,0	65,417	11,0984
HPUÖÖ-SBO	24	1,0	15,0	8,417	3,6296
HPUÖÖ-MÇ	24	1,0	16,0	9,750	4,1148
HPUÖÖ-AÇ	24	2,0	13,0	7,417	3,7285
HPUÖÖ-Sİ	24	4,0	15,0	9,750	3,7689
HPUÖÖ-GAİ	24	,0	13,0	4,250	4,1369
HPUÖÖ-SÇ	24	,0	18,0	9,083	5,3845
HPUÖÖ-PB	24	,0	12,0	5,000	4,2853
FF	24	,0	75,0	6,250	21,6506
FR	24	,0	100,0	18,750	38,6196
A	24	,0	100,0	58,417	34,5555
GS	24	40,0	100,0	67,667	15,6921
VT	24	20,0	90,0	58,333	21,1417
SF	24	25,0	100,0	85,417	27,0906
ER	24	,0	100,0	72,225	34,3340
MS	24	24,0	92,0	72,667	18,3567
BDÖ	24	2,0	31,0	12,833	9,6185

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki
HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-PB:
Psikolojik Baskı, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı;
GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık, Beck depresyon
ölçeği

Her iki grup yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve ekonomik parametreler yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 5,6, 7 ve 8).

Tablo 5: Her iki grubun cinsiyet dağılımları

		CİNSİYET		P
		ERKEK	KADIN	
GRUP	DEPREM DIŞI	18	22	,465
	SKY	45,0%	55,0%	
	DEPREMZEDE	14	10	
	SKY	58,3%	41,7%	

Tablo 6: Her iki grubun medeni durumlarının dağılımları

		MEDENİ DURUM		P
		BEKAR	EVLİ	
GRUP	DEPREM DIŞI	28	12	,114
	SKY	70,0%	30,0%	
	DEPREMZEDE	10	14	
	SKY	41,7%	58,3%	

Tablo 7: Her iki gruba ait çalışma durumları

		MESLEK		P
		ÇALIŞMAYAN	ÇALIŞAN	
GRUP	DEPREM DIŞI	28	12	,399
	SKY	70,0%	30,0%	
	DEPREMZEDE	20	4	
	SKY	83,3%	16,7%	

Tablo 8: Her iki gruba ait eğitim durumu dağılımları

		EĞİTİM DURUMU				p	
		YOK	İLKOKUL	ORTAÖĞR.	ÜNİVERSİTE		
GRUP	DEPREM DIŞI	N	4	4	10	22	,269
	SKY	%	10,0%	10,0%	25,0%	55,0%	
	DEPREMZEDE	N	2	8	8	6	
	SKY	%	8,3%	33,3%	33,3%	25,0%	

Tablo 9: Her iki grubun ekonomik durum dağılımları

		EKONOMİK DURUM					p	
		900 tl altı	900 tl	1800-2000tl	2700-3000	3600 tl üstü		
GRUP	DEPREM DIŞI	N	16	10	10	4	0	,580
	SKY	%	40,0%	25,0%	25,0%	10,0%	10,0%	
	DEPREMZEDE	N	10	6	6	0	2	
	SKY	%	41,7%	25,0%	25,0%	0%	8,3%	

Deprem dışı nedenlere bağlı SKY'li hastalar ile depremzede SKY'li hasta grupları yaralanma süresi, ASİA bozukluk skalası evreleme ve nörolojik seviye açısından karşılaştırıldığında; $p > 0,05$ olmak üzere ABS evreleri ve yaralanma süreleri arasında anlamlı fark saptanmazken, nörolojik seviyelerde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi $p < 0,05$. Deprem dışı nedenlere bağlı SKY'li bireylerde torakal yaralanma daha sık görülürken, depremzede SKY'li bireylerde lomber seviye daha sık olarak saptandı.

Tablo 10: Her iki grubun yaralanma seviyelerinin dağılımları

		NÖROLOJİKSEVİYE			
		TORAKAL	LOMBER	p	
GRUP	DEPREM DIŞI	N	36	4	,001
	SKY	%	80,0%	20,0%	
	DEPREMZEDE	N	6	18	
	SKY	%	25,0%	75,0%	

Deprem dışı SKY’li hasta grubu ile depremde SKY’li hastalar yaralanma sonrası medeni halleri, kimin bakım verdiği, ev egzersiz programı devamlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmazken ($p>0,05$), şu an ki çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında deprem dışı SKY’li bireylerin yaralanma sonrası anlamlı olarak daha fazla oranda tam ya da yarı zamanlı işe başladıkları saptandı ($p<0,05$) (Tablo 11 ve 12).

Tablo 11: Her iki grubun yaralanma sonrası medeni durumları

		SKY SONRASI MEDENİ HAL		P	
		EVLİ	BEKAR		
GRUP	DEPREM DIŞI	N	12	28	,114
	SKY	%	30,0%	70,0%	
	DEPREMZEDE	N	14	10	
	SKY	%	58,3%	41,7%	

Tablo 12: Her iki grubun yaralanma sonrası çalışma durumları

		ŞU ANDA ÇALIŞMA DURUMU				P	
		TAM	YARI	YOK	SKY MALUL		
GRUP	DEPREM DIŞI	N	10	2	0	28	,017
	SKY	%	25,0%	5,0%	0,0%	70,0%	
	DEPREMZEDE	N	4	0	10	10	
	SKY	%	16,7%	0,0%	41,7%	41,7%	

Her iki grup SKY öncesi psikiyatrik destek alma açısından karşılaştırıldığında fark saptanmazken ($p>0,05$), depremzede SKY'li bireylerde yaralanma sonrası psikiyatrik destek alma oranları anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Şu anda herhangi bir antidepresan ilaç kullanımını yönünden karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 13 ve 14)

Tablo 13: Hastaların yaralanma öncesi psikiyatrik destek durumları

	YARALANMA ÖNCESİ PSİKİYATRİK DESTEK		P	
	EVET	HAYIR		
	GRUP			
DEPREM DIŞI SKY	N %	0 0,0%	40 100,0%	,190
DEPREMZEDE SKY	N %	2 8,3%	22 91,7%	

Tablo 14: Hastaların yaralanma sonrası psikiyatrik destek durumları

	YARALANMA SONRASI PSİKİYATRİK DESTEK			
	EVET	HAYIR	P	
GRUP				
DEPREM DIŞI SKY	N %	20 50,0%	20 50,0%	,047
DEPREMZEDE SKY	N %	18 0,75%	6 25,0%	

Her iki grup ağrı yönünden değerlendirildiğinde; depremzede SKY’li bireyler deprem dışı SKY’li bireylere oranla istatistiksel olarak daha fazla oranda ağrıya sahipti ($p<0,05$). (Tablo 15)

Tablo 15: Her iki grubun ağrı dağılımları

		AĞRI		P
		YOK	VAR	
GRUP	DEPREM DIŞI	N	24	0,047
	SKY	%	60,0%	
	DEPREMZEDE	N	6	
	SKY	%	25,0%	

Deprem dışı SKY’li grup ile depremzede SKY’li bireyler arasında yaralanma öncesi ve sonrası alkol-sigara kullanımı benzer oranda ($p>0,05$) saptanırken, her iki grubun cinsel yaşam yönünden karşılaştırıldığı değerlendirmede depremzede SKY’li bireylerin deprem dışı SKY’li bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla cinsellik problemi yaşadığı saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 16)

Ayrıca temiz aralıklı katater (TAK) kullanımı, maddi sıkıntı yaşama, bası yarası geçirme hikayesi ve şu anda bası yarası olup-olmaması açısından da oranlar her iki grupta benzer saptandı ($p>0,05$). (Tablo 16,17 ve 18)

Tablo 16: Hastaların cinsellik problemi yaşamalarına yönelik dağılımlar

		CİNSELLİK		P
		YOK	VAR	
GRUP	DEPREM DIŞI	N	38	,003
	SKY	%	95,0%	
	DEPREMZEDE	N	12	
	SKY	%	50,0%	

Tablo 17: Hastaların daha önce bası yarası oluşma oranları

		BASİ YARASI HİKAYESİ		P	
		EVET	HAYIR		
GRUP	DEPREM DIŞI SKY	N	26	14	,555
		%	65,0%	35,0%	
	DEPREMZEDE SKY	N	59,1%	70,0%	
		%	18	6	
		%	75,0%	25,0%	

Tablo 18: Hastaların şu an ki bası yarası oranları

		ŞUAN YARA VAR MI?		P	
		EVET	HAYIR		
GRUP	DEPREM DIŞI SKY	N	10	30	,581
		%	25,0%	75,0%	
	DEPREMZEDE SKY	N	4	20	
		%	16,7%	83,3%	

Deprem dışı ve depremzede SKY'li her iki grubun sosyal destek toplam puan, psikososyal uyum alt grupları ve depresyon puanları anlamlı farklılık taşımaz iken, SF-36 alt ölçeklerinden FF (Fiziksel Fonksiyon) deprem dışı SKY grubunda anlamlı olarak yüksek, GS (genel sağlık) puanları ise depremzede SKY'li hastalarda anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 19 ve 20).

Tablo 19: Deprem dışı ve depremzede SKY'li bireylerin yaşam kalitesi alt birimleri ve Beck depresyon ortalama, standart sapma ve p değerleri

GRUP		Ortalama	Standart Sapma	N	p
DEPREM DIŞI SKY	FF	14,970	13,8014	40	,005
	FR	31,250	39,1209	40	,226
	A	43,900	34,2433	40	,348
	GS	39,650	22,8692	40	,001
	VT	49,500	24,1204	40	,329
	SF	76,250	25,9128	40	,218
	ER	58,345	28,0024	40	,154
	MS	66,600	19,0557	40	,240
	BDÖ	13,900	10,4656	40	,845
DEPREMZEDE SKY	FF	6,250	21,1747	24	,005
	FR	18,750	37,7708	24	,226
	A	58,417	33,7960	24	,348
	GS	67,667	15,3472	24	,001
	VT	58,333	20,6769	24	,329
	SF	85,417	26,4951	24	,218
	ER	72,225	33,5793	24	,154
	MS	72,667	17,9532	24	,240
	BDÖ	12,833	9,4071	24	,845

FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Tablo 20: Deprem dışı ve Depremzede SKY’li bireylerin yaşam kalitesi alt birimleri ve Beck depresyon ortalaması, standart sapma ve p değerleri

GRUP		Ortalama	Standart Sapma	N	p
DEPREM DIŞI SKY	ASDÖ	63,400	17,8380	40	,891
	HPUÖÖ-SBO	9,800	3,1639	40	,468
	HPUÖÖ-MÇ	8,850	4,2035	40	,470
	HPUÖÖ-AÇ	9,200	4,0585	40	,234
	HPUÖÖ-Sİ	10,900	5,9304	40	,412
	HPUÖÖ-GAİ	4,500	3,0128	40	,596
	HPUÖÖ-SÇ	8,000	5,7289	40	,668
	HPUÖÖ-PB	6,550	4,6462	40	,423
DEPREMZEDE SKY	ASDÖ	65,417	10,8544	24	,891
	HPUÖÖ-PSU	8,417	3,5499	24	,468
	HPUÖÖ-MÇ	9,750	4,0244	24	,470
	HPUÖÖ-AÇ	7,417	3,6465	24	,234
	HPUÖÖ-Sİ	9,750	3,6860	24	,412
	HPUÖÖ-GAİ	4,250	4,0459	24	,596
	HPUÖÖ-SÇ	9,083	5,2661	24	,668
	HPUÖÖ-PB	5,000	4,1911	24	,423

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki
HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-PB:
Psikolojik Baskı, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Deprem dışı ve depremzede SKY'li hastaların ASDÖ puanları ve hastalığa psikososyal uyum ölçeği (HPUÖÖ) alt birimlerinin puanları korele edildiğinde; deprem dışı SKY'li bireylerin ASDÖ puanları ile HPUÖÖ alt birimleri arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, depremzede SKY'li bireylerde sosyal destek puanları ile psikososyal uyum ölçeği alt birimlerinden HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre ($p<0,05$), HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişki ($p<0,01$) ve HPUÖÖ-GAİ: Akraba İlişkileri ($p<0,01$) uyum puanları anlamlı olarak ilişkiliydi (Tablo 21).

Tablo 21: Deprem dışı ve depremzede SKY'li bireylerin sosyal destek panlarının psikososyal uyum alt birimleri ile korelasyonu

GRUP		HPUÖÖ SBO	HPUÖÖ MÇ	HPUÖÖ AÇ	HPUÖÖ Sİ	HPUÖÖ GAİ	HPUÖÖ SÇ	HPUÖÖ PB
DEPREM DIŞI SKY	r	-,165	,092	,017	,294	-,227	-,010	-,155
	p	,309	,570	,916	,065	,159	,953	,340
	N	40	40	40	40	40	40	40
DEPREMZEDE SKY	r	,147	-,416	,129	-,541	-,832	-,319	-,367
	p	,495	,043	,547	,006	,000	,129	,078
	N	24	24	24	24	24	24	24

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki
HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-PB:
Psikolojik Baskı, ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Deprem dışı ve depremzede SKY'li hastaların depresyon puanları ve yaşam kalitesi alt birimlerinin puanları korele edildiğinde; depresyon puanları ile yaşam kalitesi alt birimlerinden A: Ağrı, GS: Genel Sağlık, V: Vitalite, ER: Emosyonel Rol ve MS: Mental Sağlık puanlarında hem deprem dışı SKY hem de depremzede SKY grubunda anlamlı bir negatif ilişki vardı, ayrıca deprem dışı SKY'li bireylerde fiziksel rol puanları deprem dışı SKY'lilerde depresyon puanları ile anlamlı negatif ilişkiye sahipti. FF: Fiziksel Fonksiyon ve SF: Sosyal Fonksiyon değerlerinde her iki grupta da depresyon puanlarıyla anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 22).

Tablo 22: Deprem dışı ve depremzede SKY'li bireylerin depresyon puanları ve yaşam kalitesi alt birimlerinin korelasyonu

GRUP		FF	FR	A	GS	VT	SF	ER	MS
DEPREM DIŞI SKY	r	-,262	-,546**	-,541**	-,430**	-,746**	-,179	-,347*	-,689**
	p	,102	,000	,000	,006	,000	,269	,028	,000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
DEPREMZEDE SKY	r	-,191	-,076	-,622**	-,682**	-,580**	-,141	-,869**	-,623**
	p	,371	,722	,001	,000	,003	,511	,000	,001
	N	24	24	24	24	24	24	24	24

FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Deprem dışı ve depremzede SKY'li hastaların depresyon puanları ve sosyal destek puanları korele edildiğinde; depremzede SKY'li hastaların depresyon puanları ile sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer taraftan deprem dışı SKY'li bireylerde anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23: Deprem dışı ve depremzede SKY'li bireylerin depresyon puanları ve sosyal destek puanlarının korelasyonu

GRUP			BDÖ	ASDÖ
DEPREM DIŞI SKY	BDÖ	r	1	-,133
		p		,413
		N	40	40
	ASDÖ	r	-,133	1
		p	,413	
		N	40	40
DEPREMZEDE SKY	BECK	r	1	-,594
		p		,002
		N	24	24
	ASDÖ	r	-,594	1
		p	,002	
		N	24	24

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Her iki grubun depresyon puanları ile psikososyal uyum alt birimleri korele edildiğinde; HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre ve HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı puanlarında her iki grupta da pozitif anlamlılık saptanırken, , HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi ve HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre puanlarında sadece deprem dışı SKY’li bireylerde, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri puanlarında da sadece depremde SKY’li grupta anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 24 ve 25).

Tablo 24: Deprem dışı ve depremde SKY’li bireylerin depresyon puanları ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu

GRUP		HPUÖÖ SBO	HPUÖÖ MÇ	HPUÖÖ AÇ	HPUÖÖ Sİ	HPUÖÖ GAİ	HPUÖÖ SÇ	HPUÖÖ PB
DEPREM DIŞI SKY	BDÖ	r	,047	,465	,404	,246	,146	,656
		p	,772	,003	,010	,126	,367	,000
		N	40	40	40	40	40	40
DEPREMZEDE SKY	BDÖ	r	,192	,442*	,144	,164	,689**	,192
		p	,368	,031	,502	,443	,000	,370
		N	24	24	24	24	24	24

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, BDÖ: Beck depresyon ölçeği

Deprem dışı ve depremde SKY’li hastaların HPUÖÖ alt birimlerinden HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri ve HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre ile yaşam kalitesi alt birimleri korele edildiğinde; HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri ile ER: Emosyonle Rol korelasyonu her iki grupta da anlamlıyken, V: Vitalite sadece deprem dışı SKY’li grupta anlamlıydı. HPUÖÖ-SÇ deprem dışı SKY’li grupta FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; MS: Mental sağlık yaşam kalitesi alt birimleriyle anlamlılık gösterirken, depremde SKY’li grupta sadece GS: Genel sağlık ile anlamlı olarak ilişkiliydi. HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi deprem dışı SKY grubunda tüm yaşam kalitesi alt birimleriyle anlamlı iken, depremde grubunda sadece FF: Fiziksel fonksiyon ve A:Ağrı alt birimleri anlamlılık göstermekteydi ($p<0,05$) (Tablo 25 ve 26).

Tablo 25: Deprem dışı SKY'li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu

GRUP		FF	FR	A	GS	VT	SF	ER	MS	
DEPREM DIŞI SKY	HPUÖÖ GAİ	r	-,159	,005	-,097	-,217	-,265	-,255	-,415	-,138
		P	,326	,973	,550	,179	,099	,113	,008	,397
		N	40	40	40	40	40	40	40	40
	HPUÖÖ SÇ	r	-,542	-,555	-,593	-,380	-,698	-,311	-,182	-,520
		P	,000	,000	,000	,015	,000	,051	,262	,001
		N	40	40	40	40	40	40	40	40
	HPUÖÖ AÇ	r	-,327	-,436	-,578	-,537	-,460	-,661	-,316	-,622
		P	,040	,005	,000	,000	,003	,000	,047	,000
		N	40	40	40	40	40	40	40	40

HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık

Tablo 26: Depremzede SKY'li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu

GRUP		FF	FR	A	GS	VT	SF	ER	MS	
DEPREMZEDE SKY	HPUÖÖ GAİ	r	-,247	-,132	-,242	-,325	-,416*	-,248	-,523**	-,007
		P	,244	,540	,255	,121	,043	,242	,009	,973
		N	24	24	24	24	24	24	24	24
	HPUÖÖ SÇ	r	-,180	,003	,305	-,401	-,302	-,396	-,183	-,063
		P	,399	,990	,148	,047	,151	,055	,392	,769
		N	24	24	24	24	24	24	24	24
	HPUÖÖ AÇ	r	-,458*	-,328	-,538**	-,322	,200	-,069	-,280	-,360
		P	,025	,118	,007	,125	,349	,747	,185	,084
		N	24	24	24	24	24	24	24	24

HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi, HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri, HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre, FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık

Deprem dışı ve depremzede SKY'li hastaların HPUÖÖ'nün HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon alt biriminin yaşam kalitesi alt birimleriyle korelasyonunda; deprem dışı SKY'lilerde sadece SF: Sosyal Fonksiyon birimi anlamlılık gösterirken, depremzede grupta sadece A: Ağrı alt birimi anlamlılık göstermekteydi. HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre deprem dışı SKY grubunda FR, A, GS, VT, SF, ER alt birimleriyle anlamlılık gösterirken, depremzede grupta FF: Fiziksel Fonksiyon, FR: Fiziksel Rol, A: Ağrı, GS: Genel Sağlık, ER: Emosyonel Rol alt birimleriyle anlamlı olarak ilişkiliydi. HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki deprem dışı SKY grubunda sadece MS: Mental Sağlık ile anlamlı korele iken, depremzede grupta FF: Fiziksel Fonksiyon, A: Ağrı, SF: Sosyal Fonksiyon ve MS: Mental Sağlık yaşam kalitesi alt birimleri anlamlıydı (Tablo 27 ve 28).

Tablo 27: Depremzede SKY'li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu

GRUP		FF	FR	A	GS	VT	SF	ER	MS	
DEPREM DIŞI SKY	HPUÖÖ SBO	r	,208	-,207	-,140	-,211	-,304	-,466**	-,019	-,304
		p	,198	,200	,388	,192	,057	,002	,905	,056
		N	40	40	40	40	40	40	40	40
	HPUÖÖ MÇ	r	-,232	-,485**	-,500**	-,646**	-,486**	-,363*	-,316*	-,249
		p	,150	,002	,001	,000	,001	,021	,047	,122
		N	40	40	40	40	40	40	40	40
	HPUÖÖ Sİ	r	-,100	-,075	-,180	-,035	-,056	-,308	,170	-,355*
		p	,538	,647	,266	,830	,732	,053	,295	,024
		N	40	40	40	40	40	40	40	40
	HPUÖÖ PB	r	-,325*	-,436**	-,396*	-,348*	-,645**	-,347*	-,542**	-,858**
		p	,041	,005	,011	,028	,000	,028	,000	,000
		N	40	40	40	40	40	40	40	40

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki,
HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite;
SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık

Tablo 28: Depremzede SKY'li bireylerin yaşam kalitesi ve psikososyal uyum alt birimlerinin korelasyonu

GRUP			FF	FR	A	GS	VT	SF	ER	MS
DEPREMZEDE SKY	HPUÖÖ SBO	r	-,123	,231	-,499	,248	-,079	,160**	-,045	-,304
		p	,567	,277	,013	,242	,714	,456	,835	,090
		N	24	24	24	24	24	24	24	24
	HPUÖÖ MÇ	r	-,517	-,540**	-,457**	-,528**	-,345**	-,178*	-,568*	-,301
		p	,010	,006	,025	,008	,099	,404	,004	,153
		N	24	24	24	24	24	24	24	24
	HPUÖÖ Sİ	r	-,480	-,199	-,413	-,134	-,171	-,595	,105	-,444*
		p	,017	,351	,045	,533	,424	,002	,624	,030
		N	24	24	24	24	24	24	24	24
	HPUÖÖ PB	r	,000	-,151**	-,822*	-,729*	-,331**	-,333*	-,577**	-,712**
		p	1,000	,481	,000	,000	,114	,112	,003	,000
		N	24	24	24	24	24	24	24	24

HPUÖÖ-SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyon, HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre, HPUÖÖ-Sİ: Seksüel ilişki,

HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı, FF: Fiziksel fonksiyon; FR: Fiziksel rol; A: Ağrı; GS: Genel sağlık; VT: Vitalite; SF: Sosyal fonksiyon; ER: Emosyonel rol; MS: Mental sağlık

V. TARTIŞMA

Gölcük depremi sonrası 1999 yılında SKY gelişen ortalama yaşı 42.5 ± 12 olan 27-63 yaş aralığındaki 10'u kadın 14'ü erkek 24 depremzede paraplejik hastaya ulaşıldı. Nörolojik seviye 10 hastada L1, 8 hastada T12, 2 hastada T10, 2 hastada T6, 2 hastada ise T4 olarak saptandı. Depremzede SKY'liler ASIA bozukluk skalasına (ABS) göre değerlendirildiğinde 18 (%75) hasta komplet (evre A), 6 hasta (%25) ise inkomplet (4 hasta evre B, 2 hasta evre C) parapleji idi. Kontrol grubundaki 40 deprem dışı SKY'liye göre, depremzede SKY'liler olay sonrası daha fazla psikiyatrik destek almışlardı (%50'ye karşılık %75). Şu anda daha fazla vücut ağrısına sahiptiler (%40'a karşılık %80) ve cinsel yaşamlarında daha fazla sorun (%5'e karşılık %50) yaşadıklarını bildirdiler. Depremzede ve deprem dışı SKY grubunda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, psikososyal uyum ve Beck depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). SF-36 alt skorlarından FF: Fiziksel Fonksiyon deprem dışı SKY'lilere göre depremzedelerde daha düşük ($p = 0.05$), GS: Genel Sağlık ($p = 0.01$) ise daha yüksek olarak saptandı.

Spinal yaralanmalar deprem ilişkili travma hastalarının %13-15'ini oluşturmaktadır [74]. Deprem dışı yaralanmalarda enkaz altında kalma sonrası SKY nadiren görülürken, depremde gelişen SKY'nin çoğu enkaz altında kalmaya bağlı gelişir [75, 76].

Deprem sırasında yüksekte atlama sonrası da SKY daha az sıklıkta olmak üzere gelişebilmektedir. Bizim depremzede hastalarımızdan sadece 1'i yüksekte atlama sonrası SKY'ye sahipti; 23 hasta ise enkaz altında kalmaya bağlı SKY'ye sahipti.

Deprem dışı spinal kord yaralanmalarının çoğu en sık servikal olmak üzere daha sonra sırasıyla torasik, torakolomber ve lumbosakral bölgelerde görülmektedir [77].

Benzer şekilde bizim çalışmamızdaki deprem dışı SKY grubundaki 40 hastadan 2 tanesi L2 ve 2 tanesi de L4 olmak üzere sadece 4 hasta (%10) lomber yaralanmaya sahipti. 24 hasta orta torakal (T4-T8) seviye (2 hasta T4, 2 hasta T5, 10 hasta T6, 2 hasta T7, 8 hasta T8); 11 hasta ise alt torakal (T10-T11) seviyeye (10 hasta T10, 2 hasta T11) sahipti. Deprem dışı SKY grubuna tetraplejik hasta dahil etmedik.

Dong ve ark.[74] 2008'de Çin'in Sincan eyaletinde 8.0 şiddetindeki deprem sonrası SKY gelişen 223 kişi ile diğer nedenler sonrası SKY'li 223 hastayı karşılaştırdılar. Depremzedelerde lomber spinal yaralanmalar daha fazla iken, depremzede olmayan grupta servikal yaralanmalar daha fazla saptandı.

Bizim 24 kişilik depremzede grubumuzda da 18 kişi (%75) torakolomber bileşkede yaralanmaya sahipti (10 hasta L1, 8 hasta T12). Böylece bizim çalışmamızda da depremzedelerde lomber yaralanma, kontrol grubuna göre daha fazla saptandı. Tauqir ve ark. da 2005 yılında yaşanan Pakistan depreminde T12-L3 spinal yaralanma sıklığını daha fazla saptamıştır [78].

Dong ve ark. ile Tauqir ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde biz de depremzedelerde torakolomber bileşke yaralanma sıklığını daha fazla bulduk.

8 Ekim 2005'de Kuzey Pakistan'daki deprem sonrası yaklaşık 87.000 kişi ölmüş, 100.000 kişi yaralanmıştır. Yaralananların yaklaşık 600'ü paraplejiye sahip olarak bir depremde oluşan en yüksek sayıya ulaşılmıştır. Tauqir ve ark. bu kişilerin 194'ünün demografik ve tıbbi verilerini bildirmişlerdir. Buna göre erkek-kadın oranı 1:3 idi ve %78'i 16-39 yaş aralığındaydılar. %62 lomber, %25 torasik, %9 torakolomber %2 tetrapleji ve çok az sayıda sakral yaralanma vardı. ASIA Bozukluk Skalasına göre hastalar %46 AIS A, %4 AIS B, %11 AIS C, %9 AIS D ve %14 AIS E idi.

Bizim çalışmamızda depremzedelerde ASIA bozukluk ölçeğine (ABS) göre 18 hasta (%75) evre A, 4 hasta (%17) evre B, 2 hasta (%8) evre C idi. Deprem dışı SKY'de ise 24 hasta (%60) evre A, 10 hasta (%25) evre B, 4 hasta (%10) evre C, 2 hasta (%5) evre D idi.

Ağrı doku hasarıyla ilişkili istenmeyen duysal ve emosyonel bir tecrübedir ve SKY hastalarında sık bir komplikasyondur. SKY hastalarında ağrı prevalansı %25-96 ve depremzede SKY'lilerde %33-100 oranında bildirilmiştir [79, 80]. Bizim çalışmamızda ise depremzede SKY'li hastalarımızın %80'i lezyon seviyesi altında vücut ağrısına sahip iken, deprem dışı SKY'li hastalarımızdaki ağrı oranı ise %40 idi ($p<0.05$).

Depresyon

SKY sonrası erken dönemde depresyon, anksiyete, alkol bağımlılığı, uyku bozukluğu, iştah kaybı, ağrılar, ciltte dökülmeler, konsantrasyonda güçlükler, problemlerden kaçma, problemle ilgili fazlaca zihinsel meşguliyet, öfke, utanç ve suçluluk hisleri gibi tepkiler açığa çıkmaktadır [37, 81].

SKY'li bireylerde depresyon %25-40 oranında bildirilmiştir [36].

Yapılan çalışmalar, Beck Depresyon Ölçeği değerlendirmesine göre; Alınacak 0-10 puan normal, 11-17 puan hafif depresyon, 18-23 puan orta derece depresyon, 24 puan ve üstü ağır depresyon şeklinde yorumlanmaktadır. Bizim 24 depremzede SKY hastamızın 11'inde 0-10 puan, 6 hastada 11-17 puan, 3 hastada 18-23 puan, 4 hastada 24 puan ve üzeri olmak üzere depresyon oranı %54 olarak saptanmıştır. Deprem dışı SKY grubunda depresyon oranı %50 olarak saptanmıştır. Deprem dışı SKY grubuyla karşılaştırıldığında depremzede SKY'lilerde depresyon oranı ve dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Cohen ve Leonard kronik hastalıkların depresyona yol açmasıyla ilgili birkaç mekanizma olabileceğini bildirdi. Fiziksel hastalıkların başka yönleriyle birlikte ağrı ve özürlülük de depresyona birkaç yolla katkıda bulunabilir: Biyolojik maddelerdeki değişiklikler (hormonlar ve uyku gibi), davranışlar (bozulmuş başa çıkma stratejileri gibi), bilişsel bozukluklar (yanlış inanışlar) ve sosyal etkileşim (sosyal ilişkilerin kötüleşmesi) [82, 83].

Bedirli 2014 yılında yaptığı çalışmada 403 sağlıklı katılımcının yer aldığı ve Gölçük depreminden yaklaşık 3 ay sonra meydana gelen Düzce depreminden 14 yıl sonra olası post deprem dışı stres bozukluğunu %12.4 ve depresyon oranını %7 olarak bulmuştur [43].

Gölçük depreminden 8, 14 ve 20 ay sonra 1000, 586 ve 1027 kişilik üç ayrı çalışmada depremzedelerde depresyon prevalansı sırasıyla %33, %18 ve %42 olarak bildirilmiştir [43].

Dünyadaki depremzedelerde depresyon oranları %7 ile %52 arasında bildirilmektedir. Oranlardaki bu büyük farklılıklar afetin şiddeti, bireysel faktörler ve toplumsal faktörlerin etkileri (Garrison vd., 1993; Saylor, 1993) ile çalışmaların

metodolojik özelliklerinin birbirinden farklılık göstermesi (örn. ölçeklerin öz bildirim ölçeği ya da klinik görüşme olması), travmadan sonra geçen süre, araştırmanın yapıldığı ülkenin depremde ne kadar etkilendiği gibi etkenlerle açıklanabilmektedir.

Bedirli ve ark.'nın 15 yıllık süreye sahip sağlıklı depremde grubuyla aynı süreye sahip SKY grubumuzda %54 civarında saptadığımız depresyon oranı, deprem sonrası gelişen SKY gibi özürüllüğe yol açan durumlarda depresyon oranının normal kişilerden çok daha yüksek olabileceğini göstermiştir [43].

Bizim depremde SKY grubumuzda ortalama süre 15.4 yıl, deprem dışı SKY grubunda ise ortalama 18.3 yıl idi. Kronik SKY'de depresyon, hastalık süresi arttıkça hastanın hastalığına psikososyal uyumunun zamanla artışına bağlı olarak daha az görülmektedir. Böylece bizim depremde hastalarımızdaki istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte daha düşük depresyon oranları deprem dışı SKY grubuna göre SKY süresinin daha kısa olmasıyla ilgili olabilir.

Heinemann ve ark. SKY geçiren yetişkinlerin yarısından çoğunun kazadan sonra alkol ve bazı uyuşturucu madde kullandıklarını ve SKY olan insanlar arasındaki intihar oranının Amerika, Avrupa ve Avusturalya'daki genel nüfusa göre beş kat daha fazla olduğunu bulmuştur [38].

Deprem öncesi alkol kullanan 2 hasta varken, deprem sonrasında bu 2 hasta alkolü bırakırken, farklı 2 hasta (%0.08) alkol kullanımına başlamıştı. deprem dışı SKY'de ise yaralanma öncesi alkol kullanan 8 hasta varken, şu anda 4 hasta alkolü bırakırken, 4 hasta (%1) alkol alımına devam etmekteydi. Alkol bağımlılığı açısından depremde ve deprem dışı SKY grubu arasında fark saptanmadı ($p>0.05$).

Olay sonrası psikiyatrik destek alma oranı deprem dışı SKY'lilere göre %48 (19/40) depremde SKY'lilerde %71 (17/24) olarak anlamlı olarak yükseldi ($p<0.05$). Depremde SKY'li grupta intihar girişiminde bulunan 2 kişi vardı. Deprem dışı SKY sonrası ise intihar girişiminde bulunan hasta yoktu.

Türkiye'de 2013 yılı ölümle sonuçlanan intihar oranı yüz binde 4.19 ile Avrupa'nın en düşük oranına sahiptir [84].

SKY sonrası erken dönemde ortaya çıkan depresyon, anksiyete, alkol bağımlılığı, uyku bozukluğu, problemlerden kaçma, problemle ilgili fazlaca zihinsel meşguliyet, öfke, utanç ve suçluluk hisleri gibi tepkiler ve depremzedelerde daha sık rastlanabilen travma sonrası stres bozukluğu intihara teşebbüs oranının yüksekliğini açıklayabilir.

Deprem dışı SKY'li hasta grubu ile depremzede SKY'li hastalar yaralanma sonrası medeni halleri, kimin bakım verdiği, ev egzersiz programı devamlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmadı. ($p>0,05$).

Şu anki çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında deprem dışı SKY'li bireylerin (12 hasta: %30) depremzede SKY'lilere göre (4 hasta: %17) yaralanma sonrası anlamlı olarak daha fazla oranda tam ya da yarı zamanlı işte çalıştıkları saptandı ($p=0,017$).

Yaşam Kalitesi

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 puan arasında değerlendirilmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

Bizim çalışmamızda SF-36 alt skorlarında fiziksel fonksiyon depremzedelerde daha düşük ($p=0.05$), genel sağlık algısı ($p=0.01$) ise daha yüksekti.

Rehabilitasyondaki yeni gelişmeler ve sağlık ve özürlülük ölçümü için biyopsikososyal modelin ortaya çıkması, hayatta kalma oranlarının yıllar içerisinde artması SKY rehabilitasyonunun öncelikli amacını olarak fiziksel fonksiyonu iyileştirmekten çok yaşam kalitesi ve topluma uyumu arttırmaya odaklanmıştır [85].

Psikososyal Uyum

Başlı başına bir travma niteliğinde olan ve pek çok zorlu yaşam koşulunu da beraberinde getiren SKY gibi bir hastalığa psikososyal uyumun sağlanması ve bu

bireylerin psikopatolojik semptomlarına müdahale edilmesi bu hastaların yaşam kaliteleri ve topluma kazandırılmaları açısından oldukça önemlidir [86].

Sosyal Destek

Sosyal destek, sağlıklı insanların zorlu yaşam olayları ile başa çıkmasında yardımcı olduğu gibi SKY gibi oldukça yıkıcı olabilen bir hastalık sürecinde de oldukça etkilidir. Sosyal destek insan yaşamını her yönden etkileyen, uzun ve zorlu bir hastalık olan SKY’de hastalığın gidişatını etkilemede ve hastalığa psikososyal uyumda çok önemlidir [37].

Deprem dışı SKY’li bireylerin algılanan sosyal destek ölçeği (ASDÖ) puanları ile psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği (HPUÖÖ) alt birimleri arasında anlamlı ilişki gözlenmezken, depremzede SKY’li bireylerde sosyal destek ölçeği ile psikososyal uyum ölçeği alt birimlerinden HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre ($p=0,043$, $r=-0.416$), HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişki ($p=0,006$, $r=-0.541$) ve HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri ($p=0,0001$, $r=-0.832$) arasında ters yönde anlamlı ilişki saptandı. Yani depremzede SKY’li hastalarda sosyal destek algısı arttıkça mesleki, seksüel ve akraba uyumlarında da artış görülüyordu.

Depremzede SKY grubunda Beck depresyon puanları ile yaşam kalitesi alt birimlerinden A: Ağrı ($p=0.001$, $r=-0.622$), GS: Genel Sağlık ($p=0.000$, $r=-0.682$), vitalite ($p=0.003$, $r=-0.580$), ER: Emosyonel Rol ($p=0.000$, $r=-0.869$) ve MS: Mental Sağlık ($p=0.001$, $r=-0.623$) değerleri arasında kuvvetli anlamlı bir ters ilişki saptandı. Ters ilişki artan depresyon şiddetinin yaşam kalitesini azaltabileceğini göstermektedir.

Depremzede SKY’li hastaların Beck depresyon puanları ile sosyal destek algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde kuvvetli negatif ilişki saptanmıştır ($p=0,002$, $r=-0.596$). Diğer taraftan deprem dışı SKY’li bireylerde Beck depresyon ile sosyal destek algısı puanları arasında anlamlı ilişki yoktu ($p=0,41$).

Depremzede SKY’li hastaların Beck depresyon puanları ile psikososyal uyum alt birimleri puanları arasındaki ilişki araştırıldığında HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre arasında orta derecede ($p=0.031$, $r=0.442$), HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri arasında kuvvetli ($p=0.000$, $r=0.689$) ve HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı arasında da istatistiksel olarak anlamlı kuvvetli ilişki ($p=0.000$, $r=0.807$) saptandı.

Depremzede SKY'lilerin psikososyal uyum ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grupları arasındaki ilişki araştırıldı. HPUÖÖ-SÇ: Sosyal Çevre ile GS: Genel Sağlık arasında orta derecede anlamlı ($p=0.047$, $r=-0.401$), HPUÖÖ-GAİ: Geniş Aile İlişkileri ile V: Vitalite ve ER: Emosyonel Rol arasında orta derecede anlamlı (sırasıyla $p=0.043$, $r=-0.416$ ve $p=0.009$, $r=-0.523$), HPUÖÖ-AÇ: Aile Çevresi ile FF: Fiziksel Fonksiyon ve A: Ağrı arasında orta derecede anlamlı (sırasıyla $p=0.025$, $r=-0.458$ ve $p=0.007$ ve $r=-0.538$) ilişki saptandı. HPUÖÖ-SBO ile A: Ağrı arasında orta derecede anlamlı ($p=0.013$, $r=-0.499$) ilişki saptandı. HPUÖÖ-MÇ: Mesleki Çevre ve FF: Fiziksel Fonksiyon ($p=0.01$, $r=-0.517$), FR: Fiziksel Rol ($p=0.06$, $r=-0.540$), A: Ağrı ($p=0.025$, $r=-0.457$), GS: Genel Sağlık ($p=0.008$, $r=-0.528$), ER: Emosyonel Rol ($p=0.004$, $r=-0.568$) arasında orta derecede anlamlı ilişki saptandı. HPUÖÖ-Sİ: Seksüel İlişki ve FF: Fiziksel Fonksiyon ($p=0.017$, $r=-0.480$) ile SF: Sosyal Fonksiyon ($p=0.002$, $r=-0.595$) arasında ters yönde anlamlı bir ilişki varken, A: Ağrı ($p=0.045$, $r=0.413$) ve MS: Mental Sağlık ($p=0.030$, $r=0.444$) arasında pozitif yönde orta derecede kuvvetli bir ilişki saptandı. HPUÖÖ-PB: Psikolojik Baskı ve A: Ağrı ($p=0.000$, $r=-0.822$), GS: Genel Sağlık ($p=0.000$, $r=-0.729$), ER: Emosyonel Rol ($p=0.003$, $r=-0.577$) ve MS: Mental Sağlık ($p=0.000$, $r=-0.712$) arasında ters yönde kuvvetli ilişki saptandı.

VI. SONUÇ

Çalışmamız Türkiye’de Gölcük depremi sonrası SKY gelişen hastaların demografik özellikleri ile birlikte nörolojik seviye, yaşam kalitesi, depresyon, algılanan sosyal destek ve hastalığa psikososyal uyumunu değerlendiren ve deprem dışı SKY grubu ile karşılaştıran ilk çalışmadır.

1999 yılında SKY gelişen ortalama yaşı 42.5 ± 12 olan 27-63 yaş aralığındaki 10’u kadın 14’ü erkek 24 paraplejik hastaya ulaşıldı. Nörolojik seviye 10 hastada L1, 8 hastada T12, 2 hastada T10, 2 hastada T6, 2 hastada ise T4 olarak saptandı. Depremzede SKY’liler ASIA bozukluk ölçeğine (ABS) göre değerlendirildiğinde 18 (%75) hasta komplet (evre A), 6 hasta (%25) ise inkomplet (4 hasta evre B, 2 hasta evre C) parapleji idi. Kontrol grubundaki 40 deprem dışı SKY’liye göre, depremzede SKY’liler olay sonrası daha fazla psikiyatrik destek almışlardı (%50’ye karşılık %75). Şu anda daha fazla vücut ağrısına sahiptiler (%40’a karşılık %80) ve cinsel yaşamlarında daha fazla sorun (%5’e karşılık %50) yaşadıklarını bildirdiler.

Depremzede ve deprem dışı SKY grubunda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçütü, psikososyal uyum ve Beck depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). SF-36 alt skorlarından fiziksel fonksiyon deprem dışı SKY’lilere göre depremedelerde daha düşük ($p = 0.05$), genel sağlık algısı ($p = 0.01$) ise daha yüksek olarak saptandı.

Çalışmamız Türkiye’de Gölcük depremi sonrası SKY gelişen hastaların demografik özellikleri ile birlikte nörolojik seviye, yaşam kalitesi, depresyon, algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumunu değerlendiren ve deprem dışı SKY grubu ile karşılaştıran ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir.

Depremzede SKY’lilerde nörolojik seviye daha çok torakolomber bileşke çevresinde iken, deprem dışı SKY’lilerde üst ve orta torakal seviyelerde saptanmıştır. Depremzede SKY’liler 15, deprem dışı SKY’liler ise 18 yıl gibi uzun bir SKY süresine sahip oldukları ve hastalığı kabullenme oranları daha yüksek olabileceğinden depresyon, yaşam kalitesi, sosyal destek ve psikososyal uyumlarında farklılık saptanmamış olabilir. Depremzede SKY’liler daha fazla ağrı, daha fazla cinsel sorun ve

daha az iş sahibi olmaları göz önünde tutularak rehabilitasyon programı düzenlenmelidir.

Deprem sonrası SKY gelişen bireylerin psikososyal uyumları üzerinde etkili olan faktörlerin bilinmesi hastaların tıbbi tedavisini yürüten hekimler için yol gösterici nitelikte olabilir. Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar artmış sosyal desteğin depremzede SKY'li hastanın psikopatolojik durumu, hastalığa psikososyal uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki önemini ortaya koymuştur. Dolayısıyla sosyal desteğin oluşturulabilmesine yönelik programların geliştirilmesi, bu programlar kapsamında bakım verenlere yönelik eğitimler tasarlanması depremzede SKY'li hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal uyumunu artırmaya, depresyonun oluşmasının engellenmesine ve sosyal adaptasyonun sağlanmasına katkıda bulunabilir.

VII. ÖZET

SPİNAL KORD YARALANMALI DEPREMZEDELERDE FONKSİYONEL DURUM, DEPRESYON, YAŞAM KALİTESİ, SOSYAL DESTEK VE PSİKOSOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Rehabilitasyondaki yeni gelişmeler ve biyopsikososyal modelin ortaya çıkması, SKY rehabilitasyonunda öncelikli hedef olarak fiziksel fonksiyonu iyileştirmekten çok yaşam kalitesi ve topluma uyumu artırmaya odaklanılmasına yol açmıştır.

Bu çalışmada 1999 yılında gerçekleşen Gölcük depreminde SKY gelişen bireylerin demografik verileri ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, algıladıkları sosyal destek ve psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi amaçlandı. Ayrıca bu bulgular deprem dışı nedenlerle SKY gelişen hastaların sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

Gölcük depremi sonrası 1999 yılında SKY gelişen ortalama yaşı 42.5 ± 12 olan 27-63 yaş aralığındaki 10'u kadın 14'ü erkek 24 paraplejik hastaya ulaşıldı. Depremzede ve deprem dışı SKY grubunda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçütü, psikososyal uyum ve Beck depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). SF-36 alt skorlarından fiziksel fonksiyon deprem dışı SKY'lilere göre depremzedelerde daha düşük ($p = 0.05$), genel sağlık algısı ($p = 0.01$) ise daha yüksek olarak saptandı.

Depremzede SKY'li hastalar; daha fazla oranda lezyon seviyesi altında ağrı (%80'e karşılık %40) ($p = 0.047$), cinsel yaşamda daha fazla oranda problem (%50'ye karşılık %5) ($p = 0.003$), ASIA bozukluk skalasına göre daha alt nörolojik seviyede yaralanma, yaralanma sonrası daha fazla oranda psikiyatrik destek alma (%75'e karşılık %50) ve deprem dışı SKY'li gruba göre daha az iş hayatına dönme oranlarına sahipti (%17 ye karşılık %30) ($p = 0,017$).

Çalışmamız Türkiye'de Gölcük depremi sonrası SKY gelişen hastaların demografik özellikleri ile birlikte nörolojik seviye, yaşam kalitesi, depresyon, algılanan sosyal destek ve psikososyal uyumunu değerlendiren ve deprem dışı SKY grubu ile karşılaştıran ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Depremzede SKY'liler daha fazla ağrı, daha fazla cinsel sorun ve daha az iş sahibi olmaları göz önünde tutularak rehabilitasyon programı düzenlenmelidir.

VIII. SUMMARY

EVALUATION OF FUNCTIONAL STATUS, DEPRESSION, QUALITY OF LIFE, SOCIAL SUPPORT AND PSYCHOSOCIAL ADAPTATION IN EARTHQUAKE VICTIMS

Spinal cord injury (SCI) is a cause of disability affecting patient's physical, social, cognitive and emotional functions. New developments in rehabilitation and invention of bio-psychosocial evaluation model of disability resulted in improvement of quality of life and adaptation to the society rather than improvement physical functional status, which is primary goal.

This study aims evaluation of depression, anxiety, quality of life, social support and psychosocial adaptation perception in persons who had SCI following Gölcük earthquake in 1999. Also these findings were compared to with non-earthquake SCI patients.

We identified 24 paraplegic patients (14 men, 10 women) who had SCI with mean age of 42.5 ± 12 , ranging from 27 to 63. The difference between social support measurement perception, psychosocial adaptation and Beck depression scores were not earthquake victims with SCI and control group statistical significant ($p=0.05$). SF-36 scores for physical functioning were lower in non-earthquake SCI patients than in earthquake victims.

Patients with earthquake SCI had more pain in below lesion (%80 versus %40) ($p=0.047$), had more sexual problems (%50 versus %5) ($p=0.003$), had lower employment rate (% 17 versus %30), had lower neurological level according AIS and got more psychiatric support (%50 versus %75) than non- earthquake SCI patients.

Our study is important because it is the first analysis comparing neurologic level, quality of life, depression, perceived social support and psychosocial adaptation in earthquake SCI patients to those of non-earthquake SCI patients. Rehabilitation program must be compose while keeping in mind that people with SCI due to earthquake have more pain, sexual problems and higher unemployment rate.

IX. KAYNAKLAR

1. Marino, R.J., et al., *International standards for neurological classification of spinal cord injury*. J Spinal Cord Med, 2003. 26 Suppl 1: p. S50-6.
2. Chiu, W.T., et al., *Review paper: epidemiology of traumatic spinal cord injury: comparisons between developed and developing countries*. Asia Pac J Public Health, 2010. 22(1): p. 9-18.
3. Singh, A., et al., *Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury*. Clin Epidemiol, 2014. 6: p. 309-31.
4. Sabre, L., et al., *Traumatic spinal cord injury in two European countries: why the differences?* Eur J Neurol, 2013. 20(2): p. 293-9.
5. Sabre, L., et al., *High incidence of traumatic spinal cord injury in Estonia*. Spinal Cord, 2012. 50(10): p. 755-9.
6. Shingu, H., et al., *A nationwide epidemiological survey of spinal cord injuries in Japan from January 1990 to December 1992*. Paraplegia, 1995. 33(4): p. 183-8.
7. Dixon, G.S., J.N. Danesh, and T.H. Caradoc-Davies, *Epidemiology of spinal cord injury in New Zealand*. Neuroepidemiology, 1993. 12(2): p. 88-95.
8. Karacan, I., et al., *Traumatic spinal cord injuries in Turkey: a nation-wide epidemiological study*. Spinal Cord, 2000. 38(11): p. 697-701.
9. Dryden, D.M., et al., *The epidemiology of traumatic spinal cord injury in Alberta, Canada*. Can J Neurol Sci, 2003. 30(2): p. 113-21.
10. Silberstein, B. and S. Rabinovich, *Epidemiology of spinal cord injuries in Novosibirsk, Russia*. Paraplegia, 1995. 33(6): p. 322-5.
11. Lasfargues, J.E., et al., *A model for estimating spinal cord injury prevalence in the United States*. Paraplegia, 1995. 33(2): p. 62-8.
12. Pickett, G.E., et al., *Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Canada*. Spine (Phila Pa 1976), 2006. 31(7): p. 799-805.
13. Knutsdottir, S., et al., *Epidemiology of traumatic spinal cord injuries in Iceland from 1975 to 2009*. Spinal Cord, 2012. 50(2): p. 123-6.
14. Otom, A.S., et al., *Traumatic spinal cord injuries in Jordan--an epidemiological study*. Spinal Cord, 1997. 35(4): p. 253-5.

15. Shingu, H., et al., *Spinal cord injuries in Japan: a nationwide epidemiological survey in 1990*. Paraplegia, 1994. 32(1): p. 3-8.
16. Rathore, M.F., et al., *Traumatic spinal cord injuries at a tertiary care rehabilitation institute in Pakistan*. J Pak Med Assoc, 2008. 58(2): p. 53-7.
17. Chen, H.Y., et al., *A nationwide epidemiological study of spinal cord injuries in Taiwan from July 1992 to June 1996*. Neurol Res, 1997. 19(6): p. 617-22.
18. Karamehmetoglu, S.S., et al., *Traumatic spinal cord injuries in southeast Turkey: an epidemiological study*. Spinal Cord, 1997. 35(8): p. 531-3.
19. *Spinal cord injury facts and figures at a glance*. J Spinal Cord Med, 2013. 36(1): p. 1-2.
20. Obalum, D.C., et al., *Profile of spinal injuries in Lagos, Nigeria*. Spinal Cord, 2009. 47(2): p. 134-7.
21. Krause, J.S., et al., *A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury*. Arch Phys Med Rehabil, 2008. 89(8): p. 1482-91.
22. Selassie, A.W., et al., *Determinants of in-hospital death after acute spinal cord injury: a population-based study*. Spinal Cord, 2013. 51(1): p. 48-54.
23. Sabre, L., et al., *Mortality and causes of death after traumatic spinal cord injury in Estonia*. J Spinal Cord Med, 2013. 36(6): p. 687-94.
24. van den Berg, M.E., et al., *Survival after spinal cord injury: a systematic review*. J Neurotrauma, 2010. 27(8): p. 1517-28.
25. Özcan O, Turan B. Omurilik yaralanmaları rehabilitasyonu. In Özcan O, Arpacıoğlu O, Turan B (Eds). Nörorehabilitasyon. Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi. Bursa 2000 pp101-115
26. <ERHAN B (Erhan B. *Medulla Spinalis Yaralanmalarında Nörolojik Muayene*. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* (2000) 48 (6), 20-23).pdf>.
27. Michaelis, L.S., *International inquiry on neurological terminology and prognosis in paraplegia and tetraplegia*. Paraplegia, 1969. 7(1): p. 1-5.
28. Kirshblum, S.C., et al., *Reference for the 2011 revision of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. J Spinal Cord Med, 2011. 34(6): p. 547-54.
29. American Spinal Injury Association Standards for neurological classification of spinal injured patients. Chicago, IL: ASIA; 1982

30. Cohen, M.E., et al., *A test of the 1992 International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury*. *Spinal Cord*, 1998. 36(8): p. 554-60.
31. Donovan WH, Brown DJ, Ditunno JF Jr, Dollfus P, Frankel HL. Neurological issues. *Spinal Cord* 1997;35:275-81
32. American Spinal Injury Association/International Medical Society of Paraplegia International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury patients. American Spinal Injury Association. Chicago, IL; 2000
33. American Spinal Injury Association ASIA Learning Center. [accessed 2011 Oct 5]. Available from www.asialearningcenter.com
34. Kirshblum, S.C., et al., *International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011)*. *J Spinal Cord Med*, 2011. 34(6): p. 535-46.
35. Daniels L, Worthingham C: *Muscle Testing: Techniques of Manual Examination*. 3rd ed. Philadelphia Saunders, 1972
36. Kennedy, P., et al., *Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries*. *Br J Clin Psychol*, 2003. 42(Pt 1): p. 41-52.
37. Aktaş, A. (2013) Spinal kord (omurilik) yaralanmalı hastalar ve bakım verenleri: bakım alma ve bakım verme sürecindeki psikososyal değişkenler açısından sosyal destek karşılıklığının biçimlendirici ve temel etkileri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
38. HAMMELL, W.:1992“Psychological And Sociological Theories Concerning Adjustment To Traumatic Spinal Cord Injury: The Implications For Rehabilitation”, *Paraplegia*, 30, 317-326.
39. Heinemann, A.W., et al., *Substance use and receipt of treatment by persons with long-term spinal cord injuries*. *Arch Phys Med Rehabil*, 1991. 72(7): p. 482-7.
40. ÖZKAN S., A.Z.P.-O., *Form Reklam Hizmetleri*, İstanbul.
41. FANN, J.R., et al.: 2011 “Depression After Spinal Cord Injury: Comorbidities, Mental Health Service Use, and Adequacy of Treatment”, *Arch Phys Med Rehabil*, 92, 352-60

42. Bhatti, et al.: (2008). Head Trauma Due to Earthquake October, 2005 - Experience of 300 Cases at the Combined Military Hospital Rawalpindi. Journal of The College of Physicians and Surgeons Pakistan, 18 (1), 22-26
43. B., B., *Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: düzce depremi'nden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. . Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı, (2014)*
44. ALKAN, N.A., “ Distress Reaction Of Victims Of 1 October 1995 Dinar Earthquake : An Analysis Within The Cognitive Theory Uf Stress And Coping” ODTÜ Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1998
45. Güvercin A. (2006) Depremzede anneler ve çocuklarının depresyon düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Ana Bilim Dalı
46. Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., & Livanou, M. (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. Journal of Traumatic Stress, 15(4), 269- 276.
47. LIPOWSKI, Z.J.:1983“Psychosocial Reactions To Physical Illness”, Can MedAssoc J, 128, 1069-1072
48. ADAYLAR, M.: 1995 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum,Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri.Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul ÜniversitesiSağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
49. BİROL, L.: 2002 Hemşirelik Süreci, Genişletilmiş 5. Baskı, İzmir.BLANES, L.,CARMAGNANI,M.I.S., FERREİRA,L.M., 2007“Health- Related Quality Of Life Of Primary CaregiversOf Persons With Paraplegia”, Spinal Cord, 45, 399– 403
50. EKER, D., ARKAR, H.: 2001 “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirligi”, Türk Psikiyatri Dergisi, 12/1, 17-25.
51. EKİNCİ, H., EKİCİ, S.: 2003 “ İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma”, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 27/1, 109 120.
52. HALLAÇ, S.: 2010 Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin KansereTepki, Vücut Algısı, Başetme Ve PsikososyalUyumlarına Yönelik

Yapılan Grup Müdahalesinin Değerlendirilmesi, Psikiyatri Hemşireliği Programı,
Doktora Tezi, Ankara

53. ARDAHAN, M.: 2006 “Sosyal Destek ve Hemşirelik”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9/2, 67-73
54. ELAL, G., KREPSİ, M.: 1999 “Life Events, Social Support And Depresson In Hemodialysis Patients”, Journal of Community and Applied Social Psychology, 9, 23-33.
55. DRORY, Y., KRAVETZ, S., FLORIAN, V.: 1999 “Psychosocial Adjustment In Patients After A First Acute Myocardial Infarction: The Contribution Of Salutogenic And Pathogenic Variables”, Arch phys Med Rehabil, 80, 811-818.
56. ÖZGÜR, G.: 1993 “Sosyal Destek ve Sağlık”, Türk Hemşireler Dergisi,43/2, 25-26
57. OKYAYUZ, Ü.: 1999 Sağlık Psikolojisi, 1.Baskı, Ankara, Türk PsikologlarDerneği
58. Kaniasty, K., & Norris, F. H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. Journal of Personality and Social Psychology, 64(3), 395.
59. Tedeschi, R.G., Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Routledge.
60. Hobfoll, S.E., Shoham, S. B., & Ritter, C. (1991). Women's satisfaction with social support and their receipt of aid. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 332- 341.
61. Freedy, J.R., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention (Special issue). Journal of Social Behavior and Personality, 8(5), 49–63.
62. Shelby, J.S.T., M. G. (1995). Crisis intervention with survivors of natural disaster lessons from Hurricane Andrew. Journal of Counseling and Development, 73, 491-497.
63. Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 1, 34-41.
64. Oguz H, D.E., Dursun N:Tıbbi Rehabilitasyon 2. baskı Nobel tıp kitabevleri, pp:117-158,2004

65. Granger C, K.-H.M., Johnston M, Deutsch A, Braun S; Fiedler R; Physical medicine and rehabilitation. Braddom RL ed. WB Saunders, Philadelphia, 1996; 239255.
66. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473–83
67. Koçyiğit H. et al. Kısa Form–36 (KF-36)’nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Romatizmal Hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102–6
68. Andresen EM, Meyers AR. Health–related quality of life outcomes measures. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(Suppl 2): 30–45
69. Forcheimer M, M.M., Tate DG. Use of the SF-36 among persons with spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil 2004; 83: 390–5.
70. Mossberg K, McFarland C. A patient-oriented health status measure in outpatient rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2001; 80: 896–902
71. TEGIN, B., Depresyonda Bilişsel Bozukluklar : Beck Modeline Göre Bir İnceleme. Basılmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, 1980.
72. HISLI, N., “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği Güvenirliliği”, Psikoloji Dergisi . Cilt 7, s: 23, S: 3-4, Kasım, 1989.
73. DEROGATIS, L.R.: 1992 “The Brief Symptom Inventory-BSI Administration, Scoring And Procedures Manual-II”, Baltimore: Clinical Psychometric Research Inc
74. Dong, Z.H., et al., *Earthquake-related versus non-earthquake-related injuries in spinal injury patients: differentiation with multidetector computed tomography*. Crit Care, 2010. 14(6): p. R236.
75. Wintermark, M., et al., *Thoracolumbar spine fractures in patients who have sustained severe trauma: depiction with multi-detector row CT*. Radiology, 2003. 227(3): p. 681-9.
76. Durham, R.M., et al., *Evaluation of the thoracic and lumbar spine after blunt trauma*. Am J Surg, 1995. 170(6): p. 681-4; discussion 684-5.
77. Velez DA, Newell DW: Spine injuries. In Neurosurgery: Principles and Practice. Edited by: Moore AJ, Newell DW. London: Springer; 2005:379-405.

78. Tauqir, S.F., et al., *Complications in patients with spinal cord injuries sustained in an earthquake in Northern Pakistan. J Spinal Cord Med*, 2007. 30(4): p. 373-7.
79. Wen, H., et al., *Spinal cord injury-related chronic pain in victims of the 2008 Sichuan earthquake: a prospective cohort study. Spinal Cord*, 2013. 51(11): p. 857-62.
80. Dijkers, M., T. Bryce, and J. Zanca, *Prevalence of chronic pain after traumatic spinal cord injury: a systematic review. J Rehabil Res Dev*, 2009. 46(1): p. 13-29.
81. Hammell, K.R., *Psychological and sociological theories concerning adjustment to traumatic spinal cord injury: the implications for rehabilitation. Paraplegia*, 1992. 30(5): p. 317-26.
82. Cano, A., J.N. Weisberg, and R.M. Gallagher, *Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. Pain Med*, 2000. 1(1): p. 35-43.
83. Leonard, M.T., A. Cano, and A.B. Johansen, *Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. J Pain*, 2006. 7(6): p. 377-90.
84. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049>.
85. Hu, X., et al., *Analysis of functional status, quality of life and community integration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community. J Rehabil Med*, 2012. 44(3): p. 200-5.
86. ERGÜNEY, E.v.a., *Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Bireylerde Psikopatolojik Semptomların Değerlendirilmesi. V. Lisansüstü Öğrencileri Kongresinde Poster Sunumu.*, 2011. Doğu Üniversitesi, İstanbul.

X. EKLER

EK-1: Spinal Kord Yaralanmalı Hasta Değerlendirme Formu

İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON AD.

SPİNAL KORD YARALANMALI (SKY) HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Form No:

ADI SOYADI:

CİNSİYETİ:

YAŞI:

Medeni Durumu:

Mesleği:

İşi (Maaş):

Tel Ev:

Cep:

ICD KODU (G82) :

EĞİTİM DURUMU:

1- Okur-yazar değil, 2-Okur – yazar, 3-İlkokul, 4-Ortaokul, 5-Yüksekokul

EKONOMİK DURUMU:

1-Asgari ücretin altı

2-Asgari ücret

3-Asgari ücretin 2 katı

4-Asgari ücretin 3 katı

5-Asgari ücretin 4 katı

6-Asgari ücretin 5 katı ve üzeri

SAĞLIK DURUMU

Özür derecesi (%)

Kullandığı Cihaz () Yok () Baston () Kanadien () Koltuk değneği

() Tekerlekli sandalye () Diğer

Kullandığı Protez veya Ortez

SOSYAL GÜVENCE:

a) Kamu

b) Özel

c)İşsiz

d)

Diğer

SKY TARİHİ (Gün/Ay/Yıl):

İLİ:

SKY NEDENİ:

1-Trafik kazası a) Araç içi b) Araçdışı c) Motorsiklet

2-Düşme

3-Suya dalma

4-Ateşli Silah

5-Kesici alet

6-İntihar

7-Spor

8-Endüstri kazaları

9-Enfeksiyon a) Tbc b) Bruselloz c) Nonspesifik

d) Viral

10-Spina bifida

11-Tümör

12- DEPREM

13-Transvers miyelit

1:diğer nedenler

2:deprem

SPİNAL OPERASYON: Geçirdi () Geçirmedi ()

OPERASYON TARİHİ:

SKY SEVİYESİ

Motor seviye

Sağ:

Sol

Duyusal seviye

Sağ:

Sol

T12ve aşağısı 3

ASIA (SKY SINIFLAMASI):A:1 B:2 C:3 D:4

ASHWORTH (SPASTİSİTE DERECEİ):

1. Yaralanmadan sonra medeni durumunuz:

1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor

2. Çocuklarınızın sayısı:

3. Yaralanma öncesi çalışma durumunuz?

1.Tam zamanlı çalışıyordum 2.Yarı zamanlı çalışıyordum 3.Çalışmıyordum

4. Şu andaki çalışma durumunuz?

1.Tam zamanlı çalışıyorum 2.Yarı zamanlı çalışıyorum 3.Çalışmıyorum

4.Yaralanma sebebi ile çalışmıyorum

5. Hastaneye yatış sayınız:.....

6. Hastaneye yatış süresiniz:.....

7. Şu anda kullandığınız ilaçlar nelerdir?:.....

8. Her gün düzenli olarak egzersiz yapar mısınız?

1.Evet 2.Hayır Eğer yapıyorsanız bunlar nelerdir?:.....

9. Size kim bakım veriyor? 1.Anne-Baba 2.Eş 3.Diğer:.....

10. Bakım veren değişti mi? 1.Evet 2.Hayır Evetse neden?:.....

11. Yaralanmadan önce psikiyatrik/psikolojik destek için başvurunuz oldu mu?

1.Evet 2.Hayır

12. Yaralanmadan sonra psikiyatrik/psikolojik destek için başvurunuz oldu mu?

1. Evet, kendi kendime başvurdum 2. Hayır 3. Evet, hastane tarafından yönlendirilerek başvurdum

13. Nasıl bir destek aldınız?1.İlaç 2.Terapi 1ve2 olana 3 diyelim.....
14. Şu anda psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
15. Evetse kullanılan psikiyatrik ilaçların adı:
16. Ne kadar zamandır psikiyatrik ilaç kullanıyorsunuz?
1.0-3 ay 2.3-6 ay 3.6-12 ay 4.1-2 yıl 5.2 yıldan fazla
17. Psikiyatrik ilaç kullanımınız doktor tarafından takip ediliyor mu?
1.Evet 2.Hayır
18. Yaralanmadan sonra psikiyatrik ilaç kullanıp bıraktığınız oldu mu?
1.Evet 2.Hayır
19. Yaralanmadan önce intihar girişiminiz oldu mu?1.Evet 2.Hayır
20. Yaralanmadan sonra intihar girişiminiz oldu mu?1.Evet 2.Hayır
21. Başka tıbbi bir rahatsızlığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır Evetse nelerdir?:.....
22. Yaralanmadan önce alkol kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
23. Yaralanmadan sonra alkol kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
24. Yaralanmadan önce sigara kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
25. Yaralanmadan sonra sigara kullanımı: 1.Var 2.Yok
Var ise ne kadar zamandır:.....ne miktarda:.....
26. Tak yapıyor musunuz?:1.Evet 2.Hayır
Evetse; ne kadar süredir, ne sıklıkla?:.....
Hayırsa; mesane boşaltımı nasıl gerçekleşiyor? 1. Doğal olarak 2. Diğer:.....
27. Yaralanmanıza bağlı olarak aşağıdaki sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz?
1.Ağrı 2.Spastisite 3.Mesane 4.Solunum 5.Tansiyon
6.Kabızlık 7.Çalışamama 8.Hareket 9.Yakın ilişkiler(eş, aile, arkadaş)
10.Cinsellik 11.Maddi
28. Şimdiye kadar hiç bası yarası açıldı mı?1.Evet 2.Hayır Evetse kaç kez?:.....
Nasıl bir müdahale yapıldı?:.....operasyon:2
Pansuman 1.....
29. Şu an bası yaranız var mı? 1.Evet 2.Hayır

EK-2: KISA FORM-36(SF-36)

1

SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Öne eğilme, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)İki kilometreden çok yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer yaptığımız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmaktaki güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Çok az
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı
- Çok az
- Az
- Orta derecede
- Çok
- Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Epey etkiledi
- Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Çok sınırlı biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorum:

EK 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. **Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.**

- A-** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B-** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C-** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D-** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E-** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- F-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- H-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L.** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim

EK 4: PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

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

BÖLÜM I: Sağlık Bakımına Oryantasyon

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

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

a-Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b-Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c-Bazı ciddi sorunlar var.

d-Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

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

a-Kötü durumda

b-Pek iyi değil

c-Yeterli

d-Çok iyi

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

a-3 gün ve daha az

b-1 hafta

c-2 hafta

d-2 haftadan daha çok

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

a-Şu an hiç önemli değil

b-Oldukça az bir öneme sahip

c-Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d-Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

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

a-Amaçlarım değişmez

c-Amaçlarım önemli ölçüde değişti

b-Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

d-Amaçlarımı tamamen değiştirdim

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

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

BÖLÜM III: Aile Çevresi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7-Hastahığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

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

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

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

BÖLÜM IV: Seksüel İlişki

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a-Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b-Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- c- Önemli cinsel problemlerim var
- d-Cinsellikten tamamen koştum

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

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

BÖLÜM V: Geniş Aile İlişkileri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5-Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

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

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a-Katılımım çok az ya da yok

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

BÖLÜM VII: Psikolojik Baskı

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK-5 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

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