T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SPİNAL KORD (OMURİLİK) YARALANMALI HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE STRESLE BAŞ ETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meliha ÇALIŞIR BACI

SOSYAL HİZMET POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SPİNAL KORD (OMURİLİK) YARALANMALI HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK VE STRESLE BAŞ ETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meliha ÇALIŞIR BACI

SOSYAL HİZMET POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SpinalKord (Omurilik) Yaralanmalı Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumlarının İncelenmesi

Meliha ÇALIŞIR BACI

Yüksek Lisans Tezi

07.05.2018

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Rıza GÖKLER

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN

Doç. Dr. Rıza GÖKLER

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Ender ŞİMŞEK
Enstitü Müdürü V.

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

07.05.2018

Meliha ÇALIŞIR BACI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimi hazırladığım süre içerisinde bana yol gösteren, değerli katkılarıyla beni destekleyen tez danışmanım Doç. Dr. Rıza GÖKLER'e,

Manevi destekleri ve yapıcı önerileriyle çalışmama destek olan, değerli hocalarım Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER ve Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN'e

Tezime olan katkılarından dolayı Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR'a ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümü hocalarıma,

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde beraber çalıştığım, beni destekleyen sosyal servis birimindeki değerli meslektaşlarım sosyal hizmet uzmanı Buket BORAN, Semra ÇALIKOĞLU, Sevgi SOYKÖK ve psikolog Nermin ALTINOK'a bilgi ve becerilerinden faydalandığım Prof. Dr. Canan ÇULHA'ya, Doç. Dr. Elif YALÇIN'a ve Doç Dr. Gökhan Tuna ÖZTÜRK'e

Spinal kord yaralanması gibi çok zor bir hastalıkla mücadele ederken bu çalışmaya katılmayı kabul eden ve tüm hastalara,

Beni bu günlere getiren, her zaman bana inanan, destekçim olan ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem Münevver ÇALIŞIR, babam Mustafa ÇALIŞIR, ablam Mehtap ÇALIŞIR ve abim Muammer ÇALIŞIR'a

Her zaman yanımda olan, tez aşaması boyunca beni büyük bir sabırla destekleyen, cesaretlendiren, canım eşim Harun BACI'ya

Saygı ve sevgilerimi sunuyor, teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Spinal Kord ve Spinal Kord Yaralanması 4
2.1.1. Spinal Kord Yaralanma Derecesi 5
2.1.2. Spinal Kord Yaralanması Komplikasyonları 6
2.1.3. Spinal Kord Yaralanmasının Rehabilitasyonu 9
2.1.4. Spinal Kord Yaralanmalı Hastalara Sosyal Hizmet Uygulamaları 11
2.1.4.1. Spinal Kord Yaralanması Rehabilitasyonunda Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri 13
2.2. Sosyal Destek 18
2.2.1. Sosyal Destek Türleri 19
2.2.2. Algılanan Sosyal Destek 20
2.2.3. Sosyal Destek Kaynakları 21
2.2.4. Sosyal Destek Sağlık İlişkisi 21
2.2.4.1. Tampon Etki Modeli 22
2.2.4.2. Temel Etki Modeli 22
2.2.5. Spinal Kord Yaralanması ve Sosyal Destek 22
2.3. Stres ve Stresle Baş Etme 23
2.3.1. Stres Kavramı 23
2.3.2. Stres Modelleri 24
2.3.3. Stresle Baş Etme 26
2.3.3.1. Problem Odaklı Baş Etme 27
2.3.3.2. Duygu Odaklı Baş Etme 27
2.3.4. Spinal Kord Yaralanması ve Stres 28

3. MATERYAL VE YÖNTEM 30
3.1. Araştırmanın Modeli 30
3.2. Çalışma Grubu 30
3.3. Araştırmanın Etiği 31
3.4. Veri Toplama Araçları 32
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 32
3.4.2. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği 32
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 33
3.5. Verilerin Toplanması 33
3.6. Verilerin Analizi 34
4. BULGULAR 35
4.1. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular 35
4.2. SKY'li Hastalarda Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 38
4.3. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişki ve Anlamlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular 39
5. TARTIŞMA 50
5.1. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 50
5.2. SKY'li Hastalarda Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 54
5.3. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik Özellikleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişki ve Anlamlılık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 60
7. KAYNAKLAR 64

8. EKLER 79
EK-1. Onam Formu 79
EK-2. Kişisel Bilgi Formu 80
EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 82
EK-4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği 83
EK-5. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı 84
EK-6. SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Onayı 85
EK-7. Özgeçmiş 86

ÖZET

Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumlarının İncelenmesi

Bu çalışma spinal kord yaralanması (SKY) olan hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle başa çıkma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış olup ilişkisel tarama modelinde korelasyonel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Ankara ilinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ağustos-Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. SKY'li 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Araştırma hipotezleri bilgisayar ortamında SPSS 21.0 paket programında; sayı, yüzde Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman korelasyon testi yapılmıştır.

Analizler sonucunda SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu, iyimser yaklaşım alt boyutu ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutu ile ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel kişi ve toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu çalışma sonucunda SKY olan hastaların eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, bakım veren kişilerin stresle başa çıkmada anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma sonucunda SKY olan hastaların yaş ve medeni durumunun algılanan sosyal destek üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu sonuçların ışığında, SKY'li hastalarda sosyal desteğin ve stresle başa çıkabilme becerisinin geliştirilmesi, sosyal hizmet uygulamasının önemli bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Hizmet**,** Spinal Kord Yaralanması, Stresle Baş Etme

ABSTRACT

The Examination of Perceived Social Support and Status of Coping with Stress in Patient With Spinal Cord Injury

The aim of this study is the explain the relationship between perceived social support and status of coping with stres among the patients with spinal cord injury (SCI). Was performed as a correlational study in the relational screening model.

The research was conducted between August and October 2017 in Ankara Physical Therapy and Rehabilitation Training and Research Hospital in Ankara. 100 patients with SCI were included in the study. In the collection of data; Personal Information Form, The Scale of Ways of Coping With Stress (SWCS) and the Multidimensional Perceived Social Support Scale were applied (MSPSS). The obtained data were analyzed by number, percentage, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Spearman correlation with SPSS 21.0 package program in computer environment.

A significant positive correlation was found between SWCS self confident approach subscale, optimistic approach subscale and social support research approach subscale with the MSPSS family, friends, special person and total scores ($p<0.05$). In the results of the study, it was identified that patients with SCI that educational status, working status, marital status, caregiver caused to significant difference on coping with stress ($p<0.05$). In the conclusion of the study, it was found out that the patients with SCI that age and marital status led to significant difference on perceived social support ($p<0.05$).

Under the light of these result showed that, improving social support and the ability to cope with stress in patients with SCI should be an important part of social work practice.

Keywords: Coping With Stress, Perceived Social Support, Social Work, Spinal Cord Injury

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASIA : Amerikan Spinal Injury Association

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

MSPSS : Multidimensional Perceived Social Support Scale

SBTÖ **:** Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SBÜ : Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SKY : Spinal Kord Yaralanması

SWCS : The Scale of Ways of Coping With Stress

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı. 35
Tablo 4.2. SKY'li Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı. 36
Tablo 4.3. SKY'li Hastaların Yaralanma Sonrası Yaşadığı Sorunların Dağılımı. 37
Tablo 4.4. SKY'li Hastalara Bakım Verenlerin Dağılımı. 38
Tablo 4.5. SKY'li Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri. 38
Tablo 4.6. SKY'li hastaların cinsiyetlerine göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanları. 39
Tablo 4.7. SKY'li Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 40
Tablo 4.8. SKY'li Hastaların Medeni Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 41
Tablo 4.9. SKY'li Hastaların Eğitim Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 42
Tablo 4.10. SKY'li Hastaların Gelir Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 43
Tablo 4.11. SKY'li Hastaların Çalışma Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 44
Tablo 4.12. SKY'li Hastaların Tanılarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 45
Tablo 4.13. SKY'li Hastaların Lezyon Seviyelerine Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 46
Tablo 4.14. SKY'li Hastaların Tanı Konulduktan Sonra Geçen Süreye Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 47
Tablo 4.15. SKY'li Hastalara Bakım Veren Kişilere Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 48
Tablo 4.16. SKY'li Hastaların Psikiyatrik/Psikolojik Yardım Alma Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları. 49

1. GİRİŞ

Hastalık hasta için fiziksel, ruhsal, sosyal, manevi, çevresel, ailesel, psiko-sosyal çok boyutlu bir olgudur; bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (1). Hastalık, basit ya da yaşamı tehdit edecek nitelikte olup olmaması fark etmeksizin; bireyde başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tamamen kaybetme korkusu, gelecek kaygısı, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi çeşitli etmenler oluşturabilmektedir (2). Spinal kord yaralanması (SKY) da genellikle motorlu taşıt kazaları ve yüksekten düşme gibi travmalara bağlı olarak ortaya çıkan, hastayı olumsuz etkileyen kronik hastalıklardandır.

SKY genellikle omurganın kesilme, delinme veya basınca maruz kalması sonucunda oluşur (3). SKY'nin tıbbı, ekonomik, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal açıdan ağır sonuçları vardır. SKY'li bireyler duyu, sinir, iskelet sistemi fonksiyonu, motor beceriler, günlük yaşam aktiviteleri, iş ve boş zaman aktiviteleri ve sosyal katılım problemleri yaşamaktadırlar (3). SKY sonucunda fonksiyonda kayıplar başlar ancak kayıplar bununla sınırlı kalmaz hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek komplikasyonlar oluşur hastanın ve ailesinin hayatı olumsuz etkilenir ve gerginlik ve maddi sıkıntılar başlar (4). SKY kalıcı fiziksel engelliliğe sebep olabilen başa çıkılması gereken önemli bir sorundur.

Fiziksel engelli bireyler için bulundukları her ortam stres kaynağı olabilmektedir (5). Birey, stres verici olayların olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı etkili ya da etkisiz stresle başa çıkma tarzları kullanmaktadır. Kullanılan başa çıkma tarzlarının başarılı olması, stresin giderek ortadan kalkmasını sağlarken; başarısız olması kaygı ile başlayan çeşitli psikolojik ve fizyolojik tepkilerin gelişmesine yol açmaktadır (6).

Stresli yaşam durumlarının üstesinden gelme bireyin kullandığı stresle başa çıkma tarzlarının yanı sıra sosyal destek kaynaklarıyla ilgidir (7). Hastalık ilerledikçe sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki hayatını hastalıkla geçireceğini düşünmeleri bireyleri hem sosyal destek kaynaklarından uzaklaştırmakta hem de

sosyal desteğe gereksinimini arttırmaktadır. (8). Hastalık sürecinde hasta ve ailesinin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemli bir etkiye sahiptir (9).

SKY'li bireyler hastalığın yarattığı bedensel ve duygusal sıkıntıların stresiyle baş etmeye çalışırken günlük yaşam aktivitelerini tam anlamıyla kendi yapamayacağından destekleyici ilişkilere ihtiyaç duymaktadır. İnsana yönelen bir meslek olan sosyal hizmet mesleğinin uygulamadaki önemli bir boyutu da sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesidir. Bu araştırmada SKY gibi fiziksel engellilik durumunda yaşamdaki zorluklarla başa çıkmada önemli rolü olan sosyal desteğin stresle başa çıkma tarzı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan SKY'li hastaların sosyal destek sistemlerinin ve stresle baş etme durumlarının incelenmesinin tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma SKY'ye yönelik tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında eksikliği duyulan bilginin üretilmesine sağlayacağı katkı bakımından önemli görülmektedir.

SKY, bir gün önce bağımsız olarak işlerini yapabilen bireyi bir gün sonra bağımlı hale getirmektedir. Birey kişisel ihtiyaçlarını karşılayamadığından bakım ve desteğe ihtiyaç duymakta ve başkasına bağımlı hale gelmektedir. SKY neden olduğu fiziksel kısıtlılıklar, işlev kaybı ve üretkenlikte azalma sebebiyle bireylerde sosyal, psikolojik, ekonomik, çevresel açıdan stres yaratmaktadır ve SKY'li bireyler hayatlarını yeniden düzenlemek zorunda kalmaktadır. SKY gibi hayatı büyük ölçüde etkileyen travma sonrası hastalar için sosyal destek ve stresle baş edebilmek önemli kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında bilindiği kadarıyla SKY'li hastalar ile ilgili bir araştırma yapılmamıştır. SKY'li bireylerin sosyal destek ve stresle baş etmesi arasındaki ilişkiyi belirlemek, tıbbi sosyal hizmet alanındaki SKY'ye yönelik bilgi eksikliğini tamamlayabilmek amacıyla araştırma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

Araştırmanın genel amacı SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ile stresle baş etme durumları arasında ilişki olup olmadığını ortaya çıkarmaktadır. Araştırmanın alt amacı ise algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumlarının SKY'li hastaların sosyo-ekonomik, demografik ve klinik özelliklerine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğini ortaya koymaktır.

Bu genel amaç ve alt amaçlar doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır.

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları yaşa göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları medeni duruma göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları eğitim durumuna göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları gelir düzeyine göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları çalışma durumuna göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları tanıya göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları lezyon seviyesine göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları tanı konulduktan sonraki geçen süreye göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları bakım veren kişiye göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

- SKY'li hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları psikiyatrik/psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı bir fark göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Spinal Kord ve Spinal Kord Yaralanması

Spinal kord beyin ile bedenin arasında iletişimi sağlayan sinir lifleri ve hücrelerden oluşur (10). Spinal kord motor bilgiyi beyinden alarak perifere transfer ederken, distalden aldığı duyusal bilgileri santrale getiren iletim yoludur (4).

Spinal kord; 7 boyun (servikal) omur, 12 göğüs (torakal) omur, 5 bel (lomber) omur, 5 kuyruk (sakral) omur tarafından korunmakta ve desteklenmektedir (11).

SKY uzun yıllar boyunca hastayı ölüme götüren bir durum olarak bilinirken 1930'lu yıllardan sonra bu konuda organize girişimlerin başlamasıyla akut bakım ve rehabilitif yaklaşımlarda ciddi yenilikler olmuştur (12). Hareket sisteminin en önemli unsuru olan spinal kordun çeşitli nedenlerle yaralanması beraberinde getirdiği fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunlar ile hem bireysel hem de toplumsal boyutu olan çok önemli bir problemdir (13).

SKY genellikle omuriliği taşıyan hareket ettiren koruyan omurların travmaya uğramasıyla oluşmakta ve aynı zamanda spinal kordun baskı, konfizyon veya kesisi sonucunda meydana gelmektedir (14).

Travmatik SKY insidansı ABD' de milyonda 28-55 olarak belirtilmiş olup her yıl ortalama 10.000 yeni olgu eklenmektedir. Çeşitli ülkelerin literatürü incelendiğinde SKY insidansı Portekiz'de her yıl milyonda 57.8, Japonya'da 39.4, Almanya'da 36, Avusturya'da 27.6, Ürdün ve İzlanda'da 18, Türkiye'de 12.7, Hollanda'da 12.1, Danimarka'da 9.2 ve İspanya'da 8'dir (15).

Ülkemizde 1994 yılında yapılan bir araştırmada SKY insidansı %16.4 olarak belirlenmiştir (16). Ülkemizde yapılan diğer bir araştırmada ise %12.7 olarak bulunmuştur (17).

Etyolojik nedenler arasında en fazla rastlananlar görülme sıklığına göre ABD'ye bakıldığında motorlu araç kazaları (%36-48), şiddet olayları (%5-29), düşmeler (%17-21), spor ve eğlence aktiviteleridir (%7-16) (18). Türkiye verilerine bakıldığında ise trafik kazaları (%48.8), düşme (%36.5), bıçaklanma (%3.3), ateşli

silah yaralanmaları(%1.9) ve suya dalış (%1.2) bildirilmiştir ve hastaların %32.2'si tetraplejik, %67.8'i paraplejiktir (17).

SKY genç yetişkinlerde daha sık görünmekte çocuklarda ise daha az rastlanmaktadır. Vakaların sadece %5'ini çocuklar oluşturmaktadır (14). SKY görülmesi en fazla 16-30 yaş arasındadır. Bütün vakaların %60'ı bu yaş grubunda yer alır (4).

Ülkemizde SKY erkeklerde kadınlara oranla 2.5 kat daha fazladır. SKY'de ortalama yaş ise 35,5'tir (17). Ülkemizde yapılan uzun süreli iki farklı çalışmada ise yaş 25,3 ve 26.8 olarak bulunmuştur (15).

SKY travmatik ve nontravmatik olmak üzere iki şekilde olabilmektedir. Travmatik SKY, motorlu taşıt kazaları, yüksekten düşme, ateşli silah yaralanması, spor kazaları gibi olaylar sebebiyle oluşmaktadır (19). Travmatik olmayan spinal kord hasarı nedenlerine tümörler, transfers myelit, spinal kord enfeksiyonları, ilerleyici nörolojik hastalıklar, vasküler nedenler ve disk hernileri sayılabilir (4).

2.1.1. Spinal Kord Yaralanma Derecesi

SKY sonucu hastalar lezyon seviyesine göre iki büyük grup altında toplanır.

Tetrapleji

Spinal kanal içindeki nöral elemanların hasara uğraması sonucu spinal kordun servikal segmentlerindeki motor ve /veya duyusal fonksiyon bozukluk veya kaybının oluşmasıdır. Tetrapleji kollarda, gövdede, bacaklarda ve pelvik organlarda fonksiyon bozukluğuna yol açar (4).

Parapleji

Servikal kordun altında torokal, lomber veya sakral spinal kord segmentlerindeki motor ve/ veya duyusal kayıp veya bozukluğu oluşur. Bu hasar spinal kord içindeki nöral elemanların harabiyetine sekonder gelişir. Paraplejide kol fonksiyonu korunmuştur, ama yaralanma seviyesine bağlı olarak gövdede, bacaklar ve pelvik organlarda tutulum olabilir (4).

ASIA Bozukluk Skalası

SKY'lı hastayı şiddetini değerlendirmek için kullanılacak en iyi yöntem, Amerikan Omurilik Yaralanması Birliği (Amerikan Spinal Injury Association (ASIA)) tarafından tanımlanan standart muayenedir. 2000 yılında gözden geçirilen bu sınıflandırma, duyu ve motor kaybın derecesini ortaya koymaktadır. Buna göre; ASIA A terimi; hiçbir motor ya da duyu fonksiyonun korunmadığını, ASIA B; duyu fonksiyonun devam ettiğini ancak motor fonksiyonun korunmadığını, ASIA C ve D ise motor fonksiyonun korunduğu kasların kuvvetine göre kayıp derecesini ifade etmektedir. ASIA E terimi normal motor ve duyusal fonksiyonu göstermektedir (12).

SKY sonrası kişinin yaralanma seviyesinin komplet-inkomplet olma durumunu bilmek kişinin potansiyel fonksiyonel sonuçlarını üst düzeye yükseltmek açısından rehabilitasyon planlama ve uygulamalarında önem taşımaktadır (20).

Norolojik iyileşmenin hızlı olduğu aralık yaralanmadan sonraki 3 ay olmakla birlikte fonksiyonel iyileşme 6-12 aya kadar devam etmektedir (21).

2.1.2. Spinal Kord Yaralanması Komplikasyonları

Akut rehabilitasyon sürecinde tüm sistemlere ait tıbbi komplikasyonlarla karşılaşılabilinir SKY'li hastalarda komplikasyonların önlenmesi, erken tanı ve tedavisi, komplikasyonların sınırlanması, topluma katılım ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırmak açısından son derece önemlidir (22). SKY'de; basınç yaraları, nörojenik mesane, spastite, kardiyovasküler komplikasyonlar, anemi, pulmoner disfonksiyon, derin ven trombozu, otonomik disrefleksi, heterotopik ossifikasyon, ağrı, cinsel sorunlar ve infertilite, psikolojik sorunlar gibi komplikasyonlar görülebilir. En sık karşılaşılan komplikasyonlar aşağıda açıklanmıştır.

Basınç Yaraları

Basınç yaraları uzun süre oturan veya yatan tetraplejik ve paraplejik hastalarda görülen sorunlardandır. Paraplejik hastalarda hastaneye tekrar yatışların en sık görülen nedenlerindendir (23). SKY sonucunda en fazla görülen rehabilitasyon süresinin uzamasına neden olan ve bu SKY rahatsızlığı olan kişilerin %80'inde hayatlarının herhangi bir evresinde karşılaştıkları komplikasyondur (4).

Sürekli baskı altında bulunan dokuların iyi beslenmemesi basınç yaralarının meydana gelmesinin başlıca sebeplerinden biridir. Bunun yanı sıra cinsiyet, etnik köken, evlilik, iş durumu, alkol, sigara, cildin dışkı veya idrar ile ıslanıp kirlenmesi ve depresyon ilişkili risk faktörleridir (24).

En çok sakrum, trakonterler, iskiyum ve topuklarda gelişir. Yaraların büyümesini önlemek ve granülasyon dokusunun gelişimini arttırmak için yara yeri temiz tutulmalı ve ölü dokular debride edilmelidir (12).

Nörojenik Mesane

Sinirlerde meydana gelen tahribatla mesanenin normal görevini yapamaması durumudur. SKY sonucunda hastalarda işeme refleksi sağlam olmakta fakat işemenin istemli kontrolü kaybolmaktadır (25).

Nörojenik mesaneye bağlı ürüner sistem enfeksiyonu, mesane taşı, mesane kanseri gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Yatarak tedavi gören ve SKY'li hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların %74.2'sinde kronik ürüner enfeksiyon saptanmıştır (26).

Spastite ve Kontraktür

SKY'de spinal şok sonrasında hastaların %70'inde görülmekte olan komplikasyondur. Kasların şiddetli derecede kasılması olarak adlandırılan bu durum servikal ve üst torokal yaralanmalarda sıklıkla görülmektedir (4).

Kontraktür kasların istem dışı kasılmasıdır ve hastaların kendileri veya hastaya bakan kişilerce yeterli ve devamlı hareket içeren egzersizlerin yapılmadığı durumlarda görülür. Kontraktür hareket alanında kalıcı kısıtlılıklara neden olabilir ve cerrahi müdahaleler gerektirebilir (10).

Ağrı

SKY sonrasında görülen rehabilitasyon sürecini olumsuz olarak etkileyen ağrı, hastaların 1/3'ünün günlük yaşam aktivitelerinde ağrıya bağlı sorunlar yaşar. Vissereal veya kas-iskelet sistemi ağırlıklı olabilse de ağrının en sık görülen nedeni nöropatik kaynaklı ağrıdır (4).

SKY'li, hastalar üst ekstiremitelerini ağırlık aktarma, tekerlekli sandalyeyi itme için kullandıklarından, fazla kullanımdan dolayı ağrı sıkça görülür. Hastaların %30-50'si fonksiyonunun engelleyecek ağrıdan yakınır. Tedavisinde istirahat kas gevşetici egzersiz, fizik tedavi araçları kullanılır (27).

Nöropatik ağrı yaralanmadan sonra birkaç hafta içinde başlar ve çok şiddetli olabilir. Ağrı ile ilgili çeşitli faktörler öne sürülmüş ama en çok kabul edilen depresif kişilik, anksiyete, şiddetli post travmatik stres bozukluğu gibi psikososyal nedenlerdir. Nöropatik ağrı da birçok tedavi denenmesine karşın etkin tedavi azdır. Psikolojik ve davranışsal yaklaşımı hedefleyen psiko terapi uygulanmalıdır. Daha sonra ağrıya sebep olabilecek diğer etkenler ortadan kaldırılmalıdır. Tedavi olarak, fizyoterapi teknikleri, elektrik stimülasyonu ve farmakolojik tedavi uygulanabilir (28).

Cinsel Sorunlar

SKY hem kadın hem erkekte cinselliğin fizyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal tüm yönlerini etkiler (29). SKY sonrası cinsel yaşamda öz saygı, vücut imajı, libido, duyu, ereksiyon, lubrikasyon, koitus için pozisyon, fertilite ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Yaralanmadan sonra uygun olan en kısa sürede hasta ile seksüalite konuşulmalıdır. SKY'li bireyin bu konudaki bilgi eksikliği giderilmelidir. Hastanın anne veya baba olabilme ihtimali hakkında bilgilendirilmesi, yaşamını planlayabilmesi ve eşi ile ilişkileri açısından önemlidir (12).

Psikolojik Sorunlar

SKY geçiren birey fiziksel, sosyal ve psikolojik problemlerle karşılaşır. Yaralanma sonrası erken dönemde yaşayacağı sorunların yanında gelecekle ilgili yaşantısı da etkilenir (12). Hasta ve ailesinin SKY'ye uyumu zordur ve vakit alan bir süreçtir.

SKY sonrası erken dönemde depresyon, anksiyete, alkol bağımlılığı, ilaç bağımlılığı, uyku bozukluğu, iştah kaybı, ciltte dökülmeler, ağrılar, problemlerden kaçma, sadece hastalığını düşünme, travma sonrası stres bozukluğu, utanç ve suçluluk hisleri gibi tepkiler oluşmaktadır (30).

Depresyon genellikle ilk üç ay içinde oluşmakta ve hastaların üçte birinde tespit edilebilmektedir (31). Geniş örneklemli bir diğer çalışmada SKY'li popülasyonunda depresyon (% 37), anksiyete (% 30), klinik düzey stres (% 25) ve travma sonrası stres bozukluğu (% 8.4) saptanmıştır (32).

SKY ekonomik koşulların ve aile içi rollerin değişmesine sebep olduğundan sadece bireyi değil ailesini de etkiler. Bu bağlamda aile bireylerinde de gerekli psikolojik yardım sağlanmalıdır (4).

2.1.3. Spinal Kord Yaralanmasının Rehabilitasyonu

Dünyada SKY yaklaşımda iki değişik örgütlenme şekli vardır. Birinci yaklaşım yani komprehensif (bütüncül) yaklaşımda yaralanma anından başlayarak akut bakım, rehabilitasyon ve uzun izlem özel bir spinal yaralanma merkezinde yapılırken diğer bir yaklaşım olan ve ülkemizde de uygulanan fragmante (bölümlü) yaklaşımda ise akut tedavi cerrahi klinikte yapılır ve daha sonra hasta rehabilitasyon kliniğine sevk edilir (12).

Sağlık hizmetinin tedavi hizmetleri ile beraber koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri de bir bütün olarak kapsaması gerekmektedir (33). Bu bağlamda rehabilitasyon aile ve bireyi bağımlı hale getiren yetersizliklerin giderilmesi amacıyla bireyin iyileşmesi, gelişmesi ve kapasitesinin devamın kapsayan disiplinler arası bir ekip çalışmasıdır. Rehabilitasyon değişik tedaviler ve sorunların çözümlenmesini içermektedir. Bu sebeple tek bir meslek grubunun yapamayacağı rehabilitasyon; hasta, ailesi ve birçok meslek grubunu kapsamaktadır (34).

SKY'de omurga stabilizasyonu sağlanıp stabil hale geldikten sonra hasta rehabilitasyon ünitesine nakledilmelidir. Rehabilitasyon merkezinde rehabilitasyon ekibi olarak hemşirelik bakımı, fizyoterapi, konuşma terapisi, yutma terapisi, iş-uğraşı terapisi, konuşma terapisi, psikoterapi, mesleki danışmanlık ve eğitim, engelli spor imkanları ve sosyal hizmetler bulunmaktadır (35).

SKY rehabilitasyonu ayrıntılı muayene, tedavi ve takibi kapsamaktadır. Hasta için en uygun rehabilitasyon programı rehabilitasyon ekibi tarafından planlanarak uygulanmaya başlanır. Bu plan eklem kontraktürlerinin önlenmesi, barsak, mesane, cilt bakımı, fizyoterapi, gerekliyse elektrostimulasyonu, iş ve uğraşı terapisini,

tekerlekli sandalye kullanımını, cihazlama, olabilecekse ambulasyonu, hasta ve aileye psikolojik desteği, sosyal haklar ekonomik konularda bilgilendirme, evde yaşam hastalık ve komplikasyonlar hakkında eğitimi kapsar. SKY'li hastalar flaksik dönemde günde bir kez spastite başladıktan sonra günde en az iki-üç kez eklem açıklığı egzersizi yapmalıdır. Tetraplejik hastalar omuz, dirsek, açıklığı egzersizlerini ihmal etmemelidir. Hastalara çeşitli güçlendirme teknikleri uygulanmadır (4).

Ayakta durma: SKY'li hastalar ortastatik hipotansiyon gelişip gelişmediği izlenerek ayakta durabilir. Hasta tolere edebiliyorsa ayakta durma masasına geçebilir. Ambule olamayan hastaların ayakta durmasında fayda vardır. Böylece hastalarda kontraktür gelişmesi, bası yarası oluşumu önlenir ve barsak ve mesane fonksiyonunda düzelme olur. Ayrıca hastanın kendine güvenini ve vücut imajını olumlu yönde etkileyerek depresyonun daha az görülmesine yardımcı olur (36).

Ambulasyon: Hem SKY'li hastalar hem de aileler için yürümenin gerçekleşmesi en önemli hedeftir. Yaralanma seviyesine göre ekip hedefin gerçekleşip gerçekleşemeyeceği incelemeli ve hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (35).

Ambulasyon toplum içi, ev içi, egzersiz amaçlı ve nonambulatuvar olmak üzere ayrılmaktadır. Toplum içi ambulasyon; transferde bağımsız, oturma pozisyonundan ayakta durmaya geçebilme, ev içinde ve ev dışında desteksiz 150 adımdan fazla ambule olan kişilerdir. Ev içi ambulasyon; ev içi nispeten bağımsız toplum içinde tekerlekli sandalye kullanmaktadır. Egzersiz amaçlı ambulasyon; bu kişiler ciddi anlamda yardıma ihtiyaç duyarlar. Yürüme için çaba sarf ederler ancak fonksiyonel değildir. Son evrede ise hasta ambule değildir (12).

SKY'li hastalarda ambulasyona yardımcı olan cihazlar ve ortezler bulunmaktadır. Uzun ve kısa yürüme cihazı yardımcı cihazlardır. Hastanın durumuna göre paralel bar, walker, koltuk değneği, kanedyen ve baston desteğiyle ambule olunabilir (37)

Tekerlekli sandalye: SKY'li bireyin hayatlarının parçası olan tekerlekli sandalye sosyal hayata katılma aracıdır. Rehabilitasyon merkezinde tekerlekli sandalye kullanma eğitimi verilir.

Eve dönüş planı: Hastane tedavisi tamamlanan hasta evlerine taburcu edilir. Hasta ve ailesi olası tıbbi problemlerin çözümlerini ve cihazlarını kullanabilmeyi öğrendikten sonra evlerine dönerler. Kontrol randevusu hastaneden alınmalıdır. Hastaların ihtiyaçlarının hasta ve ailesine bildirilmesi bazı durumlarda temin edilmesi rehabilitasyon ekibinin görevidir. Rehabilitasyon ekibi aile ve sosyal desteği, eğitim, mesleki ve yaşama dair düzenlemeleri göz önünde bulundurmalıdır. Evde gerekli düzenlemelerin yapılması evin tekerlekli sandalye kullanımına uyarlanması sandalyeye uygun banyo düzenlenmesi ve hasta için gerekli olan cihazlar ve tıbbi malzemeler temin edilmelidir. SKY'nin temel esaslarından biride hastayı takiptir. İlk yılın içinde ortalama 3 ay, sonraki zamanlarda 6 ay, daha sonra yaşam boyu yılda bir kez takip edilmeli. Takiplerin amacı rehabilitasyon eğitimini gözden geçirmek, nörolojik takibin yapılması, ekipmanların kullanma durumunun değiştirilmesidir (4).

Rehabilitasyon ekibinin koordineli çalışması sonucu hastanın ve ailesinin eğitimi tamamlanır, gerçekleşebilecek tıbbi sorunlar engellenir. Hastanede yatış süresi ve maliyetler azalır, hasta ve ailesinin taburculuk sonrası hayata uyumu kolaylaşır (38).

Yaralanma sonrası rehabilitasyonun yanı sıra SKY'yi önleyici tedbirlerde önemlidir. Özellikle okul çağından başlanmak üzere güvenli dalış teknikleri, emniyet kemeri, güvenli sürücülük eğitimleri öğretilmesi büyük önem taşımaktadır. Silah kullanımının denetlenmesi, şiddet önleyici toplumsal eğitim, önleyici rehabilitasyonun parçalarıdır (35).

2.1.4. Spinal Kord Yaralanmalı Hastalara Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal hizmet; gönüllü, kamusal ve yarı kamusal etkinliklerle, özel gereksinimi olan grupların korunmaları ve bakımı görevini üstüne alan, bireylerin yardımla çözebildikleri toplumsal ve bireysel sorunlarının çözümü için geliştirilmiş, sürekli ve düzenli çalışmalar olarak ifade edilmiştir (39).

Başka bir tanıma göre sosyal hizmet; geniş bir ekosistem içinde gereksinim gruplarına karşı sorumlulukları olan ve toplumun her kesiminden değişik özelliklere sahip müracaatçı sistemleriyle çalışan uygulamalı bir disiplindir (40). Sosyal hizmet

mesleğinin önemli temel ilkelerinden biri bireyin onur ve değerine saygı, diğeri ise uygun sosyal şartlarda toplumun ve bireyin gelişip değişeceğine olan inançtır (41).

Gelişmekte olan toplumda ortaya çıkan ve görünümleri değişiklik gösteren sorunlardan dolayı sosyal hizmet mesleğinin uyguladığı çalışmaların kapsamlarında ve içeriklerinde değişiklikler olmuştur. Toplumsal gelişmelerle birlikte ortaya çıkan yeni gereksinimlere çözüm bulunabilmesi için yeni hizmet alanları oluşmuştur. Ceza ve ıslah, yaşlılık refahı, aile ve çocuk refahı, endüstriyel sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet gibi alanlarda sosyal hizmet mesleği uygulanmaktadır. En eski sosyal hizmet alanlarından biri de tıbbi sosyal hizmettir (42).

Tıbbi sosyal hizmet; sosyal hizmet bilgi ve yöntemlerinin sağlık alanında uygulanması olarak isimlendirilmektedir (43). Başka bir tanıma göre sosyal hizmet uzmanlarının hastanelere yatan hastaların ekonomik ve psiko-sosyal durumlarını iyileştirebilmek amacıyla uyguladığı sosyal hizmet programlarının bütünüdür (44).

Sağlık Bakanlığı'nın Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'nde ise tıbbi sosyal hizmet; "Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması" olarak tanımlanmıştır (45).

Sosyal hizmet sağlık alanına katkıda bulunan disiplinlerden birisidir. Fiziksel hastalıkların sebep olduğu duygusal ve sosyal problemlerle ilgilenen sağlık kuruluşlarında yürütülen sosyal hizmet dalına tıbbi sosyal hizmet denir. Tıbbı sosyal hizmetin odağında sosyo-ekonomik koşullar, sosyal destek ve sosyal sorunlar bulunmaktadır. Bu üç faktör sosyal, fiziksel, psikolojik problemlere sebep olmaktadır. Böylece sağlık bozulmakta yaşam kalitesi azalmaktadır. Sağlığın bozulması ve yaşam kalitesinin azalması sebebiyle stres ortaya çıkmaktadır. Bu stresin ortadan kaldırılması için tıbbi sosyal hizmet uygulamaları hastalıklara psiko sosyal açıdan yaklaşmaktadır (46).

Sosyal hizmet uygulama alanlarının çeşitlenmesi ile birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının yeni oluşan alanlar için temel görev ve sorumlularına yeni sorumluluklar

ve görevler eklenmeye başlamıştır. Bu alanlardan biri olan Fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitelerinde SKY'li hastalarla yapılan sosyal hizmet uygulamaları tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının bir parçası olarak değerlendirilebilir.

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı ortak amaçları sağlığı korumak ve düzeltmek olan çok disiplinli ekip üyeleriyle birlikte çalışır (42). Sosyal hizmet uzmanı rehabilitasyon ekibinin bir üyesidir. Sosyal hizmet uzmanı SKY'li birey ve ailesine duygusal yardım ve baş etme konularında destekler danışmanlık verir. Eve ve topluma dönmesine yardımcı olur (47).

Yatarak tedavi olan SKY'lı hastaların rehabilitasyonu sırasında sosyal hizmet uzmanı, rehabilitasyon boyunca yoğunlaşacak ve azalacak olan hasta ve ailenin çeşitli ihtiyaçlarına hizmet etmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hastaların kabulü sırasında hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarını belirlemekte ve rehabilitasyon süreci boyunca bu ihtiyaçlarını yeniden değerlendirmektedir. Nihai hedef, fiziksel, ekonomik ve duygusal engelleri belirleyerek, bilgiyi en üst düzeye çıkartıp hasta ve ailesini güvenli ve etkin bir şekilde taburculuğa hazırlamaktır (48).

Sosyal hizmetler her zaman bireylerin sorunlarına çözüm getirmeyi, sıkıntılarını azaltmayı ve ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamıştır (49). Çevresi içinde bireyi değerlendiren ve güçlendirme yaklaşımını kullanan sosyal hizmet uzmanları sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, güçlendirilmesi gerektiğinde bu konuda yol gösterilmesi yoluyla SKY'li hastaların psiko-sosyal ve fiziksel problemleriyle baş etmesine ve sağlıklarını sürdürebilmelerine yardımcı olabilir. Bu bağlamda spinal kord yaralanması rehabilitasyonunda sosyal hizmet uzmanının rol ve görevleri aşağıda anlatılmıştır.

2.1.4.1. Spinal Kord Yaralanması Rehabilitasyonunda Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Görevleri

Sosyal hizmet uzmanı/ vaka yöneticisi yatan hasta rehabilitasyonu esnasında SKY'li hastalarla çalışırken bir takım aktiviteler ve yönlendirmeler ile faaliyet gösterir. Bunlar finansal planlama, taburculuk planlaması, taburculuk hizmetleri, destekleyici danışmanlık, akran/ savunma grupları, eğitim, toplum / ev içi hizmetleri, takım ve hasta / aile konferanslarıdır (50).

Finansal Planlama

Sosyal hizmet uzmanı/ vaka yöneticisi finansal değerlendirme ve planlama ile ilgili çeşitli konularda bilgi ve yardım sağlama üzerine yoğunlaşmaktadır. SKY nedeniyle bireylerin gelirlerinde azalmalar olması ve masraflarının artması nedeniyle maddi yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal güvenlik sistemi ve engellilik sigortası uygulamaları maddi yardımın en önemli unsurunu oluşturmaktadır. Hastalar ve aileleri genellikle bu programlar hakkında bilgi sahibi değildirler. Bu süreçte hasta ve ailelerine eğitim ve bilgilendirme yapılarak gelir kaynağı sağlamak için yardımcı olunabilir (51). Çeşitli organizasyonlardan toplanan bağışlarda SKY'li hastalara maddi destek sağlar ve sigorta kapsamına girmeyen ev tadilatları, cihaz temini gibi ihtiyaçlarda kullanılabilmesini sağlamaktadır.

Taburculuk Planlaması

Hastaların evlerine ya da topluma güvenli bir şekilde geri dönmelerine yardımcı olacak kaynakları geliştirmek, sosyal hizmet uzmanının ve vaka yöneticisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesi tarafından belirlenen taburcu yerini; güvenlik, bakım verenin ihtiyaçları, evin alanlarına erişim imkânları gibi açılardan inceler. Başarılı bir taburcu için engellerin belirlenmesi durumunda, sosyal hizmet ve vaka yönetim uzmanları bu sorunları hasta ve aileyle birlikte çözmek için çalışır. Göçmen hastalar ve aileleri bir tercüman olmadan, aile eğitimi de dahil olmak üzere rehabilitasyon sürecine tam olarak katılamayabilir. Rehabilitasyon ekibi, güvenli bir taburculuk sağlamak için hasta ve ailenle iletişim kurabilmelidir; Bu nedenle, rehabilitasyon merkezi tercümanlar sağlamalıdır. Sorunları çözebilmek için sosyal hizmet uzmanı ve vaka yönetim personeli, mümkün olan en etkin tercüman servislerini bulmaya yardımcı olur. Hasta veya ailenin uyumsuzluğu taburculuk sürecini etkiler. Bir hasta, rehabilitasyon programında tam olarak yer almaya isteksiz olabilir. Sosyal hizmet uzmanları tarafından eşgüdüm gerektirecek bir huzurevinde, uzun süreli akut bakım tesislerinde, geçici yaşam tesisinde veya diğer alternatif yaşama ortamında kalıcı veya ara kalışların düşünülmesi gerekebilir (51). SKY rehabilitasyonu için tedaviye uyumlu ve istekli olma ilerleme için önemlidir. Hasta ve ailesi bu konuda bilgilendirilir.

Taburculuk Hizmetleri

Hastaneye kabulle başlar ve hastanın desteği için gereken temel hizmetlerin taburculuktan sonra da devam etmesini sağlamayı amaçlar. Taburcu hizmetleri tüm ekibin yanı sıra birey ve ailenin katılımını da gerektirir. Sosyal hizmet/vaka yönetim uzmanları, hasta ve aile ihtiyaçlarını en iyi şekilde nasıl karşılayacaklarına karar vermek için taburculuk hizmeti konularını hasta, aile ve bakım ekibiyle görüşürler. Daha fazla rehabilitif kazanım, beceri kazanımı, fiziksel ve psiko-sosyal sonuçlar için ayaktan tedavi hizmetleri önerilebilir. Örneğin, sosyal hizmet/vaka yönetim uzmanları hastaya ve aileye evde sağlık ya da ayaktan tedavinin en uygun olacağını belirlemelerine yardımcı olur. Hasta, ayakta tedavi için bir terapi alanına ulaşabiliyor mu? Ev veya ulaşım erişilebilirliği sorunları var mı? Şeklindeki sorulara çözümler bulmaya çalışır (52).

Yetişkinlere yönelik gündüz bakımı, günlük rehabilitasyon ve madde kötüye kullanımı gibi programlara yönlendirmeleri koordine eder. Hastalara hekimi ile birlikte gerekli tıbbi takibe ilişkin bilgi verilmekte ve hastalar için takip randevuları planlanmaktadır. Sosyal hizmet/vaka yönetim uzmanları ayrıca, tek kullanımlık, yada sürekli kullanılan malzemeler, hastaların ilaçları ve bunları nasıl ve nereden alacakları, mali yardımlar konusunda bilgiler verir (48).

Destekleyici Danışmanlık

Sosyal hizmet uzmanı/vaka yöneticisi tarafından, rehabilitasyon ortamında fiziksel veya psikolojik istismar, alkol/madde bağımlılığı, kültürel nedenler, baş etme ve düzeltme, yaralanma bilgisi, komorbidite (eşlik eden hastalıklar) ve cinsellik bilgisi gibi konuları ele alınmaktadırlar. Sosyal hizmet/vaka yönetim uzmanları, hasta ile bu dış kaynaklar arasında bir bağlantı kurarak güvenli ve başarılı bir taburculuk sağlamak için klinik ekip üyelerine ve topluluk kaynaklarına danışırlar (48).

Akran / Savunma Grupları

Sosyal hizmet/vaka yönetim uzmanları SKY'li hastalara destek ve kaynak sağlayan organizasyonlar hakkında bilgi verir. Sosyal hizmet uzmanları rehabilitasyon sırasında akran destek programına üye olunması konusunda SKY'li

hasta ve ailesini yönlendirir. Benzer sorunlar yaşayan SKY'li birey ve aileleriyle bağlantı kurup görüşmelerini sağlar. Omurilik yaralanması ile uzun süre yaşayan ve baş etmeyi öğrenmiş hastaların yardımcı olma ve destek verici özeliklerinden faydalanmalarını sağlamaya çalışır (47). Hastalar hastanede uzun süre yattıkları için kendileri gibi olan birçok hastayla beraber tedavi görmektedir. Bu şekilde de birbirlerine destek olmakta ve kendi deneyimlerini diğer hastalara aktarmaktadırlar.

Eğitim

Birey ve aile rehabilitasyon süreci boyunca kapsamlı bir eğitim programına alınmalıdır (52). Sosyal hizmet uzmanları rehabilitasyon hastanesine kabul edildikten sonra hastalar ve ailelerini vasilik, bazı yönergeler, kendi coğrafi bölgelerindeki destek hizmetleri ve kaynakları hakkında eğitim verilebilir (50). Ayrıca hasta ve ailelerine; tıbbi personel, kaynaklar, kendi kendine bakım, hastaneye uyum, taburcu olduktan sonra sosyal hayata uyum, hastalığın seyri gibi konularda eğitim verilmelidir. Eğitim sonucunda tıbbi tedavinin desteklenmesi, hastaya gerekli bilgiler verilerek belirsiz konular açıklık kazandırılıp hastanın stresini azaltmak amaçlanmaktadır.

Toplum / Ev İçi Hizmetleri

SKY'li bireye sunulan hizmetlere yönlendirme, kişiyi topluma düzgün bir geçiş yapmasını sağlar. Bu hizmetlere örnek olarak para kaynakları, duygusal destek ve fiziksel yardım örnek gösterilebilir. Sosyal hizmet uzmanı hastanın bu yardım için uygun olup olmadığını belirlemek için hasta ve aileyle birlikte çalışmalar yapar. Hastaya yardım kaynaklarına nasıl ulaşacağını anlatarak yönlendirir. Mesleki rehabilitasyon hizmetleri, hastalara işe veya okula dönmelerine yardımcı olmak için eğitimli danışmanlar sağlar (48). İşe dönmek isteyenleri fiziksel durumuna uygun bir işte çalışabilmesi için ilgili kurumlara yönlendirir. Okula dönmek isteyen kişileri okula dönmesi için destekler ve ilgili kurumlara yönlendirip eğitimine devam etmesini sağlar.

Takım ve Hasta / Aile Konferansları

Takım görüşmeleri, rehabilitasyon merkezi içinde düzenli aralıklarla yapılır ve tedavi ekibinin her bir hastanın gidişatını ve ilerlemesini gözden geçirmesini ve

gerektiğinde hedefleri düzenlemesini sağlar. Hasta ve aile tıbbi durum, taburcu düzenlemeleri veya davranışsal konularda görüşmek üzere konferanslara katılmaya davet edilirler. Bu durum hasta ve ailesine hastanın yaralanması, ilerlemesi, engelleri, rehabilitasyonun beklenen hedefleri ve potansiyel çıktıları hakkında bilgi verme olanağı sağlar. Konferans görüşmeleri, tedavi ekibine taburculuk ile ilgili gerçekçi hedefler belirlemelerine yardımcı olur ve hasta veya aile problemli davranışlar sergiliyorsa, bu konferanslar uyumsuzluk, güvenlik veya hastanın rehabilitasyonunu etkileyen diğer konuları tartışmak için bir forum da sunar. Her konferans için, sosyal hizmet /vaka yönetim uzmanları konferansın ana konusunu ve katılan bireylerin kategorilerini kaydederler (51).

Sosyal hizmet uzmanın görevleri (53).

- Sosyal hizmet uzmanının görevi SKY'li bireyin merkezine kabul edildiğinde başlar.

- Taburcu planına yardımcı olur ve taburcu olduktan sonra toplumsal hizmetleri organize eder

- Sosyal hizmet uzmanı SKY'li hastalarla çalışırken aile danışmalığı ve bireysel danışmalık konusunda SKY'li hastalara yardımcı olur.

- Ekonomik bağımsızlığa yönelik mesleki rehberlik yapmak sosyal hizmet uzmanlarının önemli bir sorumluluk alanıdır.

- SKY'li hastalar ve bakım verenlerine; evin düzenlenmesi, mali konular, istihdam durumu hakkında bilgiler verir.

- Tedavi sürecine ekip üyelerinin yanı sıra ailenin ve SKY'li bireyin katılımını sağlar.

- Sosyal hizmet uzmanı toplumdaki kaynaklara aşina olduğundan konut, ev hizmetleri ve engelli kişilere hizmet sunan kurum ve kuruluşlara sevk gibi konulara yardımcı olurlar.

- SKY'li bireylere ve ailesine rehabilitasyon hizmeti için fon sağlamaya yardımcı olur.

2.2. Sosyal Destek

Sosyal desteğe ait farklı tanımlar bulunmaktadır. sosyal destek; stresli ve zor durumda bulunan kişilere etrafındaki insanların (eş, aile, arkadaş) sağladığı maddi ve manevi yardımdır (54).

Başka bir tanıma göre ait olma, sevgi, takdir, kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlar hiyerarşisinde yer alan temel ihtiyaçların arkadaş, aile, uzmanlar gibi başka bireyler tarafından tatmin olacak şekilde karşılanması olarak tanımlanır (55).

Sosyal destek, bizimle ilgilenecek, bize değer verecek, bizi sevecek güvendiğimiz kişilerin varlığı ve onların bize sağladığı destek olarak tanımlanabilir (56).

Sosyal destek kavramı ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık ile ilgili yapılan çalışmalarda incelenmiş, sağlık ile ilgisi araştırılmış, sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu etkilediği ortaya konmuştur (57).

Sosyal destek tanımları nicel boyutta ele alındığında sosyal desteği ilişki içinde bulunduğumuz bireylerin sayısı ile açıklamaktadır. Sosyal ilişki ölçümleri görüşülen akraba oranı, arkadaş sayısı, sosyal gruplara üyelik gibi sosyal ilişki ağlarından oluşmaktadır (58). Sosyal ağ ise bireyin çevresindeki insanlarla olan bağlarını ve grup içindeki ilişkilerini içine alan yapıdır (57). Sosyal ağ kişi için ulaşılabilir insanların oluşturduğu ağlar ile görüşme sıklığı, yoğunluğu, türü ve görüşmede kaç kişinin olduğudur (59).

Nitel boyuta önem veren tanımlamalarda sosyal destek ilişkide bulunduğumuz kişilerin sayısından çok bireyin güvenebileceği, duygu ve düşüncelerini paylaşabileceği kişilerle kurduğu bağ olarak ifade edilmektedir (60).

Sosyal destekle ilgili tanımları genel olarak ifade ettiğimizde; sosyal destek bireyler açısından bütün yaşam durumlarında gereksinimlere yönelik doyumun sağlanmasında olduğu gibi biyo-psiko-sosyal iyilik halinin güçlenmesi, korunması, devamının sağlanması açısından büyük öneme sahiptir (61).

2.2.1. Sosyal Destek Türleri

Sosyal desteğin en çok kullanılan boyutları genel olarak dört ana başlıkta toplanmıştır (62).

Duygusal Destek

Güven desteği, değerlilik desteği olarak da literatürde kullanılmaktadır. Cohen duygusal desteği, empati kurma, şefkat, rahatlama, güven ve duygusal deneyim için olanak sağlayan işlev olarak tanımlamaktadır (7).

Bireylerin kişisel sorun ve özel hayatına dair konuları danışıp anlatabileceği birilerinin ve sırdaş ilişkilerin varlığı, kısa veya uzun vadeli problemlerin ortaya çıkardığı güç durumlarla mücadele etmesini sağlar. Bireylere tek başına olmadıklarını ve önemli oldukları duygusunu verip rahatlamasını sağlar. Duygusal destek yakın ilişki ve başkalarıyla beraber olma ihtiyacını karşılayarak olumlu duyguları arttırır, stresi önler ya da azaltır (63).

Duygusal destek ile sevgi, anlayış, hoşlanma, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini karşılar ve bireyde iyilik halinin oluşumuna katkı sağlar (58). Genellikle birincil gruplar ile karşılıklı iletişim yoluyla sağlanır. Aile bu konuda en önemli örnektir. Komşular, arkadaşlar ve yardım eden meslek gruplarından bu rolü yerine getirmesi beklenir (64). Güvenli ve uygun iletişime sahip olma duygusunu güçlendirerek bireyin başa çıkma yetilerinin gelişmesine yardımcı olur (61).

Araçsal Destek

Somut yardım ve maddesel destek olarak da isimlendirilebilmektedir. Özbesler'e göre eşya, araç gereç, para sağlama, işlerde yardımcı olarak zaman kazanma gibi durumlar bu destek türüne örnek verilebilir (61).

Maddi sorunlara doğrudan çözümler getirir, aileyi rahatlatıp boş zaman etkinliklerine katılabilmesi için daha çok zaman sağlar ve gerilimi azaltır (63). Araçsal desteğin diğer destek türlerinden farkı, doğrudan bireyin sorununu çözmesidir (65).

Bilişsel Destek

Literatürde bilgi sağlayıcı destek olarak da bilinmektedir. Şahin, başkalarının hayatını kolaylaştırıcı öğütler, tavsiyeler, geri bildirimler gibi güncel durumlara yönelik bilgi ve düşüncelerin alınması olarak belirtir. Zorlu durumların çözümünde gerekli bilgiyi vermeyi ve gerekli beceriyi edinmeyi kapsayan destek türüdür (66).

Problemli durumu anlamaya, tanımaya ve başa çıkmaya yardımcı olur. Bireyi zorlu durum ile ilgili hizmetler, kaynaklar, yasalar ve kurumlar hakkında bilgilendirerek başa çıkmasını sağlar (63).

Eşlik Etme Desteği

Ait olma olarak da literatürde kullanılmaktadır. Aktivitelerde yanında bulunarak destek vermeyi içerir (67).

Sorunlu olan bireyin dikkatini başka yöne çekerek olumlu duygu durumuna girmelerini, pozitif durumun etkisiyle sorunlarıyla daha kolay baş edebilmesine yardımcı olmaktır (60).

2.2.2. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, literatürde dikkat çeken çeşitli araştırmacılarca yapılan farklı açıklamalara sahip olan bir kavramdır (30).

Algılanan sosyal destek, bireylerin diğer insanlar ile güvenilir bağları olduğuna ve bu kişilerden destek sağlayabileceğine ilişkin bilişsel algılamasıdır. Diğer bireylerden elde edebildiği saygı, sevgi ve sosyal bağların öznel bilimsel değerlendirmesidir. Sevildiğimizi, değer verildiğimizi ve diğer insanlar ile ilişkilerimizin iyi olmasını kapsar (68).

Başka bir tanıma göre algılanan sosyal destek bireylerin hayatlarının çeşitli alanlarında özen gösterildiklerini, önemsendiklerini, ihtiyaç duyduklarında başvurdukları insanların varlığı ve bu ilişkilerden doyum sağlamaları olarak adlandırılmaktadır (69).

Sorias, algılanan sosyal desteği sosyal ağın gerektiği kadar destekleyici olup olmaması durumuyla ilgili kişinin üzerinde bıraktığı etki olarak tanımlanmakta ve kişinin kendine biçtiği değer olarak ifade etmektedir (70).

Algılanan sosyal destek bireyin gereksinim duyduğu zaman destek kaynaklarının olmasıdır. Subjektif ve niteliksel olarak ifade edilmekte, ölçülmekte ve alınan sosyal desteğe göre algılanan sosyal desteğin daha etkin olduğu belirtilmektedir (71).

Yapılmış olan araştırmalarda; algılanan ile verilen sosyal desteğin çoğunlukla birbiriyle benzer olmadığı tespit edilmiştir ve mizaç, tutum gibi kolay değişen özelliklerin üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (57).

2.2.3. Sosyal Destek Kaynakları

Algılanan sosyal destek, alınan sosyal destekten daha çok psikolojik sağlık üzerinde etkilidir. Desteğin nereden alındığı da önem taşımaktadır. Algılan sosyal destek kurumsal olarak değerlendirildiğinde üç kaynaktan alınmaktadır. Bunlar; aile, arkadaş ve birey için önemli olan kişilerden oluşmaktadır (72).

Sosyal destek kaynakları genel olarak formal ve informal destek kaynakları olarak iki ana bölüm içerisinde ele alınmaktadır. Resmi kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar formal destek kaynaklarıdır. Aile, akraba, komşu, arkadaş gibi çevrede bulunarak katkı sağlayanlar ise informal sosyal destek kaynakları olarak ifade edilmektedir (61).

Kriz ve duygusal gerginlik yaşandığında bireyler, aile fertleri ve arkadaşlarından destek alma gereksinimi duyarlar. Bu informal kişilerden oluşan destek ağı bireyin sağlık ve uyum süreci üzerinde etkili olmaktadır (73).

2.2.4. Sosyal Destek Sağlık İlişkisi

İhtiyaç duyduğunda sosyal desteğin sağlanması bireylerin sağlık durumlarını etkilemektedir (74). Yüksek düzeyde sosyal destek alan kişilerin olumlu sağlık davranışları gösterdikleri, daha sağlıklı ve uzun yaşadıkları, ruhsal, fiziksel akut veya kronik hastalıklara karşı daha dayanıklı oldukları, hastalandıkları zaman ise

iyileşmenin daha hızlı, tedaviye uyumlarının daha kolay olduğu belirtilmektedir (75).

Sosyal desteğin sağlık üzerine olumlu etkileri Cohen ve Wills tarafından iki teori ile ele alınmıştır. Bunları tampon etki modeli, temel etki modeli olarak isimlendirmiştir (60).

2.2.4.1. Tampon Etki Modeli

Stres hastalık arasındaki ilişki incelendiğinde stresin hem hastalığı bozucu davranışları arttırdığı hem de sempatik sinir sistemini harekete geçirdiği bilinmektedir. Bu modelde yeterli sosyal desteğin stresin sağlık üzerindeki etkisini azaltacağı ve dengeye getireceği belirtilmektedir. Stresli bir hayatı olan kişilerde fiziksel ve psikolojik sağlığın korunmasında sosyal destek algısı önemlidir. Sosyal desteğin stresin sağlık üzerindeki olumsuz etkisine tampon etkisi göstererek koruduğu ileri sürülmektedir (60). Tampon etkisi kişiyi gündelik yaşamın streslerine karşı korumak yerine en çok ihtiyacı olduğu zaman harekete geçer. Örneğin kuvvetli sosyal desteği olan birine hastalık tanısı konmuşsa kişi hastalığı daha az stresli görebilir. Çünkü ihtiyacı olduğunda başvurabileceği insanlar olduğunu bilir. Aksine düşük sosyal desteği olanlar başvuracak herhangi birini bulamayabilirler (76).

2.2.4.2. Temel Etki Modeli

Bu model sosyal desteğin stres düzeyinden bağımsız olduğunu, stres düzeyi nasıl olursa olsun sosyal desteğin birey üzerinde olumlu etkiler yaratacağı belirtilmektedir (60).

Bu modele göre sosyal destek sağlığa yararlıdır ve stresli olan durum sosyal desteğin olmamasıdır. Daha çok sosyal destek kendimizi iyi hissetmemizi sağlar çünkü büyük sosyal ağlar hem duygusal hem de fiziksel destek anlamında olumlu katkılar sağlar (56).

2.2.5. Spinal Kord Yaralanması ve Sosyal Destek

Sosyal destek uyum, zihinsel sağlık üzerinde etkide bulunması sebebiyle SKY'li hastalar için önemli bir konudur (77). Sosyal desteğin omurilik

yaralanmalarına maruz kalan bireylerin refahı ile pozitif bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (78).

SKY ile başa çıkmayı öğrenmek için aile ve sosyal destek çok önemlidir (47). SKY'li bireyler alabilecekleri tüm sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle aile gibi sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi rehabilitasyon için önemli bir hedeftir. SKY'li bireyler pasif olarak sosyal destek alan ve başkalarına bağımlı olarak yaşayan bireyler gibi görülmemeli daha çok sosyal becerilerini kullanarak aktif ve özerk biçimde sosyal ilişkilerini şekillendiren bireyler olarak görülmelidir (79).

Aile ve diğer destek sistemlerinin rolü, engelliliğe uyum sağlayamaya çalışan bireylerin rehabilitasyon süreci için büyük öneme sahiptir. Olumlu sosyal desteğe sahip olmak engelliliğe ilişkin akut ya da uzun vadeli uyum için kritik faktör olarak tanımlanmıştır (80).

Sosyal ilişkiler ve sosyal destek aynı zamanda kronik veya engelliliğe bağlı ağrıda önemli roller oynar. Örneğin, algılanan sosyal destek, ağrı yoğunluğuna, depresyondaki ruh haline ve azalmış aktivite düzeylerine karşı koruyucu bir faktör oluşturabilir (81).

2.3. Stres ve Stresle Baş Etme

Bu bölümde stres kavramı, stres modelleri, stresle başa çıkma ve SKY ve stres konularına yer verilecektir.

2.3.1. Stres Kavramı

Stres kelimesi Latince "estricita" dan gelmektedir. Stres 17 yüzyılda dert, felaket, keder, musibet, gibi anlamlar yüklenmiştir. 18. ve 19. Yüzyılda ise baskı, zor, güç gibi anlamlarda nesnelere, bireylere, organlara ve ruhsal özelliklere yönelik kullanılmıştır (82).

Selye stresi organizmanın her türlü değişmeye uyum sağlamak için belirli olmayan, yaygın tepkisi olarak tanımlamaktadır (83).

Bireyin yaşadığı sosyal ve fiziki çevrede karşılaştığı uyumsuzluklar sebebiyle psikolojik ve bedensel sınırlarını aşarak harcadığı gayrete stres denmektedir (84). Başka bir tanıma göre stres, fiziksel, zihinsel ya da duygusal zorlanma durumundaki gerginliktir (85).

Stres, organizmanın ruhsal ve bedensel sınırlarının zorlanması, tehdit edilmesi ile oluşan bireyin kendini koruma amacıyla tepki zincirini eyleme geçirme özelliğine sahip, tehlike olarak algıladığı olaylarla karşılaştığında bu özelliği sayesinde "savaş ya da kaç" olarak adlandırılan uyum mekanizmasının ortaya çıkmasına neden olan durumdur (86).

Stres bireyin hayattan aldığı doyumu azaltan, hayatla bağlarının kopmasına sebep olabilen duygu durumu olarak ifade edilmektedir (87). Stresle ilgili tanımlamaların ortak özellikleri şu şekilde ifade edilebilir. Stres kişi ve çevrenin etkileşimi olarak ortaya çıkar. Streste bir tehlike vardır ve bu tehlikenin önemi kişi tarafından algılanmalıdır. Stres organizmanın tümünü etkiler ve stres sebebiyle ortaya çıkan fizyolojik değişikler kişinin kendi iradesiyle başlatılıp durdurulamaz yani stres kontrol edilemeyen bir tepkidir (88).

2.3.2. Stres Modelleri

Stres modellerinden savaş ya da kaç, genel adaptasyon sendromu ve yaşam olayları kuramı anlatılmıştır.

Savaş ya da Kaç Modeli

Strese ilişkin ilk modellerden biri Cannon tarafından ortaya konulan dış tehditlerin artan aktivite ve uyarılma düzeyinin "savaş ya da kaç" yol açtığını ileri sürmektedir. Stresle beraber yaşanan fizyolojik değişimler bireyi stres kaynağından kaçması ve ya onunla savaşması yönünde desteklemektedir. Cannon'un modeline göre stres dışsal veya çevresel stresöre yönelik genellikle fizyolojik tepkiler olarak görülmektedir. Bireyin stresli olaylarla baş etmesine imkan sağlaması nedeni ile uyuma yönelik bir tepki olarak görülmekte ve uzun süreli stresin çeşitli sağlık sorunlarına neden olabileceğini ileri sürmektedir (89).

Genel Adaptasyon Sendromu

Stres terimiyle yapılan araştırmalara bakıldığında bu alanın öncülerinden olan Hans Selye "genel uyum sendromu" adını verdiği bir süreç tanımlamıştır. Bu sendroma göre beden 3 aşamada tepki göstermektedir bunlar alarm, direnç ve tükenme aşamalarıdır (83).

Alarm: Birey stresli bir duruma maruz kaldığı anda ortaya çıkar biyokimyasal tepkiler harekete geçirilerek beden kendini korumaya hazırlar.

Direnç: Baş etme davranışları sergilenir. Alarm etkilerini normale döndürmeye çalışır.

Tükenme: Birey tekrarlı strese maruz kaldığında ve direnç gösteremediğinde gözlenir. Birey her türlü hastalığa açık duruma gelir.

Selye'ye göre stres verici bir olayla karşı karşıya kaldığımızda psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tepkiler gösteririz. İştah bozukluğu, kalp atışında hızlanma, ağız kuruması, aşırı terleme, çeşitli ağrılar, titreme, huzursuzluk, sıkıntı, yorgunluk ve çökkünlük gibi bir takım belirtiler meydana çıkabilir. Kişi sahip olduğu psikolojik ve biyolojik kaynaklarla stres yaratan durumla başa çıkmaya, uyum sağlamaya çalışır. Uyum sağladığında ortaya çıkan tepkiler kaybolur fakat devam ederse, uyum sağlanmazsa tükenme başlar ve kişi hastalanır (90).

Stresin normalden fazla süre devam etmesi bedende sistemik hasara, yıpranmalara ve ölüme yol açmaktadır. Bütün bunların yanında stresin yaşam içerisinde pozitif ve güdüleyici rolü olacağından da bahsetmektedir (83).

Yaşam Olayları Kuramı

Fizyolojik değişiklikleri önemsemeyen Selye ve Canon'un stres kuramından değişik olarak yaşam olayları kuramı stresi, yaşam deneyimleri ve ilişki değişimlerine ilişkin tepkiler olarak görmektedir (89).

Holmes ve Rahe sosyal yeniden uyum ölçeği adında bir yaşam ölçeği geliştirdiler. Bu ölçekte katılımcılara geniş kapsamlı olası yaşam olayları listesi oluşturulmuştur. Stresli olan her yaşam olayına bir yaşam değişim puanı verilmiştir.

Bu ölçeğe göre eşin ölümü yüz puan, kişisel bir hastalık altmış üç puan çocuğun evden ayrılması yirmi dokuz puan verilerek derecelendirilmiştir (56).

Yaşam olayları kuramı değerlendirme şekli sebebiyle eleştirilmektedir. Farklı insanlar benzer olaylara aynı tepkileri vermediği için karmaşıklaşmaktadır. Ölçek stres yükleyicilerin herkesi aynı etkilediğini varsaymaktadır fakat stresi algılama seviyesi kişiden kişiye göre değişmektedir (56).

2.3.3. Stresle Baş Etme

Başa çıkma terimi insanların hayatları devam ederken karşı karşıya kaldıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri ve ya yolları olarak ifade edilmektedir (91).

Stresle başa çıkma kişiye özgü stres kaynaklarını değiştirme, tolere etme ve ya kaçınma amacıyla dış kaynaklı olumsuz olaylara karşı tepkileri olumlu düzeyde tutabilmektir (92).

Lazarus ve Folkman (1987) baş etmenin dinamik bir yapısın olduğunu kişi ve çevre arasında etkileşim olduğu gibi, baş etme sürecinde kişi de stresörle etkileşim halindedir. Baş etme süreci önce dışsal stresörleri, sonrasında içsel tepkileri düzenleme süreci olarak da adlandırılır (93).

Baş etmenin iki temel etkisi bulunmaktadır. Baş etme ilk olarak stresin yoğunluğunu ve süresi azaltır, ikinci olarak ise stresin hastalığa yol açma olasılığını düşürür. Etkili bir baş etme yöntemi hem stresörün etkisini, hem de olabilecek negatif sonuçları azaltır (56).

Stresle daha etkin başa çıkmak için farkındalık önemli bir kavramdır. Farkındalık stres ve sosyal kaygı ile negatif korelasyon oluşturmaktadır. Dolayısıyla, farkındalık düzeyinin çeşitli terapilerle yükseltilmesi stresle baş etme becerilerinde iyileştirmeye yol açmaktadır (94). Stresle mücadele edebilmek için stresin ne olduğu sebep ve sonuçlarının neler olabileceği stresle başa çıkma için neler yapılabileceği açıkça belirlenmelidir (95).

2.3.3.1. Problem Odaklı Baş Etme

Problem odaklı yaklaşım ile stresörün etkisini azaltmak ve ya stresörü yönetebilmek için var olan kaynakları arttırmaya yönelik eylemleri içermektedir. Plan yapmak, plana bağlı kalmak, gerektiğinde planı gözden geçirmek problem odaklı yaklaşıma örnek gösterilebilir (67).

Bireyler karşılarına çıkan stresli durumlarda yapabilecekleri bir şey olduğuna inandıklarında problem odaklı baş etme yaklaşımını kullanma eğilimindedirler (6).

2.3.3.2. Duygu Odaklı Baş Etme

Duygu odaklı baş etme stresli olayların yol açtığı duyguları yönetme girişimidir (67). Stres verici uyarıcıya bakış açısını değiştirme ve stres vericiye karşı yorumlarımızı değiştirmeyi içerir. Bireyin stresli duruma karşı olumsuz duygularını azaltma çabalarını ifade etmektedir (96). İnsanlar duygularını kontrol etmek için hem bilişsel hem de davranışsal stratejiler kullanmaktadırlar (67).

Stresle başa çıkma bir süreç olarak değerlendirildiğinde iki tür değerlendirme şekli vardır. Birincil değerlendirme yaşanılan durumunun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir. Bireye uymayan bir şeyin olup olmadığı gözlemlenir ve olumlu, olumsuz, nötr çıktıları olabilir. Bizi herhangi bir şekilde etkilemiyorsa nötr, bizim iyiliğimize destek oluyorsa olumlu, mücadeleye zorlayıcı, tehdit edici ve stres vericiyse olumsuz olarak değerlendirebiliriz. İkincil değerlendirme: eğer birincil aşama stres olarak değerlendirilmişse ikincil aşama başa çıkma ve yönlendirmeyle ilgili yollarla ilgilidir. İmkanların bu konuda ne kadar etkili olduğu değerlendirilir (86).

Bu değerlendirmeler sonucunda stres yükleyicilerle mücadele için iki farklı baş etme biçimi kullanılır. Bunlar duygu odaklı ve problem odaklı baş etme biçimleridir.

Literatürde çeşitli başa çıkma tarzları sınıflandırması bulunmaktadır fakat en çok kullanılan problem ve duygu odaklı baş etme şekilleridir (96). Bu çalışmada kullanılan ve Şahin ve Durak tarafından yapılan araştırma sonucu ortaya çıkan boyutlar bu sınıflandırmaya uymaktadır Buna göre başa çıkma yöntemleri kendine

güvenli, boyun eğici, iyimser, çaresiz yaklaşımlar ve sosyal desteğe başvurma olmak üzere beş faktöre ayrılmaktadır. Kendine güvenli, sosyal destek arama ve iyimser yaklaşım stresle baş etmede etkili yöntemler; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemler olarak ele alınmaktadır (97).

Stres verici etkenlerin olumsuz etkilerini azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak için başa çıkma yöntemleri kullanmak evrensel bir tutumdur. Başa çıkma tarzlarının başarılı olması stresi ortadan kaldırırken, başarısız olması bir takım psikolojik ve fizyolojik tepkilerin oluşmasını sağlamaktadır (6).

2.3.4. Spinal Kord Yaralanması ve Stres

Fiziksel engellilik birey üzerinde muazzam bir stres yaratma potansiyeline sahiptir. SKY gibi travmatik bir olaydan sonra gerçekleşen engellilikte, stres olaydan kısa süre sonra akut olabilir. Bu süre zarfında bireyin yaşamı genelde fırtınalı bir haldedir. Kişinin kimliğini yeniden tanımlaması, aile içindeki rolü ve topluma katılımının değerlendirilmesi gerekmektedir (98). Omurilik yaralanmasıyla başa çıkmayı öğrenmek çok zordur. Korku, stres, üzüntü ve karışıklığı yaşamak yaygındır (47).

SKY'nin neden olduğu fiziksel kısıtlamalara ek olarak, bireyler çeşitli duygusal, psikolojik, ekonomik ve çevresel stresleri yaşamaktadır. Bu stresörler arasındaki karmaşık etkileşimler SKY sonrası başa çıkmayı etkiler. Bağımsız bir yaşamdan bağımlı bir duruma geçiş, bireysel, toplumsal ve mesleki yaşamsal yönlerini yeniden tanımlamayı ve yeniden değerlendirmeyi gerektirir (99).

SKY'li bireyler hayatlarının her alanında büyük sorun yaşarlar. SKY'ye olumlu bir şekilde uyum sağlamak genellikle davranış değişikliği ve öz bakım faaliyetlerinde dikkat gerektirir. SKY'li birey karşılaştıkları komplikasyonları ve stresi yönetmeyi öğrenmelidir. Bu konulara dikkat çoklu davranışsal ve psikososyal değişkenlerden etkilendiği için başlangıçta varsayılabileceğinden çok daha zor ve karmaşıktır (53).

SKY son derece stresli bir olay olarak algılanır (100). Birey yaralanmadan önce yapabileceği kadar çok performans gösteremez. İş, aile, sosyal ilişkiler ve fiziksel değişim gereksinimleri bireyin yeterliliğine baskı uygulayabilir. SKY'de stres

tepkilerinin tipik örnekleri arasında depresyon, kaygı ve fiziksel belirtilerle ilgili sıkıntı vardır. Kişisel sıkıntı işaretlerinin belirtileri kişiden kişiye değişir ve yaralanmadan bu yana farklı zamanlarda ortaya çıkabilir (101).

SKY'ye sahip bir kişi geleceği önceden tahmin edilemez veya bir kişinin yaralanmasından dolayı ortaya çıkan taleplerini karşılayacak gerekli kaynağa sahip olmaması durumunda, stres alarmı etkinleşir (102). Örneğin akülü tekerlekli sandalyede seviyesindeki SKY'li birey etrafındaki ortamda erişilebilirlik konusunda endişeleniyorsa, tüm engeller stres yaratıcı olarak görülebilir durumu yönetebilmek için evden çıkmak istemeyebilir (103).

Moore ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada SKY'li bireyler stresle başa çıkmaya çalışırken ağırlıklı olarak probleme yönelik başa çıkma özelliğini kullanan kişilerin duyguya yönelik başa çıkma özelliğini kullananlara göre daha iyi duygusal uyuma sahip olduğunu bulmuşlardır. (104). Bu bulgudan farklı olarak başka bir çalışmada ise olarak duygusal odaklı başa çıkmanın en fazla etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar yaşamın zor ve kontrol edilemeyen yönlerini yönetirken duygu odaklı stratejilerin kullanılabileceğini önermektedir (105).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, çalışma grubu, araştırmanın etiği, veri toplama araçları, verilerin toplanma süreci ve verilerin analizi ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modelinde korelasyonel araştırma olarak tasarlanmıştır. Korelasyonel araştırmalar, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin, herhangi bir biçimde bu değişkenlere müdahale edilmeden incelendiği araştırmalardır. Korelasyonel araştırmalar, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, ilişki düzeylerinin belirlenmesinde etkili ve bu ilişkilerle ilgili daha üst düzey araştırmaların yapılması için gerekli verileri ortaya koyan önemli araştırmalardır (106).

Araştırmanın, bağımlı değişkeni stresle başa çıkma puanları ve algılanan sosyal destek puanlarıdır. Bağımsız değişkeni ise; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, şu anki çalışma durumu, hastalık tanısı, lezyon seviyesi, tanı konduktan sonra geçen süre, bakım veren kişi, yaralanmadan sonra psikiyatrik/psikolojik destek için başvurma durumudur. Araştırma, spinal kord yaralanmalı hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan tetrapleji veya parapleji tanısı almış, görüşmeyi kabul eden, herhangi bir anlama ve algılama sorunu olmayan hastalardan oluşmaktadır.

Çalışma 03.08.2017 - 30.10.2017 tarihleri arasında SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan parapleji ve tetrapleji tanısı almış SKY'li100 hastadan oluşmaktadır. Kesitsel çalışma olarak planlanmıştır. SKY'li hastaların tedavi süreleri uzun olduğu için aylık yatan

hasta sayısı değişmektedir, ortalama 20-40 arası SKY'li hasta yatışı yapılabilmektedir. Çalışmaya belirlenen tarihler arasında, araştırma kriterlerine uygun, gönüllü olarak katılan ve herhangi bir anlama sorunu olmayan SKY'li bireyler kabul edilmiştir.

Çalışma sadece Ankara ilinde bulunan tek bir fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanede yapıldığı için sınırlıdır.

Araştırmamız kapsamında Türkçe literatürde doğrudan sosyal hizmet bakış açısıyla SKY'li hastaları konu edinen akademik çalışma olmadığından daha önce yapılmış olan çalışmaların yol göstericiliğinden yoksundur. Ayrıca başka hasta gruplarına benzer ölçeklerle yapılmış olan yüksek lisans ve doktora tezlerinden faydalanılması çalışmanın önemli sınırlılıklarından biridir.

Çalışmanın yapıldığı SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ülkemizin ilk yataklı rehabilitasyon hastanesi olması özelliğini taşımaktadır. SKY gibi rehabilitasyon hastalarının yoğun olarak tedavi gördüğü dal hastanesidir. Türkiye'nin birçok şehrinden tedavi amaçlı hastalar gelmektedir. Çalışma grubuna ulaşabilmek açısından zengindir.

3.3. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanması için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu (EK-5) ile SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan (EK-6) yazılı izinler alınmıştır.

Katılımcılara araştırmada kullanılan ölçeklerdeki bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir. SKY olan hastalar için araştırmacı tarafından hazırlanan onam formunda çalışmanın bir yüksek lisans programı kapsamında yürütüldüğü ve çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılmaktadır (EK-1). Çalışmanın süresi, katılımcının dolduracağı anket sayısı onam formunda belirtilirken çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, katılmama hakkı bulunduğu, uygulama başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olunduğu vurgulanmaktadır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan SKY'li hastalar ya da hasta yakınlarına onam formu imzalatılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini tanımlamak amacıyla hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (EK-3), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-4) veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından SKY'li hastalara klinikte yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

SKY'li bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu Kişisel Bilgi Formu, benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. 19 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu SKY'li hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini içeren bilgiler bulunmaktadır. Kişisel Bilgi Formunun işlevselliğini belirlemek için ön uygulama yapılmıştır ve ön uygulama sonrasında formda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.4.2. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği

Bireylerin genel ya da belirgin stres durumlarıyla başa çıkmada kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980 yılında Folkman ve Lazarus 'un geliştirdiği Ways of Coping Inventory ölçeğinden Türkçe'ye uyarlanan "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin" ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını Şahin ve Durak yapmıştır (97).

Bu ölçek kendine güvenli, iyimser, çaresiz, boyun eğici yaklaşımlar ve sosyal desteğe başvurma adı verilen 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin sırasıyla iç tutarlılıkları 0.80, 0.68, 0.73, 0.70, 0.47'dir (97). Çalışmamızda Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) iç tutarlılık katsayıları kendine güvenli yaklaşım 0.81, iyimser yaklaşım 0.76, çaresiz yaklaşım 0.67, boyun eğici yaklaşım 0.39 ve sosyal destek arama 0.32 olarak bulunmuştur.

Stresle başa çıkmada etkili yöntemler olan kendine güvenli yaklaşım yedi maddeden (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), iyimser yaklaşım beş maddeden (2, 4, 6, 12, 18), sosyal destek arama yaklaşımı dört maddeden (1, 9, 29, 30), etkisiz yöntemler

olan çaresiz yaklaşım sekiz maddeden (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), boyun eğici yaklaşım altı maddeden (5, 13, 15, 17, 21, 24) oluşmaktadır. 30 madde olan ve 0-3 arası puanlanan likert tipi ölçekte sosyal destek arama yaklaşımı 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak değerlendirilir. Her faktöre ait bulunan puanlar toplanıp o faktöre ait soru sayısına bölünerek faktörün ortalama puanı bulunmaktadır. Toplam puan ise hesaplanmamaktadır (97).

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Bu çalışmada SKY'li bireylerin çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır. Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik-güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995'te yapılmıştır. İç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek olan ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.77-0.92 olarak bulunmuştur. 12 maddeden oluşan bir ölçektir (54). Çalışmamızda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) iç tutarlılık katsayıları aile 0.84, arkadaş 0.92, özel kişi 0.90 ve toplam 0.89 olarak bulunmuştur.

12 maddeden oluşan likert tipi ölçek Kesinlikle Hayır'dan Kesinlikle Evet'e kadar 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde 7 dereceli olarak oluşturulmuştur. Ölçeğin; bireylerin destek kaynaklarını yansıtan arkadaş, aile, özel kişi desteği olmak üzere üç alt boyutu ve her alt boyutta 4 maddesi bulunmaktadır. Ölçeğin 3, 4, 8, 11. maddeleri aile; 6, 7, 9, 12. maddeleri arkadaş desteğini belirtirken 1, 2, 5, 10. maddeleri ise özel kişi desteğini ölçmektedir (54).

Ölçeğin alt boyutlarından en düşük puan 4, en yüksek 28 puan alınabilmektedir. Toplam ölçek puanı, ölçeğin alt boyutlarının toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin tamamından en düşük 12, en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Alınan puanların yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (9).

3.5. Verilerin Toplanması

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu ile SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim

Kurulundan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmanın verileri 3 Ağustos – 30 Ekim 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olarak dâhil edilen 100 SKY'li hastaya ölçek formları yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Veriler hastaların tedavi programlarına göre uyarlanarak hastalara uygun olan saatlerde sosyal mesleki danışmanlık ve destek ünitesinde yapılmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için 25-30 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışmada yer alan bireylerin sayısal değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelendi. Şenoğlu ve Acıtaş a göre Shapiro-Wilk testi Samuel Shapiro ve Martin Wilk tarafından ortaya konulmuştur. Normalliği test etmek için kullanılan en güçlü testlerden birisidir (107). Normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (minimum; maksimum) kullanıldı. Kategorik değişkenlerde bireylerin dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%) verildi.

Uygulanan ölçeklere verilen yanıtlara ilişkin iç tutarlılık katsayıları (cronbach alfa) hesaplandı. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Anlamlı ilişki belirlenmesi durumunda, korelasyon katsayısı 0.00 – 0.19 aralığında ise "ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki", 0.20 – 0.39 aralığında ise "zayıf (düşük) ilişki", 0.40 – 0.69 aralığında ise "orta düzeyde ilişki", 0.70 – 0.89 aralığında ise "kuvvetli (yüksek) ilişki" ve 0.90 – 1.0 aralığında ise "çok kuvvetli ilişki" şeklinde yorumlandı.

Ölçek puanlarının bağımsız iki grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden çok grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İkiden çok grup karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırma sonuçları verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın genel ve alt amaçları doğrultusunda verilerin işlenmesi, çözümlenmesi, analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan SKY'li hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine, yaralanma sonrası yaşadığı sorunlar ve bakım veren kişilere ilişkin bulgular frekanslar ve yüzdeler şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.

Değişkenler	Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	25	25.0
	Erkek	75	75.0
Yaş	30 ve altı	52	52.0
	31-60	42	42.0
	61 ve üstü	6	6.0
Medeni durum	Bekar	52	52.0
	Evli	47	47.0
	Dul	1	1.0
Eğitim durumu	Okur yazar değil	2	2,0
	Okur yazar	6	6,0
	İlkokul	45	45,0
	Lise	33	33,0
	Üniversite	14	14,0
Meslek	İşçi	8	8,0
	Memur	6	6,0
	Serbest meslek	34	34,0
	Ev hanımı	13	13,0
	Emekli	20	20,0
	Öğrenci	17	17,0
Gelir	Geliri yok	60	60,0
	1500 ve altı	29	29,0
	1501 ve üstü	11	11,0
Yaşanılan yer	İl	53	53,0
	İlçe	37	37,0
	Köy	10	10,0
Sosyal güvence	SGK	70	70.0
	Yeşilkart	30	30.0
Çalışma durumu	Tam zamanlı çalışıyorum	4	4.0
	Çalışmıyorum	55	55.0
	Yaralanma sebebi ile çalışmıyorum	41	41.0

Tablo 4.1'de SKY'li hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi çalışmaya katılan 100 SKY'li hastanın 75'ini (%75) erkekler 25'ini (%25) kadınlar oluşturmuştur. SKY'li hastaların %52'sinin 30 yaş altında olduğu, %42'sinin 31-60 yaş arasında olduğu %6'sının 65 yaş ve üstünde olduğu görülmüştür. Çalışmada yer alan SKY'li hastaların %52'si bekar, %47'si evli, %1'i ise dul olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %45'i ilkokul mezunu,%33'ü lise mezunu, %14'ü üniversite mezunudur. SKY'li hastaların meslekleri incelendiğinde %34'ünün serbest meslek sahibi olduğunu, %20'sinin emekli olduğu, %6'sının memur olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %60'ının gelirinin olmadığı,%11'inin 1501ve üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir. %53'ünün şehirde, %10'unun köyde yaşadığı, %70'inin sosyal güvencesinin SGK, %30'unun yeşilkart olduğu ve %4'ünün tam zamanlı çalıştığı, %41'inin yaralanma sebebi ile çalışmadığı , %55'inin çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. SKY'li Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**%**
Tanı	Parapleji	70	70,0
	Tetrapleji	30	30.0
Lezyon seviyesi	Üst torakal	15	15,0
	Alt torakal	43	43,0
	Servikal	30	30,0
	Lomber	12	12,0
Yaralanma sebebi	Trafik kazası	28	28,0
	Düşme	38	38,0
	Yaralanma (silah, bıçak)	9	9,0
	Sığ suya atlama	5	5,0
	İnfeksiyon	3	3,0
	Tümör	6	6,0
	Diğer(Ameliyat) sonrası	10	10,0
Tanı sonrası geçen süre	1 yıldan az	36	36,0
	1-5 yıl	51	51,0
	6 yıl ve üstü	13	13,0
Hastaneye yatış sayısı	1	31	31,0
	2	33	33,0
	3	11	11,0
	4	12	12,0
	5 ve üstü	13	13,0
Yaralanmadan sonra psikiyatrik/psikolojik destek alma durumu	Evet, kendim başvurdum	10	10,0
	Evet, hastane tarafından yönlendirilerek	17	17,0
	Hayır	73	73,0

Tablo 4.2'de SKY'li hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımına yer verilmiştir.

Çalışmaya katılan 100 SKY'li bireyin %70'inin hastalık tanısı parapleji olup %30'ununki tetraplejidir. Yaralanma düzeyine göre değerlendirildiğinde %43'ünün yaralanma düzeyi alt torakal bölge, %12'si lomber bölgedir. Çalışmaya katılanların % 38'inin yüksekten düşme %28'inin trafik kazası, %5'inin sığ suya atlama sebebiyle yaralandığı, bulunmuştur. SKY tanısı koyulduktan sonra geçen süreye bakıldığında %36'sının üzerinden 1 yıldan az zaman geçtiği, %51'inin üzerinden 1-5 yıl geçtiği, %13'ünün üzerinden 6 yıl ve üzeri zaman geçtiği saptanmıştır. %31'inin hastaneye ilk kez yattığı %33'ünün hastaneye 2. kez yatmakta olduğu ve %13'ünün 5 defadan fazla hastaneye yattığı bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %73'ünün yaralanmadan sonra psikiyatrik/psikolojik destek almadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. SKY'li Hastaların Yaralanma Sonrası Yaşadığı Sorunların Dağılımı.

Değişkenler	**Kategori**	**n**	**%**
Basınç yarası açılma durumu	Evet	48	48,0
	Hayır	52	52,0
Yaralanma sonrası dışarı çıkma durumu	Hiç	43	43,0
	Bazen	48	48,0
	Sık sık	9	9,0
Yaralanmaya bağlı yaşanan sorunlar	Ağrı	40	40.0
	Mesane	19	19.0
	Kabızlık	14	14.0
	Çalışamama	6	6.0
	Hareket	34	34.0
	Yakın ilişkiler	6	6.0
	Cinsellik	4	4.0
	Maddi	7	7.0

Tablo 4.3'te SKY'li katılımcıların yaralanma sonrası yaşadığı sorunların dağılımına yer verilmiştir.

Çalışmaya katılanları %48'inde yara açıldığı, %52'sinde yara açılmadığı bulunmuştur. %43'ünün hiç dışarı çıkamadığı,%48'inin bazen %9'unun sık sık dışarı çıktığı görülmektedir. Yaralanmaya bağlı yaşadığı komplikasyonlardan ağrı

sorununu yaşayan 40, hareket sorununu yaşayan 34, mesane sorununu yaşayan 19, maddi sorun yaşayan 7, çalışamama sorununu yaşayan ise 6 hastanın olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. SKY'li Hastalara Bakım Verenlerin Dağılımı.

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**%**
Bakım veren kişi	Anne-baba	32	32,0
	Eş	22	22,0
	Kardeş- Akraba	16	16,0
	Kızı-oğlu	13	13,0
	Ücretli bakıcı	3	3,0
	Diğer	4	4,0

Tablo 4.4'de araştırmaya katılan SKY'li hastalara bakım verenlere ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo incelendiğinde SKY'li hastaların %32'sine anne- babanın %22'sine eşinin, %16'sına kardeş-akrabanın, %13'üne kızı-oğlunun bakım verdiği görülmektedir. Ücretli bakıcıların bakım verdiği SKY'li bireylerin oranı ise %3'tür.

4.2. SKY'li Hastalarda Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.5. SKY'li Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri.

SBTÖ	**ÇBASDÖ**			
	Aile rho; p	**Arkadaş rho; p**	**Özel kişi rho; p**	**Toplam rho; p**
Kendine güvenli yaklaşım	0.395; <0.001#	0.261; 0.009#	0.125; 0.215	0.294; 0.003#
İyimser yaklaşım	0.429; <0.001#	0.247; 0.013#	0.103; 0,309	0.277; 0.005#
Çaresiz yaklaşım	-0.044; 0.664	-0.141; 0.163	-0.012; 0.908	-0.077; 0.449
Boyun eğici yaklaşım	0.037; 0.714	-0.012; 0.904	-0.085; 0.403	-0.044; 0.661
Sosyal destek arama yaklaşım	0.118; 0.241	0.249; 0.012#	0.215; 0.032#	0.266; 0.007#

**Spearman rho korelasyon katsayısı # p<0.05*

Kendine güvenli yaklaşım ile ÇBASDÖ aile (rho= 0.395; p<0.001), arkadaş (rho= 0.261; p=0.009) ve toplam (rho= 0.294; p=0.003) puan arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

İyimser yaklaşım ile ÇBASDÖ aile puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (rho= 0.429; p<0.001). İyimser yaklaşım ile ÇBASDÖ arkadaş (rho= 0.247; p=0.013) ve toplam (rho= 0.277; p=0.005) puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Sosyal destek arama yaklaşımı ile ÇBASDÖ arkadaş (rho= 0.249; p=0.012), özel kişi (rho= 0.215; p=0.032) ve toplam (rho= 0.266; p=0.007) puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

4.3. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişki ve Anlamlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. SKY'li hastaların cinsiyetlerine göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanları.

Ölçekler	Cinsiyet		Test istatistiği*	
	Kadın Ortanca (min; maks)	**Erkek Ortanca (min; maks)**	**Z**	**P**
ÇBASDÖ				
Aile	28 (4; 28)	28 (9; 28)	0.759	0.448
Arkadaş	19 (4; 28)	23 (4; 28)	1.181	0.238
Özel kişi	17 (4; 28)	17 (4; 28)	0.148	0.882
Toplam	55 (17; 84)	63 (23;84)	0.637	0.524
SBTÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	2.4 (1.4; 3)	2.7 (0.7; 3)	1.486	0.137
İyimser yaklaşım	2.2 (0.4; 3)	2.4 (0.2; 3)	0.581	0.561
Çaresiz yaklaşım	1.5 (3; 2.4)	1.5 (0.3; 3)	0.914	0.361
Boyun eğici yaklaşım	1.6 (0.7; 2.3)	1.8 (0.2; 2.5)	0.381	0.703
Sosyal destek arama yaklaşımı	1.7 (1; 2.8)	2 (0; 3)	1.204	0.229

**Mann Whitney U testi*

Tablo 4.6'da SKY'li hastaların cinsiyetlerine göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.6'te görüldüğü gibi SKY'li hastaların cinsiyet durumuna göre ÇBASDÖ aile (Z= 0.759; p= 0.448), arkadaş (Z= 1.181; p= 0.238), özel kişi (Z= 0.148; p= 0.882) ve toplam (Z= 0.637; p= 0.524) alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Analiz sonuçları katılımcıların SBTÖ alt ölçekleri; kendine güvenli, iyimser çaresiz, boyun eğici ve sosyal destek arama puanları ve cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (p>0.05).

Tablo 4.7. SKY'li Hastaların Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	**Yaş**			**Test istatistiği***	
	30 ve altı Ortanca (min; maks)	**31 – 60 Ortanca (min; maks)**	**61 ve üstü Ortanca (min; maks)**	**χ^2**	**P**
ÇBASDÖ					
Aile	25 (4; 28)#	28 (9; 28)#	24 (8; 28)	12.11	0.002
Arkadaş	21.50 (4; 28)	24 (4; 28)	8 (8; 28)	4.013	0.134
Özel kişi	16.50 (4; 28)	18 (4; 28)	14.5 (4; 28)	1.033	0.597
Toplam	58.5(23; 84)	68.5 (29; 84)	46.5 (17; 84)	5.060	0.080
SBTÖ					
Kendine güvenli yaklaşım	2.6 (0.7; 3)	2.57 (1; 3)	2.3 (2; 3)	0.794	0.672
İyimser yaklaşım	2.3 (0.2; 3)	2.4 (0.6; 3)	2.5 (1.6; 3)	1.678	0.432
Çaresiz yaklaşım	1.5 (0.3; 3)	1.5 (0.5; 2.6)	1.6 (0.9; 2.5)	2.432	0.296
Boyun eğici yaklaşım	1.5 (0.2; 2.3)	1.8 (0.5; 2.5)	1.6 (1; 2.3)	5.218	0.074
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (0.0; 3)	2 (1.5; 3)	2.1 (1.8; 2.8)	1.214	0.545

**Kruskal-Wallis testi # p<0.05*

Tablo 4.7'de SKY'li hastaların ÇBASDÖ ve SBTÖ puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

ÇBASDÖ aile ölçek puanları yaşa göre farklılık göstermektedir. Tablo 5'te görüldüğü gibi yaşı 31-60 olanlarda ÇBASDÖ aile puanı 30 ve altında olanlar için elde edilen ÇBASDÖ aile puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir (χ^2= 12.11; p= 0.002).

Tablo 4.7 incelendiğinde SBTÖ alt ölçekleri kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı puanlarının yaşa göre anlamlı fark göstermediği anlaşılmaktadır (p> 0.05).

Tablo 4.8. SKY'li Hastaların Medeni Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Medeni Durum		Test istatistiği*	
	Evli Ortanca (min; maks)	**Bekar Ortanca (min; maks)**	**Z**	**P**
ÇBASDÖ				
Aile	28 (9; 28)#	25 (4; 28)#	3.543	<0.001
Arkadaş	24 (4; 28)#	20 (4; 28)#	2.305	0.021
Özel kişi	19.5 (4; 28)	16 (4; 28)	1.323	0.186
Toplam	67.5 (29; 84)#	58 (17; 84)#	2.556	0.011
SBTÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	2.57 (1; 3)	2.57 (0.7; 3)	0.633	0.527
İyimser yaklaşım	2.5 (0.6; 3)#	2.2 (0.2; 3)#	2.332	0.020
Çaresiz yaklaşım	1.5 (0.5; 2.5)	1.5 (0.3; 3)	0.780	0.435
Boyun eğici yaklaşım	1.8 (0.5; 2.3)#	1.5 (0.2; 2.5)#	2.047	0.041
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (1.5; 3)	2 (0; 3)	0.885	0.376

**Mann Whitney U testi # p<0.05*

Tablo 4.8'de SKY'li hastaların medeni durumuna göre ÇBASDÖ ve SBTÖ ait puanlar verilmiştir.

Tablo 4.8'da görüldüğü gibi ÇBASDÖ aile puanları medeni duruma göre farklılık göstermektedir. Medeni duruma göre evli olanların ÇBASDÖ aile puanları bekar olanların ÇBASDÖ aile puanlarından anlamlı derecede yüksektir (Z= 3.543; p< 0.001).

Medeni duruma göre evli olanların ÇBASDÖ arkadaş puanları bekar olanların ÇBASDÖ arkadaş puanlarından anlamlı derecede yüksektir (Z= 2.305; p=0.021).

Analiz sonuçlarına göre ÇBASDÖ özel insan alt ölçeği puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p> 0.05).

Tablo 4.8 incelendiğinde medeni duruma göre evli olanların ÇBASDÖ toplam puanları bekar olanların ÇBASDÖ toplam puanlarından anlamlı derecede yüksektir (Z= 2.556; p=0.011).

SBTÖ iyimser yaklaşım puanları medeni duruma göre farklılık göstermektedir. Medeni duruma göre evli olanların SBTÖ iyimser yaklaşım puanları bekar olanların SBTÖ iyimser yaklaşım puanından anlamlı derecede yüksektir (Z= 2.332; p=0.020).

Medeni duruma göre evli olanların SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanları bekar olanların SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanından anlamlı derecede yüksektir (Z= 2.047; p=0.041).

Analiz sonuçlarına göre SBTÖ kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p> 0.05).

Tablo 4.9. SKY'li Hastaların Eğitim Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Eğitim Durumu				Test istatistiği*	
	Okuryazar değil Ortanca (min; maks)	İlkokul Ortanca (min; maks)	Lise Ortanca (min; maks)	Üniversite Ortanca (min; maks)	χ^2	P
ÇBASDÖ						
Aile	28 (25; 28)	28 (8; 28)	28 (4; 28)	23.5 (15; 28)	4.346	0.226
Arkadaş	10 (4; 28)	23 (4; 28)	21 (4; 28)	23.5 (6; 28)	1.604	0.659
Özel kişi	14.50 (4; 26)	17 (4; 28)	19 (4; 28)	15 (4; 28)	2.395	0.495
Toplam	52.5 (37; 77)	64 (17; 84)	63 (23; 84)	61 (30; 81)	1.007	0.799
SBTÖ						
Kendine güvenli yaklaşım	2.6 (1.4; 3)	2.7 (1.6; 3)	2.5 (0.7; 3)	2.6 (2.1; 3)	1.052	0.789
İyimser yaklaşım	2.4 (0.6; 3)	2.4 (0.8; 3)	2.2 (0.2; 3)	2.3 (0.6; 3)	2.308	0.511
Çaresiz yaklaşım	2.1 (1.3; 2.4)#	1.5 (0.5; 2.9)	1.5 (0.6; 3)	1.1 (0.3; 2.6)#	10.30	0.016
Boyun eğici yaklaşım	2.0 (1.3; 2.3)#	1.8 (0.7; 2.3)	1.6 (0.5; 2.5)	1.2 (0.2; 2.2)#	8.506	0.037
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (1.5; 2.8)	2 (0.0; 3)	2 (0.8; 2.8)	2 (3; 2)	1.049	0.789

**Kruskal-Wallis testi # p<0.05*

Analiz sonucunda ÇBASDÖ aile, arkadaş özel kişi ve toplam puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı fark göstermediği anlaşılmaktadır (p> 0.05).

Tablo 4. 9'da görüldüğü gibi SBTÖ çaresiz yaklaşım boyutu ölçek puanları eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Okuryazar olmayanların SBTÖ çaresiz yaklaşım boyutu puanı, üniversite mezunlarının SBTÖ çaresiz yaklaşım boyutu puanından anlamlı derecede yüksektir (χ^2= 10.30; p=0.016).

Analiz sonuçlarına göre SBTÖ boyun eğici yaklaşım boyutu ölçek puanları eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Okuryazar olmayanların SBTÖ boyun eğici yaklaşım boyutu puanı, üniversite mezunlarının SBTÖ boyun eğici yaklaşım boyutu puanından anlamlı derecede yüksektir (χ^2= 8,506; p= 0,037).

Tabla 4.9 incelendiğinde SBTÖ kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçekleri eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (p> 0.05).

Tablo 4.10. SKY'li Hastaların Gelir Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	**Gelir durumu**			**Test istatistiği***	
	Geliri yok Ortanca (min; maks)	**1500 ve altı Ortanca (min; maks)**	**1500 ve üstü Ortanca (min; maks)**	**χ^2**	**P**
ÇBASDÖ					
Aile	28 (4; 28)	28 (8; 28)	24 (15; 28)	0.301	0.860
Arkadaş	21.5 (4; 28)	23 (4; 28)	24 (8; 28)	0.751	0.687
Özel kişi	19 (4; 28)	13 (4; 28)	16 (4; 28)	2.888	0.236
Toplam	63 (27; 84)	59 (17; 84)	70 (40; 84)	1.538	0.463
SBTÖ					
Kendine güvenli yaklaşım	2.5 (0.7; 3)	2.5 (1.6; 3)	2.7 (2; 3)	0.411	0.814
İyimser yaklaşım	2.3 (0.2; 3)	2.4 (1.6; 3)	2.2 (0.4; 3)	0.717	0.699
Çaresiz yaklaşım	1.5 (0.3; 3)	1.3 (0.6; 2.5)	1.2 (0.3; 2.6)	1.810	0.405
Boyun eğici yaklaşım	1.8 (0.2; 2.3)	1.6 (0.8; 2.3)	1.5 (0.5; 2.5)	0.802	0.670
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (0.0; 3.0)	2 (1; 2.5)	2 (1.5; 2.8)	0.167	0.920

**Kruskal-Wallis testi*

Tablo 4.10'da gelir durumuna göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanları verilmiştir.

Tablo 4.10 incelendiğinde**,** SKY'li bireylerin ÇBASDÖ alt ölçekleri gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Analiz sonuçlarına göre SBTÖ alt puanlarının gelir durumuna göre anlamlı fark göstermediği anlaşılmaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11. SKY'li Hastaların Çalışma Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	**Çalışma durumu**			**Test istatistiği***	
	Tam zamanlı çalışıyorum Ortanca (min; maks)	**Çalışmıyorum Ortanca (min; maks)**	**Yaralanma sebebi ile çalışmıyorum Ortanca (min; maks)**	**χ^2**	**P**
ÇBASDÖ					
Aile	28 (21; 28)	28 (4; 28)	28 (9; 28)	1.590	0.452
Arkadaş	25.5 (24; 26)	18 (4; 28)	24 (4; 28)	5.959	0.051
Özel kişi	21.50 (15; 28)	17 (4; 28)	15 (4; 28)	1.220	0.543
Toplam	75.5 (60; 81)	59 (17; 84)	67 (23; 84)	4.014	0.134
SBTÖ					
Kendine güvenli yaklaşım	2.7 (2.3; 3)	2.4 (0.7; 3)#	2.8 (1; 3)#	9.419	0.009
İyimser yaklaşım	2.5 (1.8; 2.8)	2.2 (0.2; 3)	2.6 (0.8; 3)	3.468	0.177
Çaresiz yaklaşım	1.4 (2.3; 3)	2.2 (0.2; 3)	2.6 (0.8; 3)	3.887	0.143
Boyun eğici yaklaşım	1.5 (0.5; 1.8)	1.5 (0.4; 3)	1.2 (0.3; 2.6)	2.069	0.355
Sosyal destek arama yaklaşım	2.1 (2; 2.8)	2.0 (0.8; 3)	2.0 (0.0; 2.8)	1.953	0.377

**Kruskal-Wallis testi # p<0.05*

Tablo 4.11'in analiz sonuçlarına göre**,** SKY'li bireylerin ÇBASDÖ puanları çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu ölçek puanları çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir. Yaralanma sebebi ile çalışmayanların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu puanı, çalışmayanlardan elde edilen SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($\chi^2 = 9.419$; $p = 0.009$).

Tablo 4.12. SKY'li Hastaların Tanılarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Tanı		Test istatistiği*	
	Parapleji Ortanca (min; maks)	**Tetrapleji Ortanca (min; maks)**	**Z**	**P**
ÇBASDÖ				
Aile	28 (4; 28)	27 (16; 28)	0.742	0.458
Arkadaş	23 (4; 28)	18 (4; 28)	1.582	0.114
Özel kişi	16.5 (4; 28)	18 (4; 28)	0.725	0.468
Toplam	63 (17; 84)	59 (27; 84)	0.028	0.304
SBTÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	2.5 (1; 3)	2.6 (0.7; 3)	0.228	0.820
İyimser yaklaşım	2.4 (0.4; 3)	2.4 (0.2; 3)	0.239	0.811
Çaresiz yaklaşım	1.5 (0.3; 2.6)	1.4 (0.5; 3)	0.498	0.619
Boyun eğici yaklaşım	1.6 (0.2; 2.5)	1.8 (0.8; 2.3)	0.201	0.841
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (0; 3)	2 (0.8; 2.8)	0.748	0.454

**Mann Whitney U testi*

Tablo 4.12'de görüldüğü gibi SKY'li bireylerin ÇBASDÖ alt ölçekleri aile, arkadaş, özel kişi ve toplam puanları tanıya göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo incelendiğinde SBTÖ alt ölçekleri kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı puanlarının tanıya göre anlamlı fark göstermediği görülmektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.13. SKY'li Hastaların Lezyon Seviyelerine Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Lezyon seviyesi				Test istatistiği*	
	Üst torakal Ortanca (min; maks)	Alt torakal Ortanca (min; maks)	Servikal Ortanca (min; maks)	Lomber Ortanca (min; maks)	χ^2	P
ÇBASDÖ						
Aile	28 (9; 28)	28 (4; 28)	27 (16; 28)	23.5 (9; 28)	4.101	0.251
Arkadaş	20 (8; 28)	25 (4; 28)	18 (4; 28)	21 (5; 28)	4.738	0.192
Özel kişi	16 (4; 28)	20 (4; 28)	17 (4; 28)	15.5 (4; 28)	2.105	0.551
Toplam	63 (23; 84)	67 (17; 84)	57 (27; 84)	54 (29; 84)	3.945	0.267
SBTÖ						
Kendine güvenli yaklaşım	2.4 (1.9; 3)	2.5 (1.6; 3)	2.5 (0.7; 3)	2.5 (1; 3)	0.664	0.882
İyimser yaklaşım	2.4 (1.2; 3)	2.4 (0.4; 3)	2.3 (0.2; 3)	2.3 (0.8; 3)	1.939	0.585
Çaresiz yaklaşım	1.5 (0.3; 2)	1.5 (0.4;2.6)	1.5 (0.5; 3)	1.6 (0.5;2.4)	1.944	0.584
Boyun eğici yaklaşım	1.6 (0.5; 2)	1.8 (0.2; 2.5)	1.8 (0.8; 2.3)	1.5 (0.7; 2.3)	3.582	0.310
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (1.3; 3)	2 (0; 3)	2. (0.8; 2.8)	2.0 (1; 2.5)	1.157	0.763

**Kruskal-Wallis testi*

Tablo 4.13'te SKY'li bireylerin lezyon seviyesine göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanları gösterilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi SKY'li hastaların ÇBASDÖ puanları lezyon seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.13 incelendiğinde ve SBTÖ puanları lezyon seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.14. SKY'li Hastaların Tanı Konulduktan Sonra Geçen Süreye Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Tanı konulduktan sonra geçen süre			Test istatistiği*	
	1 yıldan az Ortanca (min; maks)	1 - 5 yıl Ortanca (min; maks)	6 yıl ve üstü Ortanca (min; maks)	χ^2	P
ÇBASDÖ					
Aile	28 (4; 28)	28 (9; 28)	27(16; 28)	0.483	0.785
Arkadaş	22.5 (4; 28)	24 (4; 28)	16 (4; 28)	2.815	0.245
Özel kişi	16.5 (4; 28)	18 (4; 28)	17 (4; 28)	0.042	0.979
Toplam	62.5 (17; 84)	63 (23; 84)	59 (29; 84)	0.734	0.693
SBTÖ					
Kendine güvenli yaklaşım	2.6 (1.4; 3)	2.5 (0.7; 3)	2.7 (1.9; 3)	1.735	0.420
İyimser yaklaşım	2.5 (0.4; 3)	2.2 (0.2; 3)	2.2 (0.6; 3)	1.729	0.421
Çaresiz yaklaşım	1.3 (0.3; 2.4)	1.5 (0.5; 3)	1.7 (0.6; 2.6)	4.083	0.130
Boyun eğici yaklaşım	1.6 (0.2; 2.2)	1.8 (0.5; 2.5)	1.8 (1; 2.3)	5.269	0.072
Sosyal destek arama yaklaşım	2 (0.0; 3)	2. (0.8; 2.8)	2 (1; 2.8)	1.206	0.547

**Kruskal-Wallis testi*

Tablo 4.14'te SKY'li bireylerin tanı koyulduktan sonra geçen süreye göre göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanları gösterilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi SKY'li hastaların ÇBASDÖ puanları tanı koyulduktan sonra geçen süreye göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.14 incelendiğinde ve SBTÖ puanları tanı koyulduktan sonra geçen süreye göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.15. SKY'li Hastalara Bakım Veren Kişilere Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Bakım veren kişiler					Test istatistiği*	
	Anne-baba Ortanca (min; maks)	Eş Ortanca (min; maks)	Kardeş-akraba Ortanca (min; maks)	Kızı-oğlu Ortanca (min; maks)	Ücretli bakıcı Ortanca (min; maks)	χ^2	P
ÇBASDÖ							
Aile	27.5 (10; 28)	28 (10; 28)	26.5 (4; 28)	28 (9; 28)	22 (9; 28)	8,95	0.11
Arkadaş	20.5 (4; 28)	25.5 (6; 28)	22.5 (4; 28)	14 (4; 28)	13 (10; 28)	5,79	0.32
Özel kişi	16.5 (4; 28)	21 (4; 28)	15.5 (4; 27)	17 (4; 28)	12 (4; 28)	4,69	0.45
Toplam	61.5 (27; 84)	72.50(29; 84)	56.5 (17; 80)	55 (33; 84)	47 (23; 84)	6,02	0.30
SBTÖ							
Kendine güvenli yaklaşım	2.5 (0.7; 3)	2.7 (1.6; 3)	2.7 (1.4; 3)	2.2 (1; 3)	2.8 (2.4; 3)	5,41	0.36
İyimser yaklaşım	2.2 (3; 2.8)	2.6 (1.6; 3)	2.5 (0.4; 3)	2.2 (0.6; 3)	2.6 (2.4; 2.6)	5,85	0.32
Çaresiz yaklaşım	1.4 (0.3; 3)	1.5 (0.5; 2.5)	1.3 (1; 2.1)	2.1 (0.8; 2.4)	1.5 (1.3; 2.4)	9,17	0.10
Boyun eğici yaklaşım	1.4 (0.2; 2.5)#	1.75 (0.5; 2.3)	1.9 (0.7; 2.3)	2 (1.3; 2.3))#	2. (1.5; 2.3)	13,4	0.02
Sosyal destek arama yaklaşım	1.7 (0.0; 3)	2 (1.5; 2.8)	2 (1.5; 2.8)	2 (1.5; 3)	1.7 (1.5; 2)	6,34	0.27

**Kruskal-Wallis testi # p<0.05*

Tablo 4.15 incelendiğinde**,** SKY'li bireylerin ÇBASDÖ puanları bakım veren kişiye göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p> 0.05$).

Tablo incelendiğinde SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanı bakım veren kişiye göre farklılık göstermektedir ($\chi^2= 13,424$; $p= 0.020$). Yapılan ikili karşılaştırma sonucunda bakım veren anne-baba olan ile kızı-oğlu olanlar arasında anlamı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir. Kızı-oğlunun bakım verdiği SKY'li bireylerin SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanı anne-babası bakım verenler için elde edilen SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer ikili karşılaştırmalar sonucunda bakım verenler arasında fark yoktur.

Tablo 4.16. SKY'li Hastaların Psikiyatrik/Psikolojik Yardım Alma Durumlarına Göre ÇBASDÖ ve SBTÖ Puanları.

Ölçekler	Psikiyatrik/psikolojik yardım alma durumu			Test istatistiği*	
	Evet kendi isteğimle Ortanca (min; maks)	Hayır Ortanca (min; maks)	Evet hastane tarafından yönlendirilerek Ortanca (min; maks)	χ^2	P
ÇBASDÖ					
Aile	26.5 (17; 28)	28 (8; 28)	28 (8; 28)	0.771	0.680
Arkadaş	18 (4; 28)	23 (4; 28)	19 (4; 28)	1.953	0.377
Özel kişi	13.50 (4; 28)	18 (4; 28)	14 (4; 27)	2.694	0.260
Toplam	53.5 (27; 84)	64 (17; 84)	58 (32; 80)	2.272	0.321
SBTÖ					
Kendine güvenli yaklaşım	2.5 (1.9; 3)	2.5 (1; 3)	2.7 (0.7; 3)	0.341	0.843
İyimser yaklaşım	2 (1.2; 3)	2.4 (0.6; 3)	2.4 (0.2; 3)	0.992	0.609
Çaresiz yaklaşım	1.7 (0.9; 2.9)	1.5 (0.3; 2.6)	1.6 (0.6; 3)	4.347	0.114
Boyun eğici yaklaşım	1.7 (1.2; 2.5)	1.8 (0.2; 2.3)	1.6 (0.7; 2.2)	0.257	0.880
Sosyal destek arama yaklaşım	1.8 (1; 2.8)	2. (0.0; 3)	2 (0.8; 2.5)	2.106	0.349

**Kruskal-Wallis testi*

Tablo 4.16'da SKY'li hastaların psikiyatrik/psikolojik yardım alma durumuna göre ÇBASDÖ ve SBTÖ puanları gösterilmiştir.

Tablo 4.16'da görüldüğü gibi SKY'li bireylerin ÇBASDÖ alt ölçekleri aile (χ^2= 0.771; p= 0.680), arkadaş (χ^2= 1.953; p= 0.377), özel kişi (χ^2= 2.694; p= 0.260), ve toplam (χ^2= 2.272; p= 0.321), puanları psikiyatrik/psikolojik yardım alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p> 0.05).

Tablo incelendiğinde SBTÖ alt ölçekleri kendine güvenli, iyimser, , sosyal destek arama, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yaklaşımı puanlarının psikiyatrik/psikolojik yardım alma durumuna göre anlamlı fark göstermediği görülmektedir (p> 0.05).

5. TARTIŞMA

Tezin bu bölümünde araştırma bulguları, literatürde konuyla ilişkili çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Tartışma, bulguların verilme sırasına göre yürütülmüştür. Araştırmamız kapsamında SKY'li bireylerdeki algılanan sosyal destek ve stresle baş etme ile ilgili yerel literatürde yeterli sayıda kaynak olmadığı için yabancı kaynaklar kullanılmıştır. Ayrıca başka hasta gruplarına benzer ölçeklerle yapılmış olan yerel literatürdeki yüksek lisans ve doktora tezlerinde ki bulgularla kıyaslanarak veriler tartışılmıştır.

5.1. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda SKY bireylerin %25'inin kadın ve %75 'inin erkek olduğu saptanmıştır. Molton ve arkadaşlarının SKY'li hastalarda yaptığı araştırmada %71.5'ini erkek % 28.5'ini kadın olarak bulmuştur (108). Van Leeuwen ve arkadaşları yaptığı araştırmada ise erkek oranın %74.7 kadın oranını %25.3 olarak bulmuştur (109). Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan SKY'li bireylerin %52'sinin 30 ve altı %42'sinin 31-60 yaş arasında olduğu %6'sının 61 ve üstü yaşta olduğu saptanmıştır. Selçuk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 45 yaş altı %76.20, 45-60 arası %17.84, 60 yaş üstü %5.94 olarak bulunmuştur (110). SKY'li bireylerin çoğu genç bireylerden oluşmaktadır ve bulgular literatürle benzeşmektedir (13), (17), (111).

Çalışmamızda SKY'li bireylerin medeni duruma göre %52'si bekar %47'si evli %1'i ise dul olarak saptanmıştır. Salar'ın çalışmasında %45 evli %51 bekar %2'si dul ve %2'si yaralanmadan sonra boşanmış olarak bulunmuştur (112). SKY sonrası boşanma oranı yüksek olmasına rağmen Chan ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında %55'i yaralanma öncesi evli iken yaralanma sonrası bu oran %25 olarak saptanmıştır (113). Kreuter'in yaptığı literatür taramasına göre SKY'li bireylerde boşanma oranının %8-48 arasında değiştiği bulunmuştur (114). Çalışmamıza katılan SKY'li kişilerde boşanmış birey bulunmamaktadır.

Çalışmamızda SKY'li bireylerin eğitim durumu %2'si okuryazar değil %6'sı okur yazar %45'i ilkokul %33'ü lise %14'ü üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Van Lankveld ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada eğitim düzeyi düşük eğitim %10, orta öğretim seviyesindekiler %57 ve yüksek öğrenim %33 olarak bulunmuştur (115). Yılmaz ve arkadaşlarının SKY'li hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların %25'inin hiç eğitim almadığı, %60'ının ilkokul, %15'inin ise yüksekokul mezunu olduğu bildirilmiştir (116). Altınok'un yaptığı araştırmada ise eğitimi olmayan %7.8 ilkokul mezunu %45.5, Lise %26 yüksekokul %6.5 olarak saptanmıştır (117). SKY'li bireylerin çoğu ilköğretim seviyesindedir. Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %34'ü serbest meslek, %20'si emekli, %13'ü ev hanımı, %17'si öğrenci, %8'i işçi, %6'sı memur olarak bulunmuştur. Altınok'un araştırmasında ev hanımı %24.7, işçi %19.5, öğrenci %6.5, memur %5.2 olarak saptanmıştır (117). SKY'li bireylerin çeşitli mesleklere sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki SKY'li bireylerin gelir durumu incelendiğinde geliri olmayanlar %60, 1500 ve altı olanlar %29, 1501 ve üstü olanlar %11 olarak bulunmuştur. SKY geçiren kişilerle yapılan başka bir araştırmada geliri 500-1000 arasında olanlar %61 1000-1500 %22.1 1500-2500 arası %13 olarak saptanmıştır (117). Sonuçlar SKY'li bireylerin engelli olmalarından dolayı gelirlerini kaybettiklerini ya da az bir gelirle hayatlarını devam ettirmeye çalıştıklarını düşündürmektedir.

Katılımcıların %53'ünün şehir, %37'sinin ilçe, %10'unun köyde yaşadıkları görülmektedir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi SGK olanlar %70, yeşil kart olanlar ise %30 olarak bulunmuştur. Altınok'un araştırmasında sosyal güvencesi olmayan % 10.4, SGK %77.9 ve yeşil kart %11.7 olarak saptanmıştır. Sonuçlar bazı hastaların malulen emekli olması, bazılarının çalışan yakınlarının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin arasında yer alması ya da genel sağlık sigortası kapsamında gelir testi yaptırarak sosyal güvenceli olduğunu ve böylece sosyal güvence sisteminin genel olarak SKY'li bireylerin çoğunu kapsadığını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan SKY'li hastaların %55'i çalışmıyorum, %41'i yaralanma sebebi ile çalışmıyorum, %4'ü tam zamanlı çalışıyorum yanıtını vermiştir. Battal'ın yaptığı araştırmada depremzede olmayan SKY'li hastaların %70'inin çalışmadığı %30'unun çalıştığı. Depremzede olan SKY'li hastalardan %83,3'ünün çalışmadığı %16,7'sinin çalıştığı saptanmıştır. Lidal ve arkadaşları sistematik derlemelerinde 110 çalışmanın sonuçlarını değerlendirerek SKY'li hastaların tekrar çalışmaya başlama oranlarının % 21 ile 67 arasında değiştiğini, SKY'nin erken yaşta oluşması durumunda bu oranların daha arttığını bildirmişlerdir (118). SKY'li bireylerin çalışma durumu hakkında yapılmış diğer çalışmalarla bulgular benzerlik göstermektedir (25), (30). Bu sonuçlar SKY'nin bireyi iş yaşamından uzaklaştırdığını ve engelli bireylerin iş yaşamına katılamamalarının gerekli alt yapının, sosyal ve çevresel koşulların yetersiz olması sebebiyle az olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamıza katılan SKY'li hastaların **%**70'i parapleji %30'u tetrapleji tanılarında oldukları bulunmuştur. Tramonti ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise parapleji %69.77 ve tetrapleji %30.23 olarak saptanmıştır (119). Çalışmamızın bu bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (102), (120).

Çalışmamızda lezyon seviyesi değerlendirildiğinde %15'i üst torakal, %43'ü alt torakal, %30'u servikal, %12'si lomber olarak bulunmuştur. Yorgancıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada servikal %12.7, üst torokal %12.7 alt torakal %46.5 ve lomber %28.1 olarak bulunmuştur (121). Literatürle uyumlu olarak yaralanmaların çoğu torakal bölgededir.

Araştırmamızda yaralanma sebebi olarak düşme %38, trafik kazaları %28, yaralanma (silah, bıçak) %9, sığ suya atlama %5 olarak bulunmuştur. Aktaş 'ın araştırmasında trafik kazaları (%29) ve yüksekten düşmeler (%29) olarak saptanmıştır (30). Ateş'in çalışmasında da (2011) yaralanma sebepleri olarak trafik kazaları %36.4, yüksekten düşmeler %26.4 olarak bulunmuştur (111). Koçyiğit ve arkadaşlarının araştırmasında trafik kazası %25.9, yüksekten düşme %22.4, ateşli silah yaralanması %11.5 olduğu belirtilmiştir (122). Bulgulara göre trafik kazaları ve yüksekten düşmeler SKY'ye sebep olan en sık iki etiyolojik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda tanı sonrası geçen süreye bakıldığında çalışmamızda 1 yıldan az %36, 1-5 yıl %51, 6 yıl ve üstü %13 olarak bulunmuştur. Ateş'in araştırmasında 1 yıldan az % 69.8, 1-5 yıl %26.3, 6 yıl ve üzeri %3.9 olarak bulunmuştur (111). Bu bulgular daha çok yeni vakaların hastaneye yattığını, vaka üzerinden geçen zamanla eski vakalardaki yatışların azaldığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan SKY'li bireylerin hastaneye yatış sayısına bakıldığında % 31'i 1 defa, %33'ü 2 defa, %11'i 3 defa , %12'si 4 defa, %13'ü 5 ve üstü hastaneye yattığı bulunmuştur. SKY'li hastalarla yapılan çalışmada hastaların % 36.2'si 12 aylık takip döneminde en az bir kez tekrar hastaneye yatırıldığı ve % 12.5'inin en az iki kez tekrar yatırıldığı bulunmuştur (123). Bulgular SKY'nin üzerinden zaman geçtikçe tekrarlı yatışlarda azalma olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin SKY'li bireye yakınlığı incelendiğinde %32 anne-baba, % 22 eş, %16 kardeş-akraba, %13 kızı-oğlu, %3 ücretli bakıcı olarak bulunmuştur. Altınok'un araştırmasında %35.5 anne-baba, %31.6 eş, %15.8 çocuk %14.5 kardeş olarak bulunmuştur (117). Literatüre bakıldığında bakım verenlerin çoğu aile üyelerinden oluştuğu görülmektedir ve bulgular literatürle uyumludur (124), (125).

Çalışmamızda SKY'li hastaların yaralanmadan sonra psikiyatrik/psikolojik destek alma durumu değerlendirildiğinde %10'u evet, kendi kendime başvurdum, %17'si evet, hastane tarafından yönlendirilerek, % 73'ü hayır başvurmadım şeklinde belirlenmiştir. Başka bir araştırmada deprem dışı SKY olan bireyler %50 oranında psikiyatrik yardım alırken, depremzede SKY'ler yaralanmadan sonra %75 oranında psikiyatrik yardım aldığı bulunmuştur (125). Travma ve yas süreçlerini tamamlama aşamalarında olan SKY'li hastaların travma sonrası stres bozukluğu ya da depresyon yaşamayanlar da dahil olmak üzere mutlaka psikiyatrik desteğe ihtiyaçları vardır (117). Çalışmamızda psikiyatrik/psikolojik destek alma durumunun az olmasının sebebi hastaların psikiyatrik/psikolojik destek alması için gerekli yönlendirmenin eksik olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan SKY'li bireylerin %48'i yatak yarasının açıldığını %52'si yatak yarasının açılmadığını belirtmiştir. SKY'li hastalarla yapılan başka bir çalışmada yara açılma oranı %64 olarak bulunmuştur (121). Bulgular SKY'li

hastalarda yara açılma oranının sık karşılaşılan bir komplikasyon olduğuna işaret etmektedir.

Katılımcıların SKY sonrası dışarı çıkma (gezme, alışveriş amaçlı) durumu incelendiğinde; %43'ünün hiç çıkmadığı, %48'inin bazen çıktığı, %9'unun ise sık sık dışarı çıktığı belirlenmiştir. Bulgular değerlendirildiğinde çevresel ve mimari faktörlerin SKY'li hastaların dışarıya çıkma durumunu etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda yaralanmaya bağlı olarak yaşanan sorun dağılımı % 40 ağrı, %34 hareket, %19 mesane, %14 kabızlık, %6 spastisite, ve tansiyon %6 çalışamama, %6 yakın ilişkiler, %7 maddi, %4 cinsellik, % 4 solunum olarak bulunmuştur. Savaş'ın yaptığı çalışmada SKY'li hastaların %46,3'ünde nöropatik ağrı olduğu bulunmuştur (126). Başka bir çalışmada ise nöropatik ağrı oranı %65 olarak saptanmıştır (127). Battal'ın araştırmasında SKY'li bireylerde %5 oranında cinsel sorunlar yaşandığı belirlenmiştir. SKY'li bireyler Tuğcu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %5. 6 solunum, %22.5 mesane, sorunları yaşadıkları bulunmuştur (120). Bulgular literatürle benzeşmektedir.

5.2. SKY'li Hastalarda Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ile ÇBASDÖ aile, arkadaş ve toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Buna göre aile ve arkadaşlara ilişkin sosyal desteğin bulunması durumunda stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımın arttığı söylenebilir.

SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu ile ÇBASDÖ aile puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. İyimser yaklaşım ile ÇBASDÖ arkadaş ve toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Buna göre aile ve arkadaşlara ilişkin sosyal desteğin bulunması durumunda stresle baş etmede iyimser yaklaşımın arttığı söylenebilir.

SBTÖ sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutu ile ÇBASDÖ arkadaş, özel kişi ve toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki

belirlenmiştir. Buna göre arkadaş ve özel kişiye ilişkin sosyal desteğin bulunması durumunda stresle baş etmede sosyal destek arama yaklaşımının arttığı söylenebilir.

Bu bulgulara göre algılanan sosyal desteğin etkili stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile arasında ilişki olduğu söylenebilir. SKY'li bireylerin 1 yıl boyunca incelenmesiyle yapılan çalışmada algılanan sosyal desteğin gelecekteki başa çıkma üzerinde doğrudan etkileri olduğu görülmüştür (128). SKY'li gazilerle yapılan araştırmada stresle baş etme ile sosyal destek ilişkili bulunmuştur (129). SKY'li hastaların sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkisi değerlendirildiğinde bulguların literatürle benzeştiği görülmektedir.

5.3. SKY'li Hastaların Sosyo-Demografik, Klinik Özellikleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Arasındaki İlişki ve Anlamlılık Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda SKY'li hastaların cinsiyetlerine göre ÇBASDÖ alt grupları olan aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği toplam puan bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Fiziksel engelli hastalar ile yapılan araştırmada da cinsiyetler açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (5). Molu'nun hasta yakınlarının sosyal destek düzeylerini incelediği çalışmasında da sonuçlar benzerlik göstermektedir (130). Çalışmadan farklı olarak sosyal destek ve cinsiyet ilişkisiyle ilgili yapılan çalışmalarda farklılıklar bulunmaktadır. Yıldız'ın diyabetik ayak gelişen hastalarda yaptığı araştırmada cinsiyete göre sosyal destek puanının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (131). Yetişkin lösemili hastalarla yapılan çalışmada erkeklerin sosyal destek toplam puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (132). Bu durumun hedef grupların farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda SKY'li hastaların cinsiyetlerine göre SBTÖ alt grupları ile arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna bulunmuştur. SKY bireylerde yapılan başka bir araştırmada da başa çıkma açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (102). Demirtaş (2013) çalışmasında erkeklerin

kendine güvenli yaklaşım puanlarını yüksek bulurken (133), Kayır'ın onkolojik hastalarla yapılmış çalışması incelendiğinde kadınların çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının yüksek olduğunu bulmuştur (134). SKY gibi travmatik bir olaydan stresle baş etmede cinsiyetin etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

ÇBASDÖ aile alt boyutu puanları yaşa göre farklılık göstermektedir. Yaşı 31-60 olanlar için ÇBASDÖ aile puanı yaşı 30 ve altında olanlardan elde edilen ÇBASDÖ aile puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuç 31-60 yaşındaki bireylerin ailede sosyal etkileşimler yönünden daha iyi bir konumda olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda SBTÖ alt ölçekleri yaşa göre anlamlı fark göstermemektedir. Karabulutlu ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada da yaş faktörü anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır (135).

Çalışmamızda medeni duruma göre evli olanların ÇBASDÖ aile, arkadaş ve toplam puanları bekar olanlardan anlamlı derecede yüksektir. Baş-boyun kanserli hastalarla yapılan araştırmada aile boyutunda evli olanların bekarlara göre daha fazla anlamlı destek aldığı saptanmıştır (136). Şahin ve Köse'nin çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir (137). Evli olanların eşlerin birbirine destek olduğunu sonucu çıkarılabilir.

Medeni duruma göre evli olanların SBTÖ boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanları bekar olanların SBTÖ boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanından anlamlı derecede yüksektir. SKY'li gazilerle yapılan bir çalışmada ise algılanan stres ile medeni durumun ilişkili olmadığı bulunmuştur (129). Kayır'ın onkolojik hastalarla yaptığı çalışmada medeni duruma göre stresle başa çıkma yolları incelendiğinde çalışmamızdan farklı olarak evli olanların sosyal destek arama yaklaşımı puanlarının yüksek olduğunu bulmuştur (134). SKY'li hastaların stresle baş etme durumlarına yönelik kısıtlı literatür bulunmaktadır. Çalışmamızda evli olan SKY'li hastaların boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşımı kullanmış olmaları evlilerin stresle baş ederken hem etkili hem de etkisiz yolları kullandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda ÇBASÖ eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Bursa'nın, Arslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar ortaya

çıkmıştır (5), (138). Aksüllü‟nün (2004) ve Tan'ın (2005) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe soyal destek puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (139), (140). Yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumunun algılanan sosyal destek puanı üzerinde etkisi olduğu belirlenirken bazı çalışmalarda ise etkisi olmadığı görülmüştür.

SBTÖ çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarının puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Okuryazar olmayanların SBTÖ çaresiz ve boyun eğici yaklaşım boyutu puanları üniversite mezunlarının çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanlarından anlamlı derecede yüksektir. Özdemir'in meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada ilkokul ve altı grubun ortaokul ve üzeri gruba göre stresle başa çıkma yolları alt gruplarından boyun eğici yaklaşımı puan ortalaması yüksek bulunmuştur (141). Başka bir çalışmada da ilkokul mezunlarının diğer mezunlara göre strese karşı kullandıkları boyun eğici yaklaşım daha fazla olduğu bulunmuştur (136). Boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım etkisiz başa çıkma yollarındandır. Bu durum eğitim seviyesi düşük olan hastaların hastalığı kabullenme eğiliminin daha fazla olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda ÇBASDÖ gelir durumuna göre anlamlı bir fark göstermemektedir. Şahin ve Köse'nin (2008) KOAH'lı hastalarla ve Çapraz'ın (2011) beyin tümörlü hastalarla yaptığı çalışmasında da hastaların gelir düzeylerinin sosyal destek puanlarını etkilemediği sonucu bulunmuştur (137), (142). Dayapoğlu ve Tan‟ın (2009) çalışmasında inmeli hastaların gelir düzeyi arttıkça aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir (143). Ayaz ve arkadaşlarının (2008) kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmalarda ise sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin aileden algılanan sosyal desteğin düşük olduğu belirlemiştir (74). Yapılan bazı çalışmalarda gelir durumunun algılanan sosyal destek puanı üzerinde etkisi olduğu belirlenirken bazı çalışmalarda ise etkisi olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda SBTÖ gelir durumuna göre anlamlı bir fark göstermemektedir. Kayır'ın onkoloji hastalarıyla yaptığı çalışmada ekonomik durumu kötü olanların çaresiz yaklaşım puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur ve gelir durumunun düşük olmasının etkisiz baş etmeye sebep olabileceğini belirtmiştir (134). Çalışmamızda

anlamlı fark olmaması hedef grupların farklı olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda SKY bireylerin çalışma durumuna göre ÇBASDÖ arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bursa'nın yaptığı çalışmada da fiziksel engellilerin çalışma durumu ile ÇBASDÖ arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (5). Ayaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışanların ve ekonomik düzeyi iyi olanların ÇBASDÖ ve alt puanlarından aldıkları puanlar anlamlı şekilde yüksek belirlenmiştir (74) Çalışmamızda fark bulunmaması ise yaşadıkları travmatik olay sonucunda fiziksel engelli olması sebebiyle çalışma hayatına çok katılamamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu ölçek puanları çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir. Yaralanma sebebi ile çalışmayanların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu puanı, çalışmayanlarından elde edilen SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Obez bireylerle yapılan bir araştırmada çalışmayanların iyimser yaklaşım boyutu puanı çalışanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir (144). Bulgular çalışmamızdaki yaralanma sebebiyle çalışamayanların stresle baş edebilmek için etkin yolları kullandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda SKY'li bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri tanı ve lezyon seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

SBTÖ alt boyutları tanı ve lezyon seviyesine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. SKY'li bireylerle yapılan başka bir araştırmada paraplejik ve tetraplejik bireylerin stresle ilgili puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (102). Anderson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da baş etmeyle tanı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (145).

Çalışmamızda tanı aldıktan sonra geçen süre ile ÇBASDÖ arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kennedy ve arkadaşlarının SKY'li bireylerle yaptığı çalışmada yaralanmadan sonra birkaç yıl geçen hastaların sosyal desteklerinin çok daha az olduğu tespit edilmiştir (146). Kısa süre önce yaralanan bireylerin yardıma ihtiyaçları olduğu için daha çok sosyal desteğe ihtiyacı olduğunu ve yaralanmanın

üstünden zaman geçen bireyler ise daha bağımsız olduğundan sosyal desteğinin azalabileceğini düşündürmektedir.

SBTÖ alt boyutları tanı aldıktan sonra geçen süreye göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmada da hemodiyalize başlama süresi, baş etme yöntemleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır (135).

Çalışmamızda ÇBASDÖ alt ölçekleri bakım veren kişiye göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Molu'nun duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlenmiştir (130).

SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanı bakım verene göre farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırma sonucunda bakım veren anne-baba olan ile kızı-oğlu olanlar arasında anlamı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir. Kızı-oğlu bakanlarda SBTÖ boyun eğici yaklaşım değerleri bakım vereni anne-baba olanlardan daha yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda SKY'li bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri pikolojik/psikiyatrik yardım alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Jensen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada algılanan sosyal destek, ağrı yoğunluğuna, depresyondaki ruh haline ve azalmış aktivite düzeylerine karşı koruyucu bir faktör oluşturabildiği bulunmuştur (147). Araştırmamızda ilişkinin bulunmaması psikolojik/psikiyatrik yardım alan SKY'li hasta sayısının az olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda SBTÖ alt ölçekleri psikolojik/psikiyatrik yardım alma durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir. SKY'li bireylerle yapılan başka bir çalışmada anksiyete bozuklukları ve duygu durum başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar açısından önemli bir risk grubu oldukları bulunmuştur (31). Çalışmamızda anlamlı fark olmamasının sebebi çalışmamıza katılan SKY'li bireylerin psikolojik/psikiyatrik yardım alma oranlarının düşük olmasıyla ilgili olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçlara yer verilmiştir ve bu sonuçlara dayalı önerilerde bulunulmuştur.

SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan tetrapleji veya parapleji tanısı almış, SKY'lı hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumları arasındaki ilişkinin belirlemek amacıyla 100 kalımcı ile yürütülen aştırmanın sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

- Çalışmamızda SKY'li hastaların 75'ini (%75) erkekler 25'ini (%25) kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya katıların %52'sinin 30 yaş ve altında ve bekar olduğu bulunmuştur. Çoğunun ilkokul mezunu ve mesleğinin serbest meslek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunun geliri olmadığı (%60) ve çalışamadıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızda SKY'li hastalara bakım veren kişilerin en çok anne-baba olduğu (%32) ortaya çıkmıştır.

- Çalışmamızda SKY'li hastaların yaralanma sebebi en çok düşmeler ve trafik kazaları olduğun saptanmıştır. Tanı konduktan sonra geçen süre 1-5 yıl arasında %51 olduğu ve hastaneye yatış sayılarına bakıldığında en çok 2. kez yatan hastaların çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Hastaların %73'ünün psikolojik/psikiyatrik yardım almadığı belirlenmiştir.

- Kendine güvenli yaklaşım ile ÇBASDÖ aile, arkadaş ve toplam puan arasında düşük düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

- İyimser yaklaşım ile ÇBASDÖ aile puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve iyimser yaklaşım ile ÇBASDÖ arkadaş ve toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

- Sosyal destek arama yaklaşımı ile ÇBASDÖ arkadaş, özel kişi ve toplam puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

- Yaşı 31-60 arasında olanlarda ÇBASDÖ aile puanları anlamlı düzeyde yüksektir.

- Evli olanların ÇBASDÖ aile ve arkadaş ve toplam puanları anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

- Evli olanların SBTÖ boyun eğici ve iyimser yaklaşım puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

- Okuryazar olmayanların SBTÖ çaresiz yaklaşım boyutu ve boyun eğici yaklaşım boyutu puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

- Yaralanma sebebi ile çalışamayan SKY'li hastaların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım boyutu puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

- Kızı-oğlu bakım verenlerde SBTÖ boyun eğici yaklaşım puanları anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir

- SKY'li hastalara hastanede yattığı süre boyunca sosyal hizmet uzmanlarınca, hastane bakımı sonrası yaşama hazırlamak amacıyla; sosyal desteği arttırıcı, sosyal etkileşimleri geliştirici ve stresle başarılı şekilde baş etmeyi amaçlayan grup çalışmaları yapılması önerilmektedir. Grup çalışmaları hastaların birbirine destek vermelerine ve yardım etmelerine imkan sağlamaktadır. Grup çalışmalarına SKY ile uzun süre yaşayan bu hastalık süresini başarıyla yönetmiş baş etmeyi öğrenmiş bireylerin katılması sağlanarak hastalıkla mücadelesine katkı sağlaması planlanabilir.

- SKY yalnız hastayı değil hasta ile birlikte ailesini ve yakın çevresini de etkileyeceğinden sosyal hizmet uzmanları stresle başa çıkma, hastalık, hastalık belirtilerine yaklaşım ve tedaviye uyum konularını içeren bilgilendirici sunumlar hazırlayarak SKY'li birey ve ailesine eğitimler verilmesi önerilmektedir

- Araştırmaya katılan SKY'li hastaların büyük bir kısmı refakat eşliğinde hastanede tedavi görmektedir. Refakatçilerin çoğunluğu anne- baba, eş gibi aile üyelerinden oluşmaktadır. Sürekli aileden birisinin refakatçi olarak hastanede kalması, hastanedeki uzun süreli yatışlar sebebiyle o kişiyi sosyal hayattan koparabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanı SKY'li hastalarla ve aileleri ile çalışırken

bu konuya dikkat etmeli bakım yükünün aynı kişi üzerinde kalmaması için aileyi organize etmelidir. Bununla birlikte refakatçisi olmayan hastalar için hastanede bakım personelinin istihdam edilmesi sağlanması önerilmektedir.

- SKY'li bireylerin hastanede kaldıkları süre boyunca motivasyonlarını sağlayabilmek bununla birlikte eğlenceli zaman geçirerek stresle baş etmesini kolaylaştırmak amacıyla sosyal hizmet uzmanları tarafından, hastanenin uygun bir salonunda müzik konserleri, tiyatro gibi sosyal aktiviteler planlanabilir.

- SKY'li hastaların taburcu olduktan sonra ev içi düzenlemelerinin yapılabilmesi, evin tekerlekli sandalye kullanımına uyarlanması, engellilere uygun banyo, tuvalet düzenlemesi yapılması ve kullandıkları tüm cihaz ve tekerlekli sandalyelerin ücretsiz olarak sunulabilmesi amacıyla fon sağlanması ya da sosyal güvenlik kapsamına alınması için uygun politika ve programların geliştirilmesi önerilmektedir.

- Çalışmamıza katılan SKY'li hastaların çoğunluğunun psikolojik/psikiyatrik yardım almadığı saptanmıştır. Ancak SKY bireyde birçok psiko-sosyal sorunu beraberinde getirmektedir. SKY'li hasta rehabilitasyon merkezine geldiği zamandan başlanarak sosyal sorunlarla baş edebilmesi için profesyonel destek verilmelidir. SKY'li hastaların ruhsal durumlarının belirli aralıklarla takip edilmesi ve psikiyatri konsültasyonuyla birlikte sosyal hizmet konsültasyonunun da eklenmesi önerilmektedir.

- Fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı arttırılmalı, fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına akademisyenler ve Sağlık Bakanlığınca alana özel eğitim programları geliştirilmeli, hizmet içi programlarla bu alanda hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının gelişimi desteklenmelidir.

- SKY'li hastaların tedaviye daha rahat ulaşabilmeleri için yatarak tedavi görebilecekleri rehabilitasyon merkezlerinin ve taburcu olduktan sonra başvurabilecekleri gündüzlü tedavi merkezlerinin arttırılması önerilmektedir.

- Araştırma bulgularına göre SKY'li hastaların az bir kısmı çalışma yaşamına katılmaktadır. Bu sebeple hastaların kapasitelerine göre çalışma yaşamına

katılabilmeleri için iş bulma, iş değiştirme ve işe geri dönmesinin sağlamasını içeren mesleki rehabilitasyon ve meslek danışmanlık programlarının sosyal hizmet uzmanınca oluşturulması önerilmektedir.

- Çalışmamız SKY'li bireyleri tıbbi sosyal hizmet alanında değerlendirilen ilk çalışmalardan biridir ve SKY'li hastalarla ilgili sosyal hizmet uygulamaları konusundaki literatüre katkısı olduğu düşünülmektedir. Verilerin tartışılmasında yabancı kaynaklar ve farklı hasta gruplarıyla ilgili yapılan araştırmaların bulgularından faydalanılmıştır. Bu sebeple daha kapsamlı ve derinlemesine tartışma yapılabilmesi için yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.

- Bu araştırmada Ankara ilindeki bir devlet hastanesinden hizmet alan SKY'li hastaların, algıladıkları sosyal destek ve stresle başa çıkmalarını etkileyen değişkenlerin nelerin olabileceği üzerinde durulmuştur. Ancak bu değişkenler dışındaki değişkenlerle ya da daha büyük gruplar üzerinde yeni çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. İ*stanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2008, 71: 52-58.

2. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İ.U.F.N. Hem. Dergisi,* 2010, 18(2): 87-97.

3. Pulaski KH. Adult Neurological Dysfunction. In: Crepeau EB, Cohn ES, Boyt-Schell B (eds). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003: 767-788.

4. Alaca R. Spinal Kord Yaralanmasında Rehabilitasyon. İçinde: Beyazova M, Kutsal YG (editörler). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,* Güncellenmiş 2. Baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitapevi, 2011: 2893-2914.

5. Bursa D. Fiziksel Engelli Bireylerde Depresyon ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2010.

6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer, 1984.

7. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist,* 2004, 59(8): 676-684.

8. Aras A. KOAH Olan Bireylerin Sosyal Destek ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek llsans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2001.

9. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2001, 12 (1): 17-25.

10. Elliott TR, Rivera P. Spinal Cord Injury. In: Wiener I.B (eds). *Health Psychology*, Volume 9. USA, John Wiley&Sons, 2003.

11. MEB, Hareket Sistemi, Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2012. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hareket%20Sistemi.pdf. 10.10.2017.

12. Güzel R, Uysal FG. Spinal Kord Yaralanmaları. İçinde: Oğuz H, Dursun E, Dursun N. (editörler). *Tıbbi Rehabilitasyon,* 2.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 627-647.

13. Dursun E, Çakcı A. Medulla Spinalis Yaralanmaları. İçinde: Oğuz H (editör). *Tıbbi Rehabilitasyon,* 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1995: 407-427.

14. Berker M. Spinal kord yaralanmaları. *Yoğun Bakım Dergisi,* 2004, 4(4): 220-226.

15. Keleş I. Spinal kord yaralanmasında epidemiyolojik bilgiler, seyir ve nihai sonuçlar, *Türkiye Klinikler FTR*, 2001, 1(2): 58-65.

16. Karamehmetoğlu ŞS, Nas K, Karacan I, Sarac AJ, Koyuncu H, Ataoğlu S, Erdoğan F. Traumatic spinal cord injuries in southeast Turkey: An epidemiological study, *Spinal Cord,* 1997, 35: 531-533.

17. Karacan I, Koyuncu H, Pekel O, Sümbüloğlu G, Kirnap M, Dursun H, Kalkan A, Cengiz A, Yalınkılıç A, Ünalan HI, Nas K, Orkun S, Tekeoğlu I. Traumatic spinal cord injuries in Turkey: A nation-wide epidemiological study, *Spinal Cord*, 2000, 38(11): 697-701.

18. Mcdonald JW, Sadowsky C. Spinal Cord Injury. *The Lancet,* 2002, 359: 417-425.

19. Gündüz Ş. *Fiziksel Tıp Rehabilitasyon,* Ankara, Güneş Kitapevi, 2000.

20. Türeyen ZC. *Uygulamalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon,* 3. Baskı. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1998.

21. Çelik B. Omurilik yaralanmalarında robotik teknoloji: Üst ekstremite. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.,* 2015, 61 (Özel Sayı): 532-536.

22. Sezer N, Akkuş S, Uğurlu FG. Chronic complications of spinal cord injury. *Word Journal of Orthopedic*, 2015, 6(1): 24-33. 10.5312/wjo.v6.i1.24 . 23 Mayıs 2016.

23. Erhan B, Bardak AN. Spinal Kord Hasarı Rehabilitasyonu. İçinde: De Lisa JA (editör). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,* 4.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2007.

24. Alaca R. Medulla spinalis yaralanmalarında bası yarası tedavisindeki yenilikler. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2010, 56/Özel Sayı 2: 89-92.

25. Çelik HD. Omurilik Felçlilerinde Engellilik Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2006.

26. Hamamcı N, Dursun E, Özbay A, Çakcı A. Medula spinalis yaralanmalı hastalarda üriner sistem komplikasyonları ve bu komplikasyonların maksimum detrusör basıncı ve mesane tipi ile ilişkisi. *Romatol Tıp Rehab.,* 1997, 8(1): 44-49.

27. Kirshblum S. Rehabilitation of Spinal Cord Injury. In:DeLi-sa JA, Gans BM (eds). *Physical Medicine and Rehabilitation,* Principles and Practice. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 1715-1751.

28. Siddall PJ, Middleton JW. A proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury. *Spinal Cord,* 2006, 44(2):67-77.

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

30. Aktaş A. Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastalar ve Bakım Verenleri: Bakım Alma ve Bakım Verme Sürecindeki Psikososyal Değişkenler Açısından Sosyal Destek Karşılıklığının Biçimlendirici ve Temel Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.

31. Kennedy P, Rogers BA. Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 2000, 81:932-937.

32. Migliorini C, Tonge B, Taleporos G. Spinal cord injury and mental health. A*ust. N. Z J. Psychiatry*, 2008, 42(4): 309-314.

33. Alptekin K. Sağlık hakkı ve insan hakları üzerine bir değerlendirme. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 2004, 12: 132-139. .

34. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı,* 2. Basım. İstanbul, Vehbi Koç Yayınları, 2003:71-80.

35. Kirshblum SC, Priebe MM, Ho CH, Scelza WM, Chiodo AE, Wuermser LA. Spinal cord injury medicine. 3. Rehabilitation phase after acute spinal cord injury. *Arc Phys Med Rehabil,* 2007, 88 (1): 62-70.

36. Kunkel CF, Scremin AM, Eisenberg B, Garcia CF, Roberts S, Martines S. Effect of "standing" on spasticity, contractur, and osteoporosis in paralyzed males. *Arch Phys Med Rehabil.,* 1993, 74(1): 73-78.

37. Protas EJ, Holmes SA, Qureshy H, Johnson A, Lee D, Sherwood AM. Supported treadmill ambulation training after spinal cord injury: A pilot study. *Arch Phys Med Rehabil.,* 2001, 82(6): 825-831.

38. Aito S. Complications during the acute phase of traumatic spinal cord lesions, *Spinal Cord,* 2003, 41:629-635.

39. Tomanbay İ. Sosyal Çalışma Sözlüğü, Ankara, Şahin Matbaası, 1999. .

40. Özbesler C., Bulut I. Sosyal Hizmette Genelci Yaklaşım Ve Ekolojik Perspektif. İçinde:Acar H., Negiz N., Akman E. (editör). Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları, Ankara, Maya Akademi Yayınevi. 2012.

41. Aydemir İ., Işıkhan V. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 2012, 13(2): 67-86. .

42. Duyan V. *Sağlıkta Psiko-sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet),* Ankara, Bilgisayar Yayıncılık, 1996.

43. Özbesler C., Çoban Aİ. Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet,* 2010, 21(2): 31-46. .

44. Seyyar A. *Sosyal Siyaset Terimleri Ansiklopedik Sözlük,* Sakarya, Sakarya yayıncılık, 2008.

45. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. T.C. Resmi Gazete. Sayı: 7465, 16.02. 2011.

46. Duyan V. Hastaların karsılaştıkları sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi,* 2003, 25 (4): 39-43.

47. Hamilton Health Sciences, Rehabilitation After A Spinal Cord İnjury: A Guide For You After Spinal Cord İnjury. http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/SCI-IntroGuide.pdf. 12 Aralık 2016.

48. Hammond FM, Gassaway J, Abeyta N, Freeman ES, Primack D. The SCIrehab project: Social work and case management. Social work and case management treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *J Spinal Cord Med.*, 2011, 34(2): 216-226.

49. Turan N. *Sosyal Kişisel Çalışma Birey ve Aile için Sosyal Hizmet,* Ankara, Aydınlar Matbaası, 2000.

50. Gassaway J, Whiteneck G, Dijkers M. Clinical taxonomy development and application in spinal cord injury rehabilitation research: The SCIrehab project. J *Spinal Cord Med.*, 2009, 32(3): 260–269.

51. Abeyta N, Freeman ES, Primack D, Hammond FM, Dragon C, Harmon A, Gassaway J. Classification of SCI rehabilitatıon treatments SCIrehab project series: The social work/case management taxonomy. *J Spinal Cord Med.* 2009, 32(3):336-342.

52. Russell HF, Richardson EJ, Bombardier CH, Dixon TM, Huston TA, Rose J, Sheaffer D, Smith SA, Ullrich PM. Clinical Standards Professional standards of practice for psychologists, social workers, and counselors in SCI rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine,* 2016, 39(2): 127-145.

53. ASCON (The Asian Spinal Cord Network) Psychosocial Guidelines In Spinal Cord Injury Rehabilitation. https://www.ascon.info/.../psychosocial-guidelines15.pdf. 1 Kasım 2017.

54. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikologlar Dergisi,* 1995, 10(34): 45-55.

55. Ekinci H, Ekici S. İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi,* 2003, 27(1): 109-120.

56. Upton D. Introducing Psychology for Nurses and Healthcare Professionals. Çeviri: Tabak RS. *Hemşireler ve Sağlık Profesyonelleri İçin Psikolojiye Giriş.* 2. Baskı, Ankara, Palme Yayınları, 2017.

57. Sorias O. Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 1988a, 27(1): 353.

58. Okyayuz Ü. *Sağlık Psikolojisi,* 1.Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği, 1999.

59. Lett HS, Blumenthal J, Babyak MA. Social support and coronary heart disease: Epidemiological evidence and implicationsfor treatment. *Psychosomatic Medicine,* 2005, 67: 869-878.

60. Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bultening,* 1985, 98: 310-357.

61. Özbesler C. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2001.

62. Wills TA. Social Support and Interpersonal Relationships. In: Clark MS (ed). *Review Of Personality And Social Psychology: Prosocial Behavior,* Newbury Park, CA: 1991.

63. Kaner S. Aile destek ölçeği: Faktör yapısı, güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi,* 2003, 4(1): 57-72.

64. Tufan B. *Göçmen İşçilerde İş Kazaları,* Ankara, SSK Gen. Müd. Yay. No: 556 1994.

65. Yamaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.

66. Şahin D, Sosyal Destek ve Sağlık. İçinde: Okyayuz ÜH (editör). *Sağlık Psikolojisi Giriş,* Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1999: 39-78.

67. Yorulmaz O. Stres ve Hastalık: İçinde: Sağlık Psikolojisi, Dirik G (Çeviri editörü). *Health Psychology,* Ogden J, 5. Baskı. Ankara, Nobel Kitapevi, 2016.

68. Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişmesine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* 2005, 21: 183-192.

69. Karadağ İ. İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.

70. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: Toplumdan seçilmiş bir örneklemde sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji Dergisi,* 1988b, 6: 26-40.

71. Stokes JP. The relation of social network and individual difference variables to loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology,* 1985, 48(4): 981-990.

72. Çeçen AR. Öğrencilerin cinsiyetlerine ve ana baba tutumlarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi,* 2008, 6(3): 415-431.

73. Kartal A, Çetinkaya B. Yüksekokul öğrencilerinin algılanan sosyal destek durumları ve sosyal desteği etkileyen faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2009, 4(12): 3-20.

74. Ayaz S, Efe Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 2008, 28(6): 880-885.

75. Özgür G. Sosyal Destek ve Sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1993, 43(2): 25-26.

76. Cohen L, Savary C, de Moor C. Stres and social support affect immune function in canser patients receiving vaccine treatment. *Psychosomatic Medicine,* 2000, 62(1): 1137.

77. Beedie A, Kennedy P. Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. *J Clin Psychol Med S.,* 2002, 9: 227-234.

78. Hampton NZ, Subjective well-being among people with spinal cord injuries: The role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin,* 2004, 48: 31–37.

79. Müller R, Peter C, Cieza A, Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury- a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 2012, 50, 94-106.

80. Elliott TR, Herrick SM, Witty TE. Problem-solving appraisal and the effects of social support among college students and persons with physical disabilities. *Journal of Counseling Psychology*, 1992, 39: 219-226.

81. Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Czerniecki JM, Robinson LR. Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain,* 2002, 95 (1-2):133–142.

82. Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2001, 21(1):91-109.

83. Selye H. *Stress without Distress*, New York, Penguin Books, 1974.

84. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları,* 15. Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi, 2006.

85. Müftüoğlu O. *Yaşasın Hayat Vila La Vita!,* 15. Baskı. İstanbul, Doğan Kitapçılık, 2003.

86. Baltaş Z, Baltaş A. *Stres ve Başaçıkma Yolları,* 33. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2016.

87. Gürüz D, Gürel E. *Yönetim ve Organizasyon,* 1. Baskı. Ankara, Nobel yayıncılık, 2006.

88. Akman S. Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar, *Türk Psikoloji Bülteni,* 2004, 10(34):40-55.

89. Yorulmaz O. Stres. İçinde: Sağlık Psikolojisi, Dirik G (Çeviri editörü). *Health Psychology*, Ogden J, 5. Baskı. Ankara, Nobel Kitapevi, 2016.

90. Daş TC. Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası,* 2000, 4: 12-17.

91. Türküm S. Stresle başa çıkma biçimi iyimserlik bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 2001, 1(2): 1-16.

92. Doğan B, Eser M. Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yöntemleri: Nazilli MYO örneği. *Electronik Journal Of Vacational Colleges,* 2013, UMYOS Özel sayı, 29-30.

93. Lazarus, RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality,* 1987, 1: 141-170.

94. Cantekin ÖF. Trait mindfulness and smoking in Turkish university students: The mediating effects of depression, anxiety and stress. *Journal of Islamic Research,* 2015, 1:118-146.

95. Gökler R, Işıtan İ. Modern çağın hastalığı: Stres ve etkileri, *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi,* 2012, 1(3): 154-168.

96. Bınar S. Sığınmaevinde Kalan Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek İle Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2011.

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

98. Rahman RO, Albright KJ, Yaroslavsky I. Perceived stress and life satisfaction in women with a spinal cord injury: An exploratory look at racial differences. *SCI Psychosocial Process,* 2005, 18(1): 6-8.

99. Gill M. Psychosocial implications of spinal cord injury. *Crit Care Q,* 1999, 22: 1–7.

100. Hammell KRW. Spinal cord injury rehabilitation 1. research: Patient priorities, current deficiencies and potential directions. *Disabil Rehabil.,* 2010, 32: 1209-1218.

101. Galvin LR, Godfrey HPD. The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord,* 2001,39: 615-627.

102. Bjørgen I. Physical Activity, Stress, Coping and Life-Satisfaction Among Persons with Motor Complete Spinal Cord Injury. Department of Coaching and Psychology, Erasmus Mundus Master of Adapted Physical Activity, Oslo: Norwegian School of Sport Sciences, 2013.

103. Lannem, AM. The Role of Physical Exercise As a Stress-Coping Resource or Persons With Functionally Incomplete Spinal Cord Injury, Doctoral dissertation, Oslo: Norwegian School of Sport Sciences, 2011.

104. Moore AD, Bombardier CH, Brown PB, Patterson DR. Coping and emotional attribution's following spinal cord injury. *Inter J Rehabil Res.,* 1994, 17: 39 - 48.

105. Song HY. Modelling social integration in patients with spinal cord injury. *Disabil Rehabil,* 2005, 27: 131–141.

106. Büyüköztürk Ş, Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri,* 19.Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2015.

107. Şenoğlu B, Acıtaş Ş. *İstatistiksel Deney Tasarımı Sabit Etkiler Modeli,* 3. Basım. Nobel Yay. Ankara, 2014.

108. Molton IR, Stoelb BL, Jensen MP, Ehde DM, Raichle KA, Cardenas DD. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross-validation. *Journal of Rehabilitation Research & Development,* 2009, 46 (1): 31-42.

109. Van Leeuwen CM, Post MW, van Asbeck FW, van der Woude LH, de Groot S, Lindeman E. Social support and llfe satifaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Rehabil Med.,* 2010, 42: 265-271.

110. Selçuk B, Kumbara F, Kurtaran A, Ersöz M, Akyüz M. Omurilik yaralanmalı hastaların rehabilitasyon merkezinde yattıkları döneme ait maliyet analizi. *Fiziksel Tıp,* 2005, 8(2): 95-101.

111. Ateş, E. Spinal Kord Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Stresle Baş Etme Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2011.

112. Salar S. Omurilik Yaralanması Olan Kişilerde Çevresel Faktörlerin Toplumsal Katılım ve Yaşam Memnuniyetine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.

113. Chan RCK, Lee PWH, Lieh-Mak F. Coping with spinal cord injury: Personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord,* 2000, 38: 687-696.

114. Kreuter, M. Spinal cord injury and partner relationships. *Spinal Cord,* 2000, 38(1):2-6.

115. Van Lankveld W, van Diemen T, van Nes, IJW. Coping with spinal cord injury: Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Journal of Rehabilitation Medicine,* 2011, 43(10): 923-929.

116. Yılmaz F, Şahin F, Aktuğ S, Kuran B, Yılmaz A. Long term follow up patients with spinal cord injury. *Neurorehabilitation & Neural Repair,* 2005, 19: 332-337.

117. Altınok Ü. Omurilik Felçlilerde Psikiyatrik Semptomlar ve Bakım Veren Yükü, 12. Psikiyatri Kliniği, Tıpta uzmanlık tezi İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, 2010.

118. Lidal IB, Huynh TK, Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury: A review. *Disabil Rehabil,* 2007, 29:1341-1375.

119. Tramonti F, Gerini A, Stampacchia G. Relationship quality and perceived social support in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord,* 2015, 53:120-124.

120. Tuğcu İ, Tok F, Yılmaz B, Göktepe AS, Alaca R, Yazıcıoğlu K, Möhür H. Omurilik yaralanması olan hastaların epidemiyolojik verileri: Tek merkezin yedi yıllık deneyimi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi,* 2011, 17(6): 533-538.

121. Yorgancıoğlu ZR, Ardıç F, Tönük B, Gökoğlu F, Atasü S. Travmatik spinal kord yaralanmasından sonra görülen komplikasyonlar: Retrospektif çalışma. *Fiziksel Tıp,* 2003, 6(3): 17-21.

122. Koçyiğit BF, Akaltun MS, Altındağ Ö, Aydeniz A, Gürsoy S, Gür A. Spinal kord yaralanmalı hastaların epidemiyolojik ve klinik verileri: Merkezimizin beş yıllık deneyimi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations,* 2015, 6 (2): 140-143.

123. DeJong G, Tian W, Hsieh CH, Junn C, Karam C, Ballard PH, Smout RJ, Horn SD, Zanca JM, Heinemann AW, Hammond FM, Backus D. Rehospitalization in the first year of traumatic spinal cord ınjury after discharge from medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil,* 2013, 94(4): 87-97.

124. Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord,* 2007, 45(6): 399-403.

125. Battal H. Spinal Kord Yaralanmalı Depremzedelerde Fonksiyonel Durum, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2014.

126. Savaş F. Medulla Spinalis Yaralanması Sonrası Nöropatik Ağrı Değerlendirilmesi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstabul: İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.

127. Yılmaz Ö, Köklü K, Sarıgül M, Özel S, Bodur H. İnkomplet omurilik yaralanmalı hastalarda douleur neuropathique 4 anketine göre nöropatik ağrı sıklığı. *FTR Bil Der,* 2015, 18: 13-19.

128. McColl MA, Lei H, Skinner H. Structural relationships between social support and coping. *Soc Sci Med.*, 1995, 41(3):395-407.

129. Rintala DH, Robinson-Whelen S, Matamoros R. Subjective stress in male veterans with spinal cord injury. J Rehabil Res Dev. 2005, 42(3); 291-304.

130. Molu NG. S.Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2008.

131. Yıldız E. Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.

132. Yenihayat F. Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2008.

133. Demirtaş G. Multiple Myelomlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Stresle Başa Çıkma Tutumları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2013.

134. Kayır G. Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.

135. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında stresle başetme ve sosyal destek. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2005, 8(3): 56-66.

136. İsmailoğlu EG, Khorshıd L. Baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci,* 2016, 8(4): 288-296.

137. Şahin ZA, Köse S. Kronik obstruktif akciğer hastalarında (KOAH) umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Dahili Tıp Bilimleri,* 2008, 164–171.

138. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics,* 2011, 14(2): 135-144.

139. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2004, 5:76-84.

140. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2005, 8(2): 32-39.

141. Özdemir D. Onkoloji Eğitim Hemşireliği Biriminde Eğitim Alan Meme Kanseri Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yolları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2017.

142. Çapraz R. Beyin Tümörlü Hastaların Sosyal Destek Sistemleri ve Benlik Saygıları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2011.

143. Dayapoğlu N. Tan, M. İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2009, 12(4): 41-48.

144. Bal Ö., Özgür G., Babacan A. Obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri. C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2006, 10(3), 20-28. .

145. Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR. Coping with spinal cord injury: Strategies used by adults who sustained their injuries as children or adolescents. J *Spinal Cord Med.,* 2008, 31:290-296.

146. Kennedy P, Lowe R, Grey, Short E. Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross sectional analysis of coping strategies. *Br J Clin Psych,* 1995, 34: 627- 639.

147. Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Czerniecki JM, Robinson LR. Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain,* 2002, 95(1-2):133-42.

8. EKLER

EK-1. Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç.Dr Rıza Gökler danışmanlığında Meliha Çalışır Bacı tarafından Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumlarının belirlenmeye çalışıldığı bu araştırmadır. Çalışmayı kabul ettiğiniz taktirde size yönelik bilgi edinmeyi amaçlayan 3 adet soru formu yer almaktadır. Sorulara eksiksiz ve içten yanıtlar vermeniz araştırmanın amacına ulaşabilmesi bakımından önemlidir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

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

Katılımcı/Katılımcı Yakınının İmzası:

Tarih:

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz?
a) Kadın b) Erkek
2. Yaşınız:
a) 15-20 d)41-50
b) 21-30 e)51-60
c) 31-40 f) 60 ve üstü
3. Medeni durumunu?
a) Evli
b) Bekar
c) Boşanmış
d) Dul
e) Ayrı yaşıyor
4. Eğitim durumunuz?
a) Okur-yazar
b) Okur-yazar değil
c) İlkokul
d) Lise
e) Üniversite
5. Mesleğiniz?
a) İşçi
b) Memur
c) Serbest Meslek
d) Ev Hanımı
e) Emekli
f) Öğrenci
g) Diğer
6. Gelir düzeyiniz?
a) Geliri yok
b) 500 ve altı d) 1501-2000
c) 501-1000 e) 2001 ve 2500
d) 1001-1500 f) 2501 ve üstü
7. Yaşadığınız Yer?
a) İl b) İlçe c) Kasaba **d)** Köy
8. Sosyal güvenceniz?
a) SGK b) Yeşil kart c) Yok **c)** Diğer:
9. Şu andaki çalışma durumunuz?
a) Tam zamanlı çalışıyorum
b) Yarı zamanlı çalışıyorum
c) Çalışmıyorum
d) Yaralanma sebebi ile çalışmıyorum
10. Hastalık tanısı nedir? a) parapleji b) Tetrapleji
11. Lezyon seviyesi: (Hasta dosyasından doldurulacaktır)……
a) Üst Torakal
b) Alt Torakal
c) Servikal
d) Lomber

EK-2. Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

12. Yaralanma nedeniniz nedir?

a) Trafik kazası
b) Düşme
c) Yaralanma(Silah,bıçak)
d) Sığ suya atlama
e) Vasküler
f) İnfeksiyon
g) Dejeneratif
h) Tümör
i) Diğer:……...

13. Tanı konulduktan sonra geçen süre ne kadar?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c) 6 yıl ve üstü

14. Hastaneye yatış sayısınız?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üstü

15. Size kim bakım veriyor?

a) Anne
b) Baba
c) Eş
d) Kardeş
e) Kızı
f) Oğlu
g) Akraba
h) Ücretli bakıcı
i) Diğer…..

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

a) Evet, kendi kendime başvurdum
b) Hayır
c) Evet, hastane tarafından yönlendirilerek başvurdum

17. Yaralanmanıza bağlı olarak aşağıdaki sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz?

a) Ağrı
b) Spastisite
c) Mesane
d) Solunum
e) Tansiyon
f) Kabızlık
g) Çalışamama
h) Hareket
i) Yakın ilişkiler(eş, aile, arkadaş
j) Cinsellik
k) Maddi

18. Şimdiye kadar hiç bası yarası açıldı mı?

a) Evet b) Hayır

19. Yaralanmadan sonra ne sıklıkla dışarı çıkıyorsunuz?(gezme alışveriş…. amaçlı)

a) Hiç
b) Bazen
c) Sık sık

EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. **Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.**

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklar›m, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle basa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla basa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin. Aşağıda ifadeler size ne kadar uygunsa onu işaretleyiniz

Bir sıkıntım olduğunda...	***Hiç***	***Az***	***Orta***	***Çok***
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	( )	( )	( )	( )
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	( )	( )	( )	( )

EK-5. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurul Onayı

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet bölümü Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Tezli YL. Öğrencilerinden Meliha ÇALIŞIR BACI'nın, Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumlarının İncelenmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. [X]
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. [ ]
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. [ ]

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	626
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	31.07.2017/39
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	katılmadı
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	katılmadı

EK-6. SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Onayı

SBÜ ANKARA FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - ANKARA FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EAH PERSONEL BİRİMİ
07/08/2017 16:37 - 83894237 - 799 - E.1376
00050615723

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 83894237/ ..... / ..... /2017
Konu: Tez Başvurusu

Sayın Meliha ÇALIŞIR BACI
Sosyal Çalışmacı

İlgi: 30.05.2017 tarihli ve 1159 sayılı başvurunuz.

"Spinal Kord (Omurilik) Yaralanmalı Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumlarının İncelenmesi" konulu teziniz Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nun 03.08.2017 tarihli ve 14 sayılı kararı gereğince uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Selcen KOTANOĞLU
Hastane Yöneticisi V.
Başhekim Yardımcısı

EK: TUEK Kararı (1 sayfa)

Türkocağı Sokak No: 3 Sıhhiye / ANKARA V.H.K.İ. Filiz ALTUNAŞ (312) 310 32 30-1145 / 1146
Tlf: 312 310 32 30 Faks: 0312 311 80 54
aftrh.personel@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 51b739ce-b70b-472d-bfc2-4f89d83114ae kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Meliha ÇALIŞIR BACI
Doğum tarihi	: 15.10.1987
Doğum yeri	: Vezirköprü/ SAMSUN
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: SBÜ Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Türkocağı sok. No:3 Sıhhıye /ANKARA
Tel	: 0312 310 32 30/ 1237
Faks	: 0312 311 80 54
E-mail	: meliha.calisirbaci@saglik.gov.tr
EĞİTİM	
Lise	: Ankara 50. Yıl Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
Lisans	: Sakarya Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	