

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

**OMURİLİK YARALANMALI HASTALARIN YAŞAM
DOYUMU VE UMUTSUZLUK HALLERİNİN SOSYAL
HİZMET AÇISINDAN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba MERT

İstanbul

Temmuz - 2020

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

OMURİLİK YARALANMALI HASTALARIN YAŞAM DOYUMU
VE UMUTSUZLUK HALLERİNİN SOSYAL HİZMET
AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba MERT

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

İstanbul

Temmuz-2020

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

Üye Doç. Dr. Turgay ŞİRİN

Üye Doç. Dr. Taner ARTAN

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ali Güneş

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Omurilik Yaralanmalı Hastaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Hallerinin Sosyal Hizmet Açısından İncelenmesi” adlı çalışmanın öneri aşamasından, sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Tuğba MERT

ÖZET

**OMURİLİK YARALANMALI HASTALARIN YAŞAM DOYUMU
VE UMUTSUZLUK HALLERİNİN SOSYAL HİZMET
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Tuğba MERT

Yüksek Lisans, Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

Temmuz, 2020 - 104 Sayfa

Dünya üzerinde artan trafik kazaları, yaralanmalar, hastalıklar ve daha birçok olumsuz durum insan hayatında geri dönülemez sorunlara, engel durumlarına sebep olmaktadır. Omurilik felci de hiçbir genetik yatkınlık seyretmeden, hastalık ve kazalarla kişilerde engel durumu oluşturabilmektedir. Sonrasında yaşanan süreçte umutsuzluk hali ve yaşam doyumunda meydana gelen azalma kişilerin yaşam kalitelerini etkilemektedir. Sosyal hizmet mesleği hasta ve engelli bireylerin bu süreci en az zararla atlatabilmeleri adına birtakım çalışma ve roller üstlenmektedir. Mesleki çalışmada kullanılan yaklaşımlar hasta ve engelli bireylere verilen hizmette yardımcı olmaktadır. Hastane ortamında sunulan tıbbi sosyal hizmet ise hastaların hastalık süreci içinde yaşadıkları umutsuzluk halini ve yaşama ait bakışlarında oluşan olumsuz tavrı en aza indirmek için çalışmaktadır.

Araştırmanın amacı, omurilik yaralanmalı hastaların umutsuzluk hallerinin ve yaşam doyumlarının sosyo- demografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerle karşılaştırılıp bir değerlendirmesini sunmaktır. Bu çalışma, nicel araştırmada genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli seçilerek gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini 18 yaş üzeri, akıl sağlığı yerinde olup sorulan soruları anlayıp yorumlayabilen, uyuşturucu madde bağımlısı olmayan, omurilik yaralanması geçirmiş toplam 153 birey oluşturmaktadır. Bu bireylere Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği yardımıyla ulaşılmıştır.

Çalışmada öncelikle, kavramsal ve kuramsal çerçeve verilmiş olup veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacıyla ilgili

açıklama yapılmış, kişisel bilgi formu ve ölçekler ile ilgili bilgilendirici onam sunulmuştur. Kişilerin izni alınarak çalışmaya dahil edilmişlerdir. Elde edilen veri grupları bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına işlenerek analiz edilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda; hastaların %66,7'si erkek, %37,9'unun 26-40 yaş arasında, %41,2'sinin evli, %36,6'sının ilkokul mezunu, %20,9'unun serbest meslek olarak çalıştığı, %72,5'inin çalışmadığı, %44,4'ünün 1001-2000 tl arası gelir düzeyinin olduğu, %62,7'sinin zararlı alışkanlığının olmadığı ve %75,2'sinin sağlık güvencesi tarafından gereksinimlerinin karşılandığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Omurilik yaralanması, umutsuzluk, yaşam doyumu, sosyal hizmet

ABSTRACT
INVESTIGATION OF PATIENTS WITH NO INJURY IN TERMS
OF LIFE SATISFACTION AND HOPELESSNESS HALL
SOCIAL WORK

Tuğba MERT

Master, Social Work

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Mehmet BİRİNCİ

July, 2020 - 104 Pages

Increasing traffic accidents, injuries, diseases and many more negative situations in the world lead to irreversible problems and obstacles in human life. Spinal cord palsy can also create a disability in people with diseases and accidents without any genetic predisposition. In the ensuing period, the state of despair and the decrease in life satisfaction affect people's quality of life. The social work profession undertakes a number of activities and roles in order to enable the sick and disabled individuals to survive this process with minimal harm. The approaches used in professional work help in the service provided to the sick and disabled individuals. The medical social service offered in the hospital environment works to minimize the hopelessness experienced by the patients during the illness process and the negative attitude that occurs in their view of life.

The aim of the study is to present an assessment of the hopelessness and life satisfaction of patients with spinal cord injuries by comparing them with socio-demographic and disease-related variables. This study was conducted by selecting relational screening models from general screening models in quantitative research. A total of 153 individuals over the age of 18, who are in mental health and can understand and interpret the questions asked, who are not addicted to drugs, have suffered spinal cord injuries. These individuals were reached with the help of the Turkish spinal cord paralysis Association.

In the study, the conceptual and theoretical framework was given and personal data form, Beck despair scale and life satisfaction scale were used as data collection tools. Interviews took place in the form of face-to-face questionnaire filling. The relevant explanation was given for the purpose of the research and informed consent was given

for the survey and forms. They were included in the study with the permission of the persons. The data groups were analyzed by processing them into SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 on the computer. In line with the data obtained; 66.7% of the patients were male, 37.9% were between the ages of 26-40, 41.2% were married, 36.6% had a primary school degree, 20.9% were self-employed, 72.5% were not working, 44.4% had an income level between 1001-2000 tl, 62.7% had no harmful habit and 75.2% had their needs met by health assurance.

Keywords: Spinal cord injury, hopelessness, life satisfaction, social work



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	5
1.5. Varsayımlar	5
1.6. Sınırlılıklar.....	5
1.7. Tanımlar	6
İKİNCİ BÖLÜM	6
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. Omurilik Yaralanması	7
2.1.1. Omurilik Yaralanmasının Tarihçesi	9
2.1.2. Omurilik Yaralanmasında Sınıflandırma.....	10
2.1.3. Omurilik Yaralanmasında Tedavi Süreci	12
2.1.4. Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Uyum.....	14
2.2. Sağlık, Hastalık ve Engellilik Kavramları.....	15
2.3. Umutsuzluk Hali	16
2.4. Yaşam Doyumu	17
2.5. Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Müdahalesiyle Hastalık ve Engellilik	19
2.5.1. Sosyal Hizmet Yaklaşımları	24
2.6. Tıbbi Sosyal Hizmet.....	28
2.7. Türkiye Ve Dünyada Omurilik Yaralanmasıyla İlgili Yapılan Çalışmalar.....	31

2.7.1. Türkiye’deki Çalışmalar	31
2.7.2. Dünyadaki Çalışmalar	32
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	36
YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Evren Ve Örneklem	36
3.3. Veri Toplama Araçları	37
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.3.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	37
3.3.3. Yaşam Doyum Ölçeği	38
3.4. Veri Analizi	39
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	40
ARAŞTIRMA BULGULARI	40
4.1. Kişilerin Sosyo- Demografik Ve Hastalıklarına İlişkin Bulgular.....	40
4.2. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	42
4.3. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	43
4.4. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Zararlı Alışkanlık Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	44
4.5. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
4.6. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Hastalık Tanısına Göre Karşılaştırılması	46
4.7. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	48
4.8. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	49
4.9. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	51
4.10. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Eğitim Duruma Göre Karşılaştırılması	52

4.11. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Mesleklerine Göre Karşılaştırılması	54
4.12. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	56
4.13. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Tanı Sonrası Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması	58
4.14. Ölçek Puanlarının İlişkisine Yönelik Korelasyon Analizi	60
4.15. Umutsuzluk Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Etkilemesine İlişkin Regresyon Analizi	61
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	62
TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME	62
5.1. Sonuç Ve Tartışma.....	62
5.2. Öneriler.....	68
KAYNAKÇA	70
EKLER.....	74
ÖZGEÇMİŞ.....	89

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 : Omurilik Yaralanmasının Etkileri.....	8
Tablo 2.2 : Yaralanma Düzeyine Bağlı His Ve Hareket Kaybı	11
Tablo 2.3 : Sibeon'un Kuram Sınıflandırmasını Engelli Bireylerle Çalışmaya Uyarlaması	21
Tablo 2.4 : Fiziksel Çevre Düzenlemelerinin Engelli Bireyin Kullanımına Uygun Olmadığını Düşünenler.....	22
Tablo 4.1 : Kişilerin Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	40
Tablo 4.2 : Kişilerin Hastalıklarına İlişkin Bulgular	41
Tablo 4.3 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.4 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 4.5 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Zararlı Alışkanlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 4.6 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.7 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Hastalık Tanılarına Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.8 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.9 : Yaşam Doyum Ölçeği, İle Alt Boyut Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.10 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4.11 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.12 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 4.13 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 4.14 : Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği İle Alt Boyut Puanlarının Tanı Sonrası Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması	59

Tablo 4.15 : Ölçek Puanlarının İlişkisine Yönelik Bulgular.....	60
Tablo 4.16 : Umutsuzluk Puanlarının Yaşam Doyumu Puanlarını Etkilemesine İlişkin Basit Regresyon Analizi	61



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 : Omurilik Bölümleri ve Yaralanma Seviyeleri	11
Şekil 2.2 : Genel Mutluluk Düzeyi, 2011-2017	19
Şekil 2.3 : Çevresi İçinde Birey Kavramsallaştırması.....	26



KISALTMALAR

OY	: Omurilik Yaralanması
SKY	: Spinal Kord Yaralanması
ASIA	: American Spinal Injury Association
NSCISC	: Ulusal Spinal Kord Yaralanması İstatistik Merkezi
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
YDÖ	: Yaşam Doyum Ölçeği
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Çok faktörlü bir süreç olan hastalık, sadece doku ve hücrelerde oluşan anormal bir değişiklik olarak düşünülmemelidir. Biyolojik bir süreci olduğu kadar sosyal ve kültürel anlamda da insan hayatı için önemli bir durumdur (Bolsoy ve Sevil, 2006: 79). Sağlığın kaybıyla kişi günlük yaşantısında yerine getirdiği işleri yapamaz ya da daha kısıtlı yapar hale gelmektedir. Kişinin hasta rolünü üstlenmesine ve ruhsal anlamda bir bunalıma neden olmaktadır (Kelleci 1998; Özmen 1997 Akt. Arslantaş, Kaya ve Turan, 2010: 88). Hastanın psikolojisi tamamen etkilenmekte, bu durum hastada korku, kaygı ya da depresyona yol açabilmektedir. Sürekli bir hastalığın tanısı kalıcı olarak kısıtlanma korkusu doğurmaktadır (Taylor ve Aspinwall, 1990; Akt. Taylor, Peplau ve Sears, 2012: 477).

Omurilik yaralanmasına travmalar ve hastalıklar sebep olmaktadır. Yaşanan travmalara; trafik kazaları, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten düşme, spor yaralanmaları, iş kazaları örnek verilebilir. Tümör ve enfeksiyonlar da omurilikte hasara yol açabilmektedir. Omurilikte oluşan yaralanma geçmişten günümüze ilerleyen teknolojiyle birlikte daha tedavi edilebilir bir hal almıştır. Sadece hastaların hayatını kurtarmak yerine daha kaliteli bir hayat sunmak mümkün hale gelmiştir (Oral, vd., 1994; Akt. Çelik, 2016: 1).

Omurilik yaralanması geçirmiş bireylerin birçok ihtiyacı yakın çevresi tarafından karşılanmaktadır. Yaygın olarak eğitim ve iş hayatı geri plana itilip, sosyal yaşamla ilişkileri azalmaktadır. Sürekli başkaları tarafından bakıma ihtiyaç duymaları ise engelli kişileri bağımsız yaşama hakkından muafmiş gibi bir duruma sokmaktadır. Zaman zaman böyle bir hakkın varlığı bile düşünülmemektedir. Tedavi noktasında ise genellikle sosyal bir birey olmak yerine sadece bedensel sağlığına kavuşması gereken hastalar olarak kabul görmektedirler (Berberoğlu, 2016: 708-709). Hasta ve engelli bireyler yakın çevrelerinde ya da toplum içinde yaşarken zorlanma, dışlanmışlık vb. durumlarla karşılaşmaktadırlar. Bu durumlarla mücadele ederken hasta kişilerin bireysel çabaları yeterli gelmeyebilmektedir. Bu tür durumlarda sosyal çalışmacı, toplum ve hasta birey arasında oluşan gerginlik ve zorlanmayı en aza indirme görevi üstlenmektedir (Carlton, 1984; Akt. Tümkaya, 2001: 61). Toplumsal destek çoğu

zaman psikolojik rahatsızlık ve hastalık durumunu minimize eden etkili bir kaynak olabilmektedir (Taylor, Peplau ve Sears, 2012: 478). Sosyal çalışma disiplini de insan ve onun meydana getirdiği sorunlarla ilgilenmesi kapsamında önem arz etmektedir. Meydana gelen sorunları belirleyip, çeşitli çözüm önerileri geliştiren, uygulamaya dönük bir meslektir (Kongar, 1972; Akt. Yaman, Karakulak, Dağlar, 2015: 31). Uygulama noktasında birtakım kuramlar yol gösterici olmaktadır. Genelci sosyal hizmet yaklaşımı çerçevesinde ele alınan sistem ve ekolojik kuramlar kişiyi kendi çevresinde görmeyi amaçlayıp, bireyi, aileyi, grup ya da topluluğu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirip, kişiye en uygun müdahale planını hedeflemektedir. Kişinin sosyal ve fiziksel anlamda verdiği tüm tepkiler doğru analiz edilip, göz önünde bulundurulmalıdır (Andrea, 2011; Akt. Teater, 2015: 45). Önemli bir başka amaca hizmet eden yaklaşım ise güçlendirme yaklaşımıdır. Güçlendirme hem bir kuram hem de bir yöntem olarak ele alınabilir. Kişilerin kendi yaşamları üzerinde ki kontrollerini sağlamak, kendi kendilerine yeterliliklerini sağlamak istenmektedir (Teater, 2015: 68).

Bu bireylerin yaşam doyumları ve değerleriyle ilgili olarak günlük yaşam aktivitelerinden mutluluk duyma, hayatı anlamlı bulma, kendini her açıdan iyi hissedebilme, ekonomik güvenlik, sosyal ilişkilerinin yeterli olması, pozitif bireysel kimlik umut duygusunu yeşertecek ve kişilerin hayata bağlılığını pozitif yönde değiştirecek önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Aksi hali ise umutsuzluk duygusuna yol açmaktadır (Ağır, 2017: 86).

Omurilik yaralanması geçirmiş hasta ya da engelli durumunda olan kişilerin de yaşam döngülerinde oluşan süreç ile ilgili oluşan umutsuzluk durumu, hayattan beklentileri, yaşamdan aldıkları haz sosyal hizmet disiplini içinde ele alınıp müdahale gerektirecek bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda 18 yaş üzeri omurilik yaralanması geçirmiş kişilerin umutsuzluk ve yaşam doyumları kişilere ait sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili değişkenler çerçevesinde ölçülmek istenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda hazırlanan tez çalışmasının birinci bölümünde; araştırmanın problemine, amacına, hipotezlerine, önemine, varsayımlarına, sınırlılıklarına ve konu bağlamında çeşitli tanımlamalara yer verilmiştir.

İkinci bölümde araştırmayla ilgili kavramsal ve kuramsal yönden bilgiler yer almaktadır. Omurilik yaralanmasının ne olduğu, hastalık ve tedavi yöntemlerinin tarihi süreç içerisindeki gelişimi, sınıflandırılması, tedavisi ve hastalardaki uyum ele

alınmıştır. Sağlık, hastalık ve engellilik durumları tıbbi sosyal hizmet kapsamında verilmiş, kuramlarla desteklenmiştir. Umutsuzluk ve yaşam doyumu konuları başlıklar halinde sunulmuş, konuya sosyal hizmet perspektifinde bütüncül bir açıyla bakılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde, uygulanan yöntem dahilinde yapılan araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ile verilerin analizine yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde elde edilen bulgular, tablolar halinde verilmiş ve yorumlanarak açıklanmıştır. Çalışmanın beşinci bölümünde ise araştırma süresince elde edilen bilgi ve bulgular, araştırmanın hipotezleri dikkate alınarak tartışma ve değerlendirme başlığı altında sonuçlandırılmıştır. Omurilik yaralanmalı hastaların umutsuzluk hallerinin giderilip, yaşam doyumlarının artırılması açısından yapılabilecek sosyal hizmet müdahalesi öneriler kısmında sunulmuştur.

1.1.Araştırmanın Problemi

Omurilik yaralanması geçiren hastalarda farklı düzey ve bölgelerde kalıcı veya geçici engel durumu oluşabilmektedir. Enfeksiyon, hastalık ya da meydana gelen bir travmadan ötürü omurilikte oluşan hasar kişinin hareketlerini kısıtlamakta, felce sebep olabilmektedir. Sağlıklı bir insanın engelli bir duruma gelmesi ise kişide çeşitli psikolojik sorunlara sebep olurken, gelecekle ilgili umutsuzluk oluşturabilmektedir. Yaşamdan aldığı doyumu olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmanın temel problemi, meydana gelen bu durumun, omurilik yaralanması geçirmiş hastaların yaşam doyumlarını etkilemesi ve umutsuzluk düzeylerini arttırmasıdır. Dolayısıyla omurilik yaralanmasının, hastaların yaşam doyumlarını ve umutsuzluk düzeylerini etkilemesi araştırmanın temel problemidir.

1.2. Araştırmacının Amacı

Bu araştırma kapsamında, omurilik yaralanması geçiren hastalarda ki umutsuzluk ve yaşamdan duydukları memnuniyet hali, hastalara ait sosyo- demografik ve hastalık özelliklerine ait değişkenler üzerinden değerlendirilecektir. Ortaya çıkan sonuç kişilere ait hangi değişkenlerin anlamlı bir farklılık ortaya çıkardığını görmemizi sağlayacak ve bu kapsamda verilmesi gereken desteği bize sunmuş olacaktır. Engel durumu bazı hastalarda uygun tedaviyle iyileşme gösterebilmektedir. Geleceğe dair duyulan umut ve yaşamdan alınan doyum, kişiler için tedaviyi destekleyici önemli moral unsuru sayılabileceğinden önemlilik göstermektedir. Bu amaçla omurilik felci

hastalarının sorunlarına dikkat çekmek istenmektedir. Hastalık ve engellilik durumu sosyal hizmetin alanına giren önemli sorunlardandır. Bu sebeple fiziksel engel grubu içinde yer alan omurilik yaralanmalı hastalar sosyal hizmetin ilgi alanına girmektedir.

Çalışmanın temel amacı birkaç farklı açıdan ele alınmıştır. Bunlar; omurilik yaralanmalı hastalara sosyal hizmet perspektifinden bakabilmek, bu hastalara sunulan sosyal hizmet modellerinin geliştirilmesi yönünde ortaya konacak politikalara yön vermek ve sosyal hizmet literatürüne katkı sağlamaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmada aşağıda yer alan hipotezler test edilecektir. Hipotezlerin oluşturulmasında “Beck Umutsuzluk Ölçeği”, “Yaşam Doyum Ölçeği” ve “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır.

Hipotez 1: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 2: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 3: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 4: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 5: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları Ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 6: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 7: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları tanıya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 8: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları sağlık güvencesi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 9: Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Çalışmamıza özgün değer katan en önemli hususlardan biri yapılan literatür taraması sonucu konuyla ilgili sosyal hizmet alanında çok fazla çalışmanın olmayışdır. Bu sebeple araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çevremizde sıkça karşılaştığımız trafik kazaları, kesici-delici aletle yaralanmalar, ateşli silah yaralanmaları, düşme vb. gibi birçok olay omurilik felcine neden olmaktadır. Öyle ki omurilik yaralanmalı hastalar, en çok görülen engel gruplarından birini oluşturmaktadır. Umutsuzluk ve yaşam doyumu kavramları ise hastalar için tedavi noktasında önemli etkiye sahiptir. Araştırma içinde olmaları önemlilik arz etmektedir. Yapılan bu çalışmayla sosyal hizmet bilimi çatısı altında hastalık ve engellilik konularına ilgi çekilmek istenmiş, farkındalık yaratılması noktasında katkı sağlamanın önemli olduğu düşünülmüştür.

1.5. Varsayımlar

- Kullanılan ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Yaşam Doyum Ölçeği’ ve ‘Beck Umutsuzluk Ölçeği’ araştırma kapsamında alt problemleri ölçmek için uygundur.
- Kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik katsayıları yüksek olduğundan araştırmada toplanan veriler kaynak gösterilebilir.
- Araştırmaya katılan kişilerin verdikleri cevapların doğruyu yansıttığı varsayılmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar

Bu araştırma İstanbul ili içerisinde yaşayan omurilik yaralanması geçirmiş hastaları kapsamaktadır. 18 yaş ve üzeri, akıl sağlığı yerinde olup sorulan soruları anlayıp yorumlayabilen kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Uyuşturucu madde ve türevleri kullanan kişiler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

1.7. Tanımlar

Omurilik Felci: Hareket sistemi içinde aktif bir role sahip olan omuriliğin çeşitli sebeplerden dolayı hasar görmesi, kişiye getirdiği birtakım problemler ile hem bireyi hem de toplumu etkileyen önemli bir sorundur (Dursun ve Çakıcı, 1995; Akt. Yılmaz, 2006: 1).

Umutsuzluk: Kişinin sorunlarını hiç çözemeyeceğine, hedeflediği şeylere hiçbir zaman ulaşamayacağına inanması, sebebi olmadan yaşadıklarına doğru olmayan anlamlar yüklemesi ve istediği sonuca varabilmek için emek sarf etmemesine rağmen olumsuz sonuçlar beklemesi durumu umutsuzluk olarak tanımlanabilir (Beck 1963; Akt. Akmanış, 2010: 11).

Yaşam Doyumu: Kişilerin, kendi algılarına göre oluşturmuş oldukları beklenti, ilgi, standart ve değer yargıları doğrultusunda hedeflerine ulaşabilme durumu ve bu durumu algılayış biçimleri şeklinde yaşam doyumunu tanımlamak mümkündür (World Health Organization, 1997, Akt. Salar, 2011:30).

Sosyal Hizmet: Bireylere, ailelere, gruplara ve topluluklara sorunlarıyla baş etme becerisi kazandırmayı, sosyal işlevselliklerini arttırmak için kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bir disiplindir. Farklı alanlarda çeşitli faaliyetleri kapsar (Duyan ve Bayır, 2016: 37).

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde, yapılan literatür araştırması sonucu, insan vücudundaki omurilik sistemine ve omurilik yaralanması sonrası oluşan hasara, hastaların tedavisi ve uyumuna yer verilmiştir. Aynı zamanda omurilikte meydana gelen yaralanmaların tarihi süreç içindeki değişim ve gelişimi aktarılmıştır. Sağlık, hastalık ve engellilik kavramları ele alınmış olup sosyal hizmet yaklaşımlarından bahsedilmiştir. Mesleki disiplin içinde, tıbbi sosyal hizmete değinilmiştir. Umutsuzluk ve yaşam doyum kavramları tanımlanmış, konuyla ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

2.1. Omurilik Yaralanması

Omurgayı oluşturan kemiklerin her birine omur adı verilir. Omurga ise, vücudun dik durmasını ve içinden geçen omuriliğin korunmasını sağlayan kemik zinciridir. 33 omurdan meydana gelir. Omurilik ise vücudun en büyük siniridir (Kaya, 2002: 2). “Omurilik yaralanması çoklu organlarda işlev kaybına ve pek çok ikincil tıbbi probleme yol açan ciddi bir yaşam olayıdır. Omurilikte yaralanma bir travma sonrası ani başlangıçlı olabileceği gibi guillian-barre, tümör, tranverse myelitis gibi hastalıklar neticesinde süregelen başlangıçlı şekilde de ortaya çıkabilmektedir” (Van Leeuwen vd. 2015; Akt. Aydın, 2016: 441). Omurilik yaralanması sonrası en sık karşılaşılan durum, vücudun hareket fonksiyonlarının azalmasıdır. Beraberinde oluşan ağrılar ise kişinin pek çok işlevini kısıtlamaktadır (Akar, 2015: 10).

Omurilik yaralanmaları genellikle, omuriliği taşıyan, koruyan ve hareketini sağlayan omurların travmasıyla birlikte gelişir (Berker, 2003: 220). Travmaya maruz kalma sonucu gelişen omurilik yaralanması, genellikle omurilikteki kırık nedeniyle oluşmakta ve omurganın kesilme, delinme veya basınca maruz kalmasıyla kendini göstermektedir (Halliday vd., 2003 ve Pendleton vd. 2006; Akt. Salar: 4). Toplumdaki hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili verilerin analiz edildiği epidemiyolojik çalışmalara kaynak oluşturan Ulusal Spinal Kord Yaralanması İstatistik Merkezi (NSCISC) bilgilerine göre, omurilik yaralanmasına yol açan nedenler olarak araç kazaları, düşme/atlama ve şiddet ilk sıralarda yer almaktadır (Salar, 2011: 68). Ülkemizde, omurilik yaralanmalarına en çok travmaların sebep olduğunu belirten Altınok (2010), yaptığı çalışmada ilk sırada trafik kazalarının (% 39) olduğunu, ikinci sırada ise yüksekten düşmelerin (% 28.4) yer aldığını belirtmiştir (ss. 41). Travmatik olmayan omurilik yaralanmalarına ise en çok tümörlerin sebep olduğu görülmüştür. Bu durumu diğer nedenler izlemektedir (Özdemir vd. 2012; Akt. Dalgıç, 2017: 17).

Tablo 2.1: Omurilik Yaralanmasının Etkileri

Yaralanma Bölgesi	Etkilenen Alanlar
Boyun Omurları	Kollar, bacaklar, cinsel organlar ve idrar-dışkı boşaltımı üzerindeki hareket ve his kontrolü
Sırt Omurları	Gövde, bacaklar, cinsel organlar ve idrar-dışkı boşaltımı üzerindeki hareket ve his kontrolü
Bel Omurları	Bacaklar, cinsel organlar ve idrar-dışkı boşaltımı üzerindeki hareket ve his kontrolü
Kuyruk Sokumu	Cinsel organlar, idrar-dışkı boşaltımı ve ayaklardaki hareket ve his kontrolü

Kaynak: Barker, 1997; Black & Jacobs, 1997; Akt. Kaya, 2002: 3

Omurilik yaralanmaları, bireylerin yaşamında, yaralanmanın şiddetine bağlı olarak birtakım olumsuzluklara sebep olabilmektedir. Yaşamlarını kimseye bağlı olmadan, aktif bir şekilde sürdüren insanlar bir anda belli vücut fonksiyonlarını kaybederek felç kalabilmekte ve günlük yaşam aktivitelerini dahi yerine getirememektedirler (Karakaya, 2016: 115). Yaralanma bölgesinin altında gelişen his ve hareket kaybı, hastaların sosyal yaşamlarında engelleyici bir faktör olmaktadır. Sonuç itibarıyla bu hastaların tekerlekli sandalye, koltuk değneği vb. yardımcı araçları kullanmaları gerekebilmektedir (Kaya, 2002: 13).

Omurilik yaralanması, kişinin iş hayatında, sosyal yaşantısında birçok sorunla karşılaşmasına sebep olmaktadır. Bu durum ise genel yaşantısı içinde kayıplara, sorunlara yol açmaktadır. Yaşanılan sorunlar kişinin kendisi kadar toplumu da etkilemektedir (Beyazova ve Gökçe 2000; Akt. Dalgıç, 2017: 20). Birtakım çevresel engeller omurilik yaralanmalı hastaların yaşamlarını zorlaştırmaktadır. Yapılan bir çalışmada ulaşım, doğal çevre, evde yardım, sağlık bakımı ve konuyla ilgili hükümet politikaları en çok karşılaşılan sorunlar olarak belirlenmiştir (Whiteneck vd. 2004; Akt. Dalgıç, 2017: 20).

2.1.1. Omurilik Yaralanmasının Tarihçesi

Literatürde spinal kord yaralanması (SKY) olarak da geçen omurilik yaralanmalarıyla ilgili ulaşılan ilk belgeler, yaklaşık 5000 yıl kadar öncesine dayanmaktadır. Dikkate değer ilk belge Edwin Smith Cerraahi Papirüs kayıdır. Milattan önce 2500-3000 yılları arasında yazıldığı düşünölen bu belgede, tetraplejik hastalar ayrıntılı bir şekilde anlatılmış ve hastalık için ‘tedavi edilemeyen bir hastalık’ denilmiştir (Elsberg vd. 1931, Akar, 2015: 11).

1900’lü yılların ilk dönemlerinde omurilik yaralanmalı hastaların yaşam sürelerinin uzatılamayacağına dair bir düşünce mevcuttu. Birinci Dünya Savaşı’nda omurilik yaralanmalı hastalarda ölüm oranı %95 civarlarındaydı. Ancak %1’inden daha azı yaralanmadan sonra 20 yıllık bir yaşam sürecini tamamlayabiliyordu. İkinci Dünya Savaşı sırasında Avrupa’da omurilik yaralanmalı hasta sayısının gerek askeri gerek sivil nüfusta hızlı bir artış seyretmesi konuya olan duyarlılığı da arttırmıştır (Akar, 2015: 11). İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra İngiltere’de ki Stoka-Mandeville Hastanesi’nde çalışan Sir Ludwing Guttman omurilik yaralanmalı hastaların bakımında önemli yeniliklere öncülük etmiştir. Engelliler için kurumsallaşmış bakımın tersine, sadece omurilik yaralanmalı hastalar için kapsamlı hizmetler üzerinde durmuştur. Guttman konuyla ilgili profesyonel bir ekip yetiştirmiş, sosyal ve mesleki danışma merkezleri ile tedavi sonrası merkezler açmıştır. Bu durum diğer ölkelerde de etkisini göstermiş, benzer çalışmalar yapılmasına sebep olmuştur. Ve bu süreç ile omurilik yaralanması geçiren hastaların engelli ama sağlıklı bireyler oldukları fikri yayılmaya başlamıştır (Gürgöze, 2006: 3).

Türkiye’de ise omurilik travmalarıyla alakalı yapılan ilk tedavi işlemi, Şerefeddin Sabuncuoğlu (1385 - 1468) tarafından gerçekleştirilmiştir. Sabuncuoğlu 15. yüzyılda yazdığı Cerrahiyetül Haniye resimli cerrahi atlasında omurilikte ki hastalıkların yanı sıra, omurilik travmaları ve tedavi şekilleri hakkında bilgi vermektedir (Naderi, Acar, Arda, 2002; Akt. Güçlü ve Naderi, 2007: 4).

2.1.2. Omurilik Yaralanmasında Sınıflandırma

Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan uluslararası standartlar American Spinal Injury Association (ASIA) standartları olarak bilinmektedir. Bu standartlar 1982 yılında duyurulmuş ve ilerleyen senelerde sürekli düzeltilmiş ve 2002 yılında son halini almıştır (Dere, 2009: 2-3). Omurilik yaralanması iki başlık altında toplanabilir. Bunlar; tam ve kısmi yaralanmalardır. Tam (komplet) yaralanmalar ASIA- A, kısmi (inkomplet) yaralanmalar ise ASIA- B,C,D sınıflandırmasına tabidirler (Karakaya, 2016: 120). Travmanın ciddiyeti yaralanmanın seviyesiyle ilgilidir. Beyne yaklaştıkça oluşan fonksiyon kaybı artmaktadır (Kınalı, 2015: 3).

Omurilik zedelenmesinin düzeyleri aşağıdaki gibi sınıflanmaktadır:

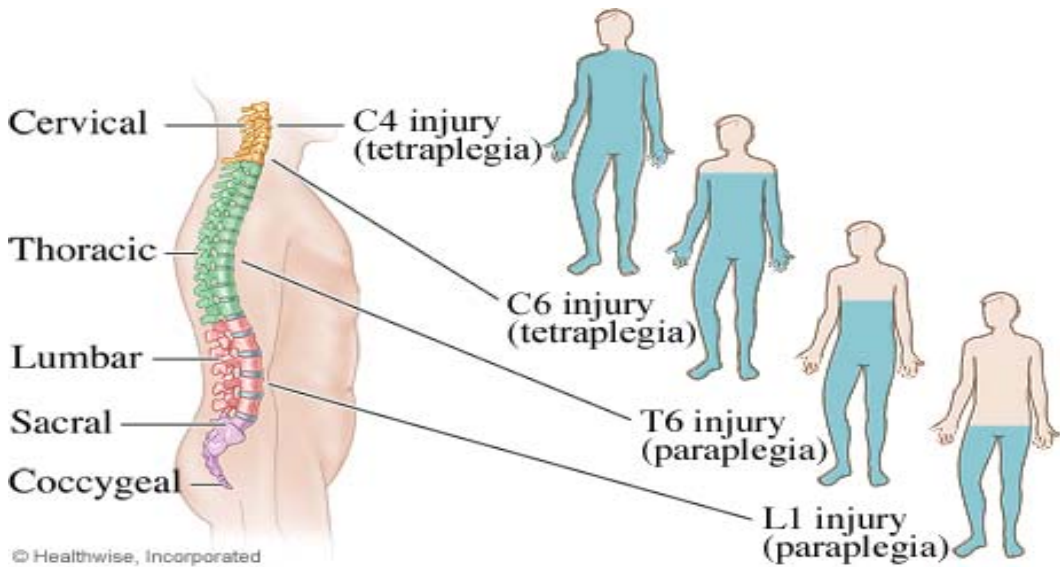
1. Tetrapleji: Kolların, gövdenin ve bacakların hareketi omuriliğin boyun seviyesinden hasara uğraması sonucu tamamen yok olmaktadır. Kişiler öksürme ve nefes alma reflekslerinde zorluk yaşayabilmektedirler. Ellerini, kollarını, omuzlarını, boynunu ve yüzünü hissedebilmekte ancak gövde ve bacaklarını hissedememektedirler (Öztürk, 2013: 37).
2. Parapleji: Omuriliğin torasik (sırt), lomber (bel) veya sakral (kuyruk sokumu) segmentlerinin omurilik kanalı içindeki hasarı sonucu motor ve/veya duyuşal fonksiyon bozukluğu anlamındadır. Paraplejide kolların fonksiyonu korunmuştur. Ancak lezyona göre gövde, bacaklar veya pelvik organlar tutulmuş olabilir (Dere, 2009: 3-4). Genelde boyundan aşağıda meydana gelen zedelenmeler sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Parapleji de temel olarak bacaklar oynatılamaz. Hasarın seviyesine göre bacakların ve gövdenin tamamen kaybı ya da bacaklarda kısmi bir felç hali görülür (Türkiye Omurilik Federasyonu Derneği, 2019)

Tablo 2.2: Yaralanma Düzeyine Bağlı His ve Hareket Kaybı

Yaralanma Düzeyi	Etkileri
C1- C4	Boynun altında hareket ve his kaybı
C5-C6	Omuzların altında hareket kaybı
C7-C8	Eller ve kollarda hareket kaybı
T1-T6	Orta göğüs kafesi altında hareket ve his kaybı
T7-T12	Belin altında hareket ve his kaybı
L1-L3	Pelvis(leğen kemiği) ve bacaklarda hareket kaybı
L3-S5	Üst bacak, alt bacak, ayakta his kaybı

Kaynak: Leob vd. 1994; Akt. Kaya, 2004: 34

Şekil 2.1: Omurilik Bölümleri ve Yaralanma Seviyeleri



Kaynak: <https://www.kuantumtedavi.com/noroloji-hastaliklari/omurilik-yaralanmalari/>

Omurilik yaralanmasının yeri ve düzeyine göre, vücudun değişik bölgelerinde his, hareket ve fonksiyon kaybı meydana gelebilmektedir. Bu sebeple bağımsız bir birey olarak yaşamı sürdürebilmeleri için hastaların his kaybını telafi etmeleri gerekir. Görme, koklama, işitme gibi duyularını kullanmayı, çevresel tehlikelerin farkında olmayı öğrenmelidirler (Kaya, 2002: 4).

Omurilikteki zedelenme 6 ayrı derecede sınıflandırılmaktadır. Bu dereceler, yaş, cinsiyet, motivasyon, fiziksel yapı, zedelenme seviyesi ve çevreye bağlıdır. 1'den 5'e kadar olan derecelendirme tetraplejinin farklı sınıflarıdır. 1. derecede hastalar başka birinin desteği olmadan oturamaz ve tüm hareketleri için dış desteğe ihtiyaç duyar. 2. derecede ki hastalar kollarını kaldıramaz, her zaman bir yardımcıya ihtiyaç duyarlar. 3. derecede sadece tek kolunu omuz hizasına kadar kaldırabilen hastalar destek için birine ihtiyaç duyarlar. 4.derecede hasta kollarının desteği olmadan tek başına oturabilir. 5. derecede hiçbir yerden destek almadan hasta kendi başına oturabilmekte ve her iki kolunu aynı anda her yöne hareket ettirebilmektedir. 6.derece ise yardımcı kimseye ihtiyaç duymadan hareket edebilen hastalar kollarıyla top atıp tutabilmektedirler (Öztürk, 2013: 38-39).

2.1.3. Omurilik Yaralanmasında Tedavi Süreci

“Omurilik yaralanması; kişinin ve yakın çevresinin hayatını ani ve dramatik bir şekilde değiştiren, beraberinde birçok tıbbi ve nörolojik problem ortaya çıkaran ağır bir nörolojik tablodur” (Balıkçı, 2018: 1). Kişinin yaşamında kısıtlılığa, fiziksel ve psikolojik birçok probleme yol açmaktadır. Kişiler hayatlarına engelli sıfatıyla devam etmek zorunda kalabilmektedirler (Sakakibara vd. 2009; Akt. Dalgıç, 2017: 21).

Omurilik zedelendikten sonra tedavi edilebilmesi için ilk anda oluşan omurga şokunu atlatabilmiş olmalıdır. Böylelikle birtakım iyileşmeler olabilir. Omurga şoku tüm omurilik zedelenmelerinden hemen sonra ortaya çıkar ve omurilik çalışmasını durdurur, kişi hareket edemez durumda kalır. Birkaç saatten altı haftaya kadar devam edebilen bu durumda omuriliğin ne kadar zedelendiğini anlamak mümkün olmayabilir. Eğer omuriliğin şişme, kanama, çürümesi biterse birtakım iyileşmeler olmakta ancak iyileşmeler genellikle ilk altı aylık süreç içinde gerçekleşmektedir. Omurilik tamamen zedelenmediyse iki yıl içinde hastada iyileşme görülmekte, zaman ilerledikçe tedavi

şansı azalmaktadır. Hastalık ya da tümör sebebiyle oluşan omurilik zedelenmelerinde tamamen düzelme olabilmektedir (Öztürk, 2013: 39).

Omurilik yaralanmalı hastalarda; mesane ve bağırsak kontrolünde zayıflama ve kayıp, ısının düzenlenmesinde bozukluk, terleyememe, etkilenen bölgede dolaşımın azalması, titreme ve yorgunluğa karşı hassasiyetin artması gibi duyu ve motor fonksiyonların kaybı görülebilmektedir. Deride, yaşanan felce bağlı yatak yaraları veya dekübit adı verilen ülserler oluşabilmektedir. Tedavide ana amaç; oluşan nörolojik tablodaki zayıflığın ilerlemesinin önlenmesi, otonomik bozuklukların kontrol altına alınmasıdır. Travma sonrası oluşan kısmi hasarların düzelme ihtimali daha yüksektir. Duyu fonksiyonları kısmen korunmuş olan kişilerde yürüme olasılığı %50 civarındadır. Hastaların %90'ı evlerine dönmektedirler. Kısmen de olsa iyileşme görülmektedir. Omurilik fonksiyonları tam olarak bozulmuş ise iyileşme şansı %5 düzeyindedir (Kınalı, 2015: 4).

Tedavi programının oluşturulabilmesi için yaralanma seviyesinin bilinmesi ve rehabilitasyon sürecinin buna göre başlatılması gerekir. Bu süreçte hastanın yetersizliğini kabul etmesi, çevreye uyumu, ailenin yeni duruma adaptasyonu ve destekleyici tutumu, kişinin tutumuyla birlikte ekonomik olanaklarda önem taşımaktadır. Hastanın kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi, ev içi ve dışında bağımsız hareket edebilmesi rehabilitasyonun ana amaçlarıdır (Algun, 2015: 1).

Tedavi yaklaşımlarıyla ilgili geçmişten bugüne çok çalışma yapılmış olmasına rağmen evrensel bir protokol geliştirilememiştir (Keleş, Turan, Yılmaz, 2014: 131). Ancak teknolojinin gelişmesiyle birlikte omurgada meydana gelen hasarlar için yapılabilecekler konusunda ilerleme sağlanmıştır. Günümüzde omurilik hasarlı pek çok hasta yaşamını devam ettirebilmekte, tedavi noktasında gelecekle ilgili umut beslemektedirler. Tamamen tedavi edilememesi durumunda, 25-34 yaş arasındaki omurilik yaralanması olan hastaların, travma sonrası geçen 38 yıl ortalama beklenen yaşam süresi olarak düşünülmektedir (McColl vd. 1997; Akt. Dalgıç, 2017: 16).

2.1.4. Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Uyum

Omurilik yaralanması fiziksel boyutta kalıcı hasarlara neden olması sebebiyle kişinin psikolojisini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Yaralanma sonrası bakım ve rehabilitasyon gerektirmesi hastanın kendisi kadar ailesi ve toplum nezdinde birtakım sorumluluklar meydana getirir. Kişilerin yaşadığı en önemli sorun ise kalıcı bir engellilik durumuyla karşılaşma riskidir (Eisenberg ve Saltz, 1991 Akt. Atagün, vd. 2012: 93).

Omurilik yaralanması sonrası hasta ve yakınları için zor bir süreç yaşanmaktadır. İçe kapanma, yas dönemi olabilmektedir. Günlük yaşamları aksamakta, yoğun depresyon, yoğun stres hali görülebilmektedir. Birey; şok, inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve sonuçta kabullenme evreleri geçirmektedir (Bayraktar 2012; Akt. Dalgıç, 2017: 21). Hastalar günlük yaşamları içinde birtakım problemle baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Sosyal hayata katılımda ya da günlük yaşam aktivitesi planlarken sinir-kas-iskelet sisteminde ve ilişkili motor becerilerinde oluşan aksaklıklar sebebiyle hareket alanları kısıtlanmaktadır (Halliday, vd., 2003; Akt. Salar, 2011: 4).

Hastalar yaşamsal olarak tehlikede olduklarını düşünmektedirler. Beden bütünlüklerinin bozulmuş olmasıyla beraber öz saygılarındaki azalma, yaşama karşı takındıkları sosyal rol ve etkinliklerde değişime sebep olmaktadır. Çevreye karşı bağımlı hale gelmek hastalarda ki kaygı düzeyini arttırmakta ve hastaları birçok olumsuz düşünce içine sokmaktadır. Bu durum çeşitli uyum sorunlarını beraberinde getirmektedir (Gürgöze, 2006: 325).

Yaralanma sonrası uyum süreci birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Bunlar arasında; kişinin ekonomik bağımsızlığı, sosyal güvencesi, içinde yaşadığı çevre ve kültür, kişiye verilen roller, statüler, sosyal ilişkileri, sahip olduğu dini inanış, bakış açısı, ahlaki değerleri, günlük faaliyetleri, yaşadığı ülkenin yasaları ve sosyal devlet adına hastaya sunulan imkanlar, öz bakım gücü, yaralanmanın şiddeti, tedavi olanakları gibi sıralanabilecek daha birçok değişken bulunmaktadır (Roper ve ark., 1996; Akt. Dalgıç, 2017: 20).

2.2. Sağlık, Hastalık ve Engellilik Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü (1974) sağlığı; “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlıklı olmak kültürel, ruhsal, ekonomik, fiziksel, sosyal vb. tüm açılardan bir bütünü temsil eder (Zengin, 2011: 30). Kavram olarak iyilik hali durumu ise kişiden kişiye göre farklı tanımlanabilmektedir. Bireylerin iyilik derecesini algılamalarında; aile, toplum ve içinde yaşadıkları sosyal çevre önemli birer unsurdur (Bolsoy ve Sevil, 2006: 79).

Yaşamsal döngü içinde bir varoluş krizi olan hastalık, biyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan farklı birçok boyuta sahiptir (Kaçmaz 1998; Kelleci 1998; Akt. Arslantaş vd. 2010: 88). Hastalık hali kişide; başkalarına bağımlı hale gelme ya da bağımsızlığını tamamen kaybetme, gelecek endişesi, beden, organ ve bölümlerde zedelenme, ölüm korkusu, pişmanlık, suçluluk gibi farklı duygu ve düşüncelerin oluşmasına neden olmaktadır (Arslantaş vd, 2010: 88). Hastalık durumunun algılanışı toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Bireyin kendinden beklenen işi yapıp yapamaması durumu, hastalığın o toplumda yaygın olması gibi ölçütler vardır (Birol, 1997; Akt. Bolsoy ve Sevil, 2006: 79).

Bireye ait fiziksel, zihinsel, ruhsal birtakım özelliklerin yerine getirilememesi ya da tam olarak işlevini sağlayamama durumu engellilik olarak tanımlanabilir (Tomanbay, 1999; Akt. Bayır ve Duyan, 2016: 154). Sahip olunan tıbbi bilgiler ve ekonomik koşullar doğrultusunda, toplum içinde engellilere bir bakış açısı oluşmaktadır. Tarihe bakıldığında kadim ve modern dini inançlar, engelli bireylere insanca yaşama hakları konusunda destek oldukları gibi köstek de olmuşlardır. Engellilere yönelik tutumlar farklılık göstermiştir. Bu bireyleri içlerine şeytan kaçmış şeklinde görenler olduğu gibi, toplumun bakmakla yükümlü olduğu evliyalmış gibi düşünenler de olmuştur (Zastrow, 2015: 724). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK)' nun 2010 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre, Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı engellilerin %29.2'si zihinsel engelli, %25.6'sı süreğen hastalığı olan engelli, %8.8'i ortopedik engelli, %8.4'ü görme engelli, %5.9'u işitme engelli, %3.9'u ruhsal ve duygusal engelli, %0.2'si dil ve konuşma engelli ve %18'i birden fazla engele sahip olan kişilerdir. Bu kişilerin %58.6'sını erkekler, %41.4 ise kadınlar oluşturmaktadır. Kayıtlı engelli

bireylerin %56.8'inin engeli hastalık sonrası ortaya çıkmıştır. Geçirdiği kaza ile engelli durumunda olanların oranı ise %9.6 civarındadır.

2.3. Umutsuzluk Hali

Umut sözcüğü, Türk Dil Kurumu (2019) tarafından yayımlanan Güncel Türkçe Sözlük'te 'ummaktan doğan güven duygusu' olarak tanımlanmaktadır. "Umudun karşıtı olan umutsuzluk ise, bireyin ruh sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, depresyon ve intihar gibi ruhsal sorunlara yol açan ve bu klinik tabloların bir parçası olarak yer alan bir duygudur" (Dilbaz ve Seber, 1993 Akt. Özmen vd. 2008: 9). Umutta istenilen hedefe ulaşmak için yapılan planların başarılacağı düşüncesi varken; umutsuzlukta başarısız olma düşüncesi mevcuttur. Birbirine karşıt bu iki kavram kişiden kişiye, durumdan duruma, olayların gerçekleşmesi sürecinde yaşananlara göre değişiklik göstermektedir. Kişinin yapmış olduğu planları, hedefleri değiştirebilmektedir (Dilbaz ve Seber, 1993: 134).

Umutsuzluk kuramına göre iki farklı grupta umutsuzluğu değerlendirmemiz mümkündür. İlki motivasyon kaybı ve üzüntü, ikincisi ise beraberinde gelen intihar düşüncesi, uyku bozukluğu, olumsuz düşünce ve fikirler, konsantrasyon eksikliği, kişinin günlük yaşamında var olan enerjisinin düşmesi şeklinde kendini göstermektedir (Abela ve Payne 2003; Akt. Barut, 2018: 32).

Kişinin sorunlarını hiç çözemeyeceğine, hedeflediği şeylere hiçbir zaman ulaşamayacağına inanması, gerçek sebebi olmadan yaşadıklarına yanlış anlamlar yüklemesi ve amacına ulaşmak için çaba sarf etmemesine rağmen olumsuz sonuçlar beklemesi de umutsuzluk durumu olarak tanımlanabilir (Beck 1963 akt. Akmanış, 2010: 11). Belirlenen sonuca ulaşma yolunda şansa karşı yetenek, başkalarına duyulan güven duygusu, süreğen ve uzun dönemli amaçlara kıyasla, kısa dönemli ve hızlı ulaşılabilir amaçlara erişmeye olan inanç arasında ki uyarım kişilerin umut ve umutsuzluğa bakışını göstermektedir (Dilbaz ve Seber, 1993: 135). Hayatlarını tamamlanmamış ve doyumsuz hissedenler umutsuzluk hissine kapılırlar (Zastrow, C. ve Kirst-Ashman, 2015: 316). Kayış'ın 90 kanser hastası ile yapmış olduğu tez çalışmasında hastaların eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, medeni durumu, hastanın sosyal güvencesi ve gelir durumu ile umutsuzluk hali arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (2009: 50).

Kişileri umutsuzluğa iten sebepler arasında özgüven, bağımsızlık, otonomi, güç ve algılamada yetersizlikler, işlevsel bozukluklar, sosyal destek yetersizliği, geçmişte yaşanan olumsuzluklar, beden imajında bozulmalar, fizyolojik durumlar gibi sebepler yer almaktadır (Bayramova & Karadakovan; 2004 ve Öz, 2004; Akt. Bahar, 2007: 38). Yaşanan kayıplar karşısında duyulan umutsuzluk hali normal bir tepkidir. Asıl önemli olan verilen tepkinin patolojik bir hal almaması ve sonrasında daha büyük krizlere yol açmamasıdır (Beydağ, Kiper ve Özer, 2009; Akt. Başaran vd., 2016: 11). Umudun, tedavi sürecinde etkisi önemli bir boyut içerir. Hasta açısından tedaviye dönük güven ve umudun olması tedavi süreci içinde oldukça büyük bir öneme sahiptir. İnançla iyileşme, umut aracılığıyla yürütülen terapilerde pozitif yönde elde edilen çeşitli veriler bulunmaktadır. Terapi öncesi var olan umut terapi sonucunu da etkilemekte, aralarında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Yalom, 1995; Akt. Akmanış, 2010: 12).

Beck ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, umutsuzluk duygusunu kişilerin geleceğe ilişkin olumsuz beklentileri olarak yorumlamışlardır. Gerçeğe aykırı düşünce ve bilişsel çarpıtmalar kişilerin umutlarını azaltmakta, umutsuzluk hallerini arttırmaktadır (Durak, 1994; Akt. Özben, 2008: 137).

2.4. Yaşam Doyumu

“Neugarten tarafından ilk defa 60’lı yıllarda ortaya atılan yaşam doyumu kavramı, bireyin elinde olanlarla beklentilerinin karşılaştırılmasıyla oluşan durumu ya da sonucu ifade etmektedir” (Karabulut ve Özer, 2003; Akt. Özkul ve Cömert, 2018 :709). Psikolojik olarak iyi olma durumu ya da yaşamdan bütün olarak iyi olma durumu olarak da yaşam doyumunu tanımlamak mümkündür (Zastrow, C. ve Kirst-Ashman, 2015: 318).

“Bireyin, kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi” olarak da yaşam doyumunu tanımlayabiliriz (World Health Organization, 1997; Akt. Salar, 2011:30).

Doyum, kişilerin hayata dair beklentilerinin, gereksinimlerinin ve isteklerinin karşılanması anlamına gelmektedir. Yaşam doyumu ise bireyin tüm yaşantısındaki doyumunu içermektedir. Yaşam doyumu; mutluluk ve moral gibi konularda da iyilik halini tanımlar (Karademir, Türkçapar, Ulucan ve Bahadır, 2013; Vara, 1999; Akt.

Akyol, Başaran, Yeşilbaş, 2018: 303). Yaşamın her alanını ele alan oldukça geniş bir kavramdır. Sadece belirli bir konuda değil hayatın tüm safhalarında bir memnuniyet halini hedefler (Örkün akt. Yıldız ve Tekin, 2018: 66). Çalışma hayatı, gelir durumu, eğitim seviyesi, sağlık durumu, sosyal çevreyle ilişkiler bunlardan bazılarıdır. Yaşam doyumunu tündengelimci bir yaklaşımla, daha çok kişilik gibi etmenlere bağlı olarak yaşamın genel bir değerlendirmesidir. Tümevarımcı bir bakışla düşünüldüğünde ise; memnuniyet, iş, aile, sağlık gibi kavramların toplamı olarak belirtilebilir (Kanbur, Özdemir, 2017: 147). Bireyin olumlu duygularının, olumsuz duygularına baskın olması durumu da duyuşsal kurama göre yaşam doyumunu açıklamaktadır (Frish, 2006; Akt. Akgündüz, 2013: 182).

Yaşam doyumunu ile ilgili farklı yaklaşım ve tanımlamalar bulunmaktadır. Ancak ortak bazı unsurlar yaşam doyumunu ile ilişkilidir. Bunlardan birkaçı aşağıdaki gibi sıralanmaktadır: (Keser, 2005; Akt. Yenihan, Çakır, Alabaşoğlu, 2018: 49-50)

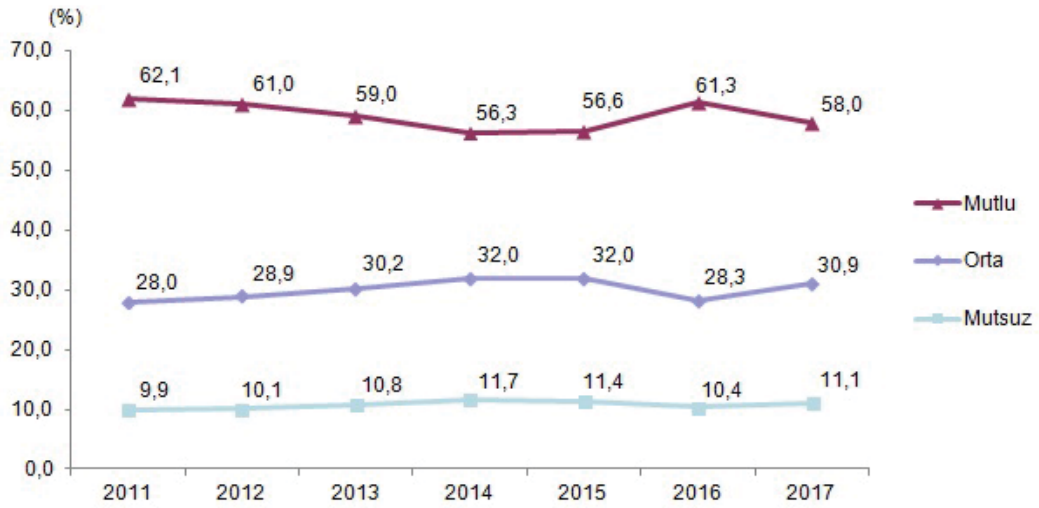
- Hayattan zevk almak,
- Yaşanılan hayatı anlamlı görmek,
- İstenilen amaçlara ulaşmada uyum,
- İyiye dönük düşünce,
- Kişinin bedensel açıdan iyilik halinde olması,
- Ekonomik güvenlik,
- İyi bir sosyal çevre.

Bireyin içinde bulunduğu durumu kabullenme düzeyi de yaşamdan aldığı doyumunu etkilemektedir. Sonuç olarak, yaşamdan duyulan memnuniyet, bireyin ruh sağlığını olumlu ya da olumsuz açıdan etkileyen önemli bir etmen olarak kabul edilmektedir (Ho vd., 2003; Kudo vd., 2007; Akt. Tambağ, 2013: 29).

Yaşam memnuniyeti veya öznel refah çalışmalarının üç genel sonucu vardır. İlki, bireyin deneyimini ifade eden öznel kavramdır. İkincisi, yaşam memnuniyetinin olumlu önlemleri içerdiği, olumsuz faktörlerin varlığının yaşamdan memnuniyeti belirlediğidir. Son olarak ise, yaşam memnuniyeti ölçeklerinin, bireyin hayatını tüm yönleriyle küresel olarak ölçmesi halidir (Vara, 1999).

Yaşam memnuniyeti noktasında kişinin sosyal, psikolojik, ruhsal, bedensel ve mesleki sağlığının yerinde olması hali önem arz etmektedir. Her bir unsur birbiri ile bağlantılıdır. Sosyal sağlığın yaşam memnuniyetindeki en önemli gösterge oluşu ve ardından diğer unsurların geldiği belirtilmektedir (Schaefer, S.A. vd. 2007; Akt. Salar, 2011: 30). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2017 senesinde yapmış olduğu yaşam memnuniyeti araştırma sonuçlarına göre; mutlu olduğunu söyleyenlerin oranı 2016 yılında %61,3 iken 2017 yılında %58'e gerilemiş olmakla beraber mutsuz olduğunu söyleyenlerin oranı ise %10,4'ten %11,1'e yükselmiş bulunmaktadır.

Şekil 2.2: Genel Mutluluk Düzeyi, 2011-2017



Kaynak: TUİK, Yaşam Memnuniyeti Anketi, 2017

Yapılan araştırmada dikkat çeken sonuçlar arasında; en yüksek oranla (%68) kendilerini en çok sağlıklı olmanın mutlu ettiğini ifade edenler bulunmaktadır. Bunu sırasıyla; %16,6 ile sevgi, %9 ile başarı, %3,9 ile para ve %1,9 ile iş takip etmektedir. Kendi geleceklerinden umutlu olduğunu beyan eden bireylerin oranı ise, 2017 yılında %73,4 olarak hesaplanmıştır (TUİK, 2017).

2.5. Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Müdahalesiyle Hastalık ve Engellilik

Sosyal hizmet birey, grup ve toplum bazında sosyal değişim ve gelişimi amaçlayan uygulama temelli bir meslektir. Daha özgür ve güçlü bireylerin olması, bu bireylerin

iyilik hallerinin arttırılması hedeflenmektedir. İnsan hakları, farklılıklara saygı, sosyal adalet ilkeleri sosyal hizmet disiplini içinde büyük öneme sahip yapı taşlarıdır (Alptekin, 2016: 8). Sosyal hizmetin genel gayesi, insanların daha mutlu ve huzurlu bir yaşam sürmelerine yardımcı olmaktır. Bunun için kişilerin sorunlarla baş edebilme kapasiteleri arttırılmalı, hayat standartlarının yükseltilmesine yardımcı olunmalıdır. Yeteneklerini geliştirmeleri, daha anlamlı bir hayat sürmeleri sağlanmalıdır. Genel anlamda insan ve toplumun özgürleşmesini amaçlayan çalışmalar yapılmalıdır. Bunların yanı sıra özel durumları gereği dezavantajlı bir konumda görülen sosyal kesimlerin korunmaları, güçlendirilmeleri ve toplumda söz hakkı edinebilmeleri sosyal hizmetin asli görevleri arasındadır (Seyyar, 2015: 17). Sosyal hizmet mesleğinin başlangıç aşaması insanların sosyal varlıklar olduğunun anlaşılmasıdır. Birtakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek için diğer insanlara bağıdırlar. Kişinin gelişimi ve ilerlemesi için diğer insanlarca sağlanan koruma, rehberlik ve eğitime ihtiyaç duyulur. Kişinin fiziksel ve psikolojik açıdan iyi olma hali, sosyal ilişkilerinin gücüne, yaşamsal etkileşimin kalitesine bağıdır (Sheafor ve Horejsi, 2015: 23).

Sosyal hizmet müdahalesi sorunları tek başına çözmek yerine, sorunların çözümü için insanlara ve topluma yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bunu yaparken ise sorun sahipleri ile sorunun çözümüne katkıda bulunacak kaynakları bir araya getirme çabasındadır (Kongar, 1972; Akt. Yaman, Karakulak, Dağlar, 2015: 59). Sosyal hizmet mesleği; öğrenme bozukluğu, fiziksel engel, duyusal sorunları ve ruhsal sağlık problemleri olan kişilerle çalışma geçmişine sahip olan bir disiplindir. Sadece tıbbi bakıma odaklanan baskın medikal söylemden ayrılıp bireyleri her açıdan değerlendirmeye alır (Horner, 2009: 295). Sağlıklı bir yaşam süren birey sağlığın kaybıyla hasta rolünü üstlenmiş olur. Bu durum hastanın günlük yaşantısında meydana gelen fiziksel bir kaybın yanı sıra psikolojik ve ruhsal anlamda da birtakım olumsuzluklara sebep olmaktadır (Kelleci 1998; Özmen 1997; Akt. Arslantaş vd. 2010: 88). Sosyal çalışma açısından alınacak kararlar, ailenin ve çevrenin imkanları dahilinde, fiziksel özrün tip ve derecesine göre de farklılık gösterebilir. Burada kişinin yararlanabileceği model, ailesi ve çevresi de düşünülerek planlanmalıdır. Suçluluk, inkar, depresyon, kızgınlık vb. duygularla da çalışmak gerekebilir (Güdek, 2012: 173). Hastalık ve engellilik konularına tıbbi ve sosyal açıdan bakış farklılık göstermektedir. Tıbbi model işlev kaybı ve yoksunluk üzerine odaklanırken sosyal açıdan yapılan

incelemelerde toplum, birey ve çevre arasındaki ilişkilere yer verilmektedir (Burcu, 2015: 77).

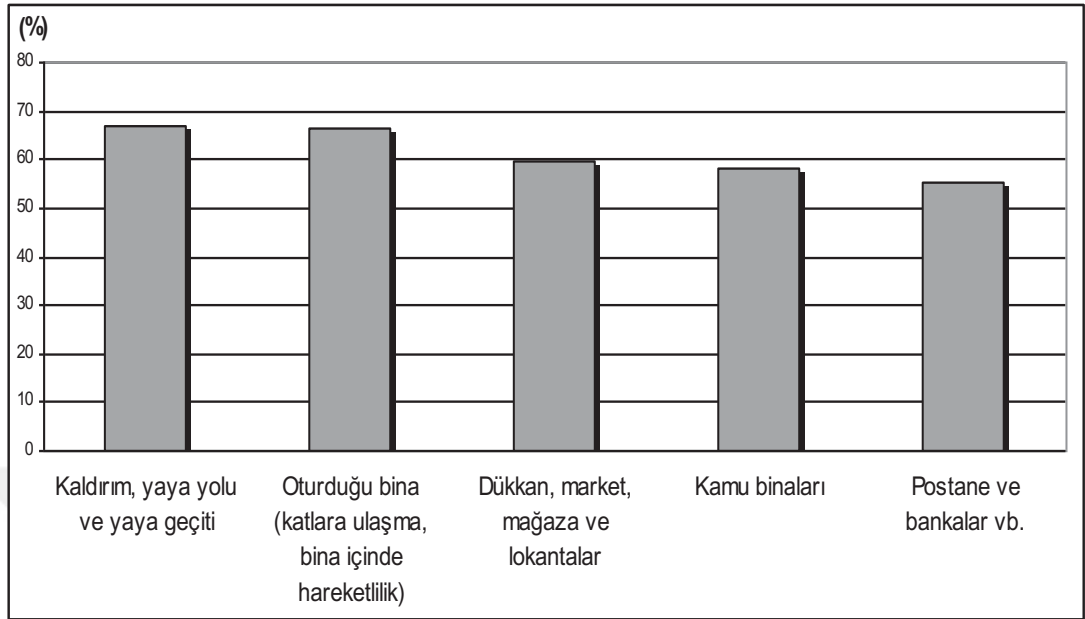
Tablo 2.3: Sibeon'un Kuram Sınıflandırmasını Engelli Bireylerle Çalışmaya Uyarlaması

Müracaatçının Yaşamını Açıklayan Kuramlar	Sosyal Hizmet Kuramları	Sosyal Hizmetin Nasıl Gerçekleşeceğini Açıklayan Kuramlar
<ol style="list-style-type: none">1. Engelliliğin sosyal modeli2. Engelleri yaratan toplumda yaşama3. Kişilik gelişimi kuramları ve kimlik politikaları4. Toplumsal dışlanma ve dezavantajlılık5. Eğitime ve istihdama katılma	<ol style="list-style-type: none">1. Sosyal hizmet sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi hedefler2. Toplumsal içermeyi amaçlayan ayrımcılığa karşı mücadele eden değerler temeline sahiptir3. Müracaatçı ve bakım veren hizmetler yoluyla güçlendirmeyi destekler	<p>Değişimi nasıl sağlayacağız?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bireyle çalışarak2. Bireyle ve çevresiyle çalışarak3. Birbirine benzeyen gereksinimleri olan ortak problemlerle karşılaşan insanlarla çalışarak4. Ayrımcılıkla ve engelleri oluşturan süreçlerle mücadele için müracaatçılar ve bakım verenlerle çalışarak (yapısal eylem)

Kaynak: Sibeon Akt. Homer, 2009: 296

Engellilerle ilgili, fiziksel çevre açısından düşünüldüğünde en sık karşılaşılan sorun binaların uygun yapılmaması ile ortaya çıkmaktadır. Asansör olmaması, dar olması, girişte rampa yerine merdiven olması gibi sebepler engelli bireylerin sosyal yaşama katılımlarını olumsuz açıdan etkilemektedir. Yürüyüş yollarının uygunsuzluğu, arabalar ve diğer olumsuz etmenlerden oluşan faktörler (kaldırımların işgali vs. gibi) engelli bireyler için önemli sorunların başında yer almaktadır (Gürgöze, 2006: 6).

Tablo 2.4: Fiziksel Çevre Düzenlemelerinin Engelli Bireyin Kullanımına Uygun Olmadığını Düşünenler



Kaynak: TUİK, Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010

Yaşadıkları yerdeki fiziksel çevre düzenlemesiyle ilgili yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere %66,3'lük bir kesim oturdukları binanın, %59,5'lik kesim dükkan, market vb. yerlerinin, %58,4'lük kesim kamu binalarının, %55,4'lük kesim ise banka ve postane gibi yerlerin kendi kullanımları için uygun olmadığını belirtmektedir (TUİK, 2010).

Ancak yapısal (mimari, hukuki vs.) düzenlemeler yapıldığında bile meselenin çözülemeyeceği bilinmelidir. Engellilikle ilgili sorunların sadece engelli grupları ilgilendirmemesi gerekir. Sağlığı tehdit eden risklerin artması gibi sebeplerden ötürü tüm insanlık engellilik yaşama konusunda risk altındadır. Bundan dolayı engelli gruba yönelik "özel ihtiyaçlar" altında düzenlemeler yapmak yerine bütün nüfusu içine alabilen daha evrensel politikaların yapılması gerekmektedir (Meşe, 2014: 90).

Durkheim'ın görüşünden faydalanan ve engelli bireyler için toplumda yapılan ayrımcılıkla ilgili görüş belirten Topliss'e göre; engelli kişilerin topluma katılım düzeyleri yaşamış oldukları travmaya, etkilenme düzeylerine göre değişebilmektedir. Ancak toplum düzeyinde bu farklılık engelli olan azınlık ve engelli olmayan çoğunluk olarak değerlendirilmekte ve çoğunluğa hitap eden düzenlemeler getirmektedir. Toplumun temelini oluşturan değerlerde çoğunluğun yani engelli olmayan

vatandaşların ilgi, çıkar ve aktivitelerini desteklemektedir. Engelli durumunda olan kişiler ise olumsuz bakış açısı ve etiketlenmelere maruz kalmakla beraber şansız bir grup olarak düşünülmektedirler. Toplum genelinde başarı ve bağımsızlık hakimken engelli bireylerle ilgili bağımsız yaşam alanında negatif bir düşünce ve yadsıma hakimdir (1982; Akt. Burcu, 2015: 45).

Engelli haklarıyla ilgili, 2005 senesinde kabul edilen 5378 sayılı Engelliler Kanunu'nun ikinci maddesinde yer alan "Bu kanun engellileri, ailelerini, engellilere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ile diğer ilgilileri kapsar" hükmü ile engellilere yönelik her türlü ayrımcılığa ve eşit haklardan yararlanmalarına yönelik birtakım hususlara yer verilmiştir. "Ayrımcılık bazen doğrudan, çoğu zaman ise dolaylı olarak karşımıza çıkmakta ve hukuki eşitliği güvence altına alan düzenlemeler ise ancak doğrudan ayrımcı uygulamaların önüne geçebilmektedir. Dolaylı ayrımcılığı önleyebilmek için ise ayrımcılığı ortaya koyan değer yargılarının değiştirilmesi yönünde kamuoyunun oluşturulması gerekmektedir" (Kolat, 2010; Akt. Aytaç ve Dursun, 2017: 257).

Engellilerin toplumsal hayata katılımları konusunda ele alınabilecek en önemli unsurlardan biri ise, çalışma hayatında olmaları gerektiği gerçeğidir. Engellilerin çalışma hayatına katılımı ekonomik bağımsızlık ve toplumsal kimliğin kazanılması için oldukça önemlidir. İstihdam alanında engelliliğin çalışmaya engel olmadığı uygun iş ve işyerleriyle engelli bireyler de toplumsal üretime katkıda bulunabilirler (Aytaç ve Dursun, 2017: 269). Sosyal çalışmacılar yaşanan tüm bu süreçte kişilerin yaşadıkları problemler karşısında sosyal fonksiyonlarını inceler ve sosyal problemlere çözüm bulmaya çalışırlar (Gürgöze, 2006: 12). Süreç içinde fiziksel engellerin ötesi görülmeli ve büyük ölçüde müracaatçıların yeteneklerine odaklanılmalıdır. Müracaatçıların kendi kendine karar almaları desteklenmeli ve yaşamları normalize edilebilmelidir (Sheafor ve Horejsi, 2015: 559).

Sosyal hizmet mesleği içinde engelli bireylere sunulan hizmetler arasında, rehabilitasyon merkezleri, mesleki değerlendirme, korumalı istihdam, işe alışma eğitimi, danışmanlık hizmetleri, işe yerleştirme hizmetleri, bakım desteği, bakıcılar için destek grupları, eğitim programları, grup evleri, yaşam yolu evleri, bakım evleri, yatılı tedavi merkezleri, gündelik bakım merkezleri, hastane hizmetleri, evde sağlık

hizmetleri, ev işleri hizmetleri ile mesleki rehabilitasyon yer almaktadır (Zastrow, 2015: 748).

Hastalık ve engellilik alanında sosyal çalışmacının üstlendiği roller vardır. Bunlar arasında klinik uzmanlık ve danışmanlık rolü kişiye yaşadığı süreçte sosyal ve psikolojik anlamda yardımcı olmayı amaçlar. Müracaatçıların duygularını tanımalarına ve anlamalarına ya da davranış değiştirmelerine yardımcı olarak sosyal işlevselliklerini arttırma rolüdür (Bozkaya, 2013: 45).

2.5.1. Sosyal Hizmet Yaklaşımları

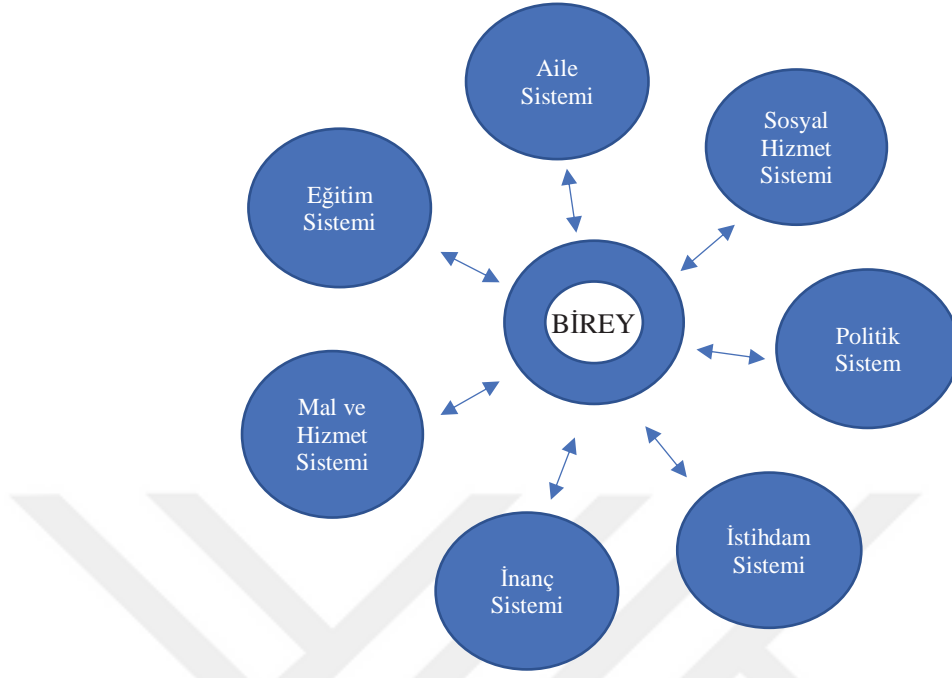
Sosyal hizmet bir insan hakları mesleğidir. Bu sebeptendir ki toplumda özel gereksinim gruplarında bulunan kişilerin içinde buldukları sorunların çözümü için, karşılanmamış ihtiyaçlarını toplumsal kaynakları kullanarak, tüm insanlara insan onuruna yakışır bir hayat standardına kavuşturmayı hedefleyen mesleki bir disiplindir (Sheafor ve Horejsi, 2012; Akt. Çoban, 2017: 253). Sosyal hizmet alan ve uygulamaları için genel bir kullanım alanı oluşturan genelci sosyal hizmet yaklaşımı, bütüncül bir bakışla belli bir alan ya da yöntemden ziyade problem çözme odaklı olan ve tüm sosyal hizmet alanlarına uygulanabilecek ortak bir modeli göstermektedir (Zengin, 2011: 31). Genelci sosyal hizmet yaklaşımında dört temel dayanak bulunmaktadır. Bunları; insan davranışının sosyal ve fiziksel çevreyle olan ilişkisine, bireysel sorunlar ile çevresel sistemlerin etkileşimine, bireyden topluma yani mikro, mezo ve makro düzeyde her kesimle çalışabileceği gerçeğine ve son olarak araştırma yapma, adil sosyal politika oluşturma sürecine olan katkısını düşünerek sıralayabiliriz. Bu uygulama modeli, yöntemlerden ziyade bütüncül bir anlayışla problem çözme üzerine odaklı olarak çevresi içinde birey yaklaşımı çerçevesinde değerlendirmelerde bulunur (Şahin, 2002; Akt. Güdek, 2013: 46-47). “Genelci uygulama süreci; uygulamanın devamlılığı, sosyal hizmet, yardım, amaç kurulumu, müdahale ve değer biçme gibi unsurlardan oluşmaktadır. Uygulamanın başarısı, sürecin düzenli ve özenli bir şekilde takip edilmesine bağlıdır. Bu süreçteki her adım, yeni uygulama ve insan davranış bilgisi tarafından yönlendirilmektedir” (Yıldırım, 2007: 215).

Sosyal çalışmanın beslendiği ve üzerine inşa edildiği; sistem yaklaşımı, ekosistem yaklaşımı ve güçlendirme yaklaşımı olmak üzere üç ana teori vardır. Literatürde kullanılan sağaltım, terapi, model, yaklaşım, yöntem gibi sözcükler aynı şeyi ifade

etmektedir. Bu yaklaşımlar birey, grup ve toplumla yapılan çalışmalarda önemli bir destek görevi görür (Güdek, 2013: 15).

Sistem kuramı, sosyal çalışmacılara dünyayı nasıl inceleyecekleri ve görecekleri konusunda kuramsal bir bakış açısı sunmaktadır. Sosyal çalışmacılar çevre içindeki bireyler, gruplar, aileler, örgütler ve topluluklar gibi çeşitli sistemlerin etkileşimleri üzerine odaklanır. İşlevsel bir bütünü oluşturan sistemler, karşılıklı ilişkisi olan birtakım unsurları içerir (Kirst-Ashman ve Hull, 1999; Akt. Güdek, 2013: 19). 1960'lı yıllardan itibaren sosyal hizmet mesleğinde insan davranışını değerlendirmek amacıyla sistem kuramı kullanılmaya başlanmıştır. Bertalanffy' nin genel sistem kuramıyla geçerlilik kazanmıştır (Yaman, Karakulak, Dağlar, 2015: 47-48). Sosyal hizmet uygulaması içinde sistem kuramı müracaatçılar ile sosyal çalışmacıların sorunu anlamaları noktasında yön göstermelidir. Durum içinde bireyi ele alarak, sonuç ilişkisi kurmak yerine birey ve durumu karşılıklı ilişki içerisinde bir bütün olarak değerlendirmelidir. Burada birey yaşamın en önemli parçasını temsil etmektedir (Duyan, 2016: 135). Sosyal sistem yaklaşımı da bireyler, aileler, küçük gruplar, kurumlar, topluluklar ve toplum arasındaki kavramsallaştırılmış geçişi sağlaması açısından önemlidir. Sosyal hizmet uygulamasına temel olması için geliştirilmiştir (Bayır ve Duyan, 2016: 96). Müracaatçıların yaşam koşullarının karmaşıklığını ve ilişkilerini değerlendirmek için mevcut sorunlarının ötesinde araştırma yapmayı önemseyen sistem kuramı; bütünlük, ilişki ve denge kavramlarını vurgular (Zastrow, 2015: 15). Bireyi çevresi içinde yaşayan bir varlık olarak ele alan ekolojik sistem yaklaşımı ise bireyin davranışını değerlendirirken çevresini de dikkate alır. İnsan, çevresi ile iç içe dinamik bir varlıktır. Çevresinde olan olaylardan büyük ölçüde etkilenmektedir (Ashman ve Zastrow 1990; Akt. Daniş, 2006: 48). “Ekolojik yaklaşım, insanlar ve onların fiziksel ve sosyal çevreleri arasındaki işlevsel olmayan etkileşimleri kavramsallaştırmak ve vurgulamak suretiyle tedavi ve reform yaklaşımını bütünleştirmektedir. İnsanlar çevrelerindeki tüm unsurlarla girdikleri etkileşimler yoluyla gelişmekte ve uyum sağlamaktadır” (Duyan, 2016: 160). Sosyal hizmet, tarihsel süreç içinde bireylere ve onların çevresine odaklanarak ikili bir bakış açısı içinde uygulamasını devam ettirmiştir. Ekolojik sistem teorisi ise sosyal çalışmacıların bu ikili odaklanmayı ya da bakış tarzını sürdürebilmeleri için ortaya konmuş ve genel olarak kabul görmüş bir teoridir ve bu nedenle yaklaşım olarak açıklanabilir (Mattaini ve Meyer, 2002; Akt. Bayır ve Duyan, 2016: 89).

Şekil 2.3: Çevresi İçinde Birey Kavramsallaştırması



Kaynak: Zastrow, 2004 akt. Bayır ve Duyan, 2016: 92

Germain ve Gitterman (1996; Akt. Duyan, 2016: 166), ekosistem yaklaşımının genelde sosyal hizmet uygulamasına adapte edilmesi üç önemli sebeple açıklanabilir. İlki, bütüncül doğası gereği ekosistem yaklaşımı, insan davranışını tanımlamada kullanılan diğer yaklaşımların güçlü yönlerini açığa çıkarmaktadır. İkincisi, bu yaklaşım; bireylerin, ailelerin, grupların, örgütlerin ve toplumların davranışlarını ve birbirleriyle olan ilişkilerini önemsemektedir. Üçüncüsü ise, bu yaklaşım; birey ve çevre arasındaki uyum ile ilgilendiğinden, uygulayıcının tek tarafı suçlamasını önlemektedir. Ekolojik değerlendirme yaparken sosyal çalışmacıların göz önünde bulundurmaları gereken yedi faktör bulunmaktadır. Bunlar; Biogenetik faktörler, ailevi faktörler, kültürel faktörler, çevresel koşullar, kaynaklar ve fırsatlar, özbakım kalıpları, gelişim ve sağlığın güncel göstergeleri başlıkları altında sıralanabilirler. Böylelikle birbiriyle ilişkili konularda, daha geniş bir açıdan bakılarak birey ve çevresi hakkında değerlendirme yapılmış olunur (Duyan, 2016: 164).

Ekolojik sistem yaklaşımı mesleki uygulamalarda oldukça tercih edilen bir yaklaşımdır. Bunun belli başlı üç sebebi vardır. İlk olarak meydana gelen davranışların sebeplerini anlayıp yorumlamayı sağlamak ve böylelikle sorunla ilgili tüm detayları değerlendirmeye alan bir bakış açısı oluşturmaktadır. İkinci olarak birey, aile, grup ve

topluluklar arasındaki ilişkiyi kolay okuyabilmemize olanak vermektedir. Üçüncü ve son olarak ise müracaatçıya sorunların çözümünde rol almasını sağlayacak yöntemler sunmaktadır. Adaptasyon kapasitesini arttırmak, başetme yeteneği kazandırmak, kişilerin problemlerini çözerken insiyatif almalarına fırsat tanımaktadır (Danış, 2006: 53). Sistem ve ekolojik bakış açısı, insan ve çevre arasındaki dayanışmayı, etkileşimi sağlamayı amaçlamakla beraber, sağlık riski faktörlerini veya bireylerin sağlık durumlarını anlamak için oldukça önemlidir. Bireyin sağlığını etkileyecek tüm faaliyetleri ve çevre unsurları ele almaktadır (Yıldırım, 2007: 352).

Genelci çalışma uygulamasının bir diğer kolunu oluşturan güçlendirme, “hayat konumlarını geliştirmek için bireylere hareketlilik getirebilen artan kişiler ve kişiler arası ya da politik güç yöntemleri” olan bir yaklaşımdır (Gutierrez, vd., 1990; Akt. Yıldırım, N. ve Yıldırım, K., 2008: 129). “Güçlendirme, yaygın bir biçimde kullanılan fakat aynı zamanda üzerinde anlaşma sağlanamayan, çeşitli tanımlamaları ve kullanımları olan bir kavramdır” (Gomm, 1993; Akt. Thompson, 2013: 176). En basit haliyle, bireylerin kendi yaşamları ve koşulları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmaları için oluşturulan süreci ifade eder (Thompson, 2013: 176). Aynı zamanda güçlendirme, kişilerin tek tek, gruplar ve topluluklar içinde güçlerini ortaya çıkartarak, hayatlarının kontrollerini ellerine almalarında, başkalarıyla paylaşılan ya da belirlenen hedeflere ulaşmalarında kendilerine yardımcı olma kapasitesi olarak da tanımlanabilmektedir (Burke ve Dalrymple, 2009: 310). “Güçler yaklaşımı, kaygılara parmak basmada müracaatçının hangi türden müdahalelerin kendisi için etkili ve yararlı olduğunu genelde bildiğini varsayar. Bu yüzden profesyonel yardım ilişkisi özünde işbirliği esasına dayanır ve uzmanın rolü de öncelikle danışmanlıktır” (Sheafor ve Horejsi, 2015: 115).

Saleebey (1997; Akt. Bayır ve Duyan, 2016: 102)’ e göre güçler perspektifinin beş temel prensibi bulunmaktadır. Bunlar:

1. Her bireyin, grubun, ailenin ve toplumun güçleri bulunmaktadır.
2. Kişileri etkileyen travma, istismar, çatışma ve hastalık gibi durumlar yıkıcı olabilmekle beraber aynı zamanda kişiler tarafından mücadele ve fırsat kaynağı olarak da görülebilir.
3. Değişim sağlanırken gelişim kapasitesinin üst sınırını bilmediğini sanıp bireylerin isteklerini önemseyin.

4. En faydalı iş birliği kişilerle yapılarak sağlanabilir.
5. Tüm sosyal çevreler kaynaklar içerir.

Yaklaşımlar doğrultusunda sosyal çalışmacılar engellilere doğrudan hizmet veren meslek gruplarından biridir. Sosyal çalışmacıların rehabilitasyon hizmeti sunmakla üstlendikleri roller, engellilere ve onların aile üyelerine danışmanlık yapmak, sosyal öykü çıkartarak bilgi edinmek, vaka yöneticiliği üstlenmek, aile ile kurumlar arasında ki bağlantıyı sağlamak, aracılık yapmak, taburcu planlaması yapmaktan oluşur. Sosyal çalışmacıların nihai hedefi, hizmet alıcıları güçlendirmektir. Güçlendirmede ki temel hususlar, normalleştirme, hak savunuculuğu, en az kısıtlayıcı ortam ve aile desteği olarak düşünülebilir (Zastrow, 2015: 748).

2.6. Tıbbi Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmet alanı, tıbbi bakım gören hastalara, sosyal hizmet bilgi, beceri ve değerlerinin uygulandığı bir disiplindir (Zengin, 2011: 29). Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamaları, sosyal çalışma mesleğinin en önemli uygulama alanlarından biridir. Sağlık alanında sosyal çalışma uygulamaları üç düzeyde ele alınabilir. Birincisi, koruyucu-önleyici düzeyde halk sağlığı programları ve birinci basamak sağlık hizmeti verilen kurumlardaki görevlendirmelerdir. İkinci uygulama alanı evde bakım hizmetleri ile ilgilidir. Sosyal çalışma uygulamaları bu alanda özellikle yaşlı ve engelliler gibi gruplara hizmet vermektedirler. Üçüncü olarak ise, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarında sunulan hizmetler yer almaktadır. Uzun süreli tedavi gerektiren onkoloji, diyaliz ve felçli grubundaki hastalarla çalışılmaktadır (Bozkaya, 2013: 102).

Sosyal çalışmacılar sağlık alanında önemli görevler üstlenmektedir. Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında yürütülen sağlık ocaklarında, hastane hizmetlerinde ve hastanın taburcu olması ile toplum içinde bakım hizmetlerinde sosyal hizmetin mesleki yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır (Yıldırım, N., Yıldırım, K., 2008: 284). İnsana yönelik hizmetlerin planlanması aşamasında önemli noktalardan birisi de ekip çalışmasıdır. Sosyal çalışmacılar, müracaatçı yararına hizmette ki boşlukları doldurma ve ekipte yer alan diğer meslek elemanlarıyla güç birliği oluşturma aşamasında önemli görevler üstlenirler (Arıkan, 1989; Akt. Tümkaya, 2001: 60). Sosyal çalışmacılar rehabilitasyon merkezleri, bakım evleri,

hastaneler, engelliler için gündelik bakım merkezleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri gibi doğrudan engelli bireylere hizmet sunulan kurum ve kuruluşlarda görev almaktadırlar (Zastrow, 2015: 741).

Sosyal hizmet ve sağlık hizmeti arasında karmaşık ve güçlüklerle dolu bir ilişki vardır. Ancak her iki uygulama alanı pek çok ortak noktaya sahip olmakla birlikte birbiriyle bağlantılıdır (Thompson, 2013: 71).

Sosyal çalışmacının çalıştığı alanla ilgili tıbbi terimlere ve hastalık bilgisine sahip olması gerekmektedir. Sorunun tıbbi boyutu algılandıktan sonra, kişinin önce insan olduğu unutulmamalıdır. Daha sonra bir hasta ya da engelli bir birey olduğu düşünülerek hareket edilmelidir (Güdek, 2012: 173). Sağlık konuları sosyal hizmet uygulama alanında yer bulmaktadır. Bazı yönlerden birbirlerini etkilemektedirler. Bu yönler aşağıdaki gibi sıralanabilir: (Thompson, 2013: 71)

- Hastane ve sağlık merkezi gibi sağlık hizmeti veren kurumlarda sosyal çalışmacılar istihdam edilirler.
- Sağlık ile ilgili konular sosyal hizmet müdahalesi gerektiren hususlar içerebilmektedir.
- Sağlığı olumsuz yönde etkileyen stres vb. faktörler, sebep olduğu hastalıklar ve kişinin sosyal yaşamını etkilemesi açısından her iki alan içinde önemlidir.
- Sağlık ve gelişim konuları, çocuk istismarını araştırmak için sebep olabilmektedir. Örneğin gelişimi normal olmayan bir çocukta ihmal ve istismar durumu araştırılabilir.
- Alkol ve madde bağımlılığı gibi birçok sorun sağlık çalışanlarının olduğu kadar sosyal çalışmacıların da hizmet alanına girmektedir.

Resmi Gazete’ de (1973) yayımlanan tanıma göre ise tıbbi sosyal hizmet; “hastaneye yatan her hastanın uygulanan tedaviden en etkili şekilde yararlanması amacıyla sosyal hizmet personeline görülecek ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler yanında, hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve aile sorunlarının çözümlenmesi gibi hususların tümüdür” (Duyan, 1996; Akt. Zengin, 2011: 30).

Modern tıbbi sosyal hizmet de kökeni itibariyle diğer sosyal hizmet alanları gibi oldukça eskiye dayanan bir disiplindir. Organize olmamış hizmetler, lady almonerler, hastaların taburcu sonrası takibi, ziyaretçi hemşireler, tıp öğrencilerinin eğitimi, tıbbi sosyal hizmetin modern profesyonel organizasyonunu hazırlayan hizmet türleri arasında sıralanmaktadırlar (Duyan, 2003: 39).

Lee (2002), çalışmasında sosyal çalışmacıların üç tür hizmet verdiğini söylemektedir. Birincisi, sosyal çalışmacılar müracaatçılara danışmanlık vererek doğrudan etkinlik sağlarlar. Danışmanlık yalnızca kısa dönem terapiyi içermemekte, aynı zamanda müracaatçı tabucu olduktan sonra müracaatçının yüklerini azaltmak için bakım verenlerle birlikte çalışmayı da içermektedir. İkincisi, sosyal çalışmacılar müracaatçılara, hizmetlerin koordinasyonu, başka toplum hizmetlerine havale etme, taburcu olduktan sonra müracaatçıyı yerleştirme, diğer profesyonellerle iş birliği içinde çalışmak gibi dolaylı etkinliklerde bulunurlar. Ara buluculuk, savunuculuk, örgüt yönetimi gibi rolleri üstlenirler. Son olarak ise sosyal çalışmacılar mesleki ve örgütsel etkinlikleri yerine getirirler. Diğer profesyonellere evde bakım konusunda sosyal hizmetin rolleri hakkında eğitim verirler (Akt. Atatürk Üniversitesi Ders Notları: 7). Evde bakım; engelli, yaşlı, süreğen hastalığı bulunan veya nekahat döneminde olan hasta kişileri ev ortamlarında desteklemeyi amaçlayan bir hizmet türüdür. Hastaların aile ve toplum hayatına kolay adapte olmaları ve onlara daha mutlu, rahat bir yaşantı sunulması amaçlanmaktadır. Birey ve ailesine psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal hizmetleri sunan bir bakım modelidir. Evde bakım çok geniş bir hizmet skalasına sahip olmasından dolayı hasta bireylerin birçok ihtiyacını karşılamaktadır (Karahan ve Güven, 2002 Akt. Erdoğan, 2013: 23).

Tıbbi sosyal hizmetin birtakım amaçları vardır. Bunlardan bazıları şunlardır: (Duyan, 1996; Akt. Zengin, 2011: 30)

1. Hastanın bakım ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımın etkili bir biçimde devamı için süreci basitleştirmek,
2. Hasta ve yakınlarının yaşadıkları stresi en aza indirmek,
3. Hastanın hastalık sürecinde içinde bulunduğu kötü şartlar nedeniyle ortaya çıkan problemlerini azaltmak ve koşulları uygun hale getirebilmek.

Sosyal alışmacılar, tedavi ekibi adına hastanın uyum sorunlarını ve hastaların riskli davranışlarını anlamaya yönelik çalışmalıdır. Hastaların gl yönlerine odaklanarak, hasta merkezli tedaviye yönelerek, etiketlemeden uzaklaşarak, değişimi oluşturan ortaklıkları gündeme getirerek, yetki ve g, yerine empatiye başvurarak, kişiye özgü müdahale yöntemlerini kullanarak uygulama yapılmalıdır (Yıldırım, 2017: 71-72). “Travmatik yaşam deneyimlerinin ya da hastalıkların veya engelliliğin kişinin işlev göstermesinde birtakım kısıtlılıklar yaratabileceği doğruyken, bu deneyimler ve koşullar dahi kişisel g ve karakter için bir kaynak olabilir” (Sheafor ve Horejsi, 2015: 115). Sosyal alışmacılar bireysel danışmanlık hizmeti vererek hastaların depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalık problemlerinin de tedavisini yapmaktadırlar. Bireysel danışmanlık yoluyla hasta ve ailesinin hastalık, engellilik, kayıp gibi önemli yaşam olayları, stresörleri ve değişikliklerine uyum sağlanmaları amaçlanmaktadır. Hastanın hastalığına uyum sağlaması onun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmasının yanı sıra tedavi sürecine katılmasına, iyileşme sürecine, fiziksel ve duygusal açıdan rahatlamasına, hastaneden erken taburcu olmasına, risk yönetimine ve etkili karar vermesine yardımcı olmaktadır. Problem zme ve dinleme becerileri bu konuda sosyal çalışmacılara yardımcı olmaktadır (Duyan ve Bayır, 2016: 54-55).

2.7. Türkiye ve Dünyada Omurilik Yaralanmasıyla İlgili Yapılan alışmalar

Omurilik yaralanmalı hastaların sayısı hem dünyada hem de ülkemizde gün geçtikçe artmaktadır. Etkilenen sayısının fazla olması nedeniyle konuyla ilgili pek çok çalışma yapılmış ve yapılmaya da devam etmektedir.

2.7.1. Türkiye’deki alışmalar

Türkiye’de konuyla ilgili tez çalışmaları incelendiğinde; omurilik, omurilik yaralanması, omurilik yaralanmalı hastalar ve spinal cord konulu çalışmaların yer aldığı toplamda 77 yüksek lisans, 36 doktora ve 366 tıpta uzmanlık tezine ulaşılmıştır. Sosyal bilimler alanında az sayıda çalışma bulunmaktadır. Sosyal hizmet alanında yapılan araştırmalar incelendiğinde ise konuyla ilgili tek bir tez çalışmasının olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlar çalışmamızın özgünlüğü açısından önemlidir.

Omurilik yaralanmalı hastaların sosyo- demografik özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada toplam 54 hasta yer

almıştır. Derlenen sosyo- demografik ve klinik değişkenler; görüşme yaşı, cinsiyet, yaralanma yaşı, yaralanmadan bugüne geçen süre, eğitim düzeyi, medeni durum, istihdam durumu, nörolojik seviye ve mesane veya bağırsak inkontinansı, bası yaraları veya kasların kasılı kalması gibi yan etkileri içermektedir. Varılan sonuçlara göre cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı fark bulunamamıştır. Lise ötesinde eğitim düzeyi olan hastalarda, lise veya daha düşük eğitim düzeyine göre ruh sağlığı alanı açısından anlamlı derecede yüksek sonuçlara ulaşılmıştır. Tetraplejili hastaların paraplejili hastalara oranla daha düşük bir yaşam doyumuna sahip olduğu, istihdam durumu olan hastalarında ise daha yüksek bir yaşam doyumuna sahip olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Gürçay, Bal, Ekşioğlu, Çakıcı, 2010). Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışmasında sosyo- demografik değişkenler açısından incelendiğinde Beck Umutsuzluk Ölçeğinde yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Durak ve Palabıyıkoglu, 1994: 317).

Bacı' nın 2018 senesinde yapmış olduğu çalışmasında omurilik yaralanmasına bağlı olarak yaşanan sorunların %40' ı ağrı, %34' ü hareket, %19 mesane, %14 kabızlık, %6 kasılma ve tansiyon, %6 çalışamama, %6 yakın ilişkiler, %7 maddi, %4 cinsellik, %4 solunum ile ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (s.54).

2.7.2. Dünyadaki Çalışmalar

Post ve Noreau, omurilik yaralanmalı hastaların yaşam kalitelerini inceledikleri bir çalışmada, daha iyi sosyal sağlık durumu, daha genç yaş ve evlenme oranlarıyla yaşam kalitesi arasında pozitif bir bağ olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan çalışmada en fazla memnuniyetsizliğe neden olan yaşam alanları; tetrapleji hastalarındaki öz bakım yeteneğinin düşük olması, mesleki durum ve cinsel yaşamdaki sorunlar olarak belirtilmiştir (2005).

Omurilik yaralanmalı hastaların iş doyumu ve yaşam kalitelerini ölçmek amaçlı yapılan bir araştırmada toplam 109 kişiye ulaşılmıştır. Elde edilen bulgulara göre; çalışan gruptaki 50 katılımcıdan 38'i erkek, 12'si kadındır. İşsiz grubunda ise 47 erkek, 12 kadın yer almıştır. Tüm çalışma havuzunun ortalama yaşı 39,2 olarak saptanmıştır. Yaralanmadan bu yana geçen süre ise ortalama 10 yıl civarındadır. İş ve yaşam memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki rapor edilmiştir. Ancak bu bağ, çalışmalarda değişkenlerin farklılığından kaynaklı açıkça ortaya konulamamaktadır (Wehman ve ark., 2000). Ancak Taylor'un 1987 yılında yapmış olduğu bir çalışmada yaşam

kalitesiyle ilgili sonuçlara ulaşılmıştır. Bunlar; maddi malları karşılayabilme, iyi yaşamak ve huzur, güvenlik ve mutluluğun tadını çıkarmak, istenilen standart yaşam ve yaşam koşullarına ulaşabilmek, mali güvenliğin sağlanması, yaşam gereksinimlerine sahip olmak gibi sıralanmakta ve yaşamdan duyulan memnuniyeti etkilemektedir (Akt. Wehmen ve ark. 2000).

2006- 2008 yılları arasında altı ülkede (Avustralya, Brezilya, Kanada, İsrail, Güney Afrika ve ABD) toplam 243 omurilik yaralanmalı hastanın verilerinin analiz edilerek ulaşıldığı bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Ücretli bir işte çalışanların, yaşadığı ülkeye bakılmaksızın daha yüksek yaşam doyumuna sahip oldukları bulunmuştur. Ülkeler arası kıyaslama yapıldığında ise en yüksek yaşam doyumunun ABD, en düşük yaşam doyumunun Brezilya' da yaşayan hastalara ait olduğu görülmüştür (Geyh ve ark., 2013).

Post ve Leeuwen'ın 2012 yılında omurilik yaralanmalı hastaların psikososyal durumlarını incelediği çalışmasında yer alan, ruh sağlığı ve yaşam doyumuyla tutarlı bir şekilde ilişkili faktörler:

- Yaşamda algılanan kontrol (0.49- 0.69 korelasyon aralığı),
- Deneyimli tutarlılık duygusu (0.32- 76 korelasyon aralığı),
- Umut (0.27- 0.64 korelasyon aralığı),
- Yaşamda amaç (0.50- korelasyon aralığı) şeklinde verilmiştir.

Aynı çalışmada omurilik yaralanması sonrası hastalarda yaşam memnuniyetinin seyri ile ilgili olarak, başlangıçta düşük bir seviyeden iyiye gittiği ve uzun süreli takipte de yaşam memnuniyetinde önemli bir azalma olmadığı belirtilmiştir.

Kanada'da yapılan bir araştırmada da omurilik yaralanmalı toplam 781 kişiye ulaşılmıştır. Bu kişilerin %80,7' si travmatik yaralanma, %19,7'si travmatik olmayan yaralanma geçirmiştir. Yaralanma sırasında ortalama yaş 37,42 olarak bulunmuştur. İstihdam durumu, yaralanma süresi, psikolojik sorunlar ve algılanan sağlık değerlerinin kişilerin yaşam doyumlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bu araştırma Kanada'nın omurilik yaralanmalı hastalarla ilgili en büyük veri setini sunmaktadır (Tonack ve ark., 2008).

1990 ve 2012 yılları arası Danimarka’da yapılan bir çalışmada toplam 537 omurilik yaralanmalı kişiye ulaşılmıştır. Kişilerin hastalık sonrası %73 oranında kronik ağrı hissettikleri sonucu bulunmuştur. Yaş ortalaması 54.6 olup toplam nüfusun %77’ si erkektir. %65’ lik kısmın işsiz, %19’ unun yarı zamanlı ve %16’ sının da tam zamanlı çalıştığı belirtilmiştir. Travmaların başlıca sebeplerini %41 ulaşım ile ilgili kazalar, %30 düşme oluşturmaktadır. Tetrapleji hastalarının daha düşük fiziksel sağlık skorlarına sahip olduğu ve bu durumun yaşam kalitesine etki ettiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Andresen ve ark., 2016).

İranlı toplam 106 omurilik yaralanmalı hasta ile yapılan çalışmada katılımcıların %54,7’si orta düzeyde, %30,18’ i kötü düzeyde, %12,42’ si ise iyi düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların kişisel bakım yapma, zihinsel durumu, sosyal hareketliliği, istihdam ve iş eğitimini geliştirme durumları ile çevredeki mevcut durumu iyileştirme çabaları omurilik yaralanmalı hastaların yaşamdan aldıkları doyumunu arttırabilecek faktörler arasında bulunmuştur. Literatürde olduğu gibi medeni durumun yaşam kalitesi için anlamlı bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların %50,9’ u 31-40 yaşları arasındadır. %2,83’ lük küçük bir kısmı 50 yaşın üzerinde kişilerden oluşmaktadır. %82,1’ lik kısım erkek katılımcıları temsil etmekte, %85,8’ lik büyük bir kısmın sigortası bulunmaktadır. Ölçülen çalışma durumu, medeni hal, eğitim seviyesi gibi diğer demografik değişkenlerde ise büyük farklar bulunmamıştır (Moghimian ve ark., 2015).

Omurilik yaralanması geçirmiş Çinlilerle yapılan birkaç çalışmada yaşam doyumunu bileşenlerinin Batı ülkelerinde ki hastalarla benzer olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Hampton’ un 1998 yılında yapmış olduğu bir çalışmada Çin’ de 40 omurilik yaralanmalı hasta ile görüşülmüş, katılımcıların yaşam kaliteleri hakkında önemli gördükleri bazı hususlara ulaşılmıştır. Topluma katkıda bulunulabilmek, ebeveynler, eş, çocuklar ve arkadaşlarla iyi ilişkiler kurmak, sağlıklı olmak, maddi refah ve finansal güvenliğe sahip olmak ve devlet desteğiyle erişilebilir bir ortamda yaşamak gibi (Akt., Hampton, 2001).

Hampton’ un 2001 senesinde Çin’de yapmış olduğu bir çalışmaya göre 231 omurilik yaralanmalı hastada yaşam doyumuna en büyük katkıyı sosyal destek değişeni sağlarken; engellilik durumu, yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyetin önemli bir katkısının

olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Azeez ve ark. 2019 senesinde, 100 omurilik yaralanmalı hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada da benzer olarak yaş ve cinsiyetin yaşam doyumuyla ilişkisiz olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Kuzey Hindistan' da yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Omurilik yaralanmalı hastalarda ki yaş, eğitim durumu ve yaralanma süresinin yaşam doyumu ile ilişkisi bulunmamıştır. Ancak istihdam, hareketlilik, kadın cinsiyeti, özerklik, samimi ortam ilişkileri ve iyi sosyal uyum yaşam kalitesi puanlarının yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur. 50 kişinin katıldığı çalışmada ortalama yaş 37.7, yaralanma süresi ise 3.7 yıl olarak hesaplanmıştır. Yaralanma seviyeleri (tetrapleji ve parapleji) arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Singh ve ark., 2008).

1989- 1994 yıllarını kapsayan, omurilik yaralanmalı hastaların, zaman içindeki değişen durumlarını inceleyen bir araştırmada toplam 146 kişiyle görüşülmüştür. Hastalık seyrindeki değişimle ilgili olarak yanıt verenlerin %25,3' ü geçen yıllarda en az bir kez, ürolojik problemler (%22,9), kasılma (%11,4) ve rehabilitasyon tedavisi (%11,4) için hastaneye kaldırılmıştır. Yaşam koşullarına bakıldığında ise; %89,8' i aileleriyle, %5,5' i yalnız ve %2,1' i bir kurumda yaşıyorlardı (Franceschini ve ark., 2003).

Omurilik yaralanmalı hastaların umut deneyimlerinin araştırılması üzerine yapılan nitel bir çalışmada, 22- 76 yaş arası toplam 10 hastaya (altı erkek, dört kadın) ulaşılmıştır. Katılımcıların demografik verilerinde yaş, seviye ve lezyonun eksiksizliği, hasar nedeni ve yaralanma süresi gibi geniş değişikliklere rağmen, hepsi akut ve tamamen beklenmedik bir kaza geçirmiş ve ciddi şekilde yaralanmıştır. Her katılımcı uzuvlarda felç, çoğu da bağırsak ve mesanede felç geçirmiştir. Yaralanmanın meydana gelmesinden sonra, altı hafta ile dört ay arası bir zaman diliminde katılımcılarla görüşülmüştür. Çıkan sonuca göre; tüm hastalar umutsuzluk ve belirsizlik deneyimine karşı bir dönüm noktaları olduğunu belirtip, umutsuzluktan sıyrıldıklarını söylemişlerdir. Umutsuzluk hissettiklerinde, gelecekle ilgili daha fazla hoş olmayan hayal kırıklığı ve belirsizlik hissinden kaçınmak için bugüne odaklanmışlardır (Lohne ve Severinsson, 2004).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma İstanbul ili içinde yaşayan, 18 yaş üzeri, akıl sağlığı yerinde olup sorulan soruları anlayıp yorumlayabilen omurilik yaralanmalı hastaların umutsuzluk durumları ve yaşam doyumları üzerine bir incelemeyi içermektedir. Nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi tercih edilmiştir. Örneklem grubu ise tesadüfi olmayan teknikler içinden amaçlı örnekleme yöntemiyle elde edilmiştir.

Soru sormaya dayalı olan tarama araştırması katılımcıların neyi bildiği, neye inandığı, ne hissettiği ya da nasıl söyleyip davrandığını belirlemede kullanılmaktadır. Veri toplama yöntemi olarak ölçek tercih edilmiştir. Tarama araştırmasının bir türü olan ilişkisel tarama deseninde ise, ulaşılmak istenen asıl nokta iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkidir. Değişkenler arasında anlamlı farklılaşmaların olup olmaması durumu ya da değişkenlerin birlikte değişiminin derecesi belirlenmek istenir (Gürbüz ve Şahin, 2015: 105). Tesadüfi olmayan örneklem yöntemlerinden biri olan amaçlı örneklemede ise araştırmacının amacına en uygun birimler örnekleme dahil edilmektedir. Araştırmacı kendi gözlemlerinden yola çıkarak sorunsala uygun gördüğü bireyleri çalışmaya dahil etmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2015: 130). Seçilen grup özel ve ulaşılması güç bireylerden oluşmaktadır (Neuman, 2016: 322).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; İstanbul'da yaşayan, akli melekeleri yerinde olan, sorulan soruları anlayıp cevaplandırabilecek, herhangi bir uyuşturucu madde bağımlılığı olmayan 18 yaş üstü omurilik yaralanması geçirmiş kişiler oluşturmaktadır.

Örneklem grubu, temsil gücü olan büyük bir toplamdaki ya da nüfusun belli bir kısmından elde edilmektedir. Küçük bir grubu inceleyerek, büyük bir grup hakkında doğru genellemelere varmak amaçlanmaktadır (Neuman, 2016: 319). Araştırmanın örneklemini ise İstanbul'da yer alan omurilik felçlileriyle ilgili en geniş yelpazeye sahip, 1998 senesinden itibaren faal olan Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği (TOFD) üyesi omurilik yaralanmalı hastalardır. Derneğe üye toplam 248 hasta üye

bulunmaktadır. TOFD' ne bağlı Hüsnu Ayık Bakım Merkezinde yatılı hizmet gören 24 hastayla birlikte toplamda 153 kişiye ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma, hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin bulguları tanımlamak amacıyla hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK-3) ve Yaşam Doyum Ölçeği (EK-4) kullanılarak gerçekteştirilmiştir. Kullanılan veri toplama araçları, araştırmacı tarafından omurilik yaralanması geçirmiş kişilere yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda omurilik yaralanmalı hastaların sosyo- demografik değişkenlerin yer aldığı sorular olmakla beraber hastalık süreciyle de ilgili araştırmayı etkileyen sorular bulunmaktadır. Kişisel Bilgi Formu, omurilik yaralanmalı kişilerin umutsuzluk düzeyleri ile yaşam doyumlarının, kişisel bazı farklılıklara göre değişiklik göstereceği düşünülerek hazırlanmış olup, bu faktörlerin birbirleriyle olan ilişkisi, kişiler üzerindeki etkisi incelenmek istenmektedir. Sunulan bu formda kişilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir düzeyi, alışkanlıkları ve hastalık süreciyle ilgili toplamda 13 soru yer almaktadır. Hastalara ait kişisel bilgiler istenmemiştir. Öncesinde onam formu sunularak çalışma kapsamlı olarak tanıtılmıştır. Kişilerin izni alınarak çalışma yapılmıştır.

3.3.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen Beck Umutsuzluk Ölçeği, kişilerin karamsarlık düzeylerini ve geleceğe dönük beklentilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte 'doğru' ve 'yanlış' şıklarının yer aldığı toplamda 20 soru bulunmaktadır. Kişiler kendilerine uygun ifadeler için doğru, kendilerine uygun olmayan ifadeler için yanlış seçeneğini işaretlemektedirler. Sorulan sorular numaralarına ve alınan cevaba göre puanlanmaktadır. Bunlardan 2, 4, 7, 9,11, 12, 14,16, 17, 18, 20. sorulara verilen yanıt *evet* ise 1 puan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevaplar *hayır* ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplarda ise "0" puan olarak değerlendirilmektedir (Seber,1991 Akt. Karadayı,2010: 27).

Beck umutsuzluk ölçeği üç alt faktörden oluşmaktadır. 1, 3, 7, 11 ve 18. maddeleri ‘gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler’ faktörünü; 2, 4, 9, 12, 14, 16, 17 ve 20. maddeleri ‘motivasyon kaybı’ faktörünü; 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. maddeleri ise ‘umut’ faktörünü oluşturmaktadır (Durak ve Palabıyıkoglu, 1994: 317). 0-20 arası ölçeğin puan dağılımıdır. Kesme puanı 9 olarak belirlenmiştir. Ölçekten 9 ve üzeri puan alanlar umutsuz olarak değerlendirilmiştir (Bahar, 2008: 39).

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının yeterli olması, Beck umutsuzluk ölçeğinin güvenilirliğini göstermektedir (Cronbach alfa=0.86). İç tutarlılık katsayısını Beck ve arkadaşları (1974) 0.93, Durham (1982) genel psikiyatri hastalarında 0.86, yatan suçlu psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda ise 0,83 düzeyinde belirlenmiştir (Seber ve ark. 1993 Akt. Barut, 2018: 45).

3.3.3. Yaşam Doyum Ölçeği

En çok kullanılan ölçeklerden birisi Diener’in Yaşamdan Memnuniyet Ölçeği (SWLS) dir. Amerika Birleşik Devletleri SCI¹ Veri tabanının bir parçasıdır. İyi bir iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği göstermiştir (Post ve Noreau, 2005: 141). “Diener, Emmons, Larsen ve Griffin 1985 yılında yaşam doyumunu incelemek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmiştir. Yaşam doyumunu ölçeği tek boyutlu ve 5 maddelik bir ölçme aracıdır” (Dağlı ve Baysal, 2016: 1254).

Ölçekte alınan toplam puanın yüksek olması kişinin yaşam doyumunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Aynı şekilde düşük puan ise kişinin yaşam doyumunun düşük olduğu anlamını taşımaktadır.

“Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .80 ile .89 arasında değişmektedir. Türkçe’ye Köker (1991) tarafından uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=.85$, madde test korelasyonları .71 ile .80 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Aysan (2001) tarafından

¹ ISI (Institute for Scientific Information), merkezi Philadelphia (ABD)’da bulunan ve düzenli olarak çokça bilimsel dergiyi tarayarak, içeriğini okuyucu kitlesine duyuran bir sistemdir. SCI ise, ISI’nın baz aldığı akademik yazım indekslerden biridir. <http://educasedanismanlik.com/scili-dergi-nedir/> [7 Mayıs 2019].

yapılan çalışmasında ise iç tutarlık katsayısı .85 olarak tespit edilmiştir” (Tümlü ve Recepoğlu, 2013: 208).

Yaşam Doyum Ölçeği, üniversite öğrencileri (Tel ve Sarı, 2016), huzurevinde kalan yaşlılar (Altıparmak, 2009), onkoloji hemşireleri (Eren, 2008) gibi çeşitli gruplarla çalışılmıştır.

3.4. Veri Analizi

Elde edilen tüm veriler SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programı aracılığıyla işlenmiştir. Birbirinden bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında t testi uygulanmış olup iki ya da daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Levene testi ile varyansın homojen olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı fark bulunan varyans analizi sonunda farkın hangi gruplar arasında olduğuna post hoc testlerinden Tukey testi kullanılarak bakılmıştır. Spearman korelasyon katsayısı ile değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini incelemek amaçlı regresyon analizi uygulanmış, bulunan değerlerin anlamlı olup olmadığının tespiti için 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.

Toplanan verilerin analiz aşamasında, hangi testlerin (parametrik/nonparametrik testler) kullanılacağına karar verebilmek için karşılanması gereken olasılıklara bakılmıştır. Dağılımın normalliğini anlayabilmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerleri ve histogram grafiklerinden faydalanılmıştır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden elde edilen anlamlılık düzeyi 0,05'ten büyük olan verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olan verilerde basıklık ve çarpıklık değerleri $\pm 2,0$ arasında olmasında değerlerin normal dağıldığı kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). İstatistiki analizler parametrik testlerle gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliklerini test etmek için Cronbach Alfa içsel tutarlılık testine tabi tutulmuştur. Yapılan analiz sonunda Beck umutsuzluk ölçeğinin güvenilirliği kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa=0.799) Yaşam Doyum Ölçeği güvenilirliği yüksek düzeyde (Cronbach alfa=0.884) bulunmuştur

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde, omurilik yaralanmalı hastaların umutsuzluk halleri ve yaşam doyumlarına ilişkin yapılan araştırmanın istatistiksel analiz sonuçları açıklanmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen verilerde omurilik yaralanmalı hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Aynı zamanda hastaların Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinin alt boyut (gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut) puanlarının cinsiyet, çalışma durumu, zararlı alışkanlıklar, sağlık güvence durumu, hastalığın tanısı, psikolojik destek alma durumu, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir durumu gibi değişkenlerle karşılaştırması yapılmış olup basit tablolar halinde verilmiştir.

4.1. Kişilerin Sosyo- demografik ve Hastalıklarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyo- demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili bilgileri frekans analizi yapılarak frekans yüzde olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.1: Kişilerin Sosyo- demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	F	%
Cinsiyet	Kadın	51	33,3
	Erkek	102	66,7
Yaş	18-25	24	15,7
	26-40	58	37,9
	41-64	53	34,6
	65 ve üzeri	18	11,8
Medeni Durum	Evli	63	41,2
	Bekar	45	29,4
	Boşanmış	45	29,4
Eğitim Düzeyi	Okula gitmemiş	37	24,2
	İlkokul	56	36,6
	Lise	44	28,8
	Üniversite	16	10,5
Meslek	İşçi	30	19,6
	Serbest meslek	32	20,9

	Ev hanımı	25	16,3
	Emekli	22	14,4
	Diğeri	44	28,8
Çalışma Durumu	Hayır	111	72,5
	Evet	42	27,5
Gelir Durumu	Geliri yok	26	17,0
	1000 tl ve altı	28	18,3
	1001-2000	68	44,4
	2001 ve üzeri	31	20,3
Zararlı alışkanlık	Evet	57	37,3
	Hayır	96	62,7
Sağlık Güvencesi	Karşılıyor	115	75,2
	Karşılmıyor	38	24,8

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırma kapsamındaki hastaların %66,7'si erkek, %37,9'unun 26-40 yaş arasında, %41,2'sinin evli, %36,6'sının ilköğretim mezunu, %20,9'unun serbest meslek olarak çalıştığı, %72,5'inin çalışmadığı, %44,4'ünün 1001-2000 tl arası gelir düzeyinin olduğu, %62,7'sinin zararlı alışkanlığının olmadığı ve %75,2'sinin sağlık güvencesi tarafından gereksinimlerinin karşılandığı görülmektedir.

Tablo 4.2: Kişilerin Hastalıklarına İlişkin Bulgular

Değişken	Grup	f	%
Tanı	Parapleji	120	78,4
	Tetrapleji	33	21,6
Yaralanma Sebebi	Trafik kazası	50	32,7
	Düşme	42	27,5
	Yaralanma	18	11,8
	Enfeksiyon	18	11,8
	Tümör	11	7,2
	Diğer	14	9,2
	Tanı Sonrası Geçen Süre	1 yıldan az	34
1-5 yıl		79	51,6
6 yıl ve üstü		40	26,1
Psikolojik Destek	Aldım	65	42,5
	Almadım	88	57,5

Hastaların %78,4'üne parapleji, %21,6'sına tetrapleji tanısı konulmuştur. Hastalar en çok trafik kazası (%32,7) ve düşme (%27,5) ile yaralanmışlardır. Hastaların %51,6'sında tanı sonrası geçen yıl 1-5 arasında, %57,5 'i tanı sonrası psikolojik destek almadığını belirtmiştir.

4.2. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Yapılan çalışmada 153 hastanın 51' inin kadın, 102 'sinin erkek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bacı' nın 2018 senesinde omurilik yaralanmalı hastalarla yapmış olduğu çalışmasında benzer sonuçlar göstermektedir. Cinsiyet değişkeni %25 kadın, %75 erkek olarak dağılmaktadır (s.50).

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine independent sample t testi ile bakılmıştır.

Tablo 4.3: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılma

Ölçek	Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm Ss$	T	P
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Kadın	51	1,72±1,37	-0,58	0,56
	Erkek	102	1,87±1,52		
Motivasyon Kaybı	Kadın	51	3,37±1,41	0,78	0,44
	Erkek	102	3,17±1,48		
Umut	Kadın	51	2,84±2,36	-0,74	0,46
	Erkek	102	3,11±2,04		
Toplam Umutsuzluk	Kadın	51	7,94±4,41	-0,31	0,75
	Erkek	102	8,16±4,05		
Yaşam Doyum	Kadın	51	12,13±4,22	0,39	0,70
	Erkek	102	11,84±4,46		

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$). Akgün'ün 2015 yılında ortopedik engelliler ile yapmış olduğu tez

çalışmasında kadın ve erkek cinsiyetlerinin benzer oranda umutsuzluk yaşadığı sonucuna ulaşılmış, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (s.54). Ortopedik engelli bireylerle yapılan başka bir çalışmada ise yaş ve cinsiyetin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür (Akpınar ve Şahin, 2016: 207). Benzer bir sonuç da kronik hastalarla yapılan bir çalışmada ortaya çıkmıştır. Cinsiyetlere göre yaşam doyumu ile ilgili anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Yılmaz, 2006).

4.3. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının bir işte çalışıp çalışmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine independent sample t testi ile bakılmıştır.

Tablo 4.4: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Çalışma Durumu	N	$\bar{X} \pm Ss$	t	p
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Hayır	111	1,92±1,51	1,43	0,16
	Evet	42	1,54±1,34		
Motivasyon Kaybı	Hayır	111	3,45±1,37	3,08	0,01
	Evet	42	2,66±1,54		
Umut	Hayır	111	3,14±2,25	1,10	0,27
	Evet	42	2,71±1,85		
Toplam Umutsuzluk	Hayır	111	8,53±4,16	2,15	0,03
	Evet	42	6,92±3,96		
Yaşam Doyumu	Hayır	111	11,77±4,51	-0,76	0,45
	Evet	42	12,38±4,01		

Tablo 4.4 incelendiğinde toplam umutsuzluk puanı, kişilerin çalışıp çalışmama haline göre anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$). Çalışmayan kişilerin ($\bar{X}=8,53$) toplam umutsuzluk puan ortalamaları çalışanlara ($\bar{X}=6,92$) göre daha yüksektir. Diğer bir anlatımla çalışmayan kişilerin çalışanlara göre umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanları kişilerin çalışıp çalışmama haline göre anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). Çalışmayan kişilerin ($\bar{X}=3,4$) motivasyon kaybı puan ortalamaları çalışanlara ($\bar{X}=2,6$) göre daha yüksektir. Diğer bir anlatımla çalışmayan kişilerin çalışanlara göre motivasyon kaybı düzeyleri daha yüksektir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından; gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları, umut puanları ve yaşam doyumu toplam puanları kişilerin çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). 175 koroner arter hastası ile yapılan bir çalışmada çalışanların umutsuzluk puanının çalışmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmış, aradaki farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Savaşan, Ayten, Ergene, 2013: 3). Hipertansiyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada da çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla yaşam doyumları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ayyıldız ve Ergüney, 2017: 27).

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları çalışma haline göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi; toplam umutsuzluk puanları, motivasyon kaybı puanları kapsamında anlamlı bir farklılık göstererek doğrulanmıştır. Ancak yaşam doyumu toplam puanları, umut puanları ve gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu ölçümler tarafından hipotez doğrulanmaktadır.

4.4. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Zararlı Alışkanlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının zararlı alışkanlığının olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine independent sample t testi ile bakılmıştır

Tablo 4.5: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Zararlı Alışkanlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Zararlı Alışkanlık	N	$\bar{X}\pm Ss$	t	p
	Var	57	1,56 \pm 1,40	-1,71	0,09

Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Yok	96	1,97±1,50		
Motivasyon Kaybı	Var	57	3,03±1,60	-1,35	0,18
	Yok	96	3,36±1,36		
Umut	Var	57	2,73±1,94	-1,28	0,20
	Yok	96	3,19±2,26		
Toplam Umutsuzluk	Var	57	7,33±4,02	-1,75	0,08
	Yok	96	8,54±4,20		
Yaşam Doyum	Var	57	12,68±4,15	1,63	0,11
	Yok	96	11,5±4,46		

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanları kişilerin zararlı alışkanlıklarının olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.5. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının sağlık güvencesi durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine independent sample t testi ile bakılmıştır.

Tablo 4.6: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Sağlık Güvencesi	N	$\bar{X}\pm Ss$	t	p
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Karşılıyor	115	1,79±1,41	-0,47	0,64
	Karşılanmıyor	38	1,92±1,66		
Motivasyon Kaybı	Karşılıyor	115	3,10±1,39	-2,05	0,04
	Karşılanmıyor	38	3,75±1,58		
Umut	Karşılıyor	115	3,02±2,06	0,08	0,90
	Karşılanmıyor	38	3,13±2,42		
Toplam Umutsuzluk	Karşılıyor	115	7,92±3,96	-0,88	0,38
	Karşılanmıyor	38	8,60±4,74		
Yaşam Doyum	Karşılıyor	115	11,92±4,34	-0,10	0,92
	Karşılanmıyor	38	12±4,52		

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanları kişilerin sağlık güvencesinin karşılanıp karşılanmadığı haline göre anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). Sağlık güvencesi olmayan kişilerin ($\bar{X}=3,75$) motivasyon kaybı puan ortalamaları olanlara ($\bar{X}=3,1$) göre daha yüksektir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları ve alt boyutlarından; gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları, umut puanları ve yaşam doyumu toplam puanları kişilerin sağlık güvencesi olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları sağlık güvencesi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi; motivasyon kaybı puanının anlamlı bir farklılık göstermesi sonucu doğrulanmaktadır. Ancak toplam umutsuzluk ve toplam yaşam doyumu puanları ile umut ve gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanlarının anlamlı farklılıklar göstermemesi nedeniyle bu ölçümler tarafından hipotez doğrulanmaktadır.

4.6. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Hastalık Tanısına Göre Karşılaştırılması

Çalışma sonuçları incelendiğinde toplamda 120 parapleji, 33 tetrapleji hastası olduğu görülmektedir. 2011 senesinde Salar' ın çalışmasında toplam üzerinden %66 parapleji hastası, %34 tetrapleji hastası yer almaktadır (s.43).

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının parapleji ve tetrapleji tanısı olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine independent sample t testi ile bakılmıştır.

Tablo 4.7: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Hastalık Tanılarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Tanı	N	$\bar{X}\pm Ss$	T	p
	Parapleji	120	1,56±1,34	-4,35	0,01

Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Tetrapleji	33	2,75±1,56		
Motivasyon Kaybı	Parapleji	120	3,11±1,45	-2,04	0,04
	Tetrapleji	33	3,69±1,42		
Umut	Parapleji	120	2,72±2,05	-3,41	0,01
	Tetrapleji	33	4,12±2,17		
Toplam Umutsuzluk	Parapleji	120	7,40±3,84	-4,06	0,01
	Tetrapleji	33	10,57±4,38		
Yaşam Doyum	Parapleji	120	12,51±4,37	3,19	0,01
	Tetrapleji	33	9,84±3,75		

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı kişilerin tanılarına göre anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). Parapleji tanılı kişilerin ($\bar{X}=1,56$) gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puan ortalamaları tetrapleji tanılı kişilere ($\bar{X}=2,75$) göre daha düşüktür. Diğer bir anlatımla tetrapleji tanılı kişilerin, parapleji tanılı kişilere göre gelecekle ilgili duygu ve beklenti düzeyleri daha düşüktür.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı kişilerin tanılarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalamalara bakıldığında parapleji tanılı kişilerin ($\bar{X}=3,11$) motivasyon kaybı puan ortalamaları tetrapleji tanılı kişilere ($\bar{X}=3,69$) göre daha düşüktür. Diğer bir anlatımla tetrapleji tanılı kişilerin, parapleji tanılı kişilere göre motivasyon kaybı düzeyleri daha yüksektir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından umut puanı, kişilerin tanılarına göre anlamlı sonuçlar sunmaktadır ($p<0,05$). Parapleji tanılı kişilerin ($\bar{X}=2,72$) umut puan ortalamaları tetrapleji tanılı kişilere ($\bar{X}=4,12$) göre daha düşüktür. Diğer bir anlatımla tetrapleji tanılı kişilerin, parapleji tanılı kişilere göre umut düzeyleri daha düşüktür.

Toplam umutsuzluk puanı kişilerin tanılarına göre anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). Parapleji tanılı kişilerin ($\bar{X}=7,4$) toplam umutsuzluk puan ortalamaları tetrapleji tanılı kişilere ($\bar{X}=10,57$) göre daha düşüktür. Diğer bir anlatımla tetrapleji tanılı kişilerin, parapleji tanılı kişilere göre umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir.

Yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları kişilerin tanılarına göre anlamlı sonuçlar vermektedir ($p<0,05$). Parapleji tanılı kişilerin ($\bar{X}=12,51$) yaşam doyum puan ortalamaları tetrapleji tanılı kişilere ($\bar{X}=9,84$) göre daha yüksektir. Diğer bir anlatımla tetrapleji tanılı kişilerin, parapleji tanılı kişilere göre yaşam doyum düzeyleri daha yüksektir.

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları tanıya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi; elde edilen araştırma sonuçlarının, hastalık tanısıyla ilgili anlamlı bir farklılık göstermesi sonucu tüm ölçütler tarafundan doğrulanmaktadır.

4.7. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının psikolojik destek alıp almama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine independent sample t testi ile bakılmıştır.

Tablo 4.8: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Psikolojik Destek	N	$\bar{X}\pm Ss$	t	P
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Aldım	65	2±1,46	1,28	0,20
	Almadım	88	1,69±1,47		
Motivasyon Kaybı	Aldım	65	3,10±1,46	-0,98	0,33
	Almadım	88	3,34±1,45		
Umut	Aldım	65	3,13±2,25	0,55	0,58
	Almadım	88	2,94±2,08		
Toplam Umutsuzluk	Aldım	65	8,24±4,23	0,39	0,69
	Almadım	88	7,97±4,12		
Yaşam Doyum	Aldım	65	11,61±4,59	-0,79	0,43
	Almadım	88	12,18±4,21		

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanları psikolojik destek alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

4.8. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır.

Tablo 4.9: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Ölçek	F, N, X			Anova Sonuçları						
	Yaş	N	\bar{X}	Var. K.	KT	sd	KO	F	p	Fark
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	(1) 18-25	24	2,08	G.Arası	9,26	3	3,09	1,43	0,24	
	(2) 26-40	58	2,03	G.İçi	320,97	149	2,15			
	(3) 41-64	53	1,53	Toplam	330,24	152				
	(4) 65 ve üzeri	18	1,67							
Motivasyon Kaybı	(1) 18-25	24	3,25	G.Arası	0,62	3	0,21	0,09	0,96	
	(2) 26-40	58	3,17	G.İçi	323,43	149	2,17			
	(3) 41-64	53	3,32	Toplam	324,05	152				
	(4) 65 ve üzeri	18	3,22							
Umut	(1) 18-25	24	3,75	G.Arası	40,25	3	13,42	3,01	0,03	1>4
	(2) 26-40	58	3,38	G.İçi	663,64	149	4,45			
	(3) 41-64	53	2,53	Toplam	703,90	152				
	(4) 65 ve üzeri	18	2,39							
Toplam Umutsuzluk	(1) 18-25	24	9,08	G.Arası	76,75	3	25,58	1,49	0,22	
	(2) 26-40	58	8,59	G.İçi	2557,9	149	17,17			
	(3) 41-64	53	7,38	Toplam	2634,7	152				
	(4) 65 ve üzeri	18	7,28							
Yaşam Doyumu	(1) 18-25	24	10,63	G.Arası	205,53	3	68,51	3,77	0,01	1<4

(2) 26-40	58	11,07	G.İçi	2706,9	149	18,17
(3) 41-64	53	12,75	Toplam	2912,4	152	
(4) 65 ve üzeri	18	14,11				

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından umut puanı kişilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre 18-25 yaş arası kişilerin umut puanı, 65 ve üzeri yaş grubu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla 18-25 yaş arası kişilerin 65 ve üzeri yaş grubu kişilere göre umut düzeyleri daha düşüktür.

Yaşam Doyumu Ölçeği puan ortalamaları kişilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre 18-25 yaş arası kişilerin yaşam doyum puanı, 65 ve üzeri yaş grubu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla 18-25 yaş arası kişilerin 65 ve üzeri yaş grubu kişilere göre yaşam doyum düzeyleri daha düşüktür.

Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, motivasyon kaybı puanı ve toplam umutsuzluk puanı kişilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi; elde edilen yaşam doyum puanı ve umut puanı tarafından doğrulanmaktadır. Ancak toplam umutsuzluk puanı, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile motivasyon kaybı puanının anlamlı bir farklılık göstermemesi sonucu hipotez bu ölçümler tarafından doğrulanmamaktadır.

4.9. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır

Tablo 4.10: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	F, N, \bar{X}		Anova Sonuçları							
	Medeni Durum	N	\bar{X}	Var.K	KT	sd	KO	F	p	Fark
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	Evli	63	1,60	G.Arası	5,38	2	2,69	1,24	0,29	
	Bekar	45	1,93	G.İçi	324,86	15	2,17			
	Boşanmış	45	2,02	Toplam	330,24	15				
Motivasyon Kaybı	Evli	63	3,21	G.İçi	0,18	2	0,09	0,04	0,96	
	Bekar	45	3,24	Toplam	323,87	15	2,16			
	Boşanmış	45	3,29	G.İçi	324,05	15				
Umut	Evli	63	2,51	Toplam	31,26	2	15,63	3,49	0,03	1<2
	Bekar	45	3,56	G.İçi	672,63	15	4,48			
	Boşanmış	45	3,22	Toplam	703,90	15				
Toplam Umutsuzluk	Evli	63	7,32	G.İçi	65,07	2	32,53	1,90	0,15	
	Bekar	45	8,73	Toplam	2569,65	15	17,13			
	Boşanmış	45	8,53	G.İçi	2634,72	15				
Yaşam Doyumu	Evli	63	12,63	Toplam	54,05	2	27,02	1,42	0,25	
	Bekar	45	11,29	G.İçi	2858,43	15	19,06			
	Boşanmış	45	11,62	Toplam	2912,47	15				

Tablo 4.10 incelendiğinde umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından umut puanı kişilerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi yaş grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre evli kişilerin umut puanı, bekar kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla bekar kişilerin evli kişilere göre umut düzeyleri daha düşüktür.

Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, motivasyon kaybı puanı, toplam umutsuzluk puanı ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları kişilerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hipertansiyon hastalarıyla yapılan bir araştırmada evli bireylerin yaşam doyumunun bekarlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ayyıldız ve Ergüney, 2017: 27).

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi; umut puanının anlamlı bir farklılık göstermesi sonucu doğrulanmaktadır. Ancak umutsuzluk ve yaşam doyumunu toplam puanları ile motivasyon kaybı ve umut puanlarının anlamlı bir farklılık göstermemesi sonucu ile hipotezimiz doğrulanmaktadır.

4.10. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Eğitim Duruma Göre Karşılaştırılması

Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır.

Tablo 4.11: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	f, N, \bar{X}		Anova Sonuçları							
	Eğitim	N	\bar{X}	Var.K.	KT	sd	KO	F	p	Fark
Gelecekle İlgili	(1) Okula Gitmemiş	3	2,16	G.Ara	9,16	3	3,05	1,4	0,2	
		7		sı				2	4	

Duygu ve Beklentiler	(2) İlkokul	5	1,71	G.İçi	321,0	14	2,15			
		6			7	9				
	(3) Lise	4	1,86	Toplam	330,2	15				
		4			4	2				
	(4) Üniversite	1	1,31							
		6								
Motivasyon Kaybı	(1) Okula Gitmemiş	3	3,81	G.Arası	29,13	3	9,71	4,9	0,0	1>3,4
		7						1	1	4
	(2) İlkokul	5	3,39	G.İçi	294,9	14	1,98			
		6			2	9				
	(3) Lise	4	2,84	Toplam	324,0	15				
		4			5	2				
	(4) Üniversite	1	2,50							
		6								
Umut	(1) Okula Gitmemiş	3	3,32	G.Arası	12,75	3	4,25	0,9	0,4	
		7						2	3	
	(2) İlkokul	5	2,88	G.İçi	691,1	14	4,64			
		6			4	9				
	(3) Lise	4	3,20	Toplam	703,9	15				
		4			0	2				
	(4) Üniversite	1	2,38							
		6								
Toplam Umutsuzluk	(1) Okula Gitmemiş	3	9,30	G.Arası	113,9	3	37,9	2,2	0,0	
		7			3	8		4	9	
	(2) İlkokul	5	7,98	G.İçi	2520,79	14	16,9			
		6			2	2				
	(3) Lise	4	7,91	Toplam	2634,72	15				
		4			2	2				
	(4) Üniversite	1	6,19							
		6								
Yaşam Doyumu	(1) Okula Gitmemiş	3	11,5	G.Arası	61,28	3	20,4	1,0	0,3	
		7	4				3	7	6	
	(2) İlkokul	5	12,7	G.İçi	2851,19	14	19,1			
		6	0		4	4				
	(3) Lise	4	11,2	Toplam	2912,47	15				
		4	3		2	2				
	(4) Üniversite	1	12,1							
		6	9							

Tablo 4.11 incelendiğinde umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı kişilerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre okula gitmemiş kişilerin motivasyon puanı, lise ve üniversite mezunu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla okula gitmemiş kişilerin lise ve üniversite mezunu kişilere göre motivasyon kaybı düzeyleri daha yüksektir.

Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, umut puanı, toplam umutsuzluk puanı ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları kişilerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi; motivasyon kaybı puanlarının anlamlı bir farklılık göstermesi sonucu doğrulanmaktadır. Ancak umutsuzluk ve yaşam doyumunu toplam puanları ile umut ve gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları anlamlı bir farklılık göstermemesi sonucu hipotezimiz bu ölçümler tarafından doğrulanmamaktadır.

4.11. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Mesleklerine Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır.

Tablo 4.12: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

	f, N, \bar{X}		Anova Sonuçları							
	Meslek	N	\bar{X}	Var.K.	KT	sd	KO	F	P	Fark
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	(1) işçi	30	1,63	G.Arası	14,92	4	3,73	1,75	0,14	
	(2) Serbest Meslek	32	1,31	G.İçi	315,32	148	2,13			
	(3)Ev Hanımı	25	2,08	Toplam	330,24	152				
	(4) Emekli	22	2,00							
	(5) Diğer	44	2,09							
Motivasyon Kaybı	(1) işçi	30	2,83	G.Arası	21,62	4	5,40	2,64	0,04	1,2<3
	(2) Serbest Meslek	32	2,84	G.İçi	302,43	148	2,04			
	(3)Ev Hanımı	25	3,88	Toplam	324,05	152				
	(4) Emekli	22	3,32							
	(5) Diğer	44	3,41							
Umut	(1) işçi	30	2,47	G.Arası	23,53	4	5,88	1,28	0,28	

	(2)	32	2,88	G.İçi	680,37	148	4,60		
	Serbest Meslek								
	(3)Ev Hanımı	25	3,24	Toplam	703,90	152			
	(4) Emekli	22	2,77						
	(5) Diğer	44	3,52						
Toplam Umutsuzluk	(1) işçi	30	6,93	G.Arası	145,09	4	36,27	2,16	0,08
	(2) Serbest Meslek	32	7,03	G.İçi	2489,63	148	16,82		
	(3)Ev Hanımı	25	9,20	Toplam	2634,72	152			
	(4) Emekli	22	8,09						
	(5) Diğer	44	9,02						
Yaşam Doyumu	(1) işçi	30	12,37	G.Arası	118,26	4	29,57	1,57	0,19
	(2) Serbest Meslek	32	11,97	G.İçi	2794,21	148	18,88		
	(3)Ev Hanımı	25	11,40	Toplam	2912,47	152			
	(4) Emekli	22	13,73						
	(5) Diğer	44	11,05						

Tablo 4.12 incelendiğinde umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı kişilerin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre işçi ve serbest meslek çalışanlarının motivasyon puanı, ev hanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla işçi ve serbest meslek çalışanlarının, ev hanımlarına göre motivasyon kaybı düzeyleri daha düşüktür.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, umut puanı, toplam umutsuzluk puanı ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları kişilerin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi;

motivasyon kaybı puanının anlamlı bir farklılık göstermesi sonucu doğrulanmaktadır. Ancak toplam umutsuzluk ve toplam yaşam doyumu puanları ile umut ve gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanının anlamlı bir sonuç vermemesi nedeniyle hipotez bu ölçümler tarafından doğrulanmamaktadır.

4.12. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır.

Tablo 4.13: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

		f, N, \bar{X}		Anova Sonuçları						
		N	\bar{X}	Var. K.	KT	sd	KO	F	p	Fark
Gelecek le İlgili Duygu ve Beklentiler	(1) geliri yok	2	2,1	G.Ar	20,26	3	6,7	3,2	0,0	2>4
		6	5	ası			5	5	2	
	(2) 1000 tl ve altı	2	2,4	G.İçi	309,9	14	2,0			
		8	3		8	9,	8			
	(3) 1001-2000	6	1,6	Topla	330,2	15				
		8	2	m	4	2,				
	(4) 2001 ve üzeri	3	1,4							
		1	5							
Motivasyon Kaybı	(1) geliri yok	2	3,5	G.Ar	26,83	3	8,9	4,4	0,0	2>3,4
		6	8	ası			4	8	1	
	(2) 1000 tl ve altı	2	3,9	G.İçi	297,2	14	1,9			
		8	3		2	9	9			
	(3) 1001-2000	6	3,0	Topla	324,0	15				
		8	7	m	5	2				
	(4) 2001 ve üzeri	3	2,7							
		1	1							
Umut	(1) geliri yok	2	3,8	G.Ar	46,42	3	15,	3,5	0,0	1>4
		6	1	ası			47	1	2	
	(2) 1000 tl ve altı	2	3,6	G.İçi	657,4	14	4,4			
		8	8		8	9	1			
	(3) 1001-2000	6	2,7	Topla	703,9	15				
		8	6	m	0	2				
	(4) 2001 ve üzeri	3	2,3							
		1	5							
	(1) geliri yok	2	9,5	G.Ar	264,6	3	88,	5,5	0,0	1>4
		6	4	ası	8		23	5	1	

Toplam	(2) 1000 t1	2	10,	G.İçi	2370,	14	15,			2>3,4
Umutsuzluk	ve altı	8	04		04	9	91			
	(3) 1001-2000	6	7,4	Toplam	2634,	15				
		8	6		72	2				
	(4) 2001 ve üzeri	3	6,5							
		1	2							
Yaşam Doyumu	(1) geliri yok	2	10,	G.Arası	426,5	3	14	8,5	0,0	1<34
		6	31		3		2,1	2	1	
	(2) 1000 t1 ve altı	2	9,2	G.İçi	2485,	14	16,			2<34
		8	1		94	9	68			
	(3) 1001-2000	6	12,	Toplam	2912,	15				
		8	97		47	2				
	(4) 2001 ve üzeri	3	13,							
		1	52							

Tablo 4.13 incelendiğinde Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı kişilerin gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gelir düzeyleri arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre 1000 t1 ve altı geliri olan kişilerin gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, 2001 t1 ve üzeri geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla 1000 t1 ve altı geliri olan kişilerin, 2001 t1 ve üzeri geliri olan kişilere göre gelecekle ilgili duygu ve beklentiler düzeyleri daha düşüktür.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı kişilerin gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gelir düzeyleri arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre 1000 TL ve altı geliri olan kişilerin motivasyon kaybı puanı, 2001 TL ve üzeri geliri olan ve 1001-2000 TL arası geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla 1000 t1 ve altı geliri olan kişilerin, 1001-2000 TL arası ve 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre motivasyon kaybı düzeyleri daha yüksektir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından umut puanı kişilerin gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gelir düzeyleri arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre geliri olmayan kişilerin umut puanı, 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Diğer bir

anlatımla geliri olmayan kişilerin, 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre umut düzeyleri daha düşüktür.

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı kişilerin gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre geliri olmayan kişilerin toplam umutsuzluk puanı, 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). 1001 TL ve altı geliri olan kişilerin, 1001-2000 TL ile 2001 ve üzeri geliri olan kişilere göre toplam umutsuzluk puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Akgün'ün 2015 yılında 89 ortopedik engelli birey ile yaptığı araştırma sonucunda da benzer bulgular elde edilmiştir. Düşük sosyo-ekonomik duruma sahip ortopedik engellilerin umutsuzluk düzeyi puanları yüksek bulunmuştur (s.61).

Yaşam doyumu ölçek puanı kişilerin gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim grupları arasında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre geliri olmayan kişilerin ile 1001 TL ve altı geliri olan kişilerin yaşam doyum ölçek puanı, 1001-2000 tl ile 2000 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre yaşam doyum puanı istatistiksel olarak daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer bir anlatımla yaşam doyumları daha düşüktür.

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir hipotezi ulaşılan sonuçlar neticesinde tüm ölçütler tarafından doğrulanmaktadır.

4.13. Hastaların YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Tanı Sonrası Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının tanı sonrası geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır.

Tablo 4.14: YDÖ, BUÖ ile Alt Boyut Puanlarının Tanı Sonrası Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması

Ölçek		N	\bar{X}	Var.K.	KT	sd	KO	F	p
Gelecekle İlgili Duygu Ve Beklentiler	1 yıldan az	34	1,76	G.Arası	0,64	2	0,32	0,15	0,86
	1-5 yıl	79	1,89	G.İçi	329,59	150	2,20		
	6 yıl ve üstü	40	1,75	Toplam	330,24	152			
Motivasyon Kaybı	1 yıldan az	34	3,24	G.Arası	0,19	2	0,10	0,04	0,96
	1-5 yıl	79	3,22	G.İçi	323,86	150	2,16		
	6 yıl ve üstü	40	3,30	Toplam	324,05	152			
Umut	1 yıldan az	34	3,09	G.Arası	5,01	2	2,50	0,54	0,59
	1-5 yıl	79	3,15	G.İçi	698,89	150	4,66		
	6 yıl ve üstü	40	2,73	Toplam	703,90	152			
Toplam Umutsuzluk	1 yıldan az	34	8,09	G.Arası	6,07	2	3,04	0,17	0,84
	1-5 yıl	79	8,25	G.İçi	2628,65	150	17,52		
	6 yıl ve üstü	40	7,78	Toplam	2634,72	152			
Yaşam Doyumu	1 yıldan az	34	11,47	G.Arası	82,50	2	41,25	2,19	0,12
	1-5 yıl	79	11,52	G.İçi	2829,97	150	18,87		
	6 yıl ve üstü	40	13,18	Toplam	2912,47	152			

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanları tanı sonrası geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Acar'ın yapmış olduğu araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Kronik rahatsızlığı olan hasta grubunun hastalığa ne kadar süredir sahip olduğu yaşam doyumları üzerine anlamlı farklılıklar oluşturmamaktadır (2011: 56). Benzer bir sonuç yaşam doyumu üzerine yapılmış bir araştırmada da görülmüştür. Ayyıldız ve Ergüney'in yapmış olduğu çalışmaya göre hipertansiyon hastalarının hastalık süresine göre yaşam doyumu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Ayyıldız ve Ergüney, 2017: 29).

4.14. Ölçek Puanlarının İlişkisine Yönelik Korelasyon Analizi

Araştırmada kullanılan, Yaşam Doyumu Ölçek puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanları arasındaki bağlantıya Spearman korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Korelasyon analizi ile bağımlı ya da bağımsız değişkenlere bakılmaksızın aralarındaki ilişki ölçülmek istenir. -1 ile +1 arasında değerler alan korelasyon kat sayısı 'r' ile gösterilir. Bu değerler ilişkinin kuvvet ve yönünü gösterir. Eksi değer alan korelasyon katsayısı değişkenler arasındaki ilişkinin ters orantılı olduğunu gösterirken, artı değer alan korelasyon katsayısı değişkenler arasındaki ilişkinin doğru orantılı olduğunu göstermektedir. Kat sayının değeri 0' a yaklaştıkça ilişkinin kuvveti azalmakta, ± 1 'e yaklaştıkça ise ilişkinin kuvveti artmaktadır (Durmuş, Yurtkoru ve Çinko, 2013:144).

Tablo 4.15: Ölçek Puanlarının İlişkisine Yönelik Bulgular

Pearson Korelasyon	Yaşam Doyum Ölçeği	
	r	p
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	-0,563	0,01
Motivasyon Kaybı	-0,26	0,01
Umut	-0,724	0,01
Toplam Umutsuzluk	-0,665	0,01

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları ile Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Determinasyon katsayısına bakıldığında yaşam doyumu puanlarındaki değişkenliğin %31'i gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı ile açıklandığı görülmektedir ($r: -0,563, r^2:0,316, p<0,05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanları ile Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Determinasyon katsayısına bakıldığında yaşam doyumu puanlarındaki değişkenliğin %6'sı motivasyon kaybı puanı ile açıklandığı görülmektedir ($r: -0,26, r^2:0,06, p<0,05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından umut puanları ile Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında negatif yönlü yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Determinasyon katsayısına bakıldığında yaşam doyumu puanlarındaki değişkenliğin %52'sinin umut puanı ile açıklandığı görülmektedir ($r: -0,724, r^2:0,52, p<0,05$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları ile Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Determinasyon katsayısına bakıldığında yaşam doyumu puanlarındaki değişkenliğin %44'ü umutsuzluk ölçeği puanı ile açıklandığı görülmektedir ($r: -0,665, r^2:0,52, p<0,05$).

Beck umutsuzluk ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır hipotezi; bulunan sonuçların anlamlı bir farklılık taşıması dolayısıyla doğrulanmaktadır.

4.15. BUÖ Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Etkilemesine İlişkin Regresyon Analizi

Umutsuzluk toplam puanlarının yaşam doyumu puanlarını yordayıp yordamadığına başka bir ifade ile etkileyip etkilemediğine regresyon analizi ile bakılmıştır. Değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisini bulmak için regresyon analizi yapılır. Bağımsız değişken X ile ilgili bilgilerden yola çıkarak bağımlı değişken Y tahmin edilmek istenmektedir (Eymen, 2007: 93). Regresyona başlanmadan önce aykırı değer analizi yapılarak normal dağılım varsayımının sağlandığı saptanmıştır. Ayrıca yapılan analizde Durbin-Watson değerleri 1.57 olarak hesaplanmış olup bu değer hata terimleri arasında oto korelasyon olmadığı anlamını taşımaktadır.

Tablo 4.16: Umutsuzluk Puanlarının Yaşam Doyumu Puanlarını Etkilemesine İlişkin Basit Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken:		Yaşam Doyum Ölçeği				
Bağımsız değişken	B	S. Hata	β	t	p	Durbin-Watson
Sabit	3,52	0,12		30,29	0,01	1,57
Umutsuzluk Toplam Puanı	-2,80	0,26	-0,67	-	0,01	10,94

R: 0,665

F :

119,7

R²: 0,442

p : 0,01

Tablo 4.16 incelendiğinde toplam umutsuzluk puan ortalamalarının, yaşam doyum ortalama puanı üzerinde anlamlı bir şekilde açıklanabildiği negatif yönde etkisinin olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Diğer bir ifade ile umutsuzluk puanları arttığında yaşam doyum puanlarının azaldığı, yaşam doyum düzeyinin düştüğü anlaşılmaktadır. Toplam umutsuzluk puan ortalamalarının yaşam doyum ortalama puanına ilişkin varyansın %44'ünü açıkladığı görülmektedir ($R^2: 0,442$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde araştırmayla ilgili ulaşılan sonuçlara, tartışmalara ve bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen veriler neticesinde önerilerde bulunulmuştur.

5.1. Sonuç ve Tartışma

Bu araştırma herhangi bir travma sonucu veya omurilikte meydana gelen tümör ve benzeri hastalıklar nedeniyle omurilik yaralanması geçiren 18 yaş üzeri, akıl sağlığı yerinde olan, sorulan soruları anlayıp cevaplayabilen, uyuşturucu madde bağımlısı olmayan İstanbul İlinde ikamet eden 153 hasta ile çalışılarak gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerin sosyo- demografik değişkenler doğrultusunda umutsuzluk halleri ve yaşam doyumları üzerine bir inceleme yapılmıştır. Umut faktörü ve yaşamdan duyulan haz, hastalıklar ve engellilik durumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu durumun omurilik yaralanmalı hastalar üzerindeki etkisi Kişisel Bilgi Formu içindeki değişkenler doğrultusunda Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Bu çalışmada elde edilen veriler değerlendirilip, ilgili hipotezlerin ışığında test edildiğinde aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %66.7' si erkek, %33.3' ü ise kadın olarak dağılım göstermektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda da omurilik yaralanması geçiren erkek hastaların kadın hastalardan daha çok olduğu görülmektedir. Omurilik

yaralanmalı hasta grubunda erkek cinsiyeti kadın cinsiyetinden fazla sayıdadır. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Araştırma sonucuna göre sigara, alkol kullanımı olan hasta sayısı 57, kullanmadığını belirten hasta sayısı ise 96 olarak belirlenmiştir. Ulaşılan sonuçlara göre zararlı alışkanlıklar kategorisi hastaların Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

Psikolojik destek alıp almama durumuna bakıldığında; hastaların %42,5' lik kısmı tanı sonrası geçen dönemde psikolojik destek aldıklarını söylerken, %57,5'i herhangi bir psikolojik destek almadıklarını belirtmişlerdir. Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının hastaların psikolojik destek alma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözetip gözetmeme haline independent sample t testi ile bakılmış istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastaların, Yaşam Doyum Ölçeği puanları, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyut puanlarının tanı sonrası geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip tek yönlü varyans analizi (Anova) ile bakılmıştır. Tanı sonrası geçen sürenin hastaların umutsuzluk halleri ve yaşam doyumları üzerinde bir etkisinin olmadığı, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın oluşmadığı görülmüştür.

Çalışmamızın birinci hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Ulaşılan sonuçlar neticesinde hastaların çalışma durumuna bakıldığında çalışmayan kişilerin çalışanlara göre umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir. Çalışmayan kişilerin motivasyon kaybı puan ortalamaları çalışanlara göre daha yüksektir. Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından; gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları, umut puanları ve yaşam doyumu toplam puanları kişilerin çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çalışmamızda test edilen hipotez 1, toplam umutsuzluk puanı ve motivasyon kaybı puanı sonucu itibarıyla doğrulanmaktadır. Yaşam doyumu puanı,

umut puanı ve gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı sonucu neticesinde doğrulanmamaktadır.

Çalışmamızın ikinci hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Hastaların %37,9' unun 26- 40 yaş aralığında olduğu, 65 yaş ve üzeri gruptaki kişilerin ise %11,8' lik bir oran ile en az seviyedeki dağılımı temsil ettiği görülmüştür. Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı puanı ve toplam umutsuzluk puanı kişilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ancak yapılan araştırmada umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından 'umut puanı' kişilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Farkın hangi yaş gruplarında olduğunu anlamak için yapılan post hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre 18- 25 yaş arası kişilerin umut puanı, 65 yaş ve üzeri kişilere göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Diğer bir anlatımla 18- 25 yaş arası kişilerin umut düzeyleri 65 yaş ve üzeri kişilere oranla daha düşüktür. Aynı şekilde yapılan inceleme sonucu 18-25 yaş arası kişilerin yaşam doyum düzeylerinin 65 yaş ve üzeri kişilerin yaşam doyum düzeylerinden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda test edilen hipotez 2, yaşam doyum puanı ve Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından umut puanı sonuçları itibariyle doğrulanmaktadır. Toplam umutsuzluk puanı, motivasyon kaybı puanı ile gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı sonucu neticesinde doğrulanmamaktadır.

Çalışmamızın üçüncü hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Çalışmamızda medeni durum verilerine bakıldığında hastaların %41,2' sinin evli, %29,4' ünün bekar ve 29,4'lük bir kısmın ise boşanmış olduğu görülmektedir. Evli kişilerin umut puanı, bekar kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer bir ifadeyle evlilerin umut düzeyi bekarlara oranla daha yüksektir. Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, motivasyon kaybı puanı, toplam umutsuzluk puanı ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları kişilerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çalışmamızda test edilen hipotez 3, Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından umut puanı sonuçları itibariyle

doğrulanmaktadır. Toplam umutsuzluk puanı, motivasyon kaybı puanı, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı ile yaşam doyumu puanı sonuçları neticesinde doğrulanmamaktadır.

Çalışmamızın dördüncü hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Çalışma kapsamında eğitim düzeyine bakıldığında hastaların %24,2' si hiç okula gitmediklerini söylerken, %10,5' i üniversite mezunu olduklarını belirtmişlerdir. %28,8' i lise mezunu, %36,6' lık kısım ise ilkokul mezunu kişilerden oluşmaktadır. Okula hiç gitmemiş kişilerin lise ve üniversite mezunu kişilere göre motivasyon kaybı düzeyleri daha yüksektir. Diğer puanlarda ise anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Çalışmamızda test edilen hipotez 4, Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı sonuçları itibariyle doğrulanmaktadır. Toplam umutsuzluk puanı, umut puanı, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile yaşam doyumu puanı sonuçları neticesinde doğrulanmamaktadırlar.

Çalışmamızın beşinci hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Çalışmamızda 1000 TL ve altı geliri olan kişilerin, 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre gelecekle ilgili duygu ve beklenti düzeyleri daha düşüktür. 1000 TL ve altı geliri olan kişilerin, 1001-2000 TL arası ve 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre motivasyon kaybı düzeyleri daha yüksektir. Geliri olmayan kişilerin, 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre umut düzeyleri daha düşüktür. Geliri olmayan kişilerin umutsuzluk puanı, 2001 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. 1001 TL ve altı geliri olan kişilerin, 1001-2000 tl ile 2001 ve üzeri geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Geliri olmayan kişilerin ile 1001 TL ve altı geliri olan kişilerin yaşam doyumu puanı, 1001-2000 TL ile 2000 TL ve üzeri geliri olan kişilere göre istatistiksel olarak daha düşüktür. Diğer bir anlatımla yaşam doyumları daha düşük bir dağılım göstermektedir. Hastaların elde ettikleri aylık gelir; yaşam doyumu düzeyleri, umutsuzluk halleri, gelecekle ilgili duygu ve beklentileri, umut durumları ve motivasyon kaybı puanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

göstermektedir. Çalışmamızda test edilen hipotez 5, ulaşılan sonuçlar neticesinde doğrulanmaktadır.

Çalışmamızın altıncı hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Hastaların mesleki gruplara göre dağılımına bakıldığında işçi ve serbest meslek çalışanlarının motivasyon puanı, ev hanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer bir anlatımla işçi ve serbest meslek çalışanlarının, ev hanımlarına göre motivasyon kaybı düzeyleri daha düşüktür. İş gücü anlamında evde çalışan kadınların motivasyonu dışarda çalışan kişilere göre daha yüksek bir seviye izlemektedir. Çalışmamızda test edilen hipotez 6, Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı sonuçları itibariyle doğrulanmaktadır. Toplam umutsuzluk puanı, umut puanı, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile yaşam doyumu puanı sonuçları neticesinde doğrulanmamaktadır.

Çalışmamızın yedinci hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları tanıya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Elde edilen araştırma sonuçlarına göre hastaların %78,4' lük kısmı parapleji, %21,6' lık kısmı ise tetrapleji tanısı almıştır. Çalışmamız sonucunda ulaşılan sonuçlar literatürle benzerlik taşımaktadır. Aynı zamanda parapleji tanılı hastaların umutsuzluk düzeyleri tetraplejili hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Ancak yaşam doyumu puanları incelendiğinde paraplejili hastaların yaşam doyumu düzeylerinin tetraplejili hastalara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir ifadeyle parapleji hastaları geleceğe daha umutlu bakmakta ancak yaşamdan aldıkları doyum daha düşük bir seviye izlemektedir. Çalışmamızda test edilen hipotez 7, elde edilen sonuçlar neticesinde doğrulanmaktadır.

Çalışmamızın sekizinci hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları sağlık güvencesi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterir' şeklindedir. Çalışma kapsamında hastaların sağlık güvencelerinin bulunma durumuna göre incelemeleri yapıldığında elde edilen sonuçlara göre; umutsuzluk toplam puanları, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanları, umut puanları ve yaşam doyumu toplam puanlarında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak Umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanları kişilerin sağlık güvencesinin karşılanıp karşılanmama haline göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Sağlık güvencesi olmayan kişilerin motivasyon kaybı puan ortalamaları olanlara göre daha yüksektir. Çalışmamızda test edilen hipotez 8, Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutlarından motivasyon kaybı puanı sonucu itibariyle doğrulanmaktadır. Toplam umutsuzluk puanı, umut puanı, gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile yaşam doyumu puanı sonuçları neticesinde doğrulanmamaktadır.

Çalışmamızın dokuzuncu hipotezi; 'Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları, alt boyut puanları ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır' şeklindedir. Yaşam doyumu ve umutsuzluk hali arasındaki ilişki incelendiğinde ise; umutsuzluk puanları arttığında yaşam doyumu puanlarının azaldığı, yaşam doyumu düzeyinin düştüğü anlaşılmaktadır. Toplam umutsuzluk puan ortalamalarının yaşam doyum ortalama puanına ilişkin varyansın % 44'ünü açıkladığı görülmektedir. Hipotez 9, ulaşılan sonuçlar itibariyle doğrulanmaktadır.

Çalışmanın hipotezleri test edildiğinde, omurilik yaralanmalı hastaların umutsuzluk düzeyleri arttıkça yaşam doyumlarının düştüğü görülmüştür. Hastaların çalışma durumu, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir, meslek, tanı, sağlık güvencesi gibi değişkenlerle yaşam doyumları, umutsuzluk düzeyi ile alt boyut puanlarından en az birinin etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmayan, sağlık güvencesi olmayan, daha düşük bir eğitim seviyesi olan kişilerin motivasyon düzeyleri düşük bulunmuştur. Ev hanımlarının ise motivasyon düzeyi diğer serbest çalışan ve işçilere oranla daha yüksek bir seviye izlemektedir. Gelir durumu azaldıkça kişiler de motivasyon kaybı ile geleceğe dönük umut beklentisinin azaldığı, umutsuzluk halinin arttığı ve yaşam doyumlarının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Evli kişilerin daha umutlu olduğu görülmüştür. Tetrapleji tanılı hastaların parapleji tanılı hastalara göre motivasyonları düşüktür. Aynı şekilde geleceğe dönük umut ve beklentileri de düşük seyretmektedir. Yaşa bakıldığında, 18- 25 yaş arası gençlerin 65 yaş üzeri kişilere oranla daha umutsuz oldukları ve yaşam doyumlarının daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Cinsiyet, zararlı alışkanlıklar, tanı sonrası geçen süre ve psikolojik destek değişkenlerinin ise hastalar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Yaralanma sebebi olarak sırasıyla %32,7 trafik kazaları, %27,5 düşme,

%11,8 enfeksiyon, %7,2 tümör gelmektedir. %9,2 'lik kısım ise diğer sebepleri içermektedir.

Sonuçları değerlendirdiğimizde umutsuzluk ve yaşam doyumu kavramları omurilik yaralanmalı hastalar için önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilimsel veriler ışığında bireye dönük umut artırıcı çalışmaların, yaşamdan alınan doyumu olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Sosyal hizmet uygulamalı bir bilim dalı olarak özellikle bireyin sosyal işlevselliğine büyük önem vermektedir. Bu açıdan bakıldığında sosyal hizmet, omurilik yaralanmalı hastaların yaşam doyumlarının artırılması ve umutsuzluk hallerinin ortadan kaldırılması için yeni modeller geliştirmek durumundadır. Engelli birey ve ailelerine yönelik olarak yaşam doyumunun yükseltilmesi ve umutsuzluğun mümkün olduğunca ortadan kaldırılmasını içine alan çalışmaların daha çok yapılması gerektiği değerlendirilmektedir.

5.2. Öneriler

- Engelli bireylerin iş olanakları artırılmalı, gelir getirici faaliyetler düzenlenmelidir. Çalışma koşulları iyileştirilmeli, istihdam politikalarında daha çok yer almaları sağlanmalıdır.
- Engelli bireylerin eğitimi daha çok desteklenmelidir. Engellilerin eğitimini artırıcı politikalar düzenlenmelidir.
- Araştırma sonucunda 18- 25 yaş arası gençlerin 65 yaş ve üzeri kişilere göre daha düşük bir yaşam doyumuna sahip oldukları görülmüştür. Konuyla ilgili sebeplerine yönelik daha kapsamlı bir çalışma yapılmalıdır. Sonuca istinaden gençlere yönelik etkinlikler planlanıp, uygulanmalıdır.
- Bekar kişilerin umut düzeyi evlilere oranla daha düşük bulunmuştur. Buna yönelik daha çok çalışma yapıp nedenleri araştırılarak ortaya konulmalıdır.

- Tıbbi sosyal hizmet kapsamında serviste yatan hastalara buldukları durumu kabullenmelerine ilişkin, bireyi güçlendirmeye yönelik, belli periyotlarla danışmanlık hizmeti verilmeli, motivasyon artırıcı etkinlikler düzenlenmelidir. Tedaviye olan olumlu etkisi düşünülerek hastaların umut düzeyleri yüksek tutulmalıdır.
- Konuyla ilgili özellikle sosyal hizmet bilim alanında daha çok çalışma yapılmalıdır.



KAYNAKÇA

- Acar, A. E. (2011). *Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Ağır, M. (2017). Yaşam Kalitesi, Değerler ve Umut-Umitsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (11): 84-103.
- Akar, A. Z. (2015). *Omurilik yaralanmalı hastalarda nöropatik ağrı ile klinik parametreler, fonksiyonel durum, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki* (tıpta uzmanlık tezi). Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Akgün, P. B. (2015). *Ortopedik engelli bireylerin umutsuzluk düzeyi ile intihar olasılığı arasındaki ilişki*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Akgündüz, Y . (2013). Konaklama İşletmelerinde İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve Öz Yeterlilik Arasındaki İlişkinin Analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1): 180-204.
- Akmanış, B. (2010). *Otistik çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal desteğe göre umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi*. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akpınar, R. B & Şahin, G. (2016). Ortopedik Engelli Bireylerin Öfke İfade Biçimleri, Benlik Saygıları ve Yaşam Doyumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3).
- Akyol, B. , Başaran, R. ve Yeşilbaş, Y . (2018). Halk Eğitim Merkezlerine Devam Eden Kursiyerlerin Yaşam Doyum Düzeyleri Ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (48): 301-324.
- Algun, C. Z. (2015). Spinal Cord Yaralanmalarında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Algun C. Z. (Der.), *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1-22.
- Alptekin, K. (2016). *Dünden Bugüne ve Yarına Türkiye’de Sosyal Hizmet Eğitimi*, Ankara: Atlas Sağlık Yayınları.
- Altınok, Ü. (2010). *Omurilik felçlilerde psikiyatrik semptomlar ve bakım veren yükü* (tıpta uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23 (3): 159-164.
- Andresen, S. R., vd. (2016). Pain, Spasticity And Quality Of Life İn Individuals With Traumatic Spinal Cord İnjury İn Denmark. *Spinal Cord*, 54(11): 973-979.
- Arslantaş, H., vd. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2): 87-97.
- Aydın, E. (2016). Omurilik Yaralanması Olan Kişilere Psikiyatrik Yaklaşım. Erhan, B. ve Hancı, M., (Der.), *Omurilik Felci(OF) İle Yaşlanmak*, Ankara: İntertıp Yayınevi, 442-449.
- Aytaç, S., Dursun, S. (2017). *Çalışma Yaşamında Özel Gruplar*, Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Ayyıldız, İ. N. & Ergüney, S. (2017). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* , 33(3): 21-31 .
- Azeez, A. & Hammed, A . (2019). Socio-Demographic Correlates Of Quality Of Life İn Spinal Cord İnjured Patients. *Turkish Journal of Kinesiology* , 5(2): 92-101 .
- Bacı, Ç. M. (2018). *Spinal kord (omurilik) yaralanmalı hastaların algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme durumlarının incelenmesi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bahar, A . (2008). Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1-2): 38-43.
- Balıkçı, S. (2018). *Omurilik yaralanmalı hastalarda ağrı ile klinik parametreler, depresyon, anksiyete ve uyku kalitesi arasındaki ilişki (tıpta uzmanlık tezi)*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Barut, B. (2018). *Cinsel istismar mağduru kız çocukların umutsuzluk düzeyi ile saldırgan tutumları arasındaki ilişki (Güneydoğu Anadolu Bölgesi Örneği)*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sivas.
- Başaran, D., vd. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1): 9-16.

- Bayır, Ö. Ö., Duyan, V. (2016). *Sosyal hizmete Giriş (Öğrenciler ve Uygulayıcılar İçin Bir Rehber)*. Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları.
- Bayramova, N. V. & Karadakovan, A. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2).
- Berberoğlu, E. (2016). Omurilik Felçli Bireylerin Toplumsal Entegrasyonunda Sivil Toplum Kuruluşlarının Önemi. Erhan, B. ve Hancı, M., (Der.), *Omurilik Felci(OF) İle Yaşlanmak*, Ankara: İntertıp Yayınevi, 442-449.
- Berker, M., (2003). Spinal Kord Yaralanmaları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(4): 220-226.
- Bolsoy, N. & Sevil, Ü. (2010). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 9(3): 78-87 .
- Bozkaya, M. (2013). *Sosyal Hizmet Uygulamaları*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Burcu, E., (2015). *Engellilik Sosyolojisi*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Burke, B., Dalrymple J. (2009). Eleştirel Müdahale ve Güçlendirme. Adams, R., Dominelli, L., Payne, M. (Der.). *Sosyal Hizmet Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar*. (T. Tarık, Çev.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Çelik, D. H. (2006). *Omurilik felçlilerinde engellilik durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul.
- Çoban, R. (2017). Sosyal Adalet, Eşitlik ve Sosyal Hizmet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 252-260.
- Dağlı, A. & Baysal, N. (2016). Yaşam Doyum Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (59): 1250-1262.
- Dalgıç, Y. (2017). *Travmatik ve non-travmatik omurilik hasarlı bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Danış, A. (2006). Davranış Bilimlerinde Ekolojik Sistem Yaklaşımı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 9(9): 45-54.

- Dere, Ç., (2009). *Omurilik yaralanmalı hastaların uzun dönem takiplerinde ürokinamik bulgular ve ürolojik komplikasyonlar* (tıpta uzmanlık tezi). S.B. İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Dilbaz N. & Seber G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1: 134- 138.
- Durak, A. & Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması, *Kriz Dergisi*, 2(2): 311-319.
- Durmuş, B., Yurtkoru, S., E., Çinko, E. (2013). *Sosyal Bilimlerde SPSS İle Veri Analizi*, İstanbul: Beta Yayınları.
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4): 39-44.
- (2016). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*, Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları.
- Engelliler Kanunu, *T.C. Resmi Gazete*, 25868, 7 Ocak 2005.
- Erdoğan, B. (2013). *Evde bakım hizmeti alan özürli bireye sahip ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının incelenerek, umutsuzluk ve yaşam doyum düzeylerinin belirlenmesi*. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Eren, T. A. (2008). Onkoloji hemşirelerinin iş doyum ve yaşam doyumunun incelenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eymen, U. E., (2007). SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri, İstatistik Merkezi. (<http://www.istatistikmerkezi.com>) [12 Aralık 2019].
- Franceschini, M., vd. (2003). Longitudinal outcome 6 years after spinal cord injury, *Spinal cord*, 41(5): 280.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Geyh, S., Ballert, C., Sinnott, A. *et al.* (2013). Quality Of Life After Spinal Cord Injury: A Comparison Across Six Countries. *Spinal Cord* 51: 322–326.
- Güçlü, B., Naderi, S. (2007). Dünyada ve Türkiye’de Spinal Travmaların Tarihçesi, Hancı, M., Çağlı, S. (Der.). *Omurga ve Omurilik Yaralanmaları*, Ankara: Türk Nöroşirürji Derneği Spinal ve Periferik Cerrahisi Grubu Yayınları.
- Güdek, K., (2012). *Sosyal Çalışmaya Giriş Terapiden Önce Sosyal Çalışmacılar İçin Mesleğe Giriş Bilgileri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

- K., (2013). *Birey, Aile ve Sosyal Çalışma Kavramlar, Kuramlar, Teknikler, Terapiler*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gurcay, E., vd. (2010). Quality Of Life İn Patients With Spinal Cord İnjury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 3(4): 356-358.
- Gürgöze, M., (2006). *Omurilik Yaralanmalarında Rehabilitasyon Hemşireliği*, İstanbul: Zümbüloğlu Matbaası.
- Horner, N. (2009). Müdahaleyi Anlamak. Tuncay, T. (Der.). *Sosyal Hizmet Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar*, Ankara: Nika Yayınevi, 291-305.
- Kanbur, E. & Özdemir, B. (2017). Yaşam Memnuniyeti ve Öncülleri: Karadeniz Bölgesi İncelemesi. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1): 147-157.
- Karadayı, F., (2010). *Otistik çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal desteğe göre umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi*. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Karakaya, G. M. (2016). Spinal Kord Yaralanması ve Rehabilitasyonu. Karaduman, A. A. ve Yılmaz, T. (Der.). *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Cilt 3*. Ankara: Hipokrat Kitabevi & Pelikan Kitabevi.
- Kaya, H., (2002). *Omurilik Yaralanması İle Yaşamak*. İstanbul: GA-MED Tıbbi Gereçler. Sağlık.www.ofd.org.tr/sağlık.html [9 aralık 2019].
- H. (2004). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Spinal Kord Yaralanmalı Hastaların Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(1): 32-37.
- Kayış, A. (2009). *Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri*. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kınalı, G. (2015). Fizik Tedavi 1. Sınıf Psikososyal Rehabilitasyon Ders Notu. İstanbul: İşler Copy.
- Kuantum Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, (2017). Omurilik Yaralanmaları Nedir? <https://www.kuantumtedavi.com/noroloji-hastaliklari/omurilik-yaralanmalari/> [7 Haziran 2019].
- Lee, Je Seon and Barry D. Rock Lee, J S. (2002). Social Work Services In Home Health Care: Challenges For The New Prospektive Payment System Era. *Social Work in Health Care*

- Lohne, V. & Severinsson, E. (2004). Hope And Despair: The Awakening Of Hope Following Acute Spinal Cord Injury An Interpretative Study, *International Journal Of Nursing Studies*, 4(8): 881-890.
- Meşe, Y. (2015). Engelliliği Açıklayan Sosyal Model Nedir? *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 0(33).
- Moghimian, M., Kashani, F., Cheraghi, M. A., & Mohammadnejad, E. (2015). Quality Of Life And Related Factors Among People With Spinal Cord Injuries In Tehran, Iran. *Archives of trauma research*, 4(3).
- Neuman, L. W. (2016). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Cilt I* (Sedef Özge, Çev.). Ankara: Yayın Odası.
- Özben, Ş. (2008). Yaşlılarda Umutsuzluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (23).
- Özkul, R & Cömert, M . (2018). Ortaokul Öğretmenlerinde Yaşam Doyum Düzeyi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(3): 707-724.
- Özmen, D., vd. (2008). Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk Ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1): 8-15.
- Öztürk, M. (2013). *Hayata Renk Katanlar "Engelli Grupları"*. Ağrı: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Yayınları No: 014.
- Post, M. & Noreau, L. (2005). Quality Of Life After Spinal Cord Injury. *Journal Of Neurologic Physical Therapy*, 29 (3): 139-146.
- Post, M. W. M. & Van Leeuwen, C. M. C. (2012). Psychosocial Issues In Spinal Cord Injury: A Review. *Spinal Cord*, 50(5): 382.
- Salar, S. (2011). *Omurilik yaralanması olan kişilerde çevresel faktörlerin toplumsal katılım ve yaşam memnuniyetine etkisi*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Savaşan, A., Ayten, M. ve Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 4 (1).
- Seyyar, A. (2015). *Tasavvufi Sosyal Hizmet*, İstanbul: Rağbet Yayınları.
- Sheafor, W. B., Horejsi, J. C. (2015). *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*. (D. B. Çiftçi, Çev.). Ankara: Nika Yayınları.

- Singh, R., Dhankar, S. S. ve Rohilla, R. (2008). Quality Of Life Of People With Spinal Cord İnjury İn Northern India. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(3): 247-251.
- Tambağ, H. (2013). Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu, *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 4(16): 23-31.
- Taylor, E. S, Peplau, A. L., Sears, O. D. (2012). *Sosyal Psikoloji* (A. Dönmez, Çev.). Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Teater, B., (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri* (A. Karatay, Çev.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Tel, F. & Sarı, T. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Öz Duyarlılık ve Yaşam Doyumu, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* , 16(1).
- Tümkiye, S. (2001). Hastalık Yönetimi ve Sosyal Çalışmacılar, *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 12(3): 59-63 .
- TDK. <http://www.tdk.gov.tr/> [12 Şubat 2019].
- Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak* (B. Yıldırım vd., Çev.). Ankara: Dipnot Yayınları.
- Tonack, M., Hitzig, S. ve Craven, B. (2008). Predicting Life Satisfaction After Spinal Cord İnjury İn A Canadian Sample, *Spinal Cord* 46: 380–385.
- TUIK, (2010). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6370> [15 Şubat 2019].
- (2017). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27590> [07 Mart 2019].
- Tümlü, Ü. G. & Reçepoğlu, E., (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3 (3): 205-213.
- Türkiye Omurilik Federasyonu Derneği, (2019). <https://www.tofd.org.tr/omurilik-felci-nedir> [10 Ocak 2019].
- Vara, Ş. (1999). Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyum ve genel yaşam doyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yaman, M. Ö., Karakulak, K., Dağlar, F. (2015). *Kavramlar ve Kuramlar Bağlamında Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*, İstanbul: Açılım Kitap Pınar Yayınları.

- Yenihan, B , Çakır, N. ve Alabaşoğlu, B. (2018). Cinsiyet Farklılığının Tükenmişlik ve Yaşam Doyumuna Etkisi: Kırklareli Üniuersitesinde Görev Yapan Araştırma Görevlileri Üzerine Bir Araştırma, *Kırklareli Üniuersitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1): 47-58.
- Yıldırım, B. (2017). Bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması: Hemodiyaliz Hastaları Üzerine Etkileşim Grubu Planlama, *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2): 64-73.
- Yıldırım, K. (2007). *Sosyal Hizmet*, İstanbul: Sakarya Yayıncılık.
- Yıldırım, N., Yıldırım, K., (2008). *Sosyal Hizmete Giriş*, İstanbul: Sakarya Yayıncılık.
- Yıldız, ř. & Tekin, U. (2018). Beyaz Yakalı İşçilerde İş Stresinin İş ve Yaşam Doyumuna Etkisi, *Aydın Sağlık Dergisi*, 4(1): 61-88.
- Yılmaz, T., Turan, Y. ve Keleş, A. (2015). Omurilik Yaralanmalarının Patofizyolojisi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 5(1): 131-136.
- Yılmaz, E. (2006). Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi. Marmara Üniuersitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yılmaz, F. (2006). *Omurilik felçlilerinde engellilik durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (tıpta uzmanlık tezi). şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul.
- Wehman, P., vd. (2000). Employment Satisfaction Of Individuals With Spinal Cord Injury. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 79(2): 161-169.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal Hizmete Giriş*. (D. B. Çiftçi, Çev.). Ankara: Nika Yayınları.
- Zastrow, C. , Kirst-Ashman, K. K. (2015). *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre II*. (S. E. Türközü ve B. Alparslan, Çev.). Ankara: Nika Yayınları.
- Zengin, O. (2015). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2011 (3): 29-34.

EKLER

EK-1. Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Sabahattin Zaim Üniversitesi Tezli Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi Tuğba Mert tarafından “Omurilik Yaralanmalı Hastaların Yaşam Doyumu Ve Umutsuzluk Hallerinin Sosyal Hizmet Açısından İncelenmesi” başlıklı bir tez çalışması kapsamında yürütülmektedir.

Araştırma kapsamında sizlerden isim soy-isim almaksızın kişisel bilgilerinizin yer alacağı “Kişisel Bilgi Formu”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ve “Yaşam Doyum Ölçeği” sorularını cevaplamanız istenmektedir. Sorulara vereceğiniz cevapların içten ve güvenilir olması çalışmanın amacına ulaşabilmesi için önemlidir. Vereceğiniz cevaplar tamamıyla gizli tutulacaktır. Araştırmayı yürüten kişi tarafından değerlendirilecek olup ve araştırma dışında kullanılmayacaktır. Vermiş olduğunuz destekten dolayı çok teşekkür ederiz.

Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmaktayım. Katılmama hakkım olduğunu bilmekle beraber araştırmaya başladıktan sonra soruları cevaplamama ‘cayma’ hakkım olduğunu da biliyorum. Bu şartlarda istenilen bilgileri hiçbir zorlama olmaksızın gönüllü olarak vermeyi kabul ediyorum.

Katılımcı/Katılımcı Yakınının İmzası:

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

- a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız

- a) 18-25 b) 26-40 c) 41-64 d) 65 ve üzeri

3. Medeni durumunuz

- a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul e) Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumunuz

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar 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. Çalışma Durumunuz

- a) Çalışmıyorum b) Tam zamanlı çalışıyorum c) Yarı zamanlı çalışıyorum

7. Gelir düzeyiniz

- a) Geliri yok b) 1000 tl ve altı c) 1001- 2000 d) 2001 ve üzeri

8. Alışkanlıklarınız

- a) Sigara kullanımı b) Alkol kullanımı c) Yok

9. Sağlık güvenceniz sağlık giderlerinizi karşılıyor mu?

- a) Karşılıyor b) Karşılmıyor c) Kısmen

10. Tanı

- a) Parapleji b) Tetrapleji

11. Yaralanma sebebi

- a) Trafik kazası b) Düşme c) Yaralanma (silah, bıçak) d) Enfeksiyon e) Tümör f) Diğer

12. Tanı sonrası geçen süre

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

13. Tanı sonrası psikiyatrik/psikolojik destek aldınız mı?

- a) Aldım b) Almadım

EK-3. Beck Umutsuzluk Ölçeği

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum evet ()

hayır ()

2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur evet ()

hayır ()

3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor evet ()

hayır ()

4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum evet ()

hayır ()

5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var evet ()

hayır ()

6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum evet ()

hayır ()

7. Geleceğimi karanlık görüyorum evet ()

hayır ()

8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum evet ()

hayır ()

9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için evet ()

hayır ()

de hiçbir neden yok

10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı umuyorum evet ()

hayır ()

11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor evet ()
hayır ()

12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum evet ()
hayır ()

13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. evet ()
hayır ()

14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor evet ()
hayır ()

15. Geleceğe büyük inancım var evet ()
hayır ()

16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek akılsızlık olur evet ()
hayır ()

17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi evet ()
hayır ()

18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor evet ()
hayır ()



19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum evet ()
hayır ()

20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim evet ()
hayır ()

EK-4. Yaşam Doyumu Ölçeği

	Maddeler	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır					
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir					
3	Yaşamımdan memnunum					
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum					
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmedim					


EK-5


Zeynep AKBAŞ  
Tofd Engelli Üye Sayısı Hk.
Kime: Tuğba Mert

Merhaba Tuğba Hanım,


Derneğimizin engelli (kadın-erkek) 248 üyesi bulunmaktadır.

Bilgilerinize,
Görüşmek dileğiyle.

 **Zeynep AKBAŞ**
Kurumsal İletişim Sorumlusu
Tel: +90 212 661 1 661 Fax: +90 212 661 88 32
Adres: Ataköy 7-8, Kısım M. Sinan Villaları Karşısı 34750 Bakırköy / İstanbul
Web: www.tofd.org.tr www.buradaengellendim.com www.tofdukkani.com




**Derinliğini bilmediğiniz sulara
balıklama atlamayınız!
Boynunuz kırılabilir;
felç olabilirsiniz!**



EK-6. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/02/2019-E.917

 **Istanbul Zaim Üniversitesi**
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : 20292139-050.01.04
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Tuğba MERT
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi

Kurulumuz 19.02.2019 tarihinde toplanarak, "Omurilik Yaralanmalı Hastaların Umutsuzluk Halleri ve Yaşam Doyumları Üzerine İnceleme" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzadır
Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı


Ek:Etik Kurul Onay Formu (3 sayfa)

26/02/2019 Yönetici Asistanı : Zeyneb Funda TEZ


Mevcut Elektronik İmzalar
Kuzak Değerlendirmek İçin : <https://www.izu.edu.tr/uzun/uzun.aspx?KAYITNO=NASUHUSLU> (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 26/02/2019 09:54

Adres :Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr
Kep : izu@h01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeyneb Funda TEZ
Unvan : Yönetici Asistanı
Tel : 2126929606



19.02.2019 tarihli ve 2019/02 sayılı Etik Kurul Kararı ektir.

 İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU															
ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAY FORMU															
Tarih:	19.02.2019														
Sayı:	2019/02														
Ekler:	EK 1: Başvuru Dilekçesi EK 2: Etik Davranış Beyan Formu EK 3: Onam Formu EK 4: Kişisel Bilgi Formu EK 5: Anketler (3 sayfa) EK 6: Etik Kurul Başvuru Formu														
Yer:	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü														
İlgi:	Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'nün 07.02.2019 tarihli ve 684 sayılı yazısı														
Katılımcılar:	<table><tr><td>1. Prof. Dr. Nasuh USLU</td><td>Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı</td></tr><tr><td>2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>3. Prof. Dr. Mehmet KUTLU</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>4. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>5. Prof. Dr. Ömer ÇAHA</td><td>Üye/Müdür V.</td></tr><tr><td>6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU</td><td>Üye/Öğretim Üyesi</td></tr><tr><td>7. Bilal ŞAMAT</td><td>Üye/Hukuk Müşaviri</td></tr></table>	1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı	2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.	3. Prof. Dr. Mehmet KUTLU	Üye/Dekan V.	4. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.	5. Prof. Dr. Ömer ÇAHA	Üye/Müdür V.	6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi	7. Bilal ŞAMAT	Üye/Hukuk Müşaviri
1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı														
2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.														
3. Prof. Dr. Mehmet KUTLU	Üye/Dekan V.														
4. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.														
5. Prof. Dr. Ömer ÇAHA	Üye/Müdür V.														
6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi														
7. Bilal ŞAMAT	Üye/Hukuk Müşaviri														
Planlanan araştırma önerisi özeti aşağıdaki gibidir.															
Araştırmanın Niteliği:	Yüksek lisans tezi														
Araştırmanın Başlığı:	Omurilik Yaralanmalı Hastaların Umutsuzluk Halleri ve Yaşam Doyumları Üzerine İnceleme														
Araştırmacılar ve adres bilgisi:	Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Bölümü 505717008 numaralı öğrencisi Tuğba MERT Kocasinan merkez mahallesi, Ahmet Kopuz sokak, No 14 / Daire 7 Bahçelievler/İSTANBUL tugba.mrtt@gmail.com														
Araştırmanın Süresi (ay):	Yapılacak olan araştırma için düşünülen tahmini süre 12 ay olarak planlanmıştır.														
Araştırmanın Amacı:	Yapılacak olan bu araştırma kapsamında, omurilik yaralanması geçiren hastalarda oluşan umutsuzluk ve yaşamdan duydukları memnuniyet hali, kişilere ait sosyo-demografik özelliklerle birlikte değerlendirilip çıkan sonuç incelenecektir. Engel durumu bazı hastalarda uygun tedaviyle iyileşme gösterebilmektedir. Geleceğe dair duyulan umut ve yaşamdan alınan doyum, kişiler için tedaviyi destekleyici önemli moral unsuru sayılabileceğinden önem arz etmektedir. Bu amaçla omurilik felci hastalarının sorunlarına dikkat çekmek istenmektedir. Hastalık ve engellilik durumu sosyal hizmetin alanına giren önemli sorunlardır. Bu sebeple fiziksel engel grubu içinde yer alan omurilik														

(Handwritten signatures)

1 / 3

(Handwritten initials)

19.02.2019 tarihli ve 2019/02 sayılı Etik Kurul Kararı ekidir.

	yaralanmalı hastalar da sosyal hizmetin ilgi alanına girmektedir. Konunun sosyal hizmet perspektifinde incelenmesi ve çeşitli kuramlarla desteklenmesi amaçlanmaktadır.
Araştırma Etiği:	Yapılacak olan çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Verilecek cevaplar tamamıyla gizli tutulacaktır. Katılımcının kimliğini açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Verilen cevaplar araştırmayı yürüten kişi tarafından değerlendirilecek olup, araştırma dışında kullanılmayacaktır. Araştırma esnasında katılımcının rahatsızlık hissetmesi durumunda katılımı sonlandırma hakkı bulunmaktadır. Bu bilgiler, uygulama öncesi katılımcıya verilmesi gereken bilgiler kapsamında onam formunda yer almaktadır.
Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları):	Tez çalışması kapsamında araştırmanın amacına hizmet edecek şekilde nicel bir yöntem takip edilecektir. Bu bağlamda geniş çaplı bir literatür taraması yapılacak olup, saha çalışması toplam 150 kişiden oluşan hastalara üç adet form uygulanacaktır. Bunlar: - Kişisel bilgi formu (EK-4) - Beck umutsuzluk ölçeği (EK-5) - Yaşam doyumu ölçeği (EK-6)
Araştırmaya Katılacak Örneklem Sayısı, Örneklem Nereden ve Nasıl Seçileceği:	Araştırma İstanbul ilinde yapılacaktır. Çalışma sahası olarak omurilik yaralanmalı hastaların yatarak ve ayaktan tedavi gördükleri İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, özel rehabilitasyon merkezleri bünyesinde hizmet gören omurilik yaralanmalı hastalar ile omurilik yaralanması geçiren hastalara yönelik kurulan Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği (TOFD) ve ona bağlı birimler ile çalışılması planlanmıştır. Toplamda 150 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir. Hedeflenen hasta grubu: <ul style="list-style-type: none">• 18 – 65 yaş üzeri olmak• Omurilik yaralanma süresi üzerinden en az üç ay geçmiş olması• Testleri anlayabilecek sözel beceriye sahip olması• Madde kullanmıyor olması
Uygulamanın veya Ölçeklerin Doldurma Süresi	Yapılacak olan uygulama için düşünülen tahmini süre 4 ay olarak belirlenmiştir.
KARAR	ARAŞTIRMA İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.





2 / 3




19.02.2019 tarihli ve 2019/02 sayılı Etik Kurul Kararı ektir.

Tarih: 19/02/2019

Sayı: 2019/02

İlgil: Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünün 07.02.2019 tarihli ve 684 sayılı yazısı

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.


Başkan
Prof. Dr. Nasuh USLU


Üye
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKPAŞ


Üye
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ

(İzinli)

Üye
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞUTÇU


Üye
Prof. Dr. Mehmet KUTLU

(İzinli)

Üye
Prof. Dr. Ömer ÇAHA


Üye
Av. Bilal ŞAMAT

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Tuğba Mert

Doğum yeri / tarihi : İstanbul, Kadıköy / 1993

Mezuniyetler : 2011- 2013 Hacettepe Üni. Ortopedik Protez- Ortez Bölümü

2013- 2017 Atatürk Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü

Mail adresi : tugba.mrtt@gmail.com