



T.C.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANA BİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ BÖLGESİNDEKİ AMATÖR
FUTBOLCULARIN SPOR YARALANMALARINDA İLK
YARDIM, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
UYGULAMALARINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

MUHAMMET MUSTAFA GÜLAÇTI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
HAZİRAN 2010**



T.C.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ BÖLGESİNDEKİ AMATÖR
FUTBOLCULARIN SPOR YARALANMALARINDA İLK
YARDIM, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
UYGULAMALARINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç.Dr. Selçuk GENÇAY

Muhammet Mustafa GÜLAÇTI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ

HAZİRAN 2010

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ BÖLGESİNDEKİ
AMATÖR FUTBOLCULARIN SPOR
YARALANMALARINDA İLK YARDIM, FİZİK
TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
UYGULAMALARINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
İNCELENMESİ**

Muhammet Mustafa GÜLÇATI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kod No :

**Bu Tez / Proje 10/06/2010 Tarihinde Aşağıdaki Jüri Üyeleri
Tarafından Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Kabul
Edilmiştir.**

**Yrd. Doç. Dr. Selçuk
GENÇAY
BAŞKAN**

**Yrd. Doç. Dr. Ö. Alpaslan
GENÇAY
ÜYE**

**Yrd. Doç. Dr. Mehmet
TEKEREK
ÜYE**

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
Doç. Dr. Metin KILINÇ
Enstitü Müdürü

Bu çalışma
Proje No:

tarafından desteklenmiştir.

Not: Bu tez ve projede kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ BÖLGESİNDEKİ AMATÖR FUTBOLCULARIN
SPOR YARALANMALARINDA İLK YARDIM , FİZİK TEDAVİ VE
REHABİLİTASYON UYGULAMALARINDAKİ GÖRÜŞÜNÜN
İNCELENMESİ

MUHAMMET MUSTAFA GÜLAÇTI

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Selçuk GENÇAY

Yıl: 2010, **Sayfa:** 75

Jüri: Yrd. Doç. Dr. Selçuk GENÇAY (Başkan)
Yrd. Doç. Dr. Ökkeş Alparslan GENÇAY (Üye)
Yrd. Doç. Dr. Mehmet TEKEREK (Üye)

Bu araştırmanın amacı, Kahramanmaraş bölgesindeki, amatör futbolcuların ilk yardım, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyinin belirlenmesidir. Araştırmanın amacını gerçekleştirmek üzere literatür taraması yapılarak araştırmanın problemine ilişkin bilgilere yer vermeye çalışılmıştır. Araştırma kapsamında il merkezinde bulunan 325 amatör erkek futbolcuya anket uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan amatör futbolcularla ilgili kişisel bilgi değişkenleri (yaş, başka spor vb.) frekans ve yüzde dağılımı bulunarak tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

Bu araştırmanın evrenini Kahramanmaraş ilindeki amatör futbolcular oluşturmaktadır. Çalışma sonucunda; sakatlanan futbolcuların büyük çoğunluğunun (%81) sakatlanma sonrası etkin bir rehabilitasyon programına katılmadığı, yine büyük çoğunluğu (%64,3) maç sırasında sakatlandığı, sakatlanmaların genellikle burkulma (%30,4) ve ezilme- morluk (%23,8) şeklinde gerçekleştiği anlaşılmıştır. Sakatlanan bölgelerin büyük çoğunluğu ayak bileği (% 29,2), diz (%20,2) ve (%14,9) ayak bileği gibi alt ekstremitte bölgelerinde olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Spor Sakatlığı, Futbol, İlk Yardım, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

ABSTRACT

THESIS

THE INVESTIGATION OF THE VIEWS OF AMATEUR SOCCERS IN
THE REGION KAHRAMANMARAŞ ON THE FIRST AID, PHYSICAL
THERAPY AND REHABILITATION APPLICATIONS IN SPORT
INJURIES

MUHAMMET MUSTAFA GÜLAÇTI

Supervisor: Asist. Prof.Dr. Selçuk Gençay

Year: 2010

Page: 75

Jury: Yrd. Doç. Dr. Selçuk GENÇAY (Chairperson)
Yrd. Doç. Dr. Ökkeş Alparslan GENÇAY (Member)
Yrd. Doç. Dr. Mehmet TEKEREK (Member)

The purpose of this study is in the Kahramanmaraş region, to determine amateur soccers' level of knowledge on the applications of first aid, physical therapy and rehabilitation. Information about the question of the study has been tried to be given by doing literature scan in order to carry out the purpose of the study. The study has been applied to 325 amateur male soccers in the city centre. SPSS 11 packet program has been used in the evaluation of the data. Descriptive statistics has been done by finding the percentage distribution and frequency of personal knowledge parameters (age, another sport etc.) related to amateur soccers who took part in the study.

The field under this survey is the amateur soccers in Kahramanmaraş region. In the result of the study, it has been understood that most of the injured soccers(% 81) do not join an efficient rehabilitation program after the injury, and most of them(%64.3) are injured during the match, injuries generally occur as sprain(%30.4) and bruise(%23.8). It is seen that most of the injured parts are lower extremities such as ankle(%29.2), knee(%20.2) and ankle foot (%14.9).

Key words: Sport injury, soccer, first-aid, physical therapy and rehabilitation.

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans Eğitimi ile edindiğim bilgi birikiminin bir ürünü olarak hazırladığım tezimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, akademik olarak örnek aldığım, her zaman güven ve desteğini gördüğüm çok değerli danışmanım sn. Yrd. Doç. Dr. Selçuk GENÇAY'a, bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyerek akademik çalışmamda yetişmeme ve gelişmeme katkıda bulunan sn. Yrd. Doç. Dr. Ökkeş A. GENÇAY'a, öğrenim hayatımda benden desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, bana sevgi, saygı ve sonsuz hoşgörü göstererek, destek olan eşim Halide GÜLAÇTI 'ya, araştırmada değerli katkılarını gördüğüm Kahramanmaraş amatör spor kulüplerine ve antrenörlere ve bu araştırmaya katılan amatör futbolculara en derin teşekkürlerimi sunarım.

Muhammet Mustafa GÜLAÇTI

Kahramanmaraş - 2010

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	II
ÖNSÖZ	III
İÇİNDEKİLER	IV
ÇİZELGE LİSTESİ	VIII
TABLO LİSTESİ	IX
EKLER LİSTESİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
1.GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Amacı	2
1.2.Araştırmayla İlgili Problemler	2
1.2.1.Araştırmayla İlgili Alt problemler	2
1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.4.Sayıtlar	3
2.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	4
3.GENEL BİLGİLER	6
3.1.Sporun Tanımı	7
3.2.Futbolun Tanımı	7
3.2.1.Futbolun Karakteristik Özellikleri	7
3.3.Spor Yaralanmaları	10
3.3.1.Bazı Spor Tiplerine Göre Yaralanmalar	10
3.3.2.Spor Yaralanmalarında Kişisel Nedenler	11
3.3.3.Spor Yaralanmalarında Çevresel Nedenler	12
3.3.4. Spor Yaralanmalarından Korunma	12
3.3.4.1.Sporcuya Yönelik Önlemler	13
3.3.4.1.1.Sporcu Sağlık Eğitimi	13
3.3.4.1.2.Sporcu Sağlık Muayenesi	14
3.3.4.1.3.Isınma ve Soğuma Antrenmanları	14
3.3.4.1.4.Germe Egzersizleri	17
3.3.4.1.5.Sportif Rehabilitasyon	17
3.3.4.2.Çevresel Önlemler	18
3.3.5.Spor Yaralanmalarının Sınıflandırılması	19
3.3.6.Spor Yaralanmalarının Oluşumu	20
4.SPOR YARALANMA TİPLERİ	21
4.1.Yumuşak Doku Yaralanmaları	21
4.1.1.Kas Yaralanmaları	21
4.1.1.1.Kas Tutulması	21
4.1.1.2.Kas Hernileri	21
4.1.1.3.Kas Krampları	21
4.1.1.4.Kas Yırtığı	22
4.1.1.5.Kas Nodülleri(Myogelosus)	22
4.1.2.Tendon Yaralanmaları	23
4.1.2.1.Tendon Yırtıkları	23
4.1.2.2.Tendinit	23
4.1.2.3.Tendon Çevresi Yapıların Yaralanması	23
4.1.3.Ligament Yaralanmaları	24
4.2. Kemik Doku Yaralanmaları	24

4.2.1.Kırık.....	24
4.2.2.Ezik.....	25
4.3.Damar Yaralanmaları	25
5.FUTBOLDA SIK GÖRÜLEN YARALANMLAR	26
5.1.Diz Yaralanmaları.....	26
5.1.1.Ön çapraz (ACL) Yaralanmaları	26
5.1.2.Arka Çapraz (BCL) Yaralanmaları.....	27
5.1.3.Menisküs Yaralanmaları.....	27
5.1.4.Patellar Sublukasyon	28
5.1.5.Patellofemoral Ağrı Sendrom.....	28
5.1.6.Lateral ve Medial Kolletarel Ligament Sprain(LKB –MKB)	28
5.2.Ayak Bileği ve Ayak Yaralanmaları	29
5.2.1.Aşıl Tendon Yaralanması	29
5.2.2.Ayak Bileği Burkulmaları	30
5.3.Kalça ve Uyluk Yaralanmaları	31
5.3.1.Gluteal Strain.....	31
5.3.2.Kasık Strain	31
5.3.3.Priformis Sendromu.....	31
5.3.4.Hamstring Straini.....	32
5.3.5.İliotibial Band Sendromu.....	32
5.4.Baş, Yüz Boyun Yaralanmaları.....	33
5.5.Omuz Yaralanması	35
5.6.Dirsek yaralanması	35
5.7. El ve El Bileği Yaralanmaları.....	35
6.SPOR YARALANMALARINDA İLK YARDIM VE ÖN TEDAVİ YÖNTEMLERİ	37
6.1.İlk Yardım.....	37
6.1.2.Sporcunun Güvenliğini Sağlama.....	38
6.1.3.Sahada Bulundurulacak İlk Yardım Gereçleri.....	38
6.2.Ön Tedavi	38
6.2.1.Ön Tedavi Uygulama Yöntemleri	39
6.2.1.1.Buz.....	39
6.2.1.2.İmmobilizasyon	39
6.2.1.3.Kompresyon.....	39
6.2.1.4.Elevasyon.....	39
6.2.1.5.İstirahat	40
7. FİZİK TEDAVİ	41
7.1. Spor Fizyoterapistinin Görevleri	41
7.2.Masaj Tedavisi.....	41
7.3.Bantlama ve Bandajlama	42
7.4.Tedavi Metotları	43
7.4.1. Pasif Tedavi	43
7.4.1.1.immobilizasyon yöntemleri	43
7.4.1.2.İstirahat	43
7.4.1.3.Fiziksel ve kimyasal ajanların kullanılması ve uygulanması	43
7.4.1.3.1. Soğuk Uygulama	44
7.4.1.3.2.Sıcak Uygumla	44
7.4.2.Aktif Tedavi.....	45
7.4.2.1.Egzersiz Teknikleri.....	45
8. REHABİLİTASYON:	47

9. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	50
9.1. Araştırma Modeli	50
9.2. Evren ve Örneklem	50
9. 3. Verilerin Toplanması	50
9.3.1. Kaynak İnceleme	50
9.3.2. Anket Uygulama	50
9.4. Verilerin Çözümü ve Yorumu	51
10. BULGULAR VE YORUMLAR	52
11. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	65
KAYNAKÇA	71
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 10. 1. Araştırmaya Katılan Sporcuların Yaş Dağılımları	52
Çizelge 10. 2. Araştırmaya Katılan Sporcuların Cinsiyet Dağılımları	52
Çizelge 10. 3. Araştırmaya Katılan Sporcuların Spor Yapma Yıllarına Göre Dağılımları	53
Çizelge 10. 4. Sporcuların Antrenman Öncesi Isınma Yapıp Yapmamalarına Göre Dağılımları	53
Çizelge 10. 5. Sporcuların Antrenman Öncesi Esneklik Yapmalarına Göre Dağılımları	54
Çizelge 10. 6. Kullanılan Spor Malzemelerinin Spora Uygunluğuna İlişkin Görüşler	54
Çizelge 10. 7. Spor Sakatlıklarından Korunmalarına Göre Dağılımlar	55
Çizelge 10. 8. Antrenman Ortamının Yapılan Spora Uygunluğuna İlişkin Sporcu Görüşleri	55
Çizelge 10. 9. Sporcuların Spor Yaralanmalarına İlişkin İlk Yardım Bilgi Düzeylerine İlişkin Dağılımları	56
Çizelge 10.10. Daha Önce Spor Sakatlıkları Yaralanmaları ve İlk Yardım Konusunda Eğitim Almaların Dağılımı	56
Çizelge 10. 11. Sporculara İlk Yardım Uygulamalarını Nereden Öğrendiklerine İlişkin Dağılımları	57
Çizelge 10. 12. Sakatlanan Futbolcuların Geçirmiş Oldukları Sakatlık Türüne Göre Dağılımları	57
Çizelge 10. 13. Sakatlanan Sporcularda Sakatlık Oluşma Sebeplerinin Dağılımları	58
Çizelge 10. 14. Sakatlık Esnasında Yapılan Aktivitelerin Dağılımları	58
Çizelge 10. 15. Spor Sakatlığında Takımınız Size Maddi ve Manevi Yardım Etme Durumunun Dağılımları	59
Çizelge 10. 16. Sakatlık Sonrasında Futbolcunun Neler Yaptığına İlişkin Dağılımları	59
Çizelge 10. 17. Sakatlanma Sonrasında Fizik Tedavi Uygulanma Oranın Dağılımları	60
Çizelge 10. 18. Sakatlanma Sonrası Sahalara Dönüş İçin Etkin Bir Rehabilitasyon Programına Katılma Durumları	60

Çizelge 10. 19. Spor Sakatlanması Sonrası İyileşme Sürecinin Dağılımları....	61
Çizelge 10. 20. Sakatlık Sonrasında Yapılan Spordan Ne Kadar Uzak Kaldığınızın Dağılımları	61
Çizelge 10. 21. Sakatlık Sonrası Tedavi Sorunları Nedeniyle Ailenin Sporcuya Verdiği Desteklere Göre Görüşleri.....	62
Çizelge 10. 22. Amatör Futbolcularda Görülen Spor Yaralanmalarının Anatomik Bölge Dağılımları	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekiller</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 3.1. Yeşil Tüp ile Yapılan Hamstring Germe.....	17
Şekil: 4.1. Kalça ve Uyluk Yaralanmaları	22
Şekil: 4.2. Kemik Doku Yaralanmaları	24
Şekil: 5.1. Diz Yaralanmaları	26
Şekil 5.2. Aşil tendonunu anatomik yapısı	29
Şekil: 5.3. Baş, Yüz Boyun Yaralanmaları.....	34
Şekil 7.1. Mavi Tüp Bant ile Yapılan Diz ve Kalça Hareketleri	46
Şekil 8.1. Tedavide Kullanılan Değişik Egzersiz Uygulamaları	47

EKLER LİSTESİ

- Ek 1. Spor yaralanmalarına ilişkin sporcu değerlendirme anketi
- Ek 2. Anketin uygulanmasına ilişkin izin belgeleri
- Ek 3. Amatör futbolcuların anket uygulama esnasındaki resimleri

KISALTMALAR

ÖÇB: Ön çapraz bağ

AÇB: Arka çapraz bağ

MKL: İç yan bağ

LKL: Dış yan bağ

ATFL: Ayak bileği dış bağ

1.GİRİŞ

Spor, uğraşanları açısından kazanmaya dönük yarışma, fiziksel, zihinsel ve teknik bir çaba, izleyenler açısından heyecan ve estetik duygusu kazandıran bir süreç, genel bütünlüğü içerisinde ise anatomi, fizyoloji, ortopedi, biyo-mekanik, psikoloji gibi bilim dallarının yardımı ile gelişen, sürdürülen bilimsel bir olgudur (8).

Dünyadaki spor dalları arasında futbol kuşkusuz en yaygın ve en popüler olan spor türüdür. Futbol, oyun alanının genişliği, oyuncu sayısının fazlalığı ve mücadeleyi gerektiren özelliği ile diğer branşlar içerisinde kendine has bir yer bulmuştur (2).

Bilim insanları tarafından sporun insanın zihin ve fizik yapısını geliştirdiği çeşitli platformlarda vurgulanmaktadır.

Sporun temelini teşkil eden hareketliliğin, zaman zaman bilinçli veya bilinçsiz olarak beklenmeyen çeşitli derecelerde sakatlanmalara neden olduğu bilinmektedir (10).

Genel olarak sakatlıklara sebep teşkil eden durumlar, sporcu, antrenör, öğretmen, malzeme, fiziki şartlar yani spor ortamı olarak sıralamak mümkündür (10).

Sporun hemen her branşında özellikle hareket sisteminde esneklik, çeviklik, güç ve dayanıklılığın en üst düzeye kadar zorlanması söz konusudur. Böyle bir zorlanmanın da kendine özgü riskleri taşıması doğaldır, önemli olan bu riskleri asgariye indirmektir. Ancak bu durumun gerçekleşebilmesi için her türlü önlemlerin alınması, hazırlıkların tamamlanması, oyun kural ve disiplinine uyulması gerekir (10) .

Spor yaralanmaları her branşa has tipik özellik taşır. Sakatlıklardan korunma, bunların tedavilerinden çok daha önemlidir. Spor yapanların, yaralanmadan korunma yönünde yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları gerekmektedir. Değişik spor branşlarında düzensiz ve uygun olmayan

antrenman ve ısınmalar, potansiyel sakatlanma faktörleri oluşturacağı unutulmamalıdır, işte bu yüzden ki; spor yaralanmalarının tedavisinin en kolay ve en ucuz yolu oluşabilecek yaralanmalardan korunmak ve yaralanma riskini en aza indirmektir (2,9).

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Kahramanmaraş bölgesindeki amatör futbolcularının spor yaralanmaları sonrası ilk yardım, fizik tedavi ve rehabilitasyon konusundaki bilgi düzeyinin belirlenmesidir. Bu amaçla aşağıdaki problemlere cevap aranmıştır

1.2.Araştırmayla İle İlgili Problemler

1. Futbolcular spor yaralanmalarından yeterince korunmakta mıdır?
2. Futbolcular spor yaralanmalarında ilk yardım hakkındaki bilgileri yeterli midir?
- 3.Futbolcular spor aktivitesinin hangi aşamasında yaralanma geçirmektedir?
4. Futbolcular maç esnasında yaralanma geçirmekte midir?
5. Futbolcuların spor yaralanmaları sonucunda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları hakkında bilgileri yeterlimidir?
6. Futbolcular genellikle hangi bölgelerden sakatlanmaktadır?

1.2.1. Araştırmayla ilgili alt problemler

1. Amatör futbolcular antrenman ve maç öncesi yeterli ısınma egzersizleri yapmakta mıdır?
2. Amatör futbolcular antrenman ve maça başlamadan önce esneklik çalışması yapmakta mıdır?
3. Amatör futbolcuların maç ve antrenman yaptıkları sahalar spora uygun mudur?
4. Amatör futbolcular spora uygun malzeme ve ekipmanlar kullanmakta mıdır?

5. Amatör futbolcular sakatlanmadan korunmaya dikkat etmekte midir?
6. Amatör futbolcular spor yaparken bir yaralanma durumunda ilk yardım yapacak kadar bilgi sahibi midirler?
7. Spor yaralanmaları durumunda sahada ilk yardımı çantası bulundurulmakta mıdır?
8. Amatör kulüpler spor sakatlanması geçiren bir futbolcuya maddi ve manevi destekte bulunulmakta mıdır?
9. Amatör futbolcuların sakatlanma geçirme nedenleri nelerdir?
10. Amatör futbolcular hangi yaralanma türlerine maruz kalmışlardır?
11. Amatör futbolcular spor yaralamaları sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulanmakta mıdır?
12. Amatör futbolcuların aileleri sakatlık sonrasında sporu bırakmaları için baskı yapmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma Kahramanmaraş bölgesindeki lisanslı amatör futbolcularla sınırlıdır.
2. Bu çalışmada elde edilen bulgular anket sorularıyla ortaya konulmuştur.
3. Araştırma 325 amatör futbolcuya uygulanmıştır.

1.4. Sayılılar

Araştırmaya aşağıda belirtilen temel sayılılardan hareket edilmiştir.

1. Ölçme araçlarının oluşturduğu soruların sporcular doğru olarak yanıtladıkları varsayılmıştır.
2. Ankete katılan amatör futbolcuların hepsinin soruları aynı şekilde anladıkları varsayılmıştır.
3. Ankete katılan amatör futbolcuların görüşlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.
4. Bu çalışmada kullanılan anketin konuyu ortaya koyacak düzeyde olduğu varsayılmıştır.
5. Anket prosedürü doğru olarak uygulanmıştır.

2.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Açak (1995) “Beden Eğitimi ve Spor Bölümünde, Uygulamalı Derslerde, Uygulama Anında Meydana Gelen Sakatlanmaların Tespiti”adlı yüksek lisans tez araştırmasında; Üniversitelerin beden eğitimi ve spor bölümlerinde, spor eğitimi alan öğrencilerin, uygulamalı derslerdeki sakatlanma oranlarının tespitini yaparak, konu hakkında öğretim elemanlarını, öğrencileri ve idarecileri spor sakatlıklarından korunma ve sakatlanma oranı daha düşük seviyeler tutma ve sakatlanma sonrası iyileşme sürecini uzamasında yetersiz rehabilitasyon olduğunu, spor sakatlığın sebep olan etkenler daha çok intrinsek ve ekstrinsek faktörlerin olduğu tespit edilip, yetersiz eğitim, uygun olmayan malzeme kullanımı, yetersiz ısınma, soğuma ve kuvvetlendirme egzersizleri. Yaralanma sonrası da yeteri kadar Rehabilitasyona önem verilmemesi ve bunun sonucuna bağlı olarak sakatlanma oranının artması ve aynı bölgenin sakatlıkların tekrarlanması. Deneklerin, ders ortamında ilk yardım malzemeleri yetersiz olmasından dolayı yeterli düzeyde ilk yardım yapamadıkları ve sakatlanmada bunla ilintili olarak artmakta ve önlemlerinin alınması, sağlıklı spor ortamının oluşturulmasında önem arz etmektedir (1).

Uluöz (2007) “16–22 Yaş Bayan Voleybol Oyuncularında Hipernobilite ve Bazı Antropometrik Özellikler İle Yaralanma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ‘’Konulu çalışmasında; 16–22 yaş grubundaki bayan voleybol oyuncularında yaralanma durumu ile hipermobilite, vücut kompozisyonu ve bazı antropometrik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Sonuç olarak, 16–22 yaş bayan voleybol oyuncularında eklem hipemobilitesinin spor yaralanması riskini arttırdığı bulunmuştur. Spora başlarken ve spor yaralanmaları oluştuğunda hekime başvurmanın yaralanma riskini arttıran fiziksel nedenleri belirlemede ve gereken önlemleri almada etkili olacağı kanaatine varılmıştır (56).

Şener (1992) “Türkiye’de Elit Düzeydeki Tenisçilerin Sakatlanma Sıklıklarının ve Nedenlerinin Araştırılması ‘’adlı araştırmasında; Spor sakatlıklar ve yaralanmalar spor branşlarına özgü değişiklikler gösterir. Futbol yaralanmaları üzerine yapılan bir çalışmada yaralanmaları % 63 'ü travmatik

(eklem burkulması, kırıklar, ezik ve morarmalar), % 37 'si overuse (germe, incime, tendinitis/synovits) yaralanmalardır (52) .

Turgut (2007) ‘‘Muğla İlinde Profesyonel ve Amatör Takımlarda Oynayan 16-18 Yaş Grubu Futbolcuların Postürel Özelliklerinin Karşılaştırılması’’adlı araştırmada; Muğla ilinde bulunan 16–18 yaş grubu amatör takımlarda ve profesyonel takımlarda oynayan futbolcuların Postürel özelliklerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Sonuçta; amatör futbolculardaki Postürel bozukluklar profesyonelliğe aday futbolculardan daha fazla olduğu, profesyonelliğe aday futbolcuların amatör futbolculara oranla standart Postüre daha yakın oldukları anlaşılmıştır (56).

Alagöz (2010) ‘‘Kahramanmaraş Bölgesindeki Ortaöğretim Düzeyindeki Sporcuların Spor Yaralanmalarında İlk Yardım, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamalarındaki Görüşlerinin İncelenmesi’’ adlı araştırmasında Kahramanmaraş ili merkezinde bulunan 15 ortaöğretim okulunda okuyan 130 kız, 388 erkek öğrenci olmak üzere toplam 518 sporcuya anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılan sporcuların daha çok erkeklerden oluştuğu ve sporcuların voleybol, basketbol ve futbola yönelik eğilimleri diğer spor branşlarına göre daha çok olduğu görülmektedir. Sporcuların büyük bir kısmının uygun malzeme kullanmaya dikkat ettiklerini ve bunun yanı sıra uygun malzeme kullanmayan sporcularda bulunmaktadır. Sporcuların ilk yardım bilgilerinin olmadığı ve ilk yardım uygulamaları hakkındaki bilgileri daha çok antrenör veya beden eğitimi öğretmeninden öğrendiklerini. Sporcuların spor esnasında maçta veya antrenmanda sakatlık geçirmede, kızlar erkeklere nazaran az sakatlandığı bulunmuştur. Sonuç olarak; sporcuların spor yaralanmalarına ilişkin ilk yardım bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Sporcular yaralanma sonrasında fizik tedavi ve rehabilitasyon programlarına katılmadıkları ve yaşadıkları tedavi sorunları nedeniyle, spordan uzaklaşmaları yönünde ailelerinde baskı görmektedir (2).

Taşkın (2002) ‘‘Aktif ve Pasif Isınmanın Anaerobik Güce Etkisi’’ adlı araştırmasında. Araştırmada aktif ve pasif ısınarak yapılan ölçüm sonuçları ile hiç ısınmadan yapılan ölçüm sonuçları arasındaki farklılıklar olduğunu ortaya

koymuştur. Araştırmanın sonunda, anaerobik güç değerlerinin, hiç ısınmadan pasif ısınmaya, pasif ısınmadan aktif ısınmaya doğru bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Aktivite ncesi yapılan ısınma ile sporcuların muhtemel olabilecek sakatlıklardan korunduğu, anaerobik performansının arttırdığı ve sporculardan daha iyi verim alındığı tespit edilmiştir (53).

Sonraki bölümde araştırmanın teoriksel olarak daha iyi kavranabilmesi için konu ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

3.GENEL BİLGİLER

3.1. Sporun Tanımı

Spor, kişinin belli düzenlemeler içinde fiziksel aktivitesini ve motorik becerilerini zihinsel, ruhsal ve sosyal davranışlarını geliştiren ve bu özelliklerini belirli kurallar içinde yarıştırmasını amaçlayan biyolojik, pedagojik ve sosyal bir uğraştır (8).

Yine spor, insanın belirli düzenlemeler içinde fiziki aktivitesini, becerilerini, zihin ve ruh hayatım, sosyal davranışlarını geliştiren, bu özelliklerini belirli kurallar içinde yarıştırmasını sağlayan biyolojik, pedagojik ve sosyal yönleri olan bir uğraşı olarak ferdi veya kolektif oyunlar şeklinde yapılan. Genellikle yarışmaya yol açan, bazı kesin kurallara göre uygulanan ve ani yarar beklenmeyen hareketlerin tümü olarak tanımlanmakta ve atletik sporlar, atlı sporlar, su sporları, mücadele sporları, mekanik sporlar ve takım sporları olarak da sınıflandırılmaktadır (46).

Bütün bu özellikleri bünyesinde taşıyan, belki de sosyal etkileri en fazla olan takım sporlarından biride futboldur (52).

3.2. Futbolun Tanımı

Futbol, geniş bir oyun alanında çok sayıda oyuncunun katılımıyla, oyun kuralları gereği belirlenmiş sınırlı bir alanda, sonucun kalelere atılan ya da yenilen gollerle belirlendiği, el harici vücudun her yerinin kullanılarak oynanan bir spordur (32).

Futbol; çocuğun, gencin,yetişkinin fiziksel ve ruhsal olarak gelişimini olumlu yönde desteklerken, kişilik gelişiminde olumlu yönde değerlendirerek bir gruba ait olma, grup içinde davranış gösterme, işbirliği yapma, lidere ve kurallara uyma, neşeyi ve kederi paylaşma, kendisine ve arkadaşlarına saygı duyma, kendine güven duyma vb.. duygular ile yaşantının küçük bir parçasında görev almaktadır (16).

Günümüzde kendinden "çağın oyunu" diye bahsettiren futbol, oyun alanının genişliği, oyun süresinin ve oyuncu sayısının fazlalığı, kuralların zenginliği ile oynayanlar açısından çok yönlü davranışları ihtiva ederken, seyredenler açısından da izleyene zevk ve heyecan veren bir spor çeşididir. Futbol; kendini oluşturan teknik, taktik, kondisyon gibi elementler ile ruhsal ve eğitsel yönden sağlıklı, dengeli bireylerin oluşmasında etkili bir spor dalıdır. Futbol; hücum ve savunma düşüncesi içerisinde iki kale arasında değişen, gol yemeden gol atmayı amaçlayan ve biri kaleci olmak üzere on birer kişilik iki takım halinde oynanan bir karşıtlar oyunudur (9).

Tarihsel gelişim ve doğal koşullar (yani saha durumu, ülkelere özgü özellikler ya da oyuncuların bedensel farklılıkları) her coğrafyada hatta her ülkede farklı oyun tarzlarının oluşmasına neden olmaktadır. Dünyanın değişik ülkelerinde farklı futbol ekolleri vardır; her ekol kendine özgü özelliklerle futbola değişik bir zevk katar. İngiliz ekolü, çok koşmayı, fiziksel mücadeleyi, uzun paslarla ve doksan dakika boyunca yüksek tempoya dayanabilme yeteneğine bağlıdır. Brezilya ekolü, inceliğin en üst düzeyine ulaşmış gibi görünen ekoldür. Alman ve Hollanda ekolü ise daha detaylı bir tekniğe dayalı olup uzun deparlar gerektir (47).

3.2.1. Futbolun karakteristik özellikleri

- Futbol bir karşıtlar oyunudur.
- Atlama, sıçrama ve yön değiştirme gibi vücut dengesinin önem taşıdığı değişik hareketlerle oynanan bir oyundur.
- Oluşan sürpriz pozisyonlara uyum göstererek doğru tercihlere ihtiyaç duyulan, anında doğru karar vermeyi gerektiren bir oyundur.
- Oyun boyunca harcanacak enerjinin dengeli bir şekilde oyun zamanına dağıtılmasının önem taşıdığı bir oyundur.
- Topla yapılan hareketler kadar, topsuz hareketlerinde gol yememek amacıyla yapılmasının gerektiği bir oyundur.
- Oyun alanında rakibe sayıca üstünlük sağlanmasının gerektiği bir oyundur.

- Oynayanların oyun alanı içinde yaptıkları ya da yapamadıkları içinde ilgili olarak, seyredenlerin de sayısız alternatifler geliştirebildiği bir oyundur.
- Oyun alanı içerisinde yer alan aynı takıma mensup sporcuların müşterek amaçlar doğrultusunda ortak davranışlar sergilemek zorunda olduğu bir oyundur.
- Her oyuncunun zihni yeteneklerini kullanarak hareketlilik, denge ve elastikiyet gibi sahip oldukları kişisel özelliklerini, gelişen sürpriz pozisyonlara uydurması gereken bir spordur (32).

Futbol, dünyanın en popüler spor dallarından biri olup, elit düzeyde oynanana futbolda sporcuların ortaya koyması gereken efor oldukça yüksektir. Futbolcuların başarıları ve verimlilikleri birçok faktöre bağlıdır. Futbol, yüksek şiddeti, aralıklı yüklenmeleri, dayanıklılığı, çabuk sprintleri, top becerilerini, koordinasyonu, istikrarlı karar vermeyi ve dengeyi kapsamına alan bir spor dalıdır (57) .

Futbol, birbirinden farklı olarak art arda düzensiz aralıklarla yapılan hareketlerin sporcuların aerobik, anerobik, kuvvet, güç, koordinasyon, sürat gibi birçok özelliğine etkilediği bilinmektedir (57).

Bir futbol maçı esnasında oyuncuların farklı aktiviteleri yerine getirdikleri, orta saha oyuncularının yaklaşık 11,4 km, savunma oyuncularının 10.1 km, forvet oyuncularının ise 10.5 km'lik mesafeyi kat ettikleri belirlenmiştir. Görüldüğü gibi bir maçta 8-11 km'lik mesafe kat edilmektedir. Futbolcular maç süresince %17.01, ayakta durum, %40.4 yürüme, %35.1 düşük şiddette koşu, %8.1 yüksek tempoda koşu, %0.7 yüksek tempoda sprint gibi koşu, ikili mücadele, kafa ve ayak vuruşları, topu sürme, sıçrama ve dönüşler gibi farklı aktiviteleri yerine getirmektedir. Bir maç esnasında kat edilen mesafenin %87,2 sini aerobik eforlar oluşturur. Futbolcular MaxVO₂ 'lerinin 55 -65 ml. kg.dk 'lık ortalama ile uzun mesafe koşan koşulara yakın olan futbolda aerobik enerji üretiminin önemini vurgulamaktadır. Futbolda kısa mesafeli sprintler, yön değiştirmeler, ani duruşlar, kafa vuruşu, sıçrama ve topa vurma gibi kısa sürede yüksek şiddette meydana gelen anaerobik enerji ile ilgili

hareketlerde sıklıkla meydana gelmektedir. Bir futbol maçında 40 kez sprint, 15-20 m. ve 60-90 saniye aralıkla sprintler ve sıçramalar meydana geldiği düşünülürse; anaerobik metabolizmanın ve futbolcunun anaerobik gücünün yüksek olması kaçınılmazdır (22).

3.3. Spor Yaralanmaları

Spor yaralanmaları terimi, vücudun tamamının veya bir bölgesinin, normalden fazla bir kuvvetle karşılaşması sonucunda, dayanıklılık sınırlarının aşılmasıyla ortaya çıkan durumları kapsar. Spor yaralanmaları, çocukluk ve ergenlikte görülen tüm yaralanmaların dörtte birini oluşturur. Darbe, düşme, şiddetli kasılmalar gibi spor yaralanmalarının çoğu sadece spor yapanlarda değil, spor yapmayan kişilerde de ortaya çıkabilmektedir (59).

Spor yaralanmaları genel olarak sportif aktiviteler sırasında meydana gelen her türlü hasara verilen bir ortak isimdir. Vücudumuzda fiziksel aktiviteler sonucu meydana gelen bu hasarlar birçok sebeplerle ortaya çıkabilmektedir. Bu düşünceyle hareket edilerek bu konuda yapılan çalışmalar ışığında spor yaralanmalarına maruz kalan uzuvlarımız, hangi sportif faaliyetlerin ne ölçüde hasara neden olduğu, yaş ve cinsiyet farklılıklarına göre yaralanma tipleri ile diğer etkenleri ele almak amaçlanmıştır (49).

3.3.1. Bazı spor branşlarında görülen yaralanmalar

Yapılan bazı araştırmalarda, spor yapanlarda yaralanma görünme olasılığı 4.000 kişide bir, ölüm oranı ise 40.000 kişide bir ve büyük bir kaza ile karşılaşma oranı ise 40 kişide bir olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte en sık yaralanmanın görüldüğü spor branşları ise %10 ile futbol, % 6 ile güreş, % 3 ile hentbol ve boks, % 1 ile atletizm ve % 0,5 ile kayak olduğu saptanmıştır(59).

Spor kazalarında en çok spinal kord yaralanmalarının dalma sporunda olduğu (%21.6); bunu kayağın % 13.4 izlediği tespit edilmiştir. Sırasıyla futbol (%12.7), rugby (% 10.6), amerikan futbolu (% 9.4), hava sporları (% 7), judo

(%6.8) ve cimnastik (% 6.6) takip etmektedir. Boyun yaralanmalarının tüm sporlarda sayıca en ağır basan yaralanma tipi olduğu görülmüş, fakat özellikle hava sporlarındaki oranı % 83,5 ile en çok göze çarptığı gösterilmiştir. Amatör veya profesyonel bir spor faaliyeti olarak yılın her gününde bireyler tarafından yapılabilen futbolu ele aldığımızda, verilen her iki sonuca göre futbolun spor yaralanmalarında önemli bir risk grubu oluşturduğu söylenebilir (49).

Sakatlıkların oluş şekli ve aktivite tipi bakıldığında %7'si yarışmalarda, %29 'u antrenmanlar sırasında oluşmaktadır, sakatlıklarda ikili mücadele %37 'ni, düşmeler ise %36'nı oranında sorumludur (14).

Spor yaralanmalarında sakatlıkların anatomik bölgelere göre dağılımına bakıldığında; %19 diz, %15 baş, %13 ayak bileği, %9 omuz,, %8 bacak, %7 el, %6 kollar, %5 el bileği, %5 ayak, %4 dirsek, %4 uyluk, %2 göğüs, %2 pelvis, %1 batın şeklinde dağıldığı görülmektedir (14).

Spor yaralanmalarında görülen sakatlanma tiplerine göre dağılımına bakıldığında ise; %47 kırıklar, %25 eklem sorunları (%19 burkulmalar ve % 6 çıkıklar), %21 yumuşak doku zedelenmeleri , %5 kas ve tendon sorunları (kondisyon vb.), %2 diğer sorunlar şeklinde olduğu görülmektedir (14) .

3.3.2. Spor yaralanmalarında kişisel nedenler

Spor yaralanmalarının sebepleri arasında yorgunluk ve aşırı yüklenme, önceden geçirilmiş ve tam tedavi edilmemiş yaralanmalar, soğuk, aşırı gerilme ve enfeksiyon gibi etkenlere bağlı gelişen kas ve eklem sertlikleri, geçirilmiş yaralanma veya eğitimsizlik nedeniyle oluşan kas zayıflıkları, kaslar arası güç dengesizliği, spor araç ve gereçlerinde yetersizlik, bedensel hazırlığın tam olmaması, ısınma eksikliği, spor dalının sporcuya uygun olmaması, yetersiz teknik, ruhsal yönden hazır olmama, aşırı rekabet, yarışmalı sporlar ve hastalıklar gibi faktörler sayılabilir (49,34).

Spor yaralanmalarını primer ve sekonder olarak sınıflandırmak mümkündür. Primer yaralanmalar, doğrudan spor stresine maruz kalarak oluşan

yaralanmalardır. Sekonder yaralanmalar ise daha önce geçirilmiş yaralanma zemininde oluşan yaralanmalardır. Akut ve kronik spor yaralanmalarında birtakım faktör olumsuz etki yaparak yaralanmayı kolaylaştırır (5).

3.3.3. Spor yaralanmalarında çevresel nedenler

Temas ve çarpma, zemine düşme, kötü ve yetersiz sportif teknik, sportif araç gereçlerdeki yetersizlik, uygun olmayan branş seçimi, aşırı ya da yetersiz istek gibi psikolojik faktörler, kötü ve yetersiz antrenman ile yanlış uygulanan sportif teknikler, kötü malzeme kullanımı, uygun olmayan zeminler, çevre (hava şartları) ve kurallara uymamak (58).

3.3.4. Spor yaralanmalarından korunma

Spor araç ve malzemesinde yapılan düzenlemeler de kazaları engelleme açısından önemlidir. Ancak, malzemede verimi artırmak amacı ile yapılan bazı değişiklikler aksine, kaza tehlikesini artırabilir (14).

Profesyonel sporcular, antrenmanlar ya da yarışma dönemlerindeki yüklenme sonucunda yumuşak dokularda veya vücudun başka bölgelerinde yaralanma ile karşılaşılabilir. Bununla beraber egzersiz yapan herkes potansiyel olarak spor yaralanmaları ile karşı karşıya kalabilir. Çocuklar ve ergenler, orta yaşlı bireyler ve bayanlar bu risk grubunun üst basamaklarında yer alırlar (50).

Spor, bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı gelişmesini sağlar. Çocuk ve ergenlerin kas, tendon ve kemiklerinin gelişme sürecinde olduğu düşünülürse, bu yaş grubunun olası bir travmada yaralanma riskinin de yüksek olduğu bilinmelidir. Yaralanmalardan korunmak için neler yapılmalı sorusunun yanıtları aşağıda maddeler halinde belirtilmektedir.

1-Spor etkinlikleri düzenlenirken grupların yaş ve yetenekleri göz önüne alınarak gruplandırma yapılmalıdır.

2-Seçilen etkinliklerde gereksiz zorlanmalardan kaçınmak için grubun yaş ve yetenek düzeyine uygun seçimler yapılmalıdır.

3-Etkinliklere katılmak için spor programlarının sertifikalı uzmanlar tarafından yapıldığı yerler seçilmelidir.

4-Spor yapılan alanda yaralanmaya neden olabilecek malzemelerden ve spor yapmaya uygun olmayan zeminlerden kaçınılmalıdır. Örneğin beton zemin, üzerinde oynayan futbolcular için potansiyel bir yaralanma faktörüdür.

5-Yapılan sporun kurallarına uymak, yaralanmalardan korunma için etkili yöntemlerden biridir.

6-Spora uygun koruyucular giymek veya takmak gerekir. Kaykay yapan birinin kafa, dirsek ve diz koruyucularını ya da futbol oynayan birinin tekmelik takmasının gerekliliği unutulmamalıdır.

7-Spora başlamadan önce ısınma, ısınma sonrası esneme-germe hareketlerinin yapılması belki de yaralanmalardan korunmanın en önemli bileşenidir.

8-Yapılacak spora uygun malzeme seçimi bireyi yaralanmalardan koruyabilir. Halı sahada futbol oynarken koşu ayakkabısı giyilmesi veya halı saha ayakkabısı ile basketbol oynanması yaralanmalara davetiye çıkartmak demektir.

9-Spor yapmak için seçilen günler genelde hafta sonlarına denk getirilir. Buna karşın sporu haftada en az üç güne dengeli yayarak bedensel uygunluğa ulaşılması daha doğru olacaktır.

10-Son olarak sporun düzeyi yavaş yavaş artırılmalıdır (50).

3.3.4.1. Sporcuya yönelik önlemler

3.3.4.1.1. Sporcu sağlık eğitimi

Sporcular için kendi sporu hakkında oluşabilecek yaralanmalar, beslenmesi, kullanacağı vitamin ve ilaçlar hakkında bilgi verilmeli, en az ayda bir kere olmak üzere bu konu ile ilgili eğitim seminerleri veya bireysel olarak görüşülmelidir. Sporcu fiziksel yapısı limitasyonları, zayıflıkları, kısılıkları hakkında özel sporu ile ilgisi için de bilgilendirilmelidir. Sporcu kendi sağlık ve fiziksel uygunluk düzeyi hakkında bilgi sahibi olmalıdır ve bu konuda eğitim almalıdır. Oyuncu fiziksel yapısını iyi bilmelidir. Bu düşünce sayesinde

vücudunun kendisini fiziksel olarak cezalandıracağı durumu yerinde ve zamanında algılayabilir (15).

Sporcu beslenmesine dikkat etmelidir. Özellikle şişmanlatıcı ve yağ yapıcı gıdalardan, fazla ve düzensiz yemek yemekten kaçınmalıdır. Ayrıca çok önemli bir konu olan uygun sıvı alımına dikkat etmelidir (15).

Dikkatsizlik, disiplinsizlik ve kendine aşırı güven sonucu bilhassa genç sporcularda görülen yaralanmalar eğitimle en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Tecrübe çok önemlidir. Spora yeni başlayanlar tecrübeli olanlardan daha fazla ve sık yaralanmalara maruz kalmaktadırlar (15).

3.3.4.1.2. Sporcu sağlık muayenesi

Spora yeni başlayan kişilerde olduğu gibi aktif spor yapanlarda da çeşitli rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. Sporun olası zararlarını azaltmak ve mevcut rahatsızlıklar en kısa yoldan tedavi edebilmek amacıyla sporcunun periyodik muayenelerden geçmesi gerekir. Muayene sonucunda elde edilen veriler, sporcunun kondisyon durumu da dikkate alınarak birlikte değerlendirilmelidir (33).

3.3.4.1.3. Isınma ve soğuma antrenmanları

Isınma; müsabaka, antrenman ya da aktivite öncesi gerçekleştirilen fizyolojik ve psikolojik bir hazırlık devresidir (15).

Yine ısınma; vücut iç ısısının 1 °C artmasıdır. Isınan kas daha çok esneyebilir, daha çabuk ve daha kuvvetli kasılır. Ancak hazır olmayan ısıtılmamış bir kas zorlu fiziksel aktivitelerde yaralanmalara açık olduğu bir gerçektir. Isınma ve esneklik egzersizleri sonucunda kuvvet, sürat ve dayanıklılıkta artmayı gösteren birçok araştırma vardır. Vücudun ısınma ile hareket mekanik kolaylığa ulaşması; eklem tendonlarına binen kontrolsüz yükleri azaltır; dolayısıyla sakatlık riski düşer (34).

Isınma, genel ve özel ısınma olarak 2 bölüme ayrılır. Genel Isınma; büyük kas gruplarını kullanan kolaydan orta şiddetliye doğru çalıştıran kontrollü hareketleri içerir. Örnek olarak; jogging, bisiklet ya da yüzme, küçük sıçramalar, karın kaslarının hareketleri, toplu oyunlar, temel spora özgü beceriler verilebilir (15).

Isınma Aktiviteleri; tüm büyük kas gruplarını kullanmayı, başlamak için az efor harcanması, hafiften dereceli olarak arttırılarak orta şiddetli efora geçilmeyi, her sporcu ısındığını hissedene kadar (10dk) egzersizlere devam etmeyi, Isınmayı korumak için uzun süreli germeler yapılmasını, grup aktivitelerinin spor ile ilişkili kullanımını içermelidir. Isınma kas germe egzersizlerini takiben doğru ve direkt olarak yapıldığı zaman ağır aktivitelere geçişi kolaylaştırmak için vücudu hazırlar ve yumuşak doku yaralanma riskini azaltır (15).

Özel ısınma; özel olmak oyun ya da antrenmanla ilişkili olan kasları ısıtırmak ve germek, oyun ya da antrenmanda kullanılacak olan hareketleri yapmak, orta şiddetli başlayarak yapmak ve antrenman ve yarışmaların şiddetini belirlemek, özellikle çocuklarda ısınmayı takiben yorgunluktan kaçınmak gerekir (15).

Isınma süresi; kasların soğuk olarak çalıştığı durumlarda, latent zamanın uzadığı, kas hücrelerinin iyi beslenmediği, elastikiyeti bozulduğu ve enerji kaybının yüksek olduğu görülür. Isınma süreleri ortalama olarak; hafif koşu (5-10 dk), genel cimmastik (5-7dk, alıştırılmalar –ataklar(7-10 dk), esnetme –germe (8-10 dk), şeklindedir. Isınma süresinde, en önemli faktörün lokal kas ısısının yükselmesi olduğu, etkin bir egzersiz yoluyla 5-10 dk içinde kas içi fazla süren bir aktivite sonucunda ısının 0.5 -1 C kadar yükseldiği savunulmaktadır (2).

Soğuma (toparlanma): müsabaka ya da antrenman sonunda yapılan egzersizlere toparlanma egzersizleri denir. Müsabaka veya antrenman devresini takip eden sürede efor yavaş yavaş düşürülerek sporcunun dinlenme sırasındaki biyolojik ve psikolojik durumuna dönmesini sağlar. İkincil olarak, kaslar ve eklemler şiddetli kasılmayı takiben ısınırlar. Bu germe egzersizlerini

tekrarlamak için en ideal zamandır. Bu da hafif şiddette egzersizler ile 1-3 dk içerisinde gerçekleştirilir (15).

Genel antrenman prensibi olarak sahip olunan kapasiteyi yukarı çekebilmek için her geçen gün/hafta yüklemenin sınırlarını yukarı çekmek, bir anlamda aşırı yüklenmek gerekmektedir. Eğer bu sınırlar zorlanılmaz, yani yüklemelerin dozu artırılmaz ve belli bir süre bu yüklemeler devam ettirilmez ise fizik kapasiteyi geliştirmek mümkün değildir. Diğer taraftan bu yüklemeler sırasında vücuda yeteri kadar dinlenme/toparlanma şansı verilmez ise fizyolojik bir uyum sorunu yaşanacak, artması beklediğimiz performans ciddi bir şekilde düşecek yani sporcu sürantrene olacaktır. Daha başarılı olmak için ne her gün aşırı yüklenmek, ne de sürantrene olmayayım diye 3-4 günde bir yüklenmek doğru bir antrenman yaklaşımı değildir. Sonuç olarak performans düzeyi olarak en üst düzeyi yakalamak; iyi antrenman yapmanın yanı sıra yeteri kadar dinlenme ile de ilgilidir. Çoğu zaman üst düzey performans için eksik olan yetersiz antrenman değil tam tersine vücuda yenilenme (dinlenme/toparlanma) şansı vermeden yapılan antrenmanlar/yüklenmelerdir. Yapılan antrenmanların (özellikle üst düzey) bir sonucu olarak vücutta ciddi hasarlanmalar olmakta, enerji depoları boşalmakta, hormon dengeleri belli bir süre için de olsa bozulmaktadır. Bütün bu değişiklikler her ne kadar vücudumuzu yüksek şiddetli yüklenmelere hazırlamak ve fizik kapasitemizi artırmak için gerekli olsa da bir sonraki yüklenme için vücudun/hücrelerimizin kendini yenilemesi, boşalan depoların dolması, hormonal dengelerin tekrar oluşması, kısaca vücudun normal yapısına geri dönmesi ve yeniden yüklenilmeye hazır hale gelmesi gerekmektedir. Sadece fizyolojik değil psikolojik olarak da bu hazırlığın yapılması gerekir. Zaten bu hazırlıklar sağlanamıyorsa planlanan antrenmandan verim alınması da olası değildir. Antrenman ile toparlanma arasındaki bu dengeyi bulmak sıklıkla antrenör ve sporcu için kolay bir durum değildir (62).

Yüksek şiddetli bir çalışmadan sonra toparlanma egzersizi takip eden ilk 6 saatte kastaki depoların %70'i, 6-24 saat içinde ise geri kalan %30'u iyi bir beslenme ile rahatlıkla doldurulabilir. Bu süreç dayanıklılık aktivitelerini

takiben 48 saate kadar uzayabilir. Yüksek şiddetli bir antrenmanı takiben sıklıkla 36 saat sonra vücudumuz yeni bir yüklenmeye hazır hale gelir (62).

3.3.4.1.4. Germe Egzersizleri

Germe genel olarak yumuşak dokunun (skar dokusu gibi) kısıtlılığını mobilize ederek, hareket alanını arttırmakta kullanılır ve özel olarak kısalmış kasın boyunu uzatır. Bir yaralanma sonrası önerilen germe egzersizlerinin zamanı dikkatli olarak ayarlanmalıdır. Germe ile yumuşak dokunun resorpsiyonuna yardımcı olacak ve yaralanmış alanda yeniden kapillarizasyon yaratacaktır (63).

Germe dinamik ya da statik olarak uygulanabilmektedir. Dinamik germede; germeler ulaşılan hareket sınırının sonuna kadar hareketin sırsı boyunca dereceli artışı içerir ve şekil 3.1’de görüldüğü gibi. Dinamik germeler genellikle ileri spora bağlı rehabilitasyon problemi ile baş etmede yararlıdır. Eğer hasta uygunsuzsa germenin bu şekli yumuşak dokuyu mobilize etmede ve motor kontrolünü sağlamada oldukça etkilidir. Statik germe ise; isminde görüldüğü gibi, amaçlanan etkiyi yaratmak için uzun süreli bir pozisyonda kalmayı içerir ki genellikle etkili bir zamana olarak 30 saniye statik germenin tutulması önerilmektedir (63).



Şekil 3.1. Yeşil Tüp ile Yapılan Hamstring Germe (27).

3.3.4.1.5. Sportif rehabilitasyon

Ciddi spor sakatlıklarından sonra sporcunun yeniden aktif spor yaşantısına kavuşmasını belirleyen en önemli etkenlerin başında, uygun bir

rehabilitasyon programı gelir. Tüm sporcular ve çevresindeki kişiler, bir an önce iyileşip geri dönmekte aceleci bir tutum içine girerler. Kişiyeye özgün, iyi planlanmış ve sporcuyu mümkün olduğu kadar aktive eden rehabilitasyon programları, sakatlık döneminden sona ermesinde ve aktif spor yaşamının bir an önce başlamasında önemli katkı sağlayacaktır (33).

Gerek operasyon geçiren sporcularda gerekse konservatif yöntemlerle tedavi edilenlerde, sakatlanmadan sonraki dönemde rehabilitasyon gereklerinin yerine getirilmiş olması, sakatlık prognozunu ve yeniden sahalara dönüş zamanını belirleyen en önemli öğelerden biridir (33).

Rehabilitasyonun en önde gelen amacı, sporcunun sağlık durumunu düzeltmek ve fonksiyonel kayıpların hızla yerine konmasını sağlamaktır. Böylece, sakatlanma ve bunu izleyen dönemlerde, hareket azlığına bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek mümkün olabilecektir (33).

Spor sakatlanmalarında sağlık hizmetlerinin son devresi olan sportif rehabilitasyonunun tamamlanmış olması gerekir. Sporcunun yeniden eski gücüne ve yeteneklerine kavuşması sportif rehabilitasyon ile mümkündür (34).

3.3.4.2. Çevresel önlemler

Spor sakatlıklarındaki nedenler algılandığında çevresel önlemler kendiliğinden belirir. Spora ilişkin önlemlerde; spor branşlarının yapısına uygun düşen kaliteli zemin oluşturma başta gelir. Yavaşlama için yeterli mesafe, ışıklandırma ses vb. gibi özellikler oyun alanlarında asgari yeterlilik için önemlidir (34).

Amerikan futbolu, hokey gibi doğrudan temas ve çarpışmanın sık olduğu spor dallarından biridir. Oyuncuların doğrudan darbe, çarpışma ve düşmelerden korunmak veya temas sırasında oluşabilecek yaralanmaları minimize indirmek amacıyla bir takım özel koruyucusu, kıyafetler (kask, omuz pedi, göğüs koruyucu, dizlik vb) giyinilmektedirler. Kıyafetlerin gerçekten de

hem küçük hem de ciddi yaralanmaları önlediği sporcunun sağlığını ve rahatını koruduğu konusunda literatürde pek çok çalışma vardır (37) .

Benzer şekilde futbolda da dizlik ve tekmelik gibi koruyucu aparatlar kullanılabilir. Spor alanlarındaki şiddet olayları, dramatik yaralanmalara hatta ölümlere yol açmaktadır. Fanatizme karşı başta futbol stadyumları olmak üzere tüm spor sahalarında fiziki ve kanuni önlem alınmalıdır (34).

Oyun (yarışma) kuralları; eğer oyuncular bu kurallara uymuyorsa rakiplerini ve kendilerine kolay bir şekilde yaralayabilirler. Bu tür spor sakatlanmalarından korunmak için, oyun kurallarının çok iyi belirlemek ve zamanla yeni kurallar getirecek dinamik yapıya kavuşturmak ve oyuncuların kurallara uymalarını sağlayacak hakemlerin kural ihlallerinde hemen ceza sistemlerini uygulaması ve kuralları sıkı bir şekilde takip etmesi gerekir (40).

3.3.5. Spor yaralanmalarının sınıflandırılması

Spor yaralanmalarının iyileşme süresine göre 3 gruba ayırmıştır (58).
Küçük yaralanmalar: 1–7 gün süren minör yaralanmalardır. Orta derece yaralanmalar: 8–21 gün süren yaralanmalardır. Ciddi yaralanmalar ise; 21 günden fazla süre spora katılımı engelleyen ya da kalıcı hasara neden olan yaralanmalardır.

Spor yaralanmalarının önem derecesine göre ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (11).

Az derecede önemli olanlar; bunlar sportif faaliyetlere engel olmayan yaralanmalardır. Bu yaralanmaların tedavileri anında yapılır. Bunlar küçük cilt sıyrıkları, ezikler ve küçük darbelerdir. Orta derecede önemli olanlar; oyunun durmasına sebep olabilen veya oyun bittikten sonra da devam eden kas yaralanmalarıdır. Bunlar; sprain, strain ve benzeri yaralanmalarıdır. Bunlara ilk yardım anında yapılır ve maçtan sonra da devam eder. Çok önemli olanlar ise; hayati tehlikelere de yol açabilecek yaralanmalardır. Bu yaralanmalar büyük kemik kırıkları, kafa travmaları ve karın travmaları olabilir.

3.3.6. Spor yaralanmalarının oluşumu

Spor yaralanmalarının oluşum mekanizmaları incelendiğinde primer ve sekonder olarak iki sınıflama yapmak mümkündür. Primer yaralanmalar doğrudan darbeye ya da strese maruz kalınması ile oluşan yaralanmalardır. Sekonder yaralanmalar ise; daha önce geçirilmiş yaralanmaların üzerine yeni oluşan mikrotravmalar sonucunda gelişen yaralanmalardır. Akut ve kronik spor yaralanmalarında bir takım faktörler olumsuz etki yaparak yaralanmayı kolaylaştırır (58).

Genel olarak sporda, özel olarak ise futbolda görülen yaralanma tipleri sonraki bölümde sunulmuştur.

4. SPOR YARALANMA TİPLERİ

4.1. Yumuşak Doku Yaralanmaları

4.1.1. Kas yaralanmaları

4.1.1.1. Kas tutulması

Aşırı yüklenmeler sonucunda kas asidesinin aşırı artışı, metabolizma atıkları ile diğer yorgunluk maddelerinin birikimine yol açar.”Hamlama ağrıları “ ertesi gün ortaya çıkar. Halk arasında “et kesmesi” olarak bilinir. Kaslar tekrarlayan hareketlerle ağrılıdır. Kas esnekliği azalmıştır. Bu tip kas sertlikleri kas hücrelerinin metabolik bozukluklarına bağlıdır. Hücre seviyesinde gerginlikler ve yırtıklar oluşabilir. En geç bir hafta içinde kendiliğinden geçer, ilk gün dışında sıcak uygulamalar, sauna, masaj iyileşmeyi çabuklaştırır (34).

4.1.1.2. Kas Hernileri

Kas kılıfının yırtılması sonucunda veya ekstremitenin derin fasiasını yırtılmasına bağlı olarak, kas bu kısımdan dışarı çıkarak herni dediğimiz yapıyı oluşturur. Kas yırtılmasından farklı olarak, kontraksiyon sırasında görülmez istirahatta görülme sıklıkla uylukta meydana gelir ve bacağın normal pozisyonu ile karışmaz (15).

4.1.1.3. Kas Krampları

Kramplar kasların aniden isteğimiz dışında ağırlı bir biçimde kasılması ya da gerilmesidir. Özellikle Spor aktivitelerinde ağır antrenman, yorgunluk, aşırı tuz ve sıvı kaybı kramplara yol açabilir. Kramp genellikle kaslarda kasılma, ağrı hareket kaybı ile kendini gösterir. Kramplar girmesi durumunda harekete son verilmeli ve bölgeye rahatlatıcı masajlar uygulanmalıdır (2).

4.1.1.4. Kas Yırtığı

İç ya da dış travmalar sonucunda görülen kas yaralanmaları fibril, kolektif doku ya da damar yaralanmalarında hasara neden olur. Tam kopma diyebileceğimiz ve yapısal bütünlüğün, devamlılığın ortadan kalktığı durumlar çok nadir görülür ve şekil 4.1’de gösterilmiştir. Bunun dışında sınırlı ya da kısmi (parsiyel) diyebileceğimiz kasın çekme zorlanma ve kopma durumları ancak belirli sayıda fibrilin hasar gördüğü olgulardır. Damar ve konnektif dokunu bulunduğu yerde kopma olayı iç kanama (hematom) oluşumuna neden olur. Zar zedelenmesiyle kılcal damardan (kapiller) sızan kan kas içibasıncını artırarak ağrı ve fonksiyon yitimine yol açar. Bu şekilde kas için (intramüsküler) hematom olmayıp, kanın hücreler arası (interstiyel) alana kaçması ile daha aza ağrı hissi duyulur ve daha aza ciddi durum ortaya çıkar. İleriki dönemde sızan kana deride mora dönen, daha sonra da sararan bir renk alır. Bu renk değişikliği tam yaralanmanın üzerinde ya da yer çekiminin etkisiyle daha aşağı bölgede olabilir (15).



Şekil 4.1. Kalça ve Uyluk Yaralanmaları (24).

4.1.1.5. Kas Nodülleri

Kas nodülünün sebebi; kasın aşırı yorulması ve kas yorgunluk maddelerinin kas içinde birikmesidir. Özellikle aşırı yüklenme ile laktik asitin birikmesidir. Yetersiz eğitim, harekete alıştırmadaki yanlış olaylar, iyi bir

yaşam koşulu içinde olmamak, alkol, sigara kullanımı ve metabolik hastalıklar sonucu ortaya çıkabilir (15).

4.1.2. Tendon yaralanmaları

4.1.2.1. Tendon Yırtıkları

30 yaşından itibaren, tendon elastisitesini kaybetmeye başlar ve dejeneratif değişiklikler ortaya çıkar. Tendonların yapışma yerleri en fazla yükün bindiği ve kanla beslenmenin az olduğu yerlerdir. Bu nedenle tekrarlayan zorlamalar ve aşırı kullanımlar bu bölgelerde limitasyona neden olarak tendon yaralanmaları ortaya çıkarmaktadır. Tendondaki enflamasyon kuvvetin azalmasına, normal yük altında bile tendonda rüptürün ortaya çıkmasına neden olur. Bundan dolayı, sporcularda tendon rüptürlerini önlemek için yapılacak değerlendirmeler çok geçerlidir (15).

4.1.2.2. Tendinit

Aşırı kullanım nedeniyle tendon tutunma noktalarında minimal zorlanmalar olur. Tendonun bu kısımları kan dolaşımı daha zayıf olduğu yerlerdir. Sonuçta ortaya tendinit denilen yaralanma ortaya çıkar.

Kronik aşırı yüklenmelerde beraber tekrarlayan mikro travmalar, fokal enfeksiyonlar, iyileşmemiş sakatlıklar ve kötü antrenman koşulları(bilinçsiz antrenman programı, zemin, malzeme, kötü hava koşullar gibi) belli başlı nedenlerdir (14).

4.1.2.3. Tendon çevresi yapıların yaralanması

Tendonla kemik arasında sürtünme katsayısının azaltan bursa denilen kesecikler vardır. Bursalar bir tür koruma yastığı olarak görev yaparlar (14).

Bursitis, bursa'nın inflamasyonu ve irritasyonu sonucu gelişir, bursa şiş ve hassastır. Sıklıkla bağlı olduğu anatomik yapıların fazlaca kullanılması sonucu mekanik irritasyon Bursa diye adlandırılan ağırlı küçük sıvı keseciklere

bursit denir, yastıkçıklar tendon, ligament deri, kas, kemik aralarında bulunur ve aralarında devamlı tekrarlayan kayma hareketleri yapar ortaya çıkar nadir de olsa bazen bir bakteri enfeksiyonuna bağlı gelir (15).

4.1.3. Ligamet yaralanmaları

Bağlar (ligamentler) eklemler çevresinde kemik ile kemik arasında uzanan liflerdir(ön çapraz bağ, iç yan bağ gibi).Görevleri eklem çevresindeki kemikleri birbirlerine yakın tutmaktır. Kemikleri birbirinden ayrılmaya zorlayacak yüklenmelerde bağlar esneyerek uzayabilir veya kopabilir (36).

4.2. Kemik Doku Yaralanmaları

4.2.1. Kırık

Bir kemik veya kırıkdağın anatomik olarak bütünlüğünün bozulmasına kırık denir. Her kırık bölgesinde çevre yumuşak dokular da yaralandığı için olayın adı 'kırık hastalığı' olarak tanımlanmaktadır (65). Şekil 4.2'de olduğu gibi



Şekil 4.2. Kemik Doku Yaralanmaları (25).

Kırıklar kapalı veya açık olabilir. Kapalı kırıklarda, kırık ile dış çevre arasında bir ilişki yok iken, açık kırıklarda kırık dış çevre ile temastadır. Açık kırık ile parçalı kırık ayrı şeydir (63).

Açık kırıklar, kemiğin veya başka bir cismin deriyi delip geçmesi sonucu oluşur. Bu kırıklarda, kemik enfeksiyonuna (osteomyelitis) yol açan mikro organizmaların girme olasılığı ek bir kaygıdır (63).

4.2.2. Ezik

Kemik üzerine gelen kompressif ve kuvvetli bir darbe ile kemiğin üst tabakasının yaralanmasıdır (15).

4.3. Damar Yaralanmaları

Periferik damar yaralanmalarına günümüzde oldukça sık rastlanılmaktadır. Yaralanma sebebi yaşanan bölge ve sosyoekonomik düzeyle yakından ilişkilidir. Terör olayları, trafik kazaları, iş kazaları ve psikiyatrik sorunlar, buna bağlı intihar girişimleri ve kendine zarar verme eğilimleri sonucu periferik damar yaralanmalarının sayısında artış olmaktadır. Tüm travmaların yaklaşık %2-3'ünü vasküler travmalar oluşturmaktadır (64).

5. FUTBOLDA SIK GÖRÜLEN YARALANMALAR

5.1. Diz Yaralanmaları

5.1.1. Ön çapraz bağ yaralanmaları

Diz ekleminin dinamik ve statik stabilizasyonunda görev alan ön çapraz bağ (ÖÇB), travma sonrası dizde en sık yaralanmaya, uğrayan bağıdır (46). Şekil 5.1 'de görüldüğü gibi



Şekil: 5.1. Diz Yaralanmaları (23)

ÖÇB'in asıl fonksiyonu, dizin 30 fleksiyon pozisyonundan tam ekstansiyona gelişi sırasında tibiayı femur üzerine doğru eksternal rotasyona getirerek stabilize etmektir (2). Bu fonksiyon sırasında eksternal rotasyona karşı oluşan bir zorlama ÖÇB zedelenmelerine yol açar. ÖÇB yaralanmalarının büyük bir kısmı spor etkinliklerinin yapılması sırasında oluşmaktadır. ÖÇB zedelenmeleri tedavi edilmediği zaman dizde ilerleyici rotasyonel instabilite, menisküs yaralanmaları ve erken dejeneratif değişiklikler ortaya çıkar. Bu nedenle ÖÇB lezyonlarının tedavisinde cerrahi girişim yöntemlerinin olduğu kadar rehabilitasyon protokollerinde büyük önemi vardır (35).

Diz eklemi fonksiyonunun çokluğu ve yapısı itibari ile kemik bütünlüğü dışında, diğer eklemlerden daha fazla yumuşak doku desteğine ihtiyaç duyar (45).

5.1.2. Arka çapraz bağ yaralanmaları

Arka çapraz bağ(AÇB), ön çapraz bağın yaklaşık iki katı dayanıklıya sahip olduğu için yaralanmaları daha seyrek görülür. Genellikle izole olarak değil de dizdeki diğer yapıların en sık olarak diğer posterolateral yapıların yaralanmaları ile birlikte kombine olarak yaralanır. Temel olarak dizin tüm fleksiyon derecelerinde tibianını femura oranla arkaya yer değiştirmesi artmıştır (65).

5.1.3. Menisküs yaralanmaları

Diz ekleminin yapısındaki bağlar, menisküsler kemiksel yapılar ve çevre kasların ahenk içerisinde ilişkileri bir saatin çalışmasına benzetilebilir. Nasıl saatin dişlilerindeki bozukluk, saatin fonksiyonlarını olanaksız kılırsa, eklem yapı taşlarından birindeki bozuklunda eklem bütünü etkilemektedir. Bunlar içerisinde, futbolcuların sakatlıklarında, daima iki adet kırıkdağın önemi diğerlerinden çok daha fazla olmuştur. Kemikler arasında oturan bu iki popüler kırıkdağın menisküs ismi verilmektedir. Menisküsler insanda hareketlidirler ve bacak düz pozisyonda tutulduğunda önde, büküldüğünde ise arkaya doğru kayma hareketi yaparlar (18).

Meniskuslerde yırtıklar dizin normalden fazla içe veya dışa dönme zorlanmaları ile hareketlerinin engellenmesi sırasında oluşur. Yırtık oluşmasına en yaygın örnekler futbola ilgili olarak verilebilir. Çünkü futbolcular maç veya antrenmanlarda normal yaşamdan daha fazla yüklenmelerle karşılaşır. Futbolcunun kramponlu ayakkabı ile ayağı yerde sabit tutarken, hafif bükülü diz üzerinde pas verir veya topa vurur. Ayak sabit dururken diz üzerinde kontrolsüz veya anormal dönme ile meniskuslar aşırı yük altında kalırlar. Eğer yeterli adele gücü, bu yüklenmeleri karşılayamaz ise yırtık oluşması kaçınılmazdır. Bu yüzden kontakt sporlardaki menisküs yırtıkları genelde hafif bükülü diz üzerinde, eklem aşırı biçimde dönmeye zorlanması ile gelişir. Sakatlık yaralanmanın şiddeti ve süresiyle doğru orantılı olarak oluşur. Zaman içerisinde alınan önlemlere ve güçlü adele yapısıyla korunma bu

sakatlanma azalma ile sonuçlanması beklenmektedir. Ancak futbolda artan hız ve güç ilkesi yaralanma oranını azalmamasına yol açmıştır (18).

5.1.4. Patellar sublukasyon

Dizdeki tüm bağların koparak komple bir çıkığın oluşması enderdir. Ancak motorlu sporlar gibi yüksek akselerasyonlu aktivitelerde görülebilir. Bu tip çıkıklar damar ve sinir yaralanmaları nedeniyle komplikedir. Diz arkasında popliteal arterin 8 saatten çok baskı altında kalması bacağın amputasyonu ile sonuçlanır. Sahada yapılan ilkyardımda diz mümkün olduğunca düz pozisyonda tespit edilerek hastaneye taşınır. Ağrı kesici ilaçlar verilmez (34).

5.1.5. Patellofemoral ağrı sendromu

Patellofemoral problemler, en yaygın olarak karşılaşılan diz problemlerinden birisi olmakla birlikte tedavi yaklaşımları halen klinikte önemli tartışma konusudur. Patellofemoral eklem dizilim bozukluğunda kaynaklanan patellofemoral ağrı sendromu, patellar sublukasyon, tilt ve tiltle birlikte patellar sublukasyonu içerir. Vastus medialis obliquus kas zayıflığı, lateral retinaküler yapının gerginliği, Q açısının artması, ayakta aşırı pronasyon ve illiotibial bant –hamstring –gastrosoleus kas kısalıkları, eksternal tibial torsiyon, genuvalgum, femoral anterversiyon problemleri temel nedenlerdir (55).

5.1.6. Lateral ve medial kolletarel ligament sprain

Medial ve lateral koletarel bağ(MKL-LKL) diz eklemine stabilitesini sağlayan 4 ligamentten biridir, bu ligament diz eklemine lifler sayesinde kontrol eder ve sınırlar (42).

5.2. Ayak Bileği ve Ayak Yaralanmaları

5.2.1. Aşıl tendon yaralanması

Aşıl tendon yaralanması oyuncunun spora katılmasına zarar verebilir. İyi seviyedeki, dinç oyuncular ya da ara sıra katılan katılımcılar tendonda acı veren travmatik problemlerden ya da aşırı kullanım çeşitliliğinden acı duya bilirler. Benzer şekilde spor yapmayan insanlar da benzer yaralanmalardan zarar görebilirler (21). Şekil 5.2 'de görüldüğü gibi.



Şekil 5.2. Aşıl tendonunu anatomik yapısı (26).

Önceden tam olarak gerilmiş durumdaki aşıl tendonunu ani germe sonucu, ayak bileği gevşek ve strese hazırlıksız durumda iken zorlu ayak bileği dorsi fleksiyonu sonucu gelişir (2).

Aşıl tendiniti, sporcuların, özellikle uzun mesafe koşucularının sorunudur. Belirtileri çalışma şekli ve süresi ile ilgili olduğu için, koşucularda özellikle antrenman programı, deneyimi, alanı, ısınma süresi, koşulacak mesafenin uzunluğu ve ayakkabı gibi olası değişikliklere dikkat edilmelidir. Aşıl tendonu normalde bile basınca karşı duyarlı olduğu için bulgularda bu hususa dikkat edilmelidir. En ağrılı nokta tendonun tutunma yerinin üstündedir ve ağrı oradan başlayarak yukarı doğru tendon boyunca yayılır (54).

Aşıl tendon yırtığı; yürürken, koşarken, zıplarken baldırın arka alt kısmında duyumsanana acıyla karışık şiddetli ağrı, akut tendon yırtığında tipik belirtisidir. Baldır sıkıldığında ayakta hızla plantar fleksiyon oluşması gerekir. Plantar fleksiyon gerçekleşmezse, tendonda tam bir kopma var demektir (54).

Halı saha yaralanmalarını %50 'si aşıl tendon yırtığı şeklindedir. Aşıl tendonunun enflamasyon ve yırtığı en çok topuğa yapışma yerinin 2-6 cm kadar üst kısmındadır. Bu bölge fizyolojik olarak tendon kan dolaşımının en zayıf olduğu yerdir (34).

5.2.3. Ayak bileği burkulmaları

Çok sık rastlanan bir sorundur. Sıklıkla içe doğru olur ve ayak bileği dış ligamentleri (ATFL) değişik düzeyde hasar görür. Burkulmanın ciddiyeti ligamanların ne kadar hasar gördüğü ile ilişkilidir. Ağrı, şiş, renk değişikliği (kanama) en önemli bulgulardır. Tedavide ilk yapılacak şey üstüne basmamaktır. Ayak bileğini kontrol etmek için uzman olmayan kişilerin yapacağı zorlamalar olayın şiddetini büyütebilir. Soğuk uygulamak ve ayağı kalp seviyesinden yukarı kaldırmak şiş ve kanamayı azaltacaktır. Ayak bileği ateli ek zorlanmalara karşı koruyucu olacaktır. Kompresyon bandajı dolaşımı azaltarak olası kanamanın şiddetini azaltacaktır. Doktor önerisi doğrultusunda antienflamatuvar ilaç alınabilir. 24–28 saat soğuk uygulamaya (10–15 dak, 3 set, 2-3 saat ara ile) devam edilmelidir. Burkulmayı takiben ağrı, şiş gibi şikâyetlerden kurtulmak ve tekrar burkulma riskini azaltmak için ayak bileğinin rehabilite edilmesi gerekir. Birkaç aylık süreci alabilecek olan bu dönemde ayak bileğinin kuvvet ve duyuşal (propriyosepsiyon) özelliklerinin kazandırılması gerekir (62).

Ayak bileği burkulmaları (sprain) çoğu zaman bölgesel birçok yapının hasar görmesiyle sonuçlanır. Ayak bileği yaralanma riski spor branşlarına göre değişir. Basketbolda tüm yaralanmaların %45 'ini, futbolda %31 'ini voleybolda %50 si burkulmalar oluşur. Koşular sırasında düzensiz zeminde oluşan ayak bileği burkulmalarından muhtemelen "kronik dış ayak bileği instabilitesi" sorumludur. Bu nedenle tekrarlayan burkulmalar oluşur (34).

5.3. Kalça ve Uyluk Yaralanmaları

5.3.1. Gluteal strain

Gluteal starin kalça bölgesindeki kas grubunda. Gerilmiş(çekmiş kas) kaslar kas liflerinin gerilmesi veya yırtılması sonunda oluşur. Gluteal srain genellikle koşma veya atlama esnasında ortaya çıkar. Genellikle dansçılarda görülür. Kalça bölgesinde ağrı şeklinde belirti gözlenir ve genelde ağrı merdiven inerken veya çıkarken ağrı ve otururken ağrı gözlenir bacağın arkasına doğru kayabilir (20).

5.3.2. Kasık strain

Kasık uyluk ve abdominal bölge arasında kalmış bir bölgedir. Kasıktaki kaslar bacakların birlikte hareket etmesine yardım eder. Kasık bölgesinde sıklıkla yaralanmaya neden olan iki önemli kas vardır. M. Adduktor magnus (uyluğun iç tarafından aşağıya inen geniş kas) M. Sartorius (kalçanın dış tarafından başlayan, uyluğu çaprazlayan ve dizin iç kenarına yapışan daha ince bir kas) mekanizması tüm spor yaralanmalarının %2-5 ini oluşturur. Bir kasık yaralanması genellikle aşırı ekstansiyon, dönme, zorlu adduksiyon, koşma ya da eksternal rotasyonda sıçrama ile ya da kuvvetli bir itme ya da hareket kesildikten sonra oluşur. Bu gerilme kassal kontraksiyonun eksentrik fazı sırasında kassal birim aşırı zorlandığı zaman oluşur. Semptomları - küçük trokanter ve ischiopubic ramus boyunca ani, keskin, şiddetli ağrı- uyluğun iç tarafında veya kasık bölgesi boyunca ağrı ve hassasiyet- bacaklar bir araya getirildiğinde ağrı- dizler üzerine kalkıldığında ağrı (38).

5.3.3. Piriformis sendromu

Piriformis kasının kısalığı nedeniyle siyatik sinir üzerine gelen bası ile bacak arkasından tüm alt ekstremiteye yayılan ağrı oluşur. Lomber radikülopati ile bulgular karışabilir ancak bel muayenesi normaldir. Kalçanın internal rotasyona zorlanması ve kalça fleksiyonu ile ağrı artar. Tedavide piriformis kasını-germe egzersizleri yararlı olur. Bu sendrom kalçada derine yerleşmiş

priformis kasını geçen siyatik sinie irritasyonuna bağlı olarak meydana gelir. Siyatik sinirin inflamasyonu, bacağa doğru yayılan kalçanın arkasında hissedilen ağrıya neden olur (6).

Priformis kası kalçada derine yerleşmiştir ve uyluğun dış rotasyon yapmasına izin verir. Syatik sinir priformis kasını geçerek kalçadan bacağa uzanır. Eğer priformis kası olmayacak şekilde gerginse ya da spazm varsa syatik sinir inflamasyona veya irrite olmuş olabilir (6).

5.3.4. Hamstring strain

Uyluğun arka yüzünde üç kastan oluşan hamstring grubu kasları yer alır. Bu kas grubu, leğen kemiğninin alt bölgesinden başlayarak diz arkasında bacak kemiklerine yapışır. Hamstring grubu yani M.Semitendinosus, M.Semimembranosus ve M.Bicepsfemoris kasları kalça ve diz eklemi birbirine bağlaması anatomik dezavantajdır. Bu yapı nedeniyle kaslarda aşırı gerilme oluşur. Ani hareketler ve kontrol dışı zorlanmalar sakatlıkla sonuçlanabilir (34).

Uyluk önü (Quadriceps) kaslar ve hamstringler arasındaki güç dengesizliği başlıca sakatlık nedenidir. Hamstring kas kuvveti uyluk önü kaslardan %67 daha zayıf olan bazı sporcularda bu durum potansiyel sakatlık nedeni olarak kabul edilmiştir (34).

Bu kasların yaralanmaları tekrarlama eğilimleriyle dikkat çeker. Birinci derece, küçük kas zorlanmaları birkaç ay içinde ciddi bir kas yırtığına dönüşebilir tekrarlama olasılığı %25' tir (34).

5.3.5. İliotibial band sendromu

İliotibial band sendromu lateral femoral epikondil ve iliotibial bant arasındaki sürekli sürtünmeden kaynaklanan bir durumdur (17).

İliotibial bandın femurun lateral epikondiline sürekli sürtünmesi sonucu gelişen bir sendromdur. Tendinit ve bursit görülebilir. Uzun mesafe koşucuları, triatloncular, bisikletçiler ve diğer tekrarlayan diz fleksiyonu ile aktivite gösteren sporcularda sık görülür. Antrenman hataları (antrenmanın sıklığı, yoğunluğu ve süresindeki ani değişiklikler ve artışlar) bu tablonun başlıca nedenidir. Birçok anatomik faktör bu tablonun gelişmesine katkıda bulunur (genu varum, pes planus, subtalar varus ve valgus, tibia vara, anormal çıkıntılı lateral femoral kondil). Sporcular uzun mesafe koşularından sonra dizin lateral tarafında proksimale ve distale yayılan ağrıdan şikâyet ederler. Dizin lateralindeki ağrı sporcunun ısınması ile geçer. Fakat aktivitenin ilerleyen dakikalarında ağrı tekrar başlar ve aktivitenin devamını engeller. Ağrı uzun süreli tekrarlayan hareketler sonucu oluşur. Aralıklı koşularda sporcu ağrısının olmadığını söyler. Kronik ve ilerlemiş olgularda normal koşu esnasında da ağrı görülür. Bölge dokunmakla hassas ve şiştir. Bazen lokal ısı artışı da tabloya eşlik eder. Yokuş aşağı koşular ve bisiklet egzersizleri ağrıyı artırır (60).

5.4. Baş, Yüz Boyun Yaralanmaları

Baş ve boyun sakatlanmaları sporda en ciddi sakatlanmalardandır. Sporda çoğunlukla geriye dönüşü olmayan sakatlıklar oluşmaz, ancak bu konuda çok dikkatli olunmalıdır. Beyin ve omuriliği yakından ilgilendiren, hayati tehlikesi her zamana mevcuttur, bazen ölüm ya da kalıcı sakatlıklar olabilir (59).

Temas sporlarında ve sürat gerektiren branşlarda baş yaralanma riski yüksektir. Tamamen kazaya ya da şanssız bir travmaya bağlı olabileceği gibi yarışmanın şekline bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Futbolda bir çok travma başa yönelik olabilir şekil 5.3'de görüldüğü üzere. Kafa şutları başlıca tehlikedir. Futbol topu 700 gr. Kadar dır ve hızı bazen saatte 100 km yi bulur. Kafa ile buluştuğunda büyük bir darbe etkisine sahiptir (14).



Şekil 5.3. Baş, Yüz Boyun Yaralanmaları (30).

Baş ve yüz yaralanmaları, sportif faaliyetler sırasında oldukça sık karşılaşılan durumlardır. Özellikle temas sporlarında ve topla yapılan sporlarda baş ve boyun yaralanmaları ortaya çıkabilir. Tüm spor dallarında bu tür yaralanmalar görülmekle birlikte en sık karşılaşılan durumlar, binicilik, futbol, boks, cimnastik branşlarında olmaktadır (20).

En sık rastlanan klinik belirti bilinç kaybıdır. Kısa süreli koma veya çevreyle ilişkisinin kesilmesi, basit beyin sarsıntılarıyla karakteristik tablosudur. Kafa travmalarından korunmak için belirli prensiplere uyulması gerekir. Küçük bir travmanın daha çok ciddi sonuçlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Her şeyden önce fizik kondisyon ve tekniğin geliştirilmesi ve bu riski önemli ölçüde azaltmak mümkündür (33).

Kulak yaralanmaları; güreş, futbol, boks taekwondo, dalma, rugby gibi sporlarda iç ve dış kulak yapıları zedelenme tehlikesi vardır. Bu tür kulak travmaları sonucunda sporcuda işitme ve denge yeteneğini kayıpları yanı sıra estetik sorunlar yaşanır (34).

Sporda tüm göz yaralanmaları(oküler travma) önemli sağlık sorunu kabul edilir. Gözde dışarıdan çarpmalar ve basınç nedeniyle yaralanmalar oluşur.

Bununla birlikte çeşitli kimyasal maddelerin buluşması göze ciddi zararlar verebilir. Ülkemizde futbol sahalarının işaretlenmesinde halen kullanılan kireç sporcularda göz yaralanmalarına yol açabilir (34).

5.5. Omuz Yaralanması

Omuz hareket sınırları diğer hiçbir eklemden olmadığı kadar geniştir, her 3 planda (sagittal, koronal, horizontal) geniş hareket yapabilmektedir. Bu nedenle omuz bölgesinde değişik yaralanmalar ortaya çıkabilmektedir (36).

5.6. Dirsek Yaralanmaları

Dirsek eklemi, 3ayrı kemiğin eklem yüzlerini içeren, ön kola fleksiyon-ekstansiyon ve rotasyon yaptıran kaslar ile bağ, sinir ve damar dokularından oluşur. Radiusun ve unlanın üst uçları ile humerusun alt uçlarının yaptığı sinoviyal eklem doğal bir stabilitesi vardır. Dirseğin fonksiyonu tüm atma branşlarında, mücadele sporlarında, jimnastik, halter, tenis gibi sporlarda belirginlik kazanır (14).

5.7. El ve El Bileği Yaralanmaları

Pek çok spor dalında el ön planda kullanıldığı için el ve el bileği yaralanmalarına çok sık rastlanmaktadır. Bu tip yaralanmalar tüm spor yaralanmalarının %3–9'unu oluşturmaktadır. Amatör futbol oyuncularında bu oran %35'lere, profesyonel oyuncularında %15.5'lere düşmektedir. El –el bileği yaralanmalarına en sık basketbol, voleybol, futbol (topun elle tutulduğu pozisyonlarda ve kalecilerde) ve hentbol gibi topun elle tutulduğu spor dallarında, haltercilerde, cimnastikçilerde ve itme aktivitesinin yoğun olduğu spor dalları ile uğraşan sporcularda rastlanılmaktadır (13, 44).

Travmatik yaralanmalar daha çok temas ve çarpışmanın olduğu sporlarda görülür. Temas ve çarpışma sporlarına örnek olarak futbol, hokey, boks, judo gösterilebilir. Aşırı kullanım yaralanmaları tenis, golf gibi sporlarda sık görülür. Yaralanmaların %50'den fazlası yumuşak doku yaralanmaları

şeklindedir. El bileği fonksiyonları elin yakalama ve tutma aktiviteleri için aldığı pozisyonlarla ilgilidir. Ligamentler ve kemiklerin birlikte ve uyumlu hareketi mekanik olarak bu fonksiyonlar için gereklidir (60).

Buraya kadar sporda ve futbolda görülen yaralanma türleri genel hatlarıyla ortaya konmaya çalışılmıştır. Diğer bölümde ise spor yaralanmalarında ilk yardım ve ön tedavi yöntemlerinden bahsedilmiştir.

6. SPOR YARALANMALARINDA İLK YARDIM VE ÖN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

6.1. İlk Yardım

Spor sahalarında ilk yardım gereksinimleri öncelikle saha şartlarında karşılanmak durumundadır. Bu amaçla sağlık ekiplerini ve bulundurulacak tıbbi malzemelerin organizasyonu gereklidir. Birçok spor branşında sahada ilkyardımın nasıl yapılacağı oyun kuralları ile belirlenmiştir. Spor sakatlanmalarının önemli bir kısmı ön tedavi yöntemi ile baş edilebilecek sağlık sorunlarından (34).

Ön tedavi yöntemleri; soğuk, kompresyon bandajı, elevasyon (kalp seviyesi üzerinde tutma) ve istirahat uygulanmasıdır. Yaralanma anından başlayarak devreye giren vücudun kendisini onarma ve yenileme yeteneği ön tedavi yöntemleriyle desteklenir (34).

Doğası gereği değişen oranlarda sakatlanma veya yaralanma açık olan spor dallarında tedaviye erken başlayabilmek iyileşme süresini, harcanacak emek ve istenmeyen komplikasyonları ortaya çıkma riskini azaltır, Spora erken dönüşü sağlar. Sakatlanma olasılığına karşı, sporcu ile direkt ilgisi olan kimsenin ilk ve ivedi yardım bilgileri açısından aydınlatılması bazı durumlarda yaşam kurtarıcı olmaktadır (14).

Spor hekimliğinde ilk yardım ilkeleri şu şekilde sıralanabilir (14):

1. Yaşam desteğinin sağlanması
2. Sakatlığın ya da yaralanmanın daha ciddi durum almasının engellenmesi,
3. Tedavi olanakları yeterli değilse hastanın en uygun şekilde hastaneye taşınması
4. Toparlanma için mümkün olan en kısa sürede uygun tedavinin başlaması.

6.1.2. Sporcunun güvenliğini sağlama

Motor sporları, bisiklet yarışları, kayak yüzme, binicilik başta olmak üzere bütün spor dallarında meydana gelen kaza ve yaralanmalar sonrasında sporcuların güvenliğini sağlanmalıdır. Böylece sporcunun yeni bir kazaya maruz kalması ve muhtemel olumsuzlukları engellenmiş olunur (41).

6.1.3. Sahada bulundurulacak ilk yardım gereçleri

Spor karşılaşmalarında acil yardım ekibinin ileri yaşam destek ambulansıyla beraber hazır tutulmalıdır. Spor kompleksinde bulundurulması gereken temel tipik bir siyah hekim çantasından farklıdır. örneğim akciğer acilleri için; balon, valf, maske, değişik boylarda endotrakeal tüpler, oral havayolu gereçleri, oksijen tüpü, şırıngayla beraber iğneli kateter, biadeli larengoskop, beta antagozist inhaler şeklindedir (34).

Spor sahalarında yapılacak ilk yardım ve acil yardım önemlidir. Bu nedenle yaşam desteği sağlayacak personel ve malzemenin organizasyonu yapılmış olmalıdır. Saha içi akut yaralanmalarında ihtiyaç duyulacak malzeme ve ilk yardım çantasında ve spor kompleksinin içinde belirli bir noktada bulundurulur (34).

6.2.Ön Tedavi

Yaralanma meydana gelmişse; ilk adım, gerçeği ve yaralanmanın şiddetini erken teşhis etmektir. Ön tedavide hedef yaralanan bölgede ortaya çıkan ve şekilde gösterilen semptomlara yöneliktir (15).

Ön tedavinin hedefi; ağrıyı azaltmak, şişliği veya ezikliği minime indirmek ve hem ağrıyı azaltmak, hem de yaralanmış kısma gelebilecek yüklenmeyi önlemek için emin olunan bir derecede, immobilizasyon sağlamaktır.

6.2.1. Ön tedavi uygulama yöntemleri

6.2.1.1. Buz

Soğuk ya da genel olarak buz uygulaması spor sakatlıklarının tedavisinde ilk girişim olarak uzun zamandır yapıla gelmektedir. Burada, her şeyden önce akut sakatlanmalarda ilk yardım olarak uygulanan bu ile (ilk 24-49 saat için de 15 -30 dakikalık sürelerde) sakatlanmadan 2–3 gün sonra başlatılan tedavi edici soğuk uygulamayla karıştırılmamasını vurgulamak gerekmektedir(14).

6.2.1.2. İmmobilizasyon

Sakatlığın olduğu ilk aşmada antrenör veya sağlık görevlisi tarafından uygulanabilecek yaygın bir yöntemdir. Sakatlığın meydana geldiği bölgede daha fazla deformasyonu önlemek amacıyla uygulanan hareket azaltma yöntemidir. Bu yöntem ağrıyı, şişmeyi ve kas spazmını azaltır ve iyileşme sürecini başlatır (51).

6.2.1.3. Kompresyon

Çoğu durumda akut bir yaralanmaya hemen lokal basınç uygulaması soğuk ve elevasyonun önemli bir tamamlayıcısı, bazı durumlarda da onlardan daha öndedir. Yaralanma bölgesine dışarıdan basınç uygulaması kanamanın azaltılmasına ve sıklık oluşumunun önlenmesine yardımcı olur. Bu sıvı birikmesi için gerekli olan boşluğun mekanik olarak azaltılması aracılığıyla oluşur (43).

6.2.1.4. Elevasyon

Elevasyon yaralanmış bölgenin kalp seviyesinin üzerinde tutulmasıdır. Soğuk ve kompresyon ile birlikte uygulanan elevasyon dokudaki iç kanamayı azaltır. Kanın ekstremitelerde toplanmasında yerçekiminin etkisini ortadan

kaldırmak için yaralanmış vücut bölümleri, özellikle ekstermiteler mutlaka eleve edilmelidir (43).

6.2.1.5. İstirahat

Sporcu sportif aktiviteye dönene kadar aktif bir istirahat programı uygulanır. Sporcunun uygunluğu ve fiziksel performansı korumak için birçok aktivite formları iyileşmekte olan bölge ile karıştırılmadan ve zarar vermeden yapılmalıdır (15).

Yaralanmayı takiben ilk yardım ve ön tedavi uygulamalarından sonra sporcuya uygulanacak tedavi yöntemlerinden biri de fizik tedavidir. Fizik tedavi uygulamaları ise takip eden bölümde sunulmuştur.

7. FİZİK TEDAVİ

7.1. Spor Fizyoterapistinin Görevleri

Spor fizyoterapistinin birinci görevi spor yaralanmalarını tedavi ve rehabilite etmektir. Spor fizyoterapisti, hastanın fiziksel uygunluk düzeyini ve buna ne kadar ihtiyacı olduğunu bilmektir (15).

Yaralanmalarda fizyoterapist tarafından akut, acil durumlarda ilk yardım prensipleri uygulanıp, saha içinde yaralanan sporcunun değerlendirilir. Ön tedavi yöntemleri uygulanarak ve gerekli ise bir sağlık kuruluşuna sevk edilir, her türlü koruyucu ve destekleyici (bandaj, bantlama, splint)malzemeyi tatbik eder. Yaralanan sporcunun tedavi ve rehabilitasyonu sonucunda tekrar sahaya döneceği zamanın belirlenmesinde yardımcı olur. Yaralanmaların önlenmesinde ise spor hekimliğinde bilinen tüm yaralanmaların önlemeye çalışmasında yardımcı olur. Her türlü spor dalında sporcuya uygun koruyucunun seçilmesini ve sporcunun bu konuda bilinçlendirilmesini sağlar (15).

7.2. Masaj Tedavisi

Spor masajının yapılması gereken durumlar; yeni sakatlanan bölgeye masaj yapılması zedelenmeye artıracığından en aza 48 – 72 saat beklenmelidir. Hematom yoksa masaj yapılır. Akut enfeksiyonlarda masaj mikroorganizmaların yayılması neden olabileceğinden yapılmalıdır. Abse, lenfanjit, kıl kökü iltihabı gibi yerel sorunlarda o bölgeye masaj yapılması yerinde olur. Varis, flebit gibi damarsal bozukluklarda tromboz oluşabileceğinden masaj yapılmamalıdır (31).

Masaj, kasın aktif güç ve kuvvetini arttırmaz, her şeyden önce kasın gücü ve kuvveti ancak bilinçli egzersizlerle arttırılabilir. Masajın önde gelen etkisi kasın gerginliği üzerinedir. Artmış kas gerginliğinin düzenlenmesiyle kasın daha kuvvetle kasılması sağlanabilir ve çabuk yorulması önlenir. Masajın kas gerginliğini düzenleyici etkisi, kas içcikleri ve kan dolaşımı yoluyla olur.

Masajın amacı kondisyonel olarak daha üst düzeye ulaşabilmek ve gevşeme sağlayarak performansı arttırmaktır (31).

Masajın en önemli birincil etkisi kas gerginliği üzerindeki etkisidir. Bu, genel gevşemeyi sağlar. Ayrıca masajla kas ve bağ dokunun fonksiyonel ayrılması sağlanır, yapışıklıklar giderilir, dayanıklı ve hareketli doku oluşumu sağlanır. Vücutta en yaygın doku bağ doku olduğundan vücudun hareketinde çok önemli etkisi vardır. Kronik stres ve uzun süreli hareketsizlikte bağ doku sertleşir ve kalınlaşır, hareket genişliğini yitirir. Masaj bu durumu gidermek için idealdir. Masaj ile bu sorunlar ortadan kaldırılabilir. Ayrıca dokunun kansız kalmasından kaynaklanan ağrıların giderilmesinde de masaj etkin bir yöntemdir. Maksimum performans için uygun mental uyarım gerekir. Düşük düzeyli mental uyarım ağırlık, tembellik, uyku hali; yüksek düzeyli mental uyarım ise kaygı doğurur (31).

7.3.Bantlama ve Bandajlama

Bantlama; yapışkan bantlarla vücudun değişik bölgelerinde koruyucu ve destekleyici immobilizasyon yapılabilir (4).

Bantlamada temel rasyonel olarak korumak ve yaralanmış kısmı iyileşmesini optimal fonksiyonel düzeyde hareketini sağlamaktadır. Temel rehabilitasyonda aleti, bantlama iyileşmeyi artırmakta dikkatli kontraollü ölçülü aktiviteye erken izin verir (4).

Bandajlama ise; bandajlama esnek ve sert olmak üzere 2 biçimde yapılabilir. Esnek bandajlar çok daha genel kullanıma sahip olup esneyemeyen bandajlar daha destekleyici özelliklere sahiptirler. Bandaj, vücutta bulunan normal destekleyici dokuları fazladan destek verme amacıyla kullanılmaktadır. Bandajlamanın kullanım amaçları arasında sakatlanmayı önleme, tedavi rehabilitasyon ve proprioepsiyonu artırma da bulunmaktadır. Bandajlar, distalden, proksimale doğru spiral şeklinde veya ‘‘8 sarım ‘‘ şeklinde yapılabilir. Yukarıya doğru çıkıldıkça sargının basıncı azalır. Bazı özel durumlar dışında bandaj 4- 8 saatte bir çözülür yarım saatlik bir dinlenmeden

sonra tekrar sarılır. Bandajın sarımlarının bozukluğu her durumda sargı yeniden yapılır. Kas içi kanamalarda kompresyon bandajının 48 saatten fazla kalması gerekebilir (7).

7.4. Tedavi Metotları

Tedavi teknikleri, genellikle, spor fizyoterapisti tarafından kullanılan yöntemlerdir. Aktif ve pasif metotlarını içermektedir (15).

7.4.1. Pasif tedavi

7.4.1.1. İmmobilizasyon yöntemleri

Yaralanmış kısmın bandaj, yapışkan bant, ortez, atel, alçı vs. ile desteklenmesi gerekir, yaralanmanın şiddetine göre immobilizasyon süresi doğru ve yeterli olarak belirlenmelidir. Süre kısa olduğunda yaralanmanın tekrar şansı artmakta iyileşme gecikmekte, uzun olduğunda ise atrofi, kontraktür, ve adezyon gibi patolajiler açığa çıkmaktadır (15).

7.4.1.2. İstirahat

Sporcu sportif aktiviteye dönene kadar aktif bir istirahat programı uygulanır. Sporcunun uygunluğu ve fiziksel performansı korumak için bir çok aktivite formları iyileşmekte olan bölge ile karıştırılmadan ve zarar vermeden yaptırılmalıdır (15).

7.4.1.3. Fiziksel ve kimyasal ajanların kullanılması ve uygulanması

Fiziksel ve kimyasal ajanlar, sporcuya uygulanmasındaki hedef mucizevî bir şekilde yaralanmış dokuyu iyileştirmek değil, iyileşmeyi gerçekleştirmesi için dokuyu stimule etmek ve böylece egzersize hazırlamaktır (15).

7.4.1.3.1. Soğuk uygulama

Soğuk uygulamada, vücuttan ısı kaybettirerek dokuların temperaturü tedavi edici amaçla azaltılır. Fizik tedavide; travmadan sonra, kas iskelet sisteminin rehabilitasyonunda ve nöromusküler fonksiyon bozukluklarında soğuk ajanlar kullanılmaktadır. Soğuk uygulama, aynı zamanda erken dönemde ağrıyı azaltmak, ateşi düşürmek, kanamayı kontrol altına almak, travmatik orjinli ödem azaltma ve önlemek inflamasyona bağlı oluşan kas spazmını azaltmak, sapastisiteyi inhibe etmek amacı ile kullanılır (39).

Soğuk uygulamanın süresi ve sıklığı; soğuk paketleriyle, doğrudan deri üzerine yapılmayan soğuk uygulamalarda süre; bir seansta en az 12 -15 dakikadır. Yaralanmanın derinliği ve kişinin şişmanlığı gibi faktörler göz önünde tutularak bu süre 20 – 30 dakikaya kadar çıkabilir (34).

Enflamasyonun ilk devresinde yani akut devreden başlayarak 24 -72 saat süreyle soğuk tedavisi yapılır. Bir gün içinde birçok kez soğuk kompres yapılabilir. İlk gün; ağrı ve şişliğin derecesine göre her bir –iki saatte bir 15 dakikalık soğuk uygulama daha sonra 4 -6 saatte bir uygulama devam eder. Soğuk tedavisi “gerekirse “ 7- 10 güne kadar diğer yöntemlerle beraber sürdürülebilir. Ancak uzun süre soğuk uygulamalarına sürdürülmesinin, iyileşmede gecikme, sinir zedelenmesi, donma veya ödemde artışa neden olabileceği unutulmamalıdır (34).

7.4.1.3.2. Sıcak Uygulama

Spor hekimliğinde, sıcak uygulamasının çok çeşitli metotları vardır. Aslında bütün metotların göstermiş olduğu fizyolojik etki aynıdır. Bunlar arasındaki fark, bu fizyolojinin etkinin ulaştığı derinliktir. Mesela, yüzeysel sıcaklık uygulaması deri altına 1 -5mm derinliğine ulaşır ve ancak, deri böylece deri altındaki dokularda etkili olacak bir ısı oluşturur. Derin sıcaklık uygulaması ise daha derin nüfuz eder (2).

Yüzeysel Isı Tedavisi (Termoterapi): Hastalıklar ve sakatlıklarda sıcak uygulaması bilinen en eski tedavi şekillerindedir. Sıcak uygulama dolaşımı hızlandırır, toplardamar ve akkan dolaşımını destekler, hücre metabolizmasını ve iyileşme hızını artırır.

Nemli sıcak tedavisi: ısıtılmış su en sık kullanılan şeklidir. Hidroterapi denilen bu yöntem yalnızca yüzeysel sıcaklık artışı sağlamakta deri kötü bir iletken olduğundan derin dokuların etkilenmesi azdır.

Kuru Sıcak Tedavisi: Yayılan enerjinin dalga boyu ışık spektrumunda kırmızının ötesinde olduğundan infrared terimi kullanılmaktadır. Her iki tipte de ısı derinden ilerler ve 1,5 -2,5 cm. kadar derinde etkili olur. İnfrared bütün ısı uygulamalarında olduğu gibi yüzeysel hipertermi, damar genişlemesi yapar. Masaj, aktif ve pasif egzersizlerde için hazırlık niteliğinde etkisi vardır (14).

7.4.2. Aktif tedavi

7.4.2.1. Egzersiz teknikleri

Pasif egzersizler: Pasif egzersizler ile hareket tamamen hasta lehinde istemli kas aktivesi olmadan dışsal bir kuvvet tarafından oluşturulur. Pasif egzersizler tipik olarak travma oluşumundan sonra, daha ileri yaralanmayı oluşturmadan etkilenmiş yapılarda yeterli sağlamlığı kazandırmak için rehabilitasyonun ilk aşamasında kullanılır (63).

Aktif Yardımlı egzersizler: Bu egzersizler ek olarak dışsal bir kuvvet tarafından oluşturulan farklı istemli kas kasılması tarafından tamamlanan egzersizlerdir (15).

Aktif egzersizler: Aynı zamanda serbest aktif egzersizler olarak bilinen bu egzersizler hareketin tamamen kişinin istemli kas aktivasyonunu kullanarak yaptığı aktivitelerdir (15).

Hidroterapi: Su içinde egzersiz yapılmasını içerir. Hidroterapi kardiyovasküler uygunluğu artırmak, mobilize etmek, kuvvetlendirmek, hareketin koordinasyonu sağlamak ve nöromusküler sistemin fonksiyonunu yeniden kazandırmak için pek çok durumun tedavisinde kullanılır (15).

Aktif dirençli egzersizler: Dıştan uygulanan dirence karşı hareket etmek için istemli kontraksiyonunu kullanan tüm egzersizleri içerir. Aktif dirençli egzersizler izotonik ve izokinetik egzersizleri içerir. Şekil 7.1'de görüldüğü üzere



Şekil 7.1. Mavi Tüp Bant ile Yapılan Diz ve Kalça Hareketleri (29).

İzotonik egzersizler: Kasın kasılma derecesi içinde gerilimi sabit olan egzersizlerdir. izotonik egzersiz sabit dıştan gelen bir dirence karşı hareketi uygulamak demektir.

İzokinetik egzersiz sabit bir hızda hareketi içerir. İzokinetik egzersiz sırasında direnç sporcu tarafından çıkarılan güçle orantılı (15).

8. REHABİLİTASYON:

İskelet kas sistemi yaralanmalarında hastalar için rehabilitasyonun 4 fazdan oluşmaktadır (3).

Faz 1: Ek yaralanmaları sınırlamak, ağrı ve ödemin kontrolü: Bu hedefi gerçekleştirebilmek için kullanılan soğuk tedavi ilk 24 saatte mutlaka 2–3 saatte bu 10 – 20 dk. süreyle uygulanmalıdır. Yaralanan kısmın desteklenmesi ve kullanılmasının engellenmesi için akut dönemde bandaj, daha sonraki dönemde bantlama ortez kullanılır (15).

Ayrıca tens kullanımı yaralanmayı takiben ağrının tedavisi için kullanışlı bir tedavi yöntemidir.

Faz 2: Yaralanmış yapıların esnekliği, gücünün ve hareket Sınırının kazandırılması. Bu fazın ana prensibi hareket kaybına neden olan faktör ve faktörler tespit edilerek gerekli olan tedavi programının saptanmasıdır.

Yaralanmaların çoğunda hasta kas gücünü izometrik egzersizlerle başlatarak, egzersizler ağrısız ve yaralanmadan hemen sonra izometrik egzersizlere başlatarak devam ettirilebilir ve şekil 8.1’de görüldüğü gibi. İzometrik kasılma eklem hareketi olmadan kasların kasılması ile karakterize edilir. Rehabilitasyonun tüm evrelerinde en önemli ilke yukarıda belirtildiği gibi relative dinlenmedir (15).



Şekil 8.1. Tedavide Kullanılan Değişik Egzersiz Uygulamaları (28)

Terapatik egzersiz, en yüksek fiziksel uygunluk seviyesine ulaşmak ve mümkün olan en kısa sürede en büyük fonksiyonel derecesini sağlamak için planlanmış tüm hareketler olarak tanımlanmaktadır. Terapatik egzersiz normal eklem hareketini, kas fonksiyonunu, kardiovasküler uygunluğu ve propriosepsini korumak veya geliştirmek için kullanılabilir (2).

Faz 3: Yaralanmış yapıların dayanıklılığının, duyarlılığının, esnekliğinin ve gücünün ilerleyen düzeyde iyileşmesi: Sporla ilişkili beceri özelliklerinin spesifik gelişimini gerçekleştirilmelidir. Bu devrede kazandırılması ve eğitimi gereken önemli yaklaşım da yapılardaki şuurlu propriosepsin denilen derin duyunun ve reseptörlerin aktif hale getirilmesidir. Duyu, algı ve motor koordinasyon mutlaka tamamlanmalıdır. Koordine edilmiş beceri patenleri devamlı tekrar edilerek nörofizyolojik öğrenme geliştirilmiştir (15).

Faz 4: Fonksiyonel rehabilitasyonla yavaşça spora dönüş sağlanır. Futbolcuların, fonksiyonel rehabilitasyonu kullanarak kazandırılan tam esneklik, dayanıklılık ve güçten sonra spora adım adım dönmedir (15).

Fonksiyonel Rehabilitasyonun amacı: Yeniden yaralanma riskini minimale indirirken sporcuyu yaralanma öncesi aktivite seviyesine döndürmektir. Fonksiyonel rehabilitasyon aktiviteleri dinamik (kassal) mekanizmaların kullanılarak hem fonksiyonel stabiliteyi hem de spora özel becerilerin restore edilmesini planlamaktadır (2).

Fonksiyonel rehabilitasyonun ikinci amacı spora özel beceriler ve hareket patenlerinin restore edilmesidir. Çeviklik ve spora özel aktiviteler, fonksiyonel performansı yaralanma öncesi seviyesine döndürmek için gerekli olan fizyolojik ve psikolojik patenlerin temel yapısını oluşturmaktır (15).

Spora dönüş: Rehabilitasyonla ilgili işlemlerin tamamlanmasından ve tedavilerin kesilmesinden sonra en önemli konu, sporcunun yeniden aktif spor yaşantısına başlamasıdır. Bu kararın zamanında verilmiş olunmasının, sporcu için yaşamsal önemli vardır. Spora dönüş kararının erken verilmesi, yeniden sakatlanma riskini artırır ve yeniden sahalardan uzaklaşmaya neden olur.

Kararda geç kalınması ise sporcuda bedensel kayıplarla birlikte motivasyon azalmasına neden olur (33).

9. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

9.1. Araştırma Modeli

Araştırma tarama modelindedir. Tarama modeli geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle resmetmeyi esas alır (37).

9.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş ilinde amatör spor kulüpleri federasyonuna bağlı olarak futbol oynayan ve amatör futbol takımlarında yer alan 1050 amatör futbolcu oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise, Kahramanmaraş ili merkezinde amatör olarak futbol oynayan futbolcular oluşturmaktadır. Araştırma için gerekli veriler evrenden tesadüfi yöntemle belirlenmiş, amatör futbol kulüplerinde futbol oynayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 325 amatör futbolcuya anket uygulanarak elde edilmiştir.

9. 3. Verilerin Toplanması

Araştırma ile ilgili verilerin toplanmasında literatür taraması ve anket yöntemi kullanılmıştır.

9.3.1. Kaynak inceleme

Araştırma ile ilgili belirlenen amaçlara ulaşılabilmesi açısından konuyla ilgili yerli ve yabancı tez, makale, bildiri, kitap gibi çalışmalar incelenmiştir.

9.3.2. Anket uygulama

Kahramanmaraş ili merkezinde lisanslı olarak amatör futbol oynayan futbolculara anket uygulanmıştır. Anket uygulanmadan önce ilgili birimlerden gerekli yasal izinler alınmış, anketlerin tamamı sporculara uygulanmadan önce

50 kişilik futbolcu grubuna ön anket uygulaması yapılmıştır. Anketteki soruların sporcular tarafından doğru şekilde algılandığı anlaşıldıktan sonra ise anket çoğaltılmış ve gönüllü olarak çalışmaya katılan futbolculara anketin tamamı uygulanmıştır. Anketler sporculara antrenman sahalarında ve kulüplerinde uygulanmıştır. Anketin tamamlanması yaklaşık 10 dakika süre almıştır. Bu ankette elde edilen verilerle araştırmanın problemine çözüm aranmıştır.

9.4. Verilerin Çözümü ve Yorumu

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından son denetimden geçirildikten sonra veriler SPSS 11 paket programında değerlendirilerek çözümlenmiş, yüzde dağılımları bulunmuş, tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Elde edilen bulgular çizelgeler halinde gösterilerek, demografik bilgiler ve futbolcuların görüşlerinden elde edilen bulgular doğrultusunda da yorumlanmış ve öneriler sunulmuştur.

10. BULGULAR VE YORUMLAR

Çizelge 10.1. Araştırmaya Katılan Sporcuların Yaş Dağılımları

	f	%
10-15 yaş arası	76	23,4
16-18 yaş arası	130	40
19-21 yaş arası	80	24,6
22-24 yaş arası	21	6,5
25-40 yaş arası	18	5,5
Toplam	325	100

Çizelge 10,1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan amatör futbolcuların yaş dağılımlarının gruplandırılması aşağıdaki gibidir. Buna göre 10-15 yaş arası %23,4(n=76) , 16- 18 yaş arası %40(n=130), 19-21 yaş arası %24,6(n=80), 22-24 yaş arası %6,5(n=21) ve 25-40 yaş arası %5,5(n=18) amatör futbolculardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 325 amatör futbolcunun yaşlarının ortalaması $18,09 \pm 3,812$ dir. Futbolcuların en küçüğü 10, en büyüğü ise 36 yaşındadır.

Çizelge 10.2. Araştırmaya Katılan Sporcuların Cinsiyet Dağılımları

	f	%
Bayan	0	0
Erkek	325	100
Toplam	325	100

Çizelge 10,2’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan 325 amatör futbolcunun tamamının %100(n= 325) ‘de erkek olduğu belirlenmiştir

Çizelge 10.3. Araştırmaya Katılan Sporcuların Spor Yapma Yıllarına Göre Dağılımları

	f	%
1- 3	52	16
4- 5	81	24,9
6- 7	57	17,5
8- 9	37	11,4
10-20	98	30,2
Toplam	325	100

Çizelge 10,3.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sporcuların Ortalama spor yapma yılları $X=7,19 \pm 3,7$ yıl olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan 325, futbolcu arasında en az 1 en fazla ise 20 yıldır futbol oynayan vardır.

Çizelge 10.4. Futbolcuların Antrenman Öncesi Isınma Yapıp Yapmama Durumuna Göre Dağılımlar

	f	%
Evet	268	82,5
Hayır	57	17,5
Toplam	325	100

Çizelge 10,4'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sporcuların, spor yapmaya başlamadan önce, ısınma yapma durumları yukarıda verilmiştir. Sporcuların %82,5'nin antrenmanların başında ortalama 15dk. ısınma yaptığı, %17,5'ünün antrenman öncesi ısınma yapmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen değerlerden de anlaşılacağı gibi futbolcuların büyük çoğunluğu aktivite öncesi ısınma yapmaktadır.

Çizelge 10. 5. Sporcuların Antrenman Öncesi Esneklik Yapmalarına Göre Dağılımları

	f	%
Evet	263	80,9
Hayır	62	19,1
Toplam	325	100

Çizelge 10.5’de görüldüğü gibi Araştırmaya katılan sporcuların %80,9’sinin antrenmanların başında 3-5dk, esneklik çalışması yaptığı, %19,1’inin ise antrenman öncesi esneklik çalışması yapmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen değerlerden de anlaşılacağı gibi sporcuların tamamına yakın bir kısmı esneklik çalışması yapmaktadır.

Çizelge 10.6. Kullanılan Spor Malzemelerinin Spora Uygunluğuna İlişkin Görüşler

	f	%
Evet	290	89,2
Hayır	35	10,8
Toplam	325	100

Çizelge 10. 6’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan sporcuların %89,2’ü spor yapmaya uygun malzemeler kullandıkları, %10,8’nin uygun olmayan spor malzemeleri kullandıkları tespit edilmiştir. Elde edilen verilerden de anlaşılacağı gibi sporcuların neredeyse büyük çoğunluğu spor yapmaya uygun malzemeler kullanmaktadır.

Çizelge 10.7. Spor Sakatlıklarından Korunmalarına Göre Dağılımlar

	f	%
Evet	267	82,2
Hayır	58	17,8
Toplam	325	100

Çizelge 10,7’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sporcuların %82,2’sinin spor esnasında sakatlıklardan korunmaya dikkat ettiği, %17.8’nin ise spor esnasında sakatlıklardan korunmaya dikkat etmediği belirlenmiştir. Bu değerlerden de anlaşılacağı gibi sporcuların çoğunluğu yaptıkları sporun riskine göre sakatlıktan korunmaya dikkat ettiği görülmektedir.

Çizelge 10. 8. Antrenman Ortamının Yapılan Spora Uygunluğuna İlişkin Sporcu Görüşleri

	f	%
Evet	176	54,15
Hayır	149	45,85
Toplam	325	100

Çizelge 10,8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan 325 sporcudan 176’sının (%54,15) uygun ortamlarda spor yaptığı, 149’unun (%45,85) ise uygun olmayan ortamlarda spor yaptığı tespit edilmiştir. Sporcuların büyük bir kısmı uygun olmayan ortamlarda spor yapmakta ve bu durum sakatlanmalar için bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Çizelge 10.9. Sporcuların Spor Yaralanmalarına İlişkin İlk Yardım Bilgi Düzeylerine İlişkin Dağılımları

	f	%
Evet	160	49,23
Hayır	165	50,77
Toplam	325	100

Çizelge 10,9'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sporcuların ilk yardım bilgi düzeyleri durumları incelendiğinde %49.23'sünün ilk yardım bilgisine sahip olduğu, %50,77'ünün ilk yardım bilgisine sahip olmadığı gözlenmektedir. Bu değerlerden de anlaşıldığı gibi araştırmaya katılan sporcuların yarısı ilk yardım konusunda bilgisiz durumdadırlar.

Çizelge 10.10. Daha Önce Spor Yaralanmaları ve İlk Yardım Konusunda Eğitim Almaların Dağılımları

	f	%
Evet	137	42,2
Hayır	188	57,8
Toplam	325	100

Çizelge 10.10'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan amatör futbolcuların ilk yardım konusunda eğitim alanların oranı %42,2 iken eğitim almamışların oranı %57,8'dir. Buradan da anlaşılıyor ki amatör futbol oynayan futbolcuların büyük bir kısmı eğitim almamış durumda ve ilk yardım konusunda bilgi sahibi değillerdir.

Çizelge 10.11. Sporcuların İlk Yardım Uygulamalarını Nereden Öğrendikleri İlişkin Dağılımları

	f	%
Kurs	13	9,49
Beden eğitimi Öğretmeni Antrenör	64	46,72
Okul dersleri	52	37,96
Diğer	8	5,84
Toplam	137	100

Çizelge 10.11’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sporculardan %9,49’u ilk yardımı kurs alarak öğrendikleri, %46,72’si beden eğitimi öğretmeni veya antrenöründen, %37,96’sı okul derslerinden, %5,84’nün diğer yerlerden öğrendikleri belirlenmiştir. Elde edilen değerlerden de anlaşıldığı gibi, sporcular ilk yardımı çoğunlukla beden eğitimi öğretmeni veya antrenörden öğrenmektedirler.

Çizelge 10.12. Sakatlanan Futbolcuların Geçirmiş Oldukları Sakatlık Türüne Göre Dağılımları

	Ezilme- Morluk	Kas Sakatlığı	Çıkık	Burkulma	Kırık	Diğer	Toplam
f	40	30	16	51	23	8	168
%	%23,8	% 17,9	%9,5	%30,4	%13,7	%4,8	%100

Çizelge 10.13’de geçirilen sakatlık türlerinin oranlarının dağılımına bakıldığında amatör futbolcularda en fazla %30,4 burkulma, %23,8 ezilme – morluk, %17,9 kas sakatlığı, %13,7 kırık ve %9,5 çıkık meydana gelmektedir.

Çizelge 10.13.Sakatlanan Sporcuların Sakatlık Oluşma Nedenlerinin Sebeplerinin Dağılımları

	Kendi Hatamdan	Hava Koşulları	Spor Aletleri	Diğer	Toplam
f	60	29	28	51	168
%	%35,7	%17,3	%16,7	%30,4	%100

Çizelge 10.13’de görüldüğü gibi sakatlıkların oluşma nedenlerinin dağılımına göre bakılacak olursa %35,7 kendi hatamdan, %30,4 diğer, % 17,3 hava koşulları ve % 16,7’nin ise spor aletlerinden kaynaklandığı bulunmuştur,

Çizelge 10.14. Sakatlık Esnasında Yapılan Aktivitelerin Dağılımları

	Isınma	Antrenman	Maç	Diğer	Toplam
f	19	29	108	12	168
%	%11,3	%17,3	% 64,3	%7,1	%100

Çizelge 10.14’ de görüldüğü gibi sakatlık sırasında sporcunun hangi aktiviteyi yaptığının oranlarının bakılacak olursa en çok spor yaralanmaları %64.3 ile maç esnasında meydana gelmiştir. Araştırmaya katılan 325 amatör futbolculardan 168 tanesi spor yaralanması geçirmiştir ve bunlardan 108 tanesi ise maç esnasında yaralanmıştır.

Çizelge 10.15.Spor Sakatlığında Takımınız Size Maddi ve Manevi Yardım Etme Durumunun Dağılımları

	f	%	Toplam
Evet	64	%38,1	168
Hayır	104	%61,9	%100

Çizelge 10.15’de görüldüğü gibi spor sakatlığında takımın sporcuya yardım etme durumu dağılımına göre, amatör futbolcuların spor yaralanması geçirenlere takımın maddi ve manevi destek sağlama oranı% 38.1 iken ve yardım etmeme durumu % 61.9 ‘dır. Buna göre amatör kulüplerin spor sakatlığı sonrası amatör futbolcularla yeterince ilgilenilmediği anlaşılmaktadır.

Çizelge 10.16. Sakatlık sonrasında futbolcunun neler yaptığına ilişkin Dağılımları

	Devam edemedim	Hiç birşey yapmadan devam ettim	İlk yardımdan sonra devam ettim	Sporu tamamen bıraktım	Diğer	Toplam
f	88	27	35	7	11	168
%	%52,4	%16,1	%20,8	%4,2	%6,5	%100

Çizelge 10.16’da görüldüğü gibi sakatlık sonrasında futbolcunun neler yaptığı”ilişkin dağılımlarına göre % 52.4(n=88) devam edemedim ,%20.8(n=35) de ilk yardım sonrası devam ,%16.1(n=27) hiçbir şey yapmadım ve % 4.2(n=7) ‘de sporu tamamen bıraktığını belirtmiştir.

Çizelge 10.17. Sakatlanma Sonrasında Fizik Tedavi Uygulanma Oranın Dağılımları

	Evet	Hayır	Toplam
f	63	105	168
%	%37,5	%62,5	%100

Çizelge 10.17’de görüldüğü gibi sakatlanma sonrası sporcuya fizik tedavi uygulanma dağılımına göre %62,5’ine fizik tedavi uygulanmamış ve %37,5’ine ise uygulanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Kahramanmaraş ilinde amatör futbolcuların spor sakatlığı sonrasında fizik tedavi uygulamalarını bilmemekte veya bu imkânı amatör kulüpler bu yönde maddi ve manevi destek olmamaktadırlar.

Çizelge 10.18. Sakatlanma Sonrası Sahalara Dönüş İçin Etkin Bir Rehabilitasyon Programına Katılma Oranlarının Dağılımları

	Evet	Hayır	Toplam
f	32	136	168
%	%19	%81	%100

Çizelge 10.18.de görüldüğü üzere sakatlanma sonrası sahalara dönüş için sporcunun etkin bir rehabilitasyon programına katılma dağılımına bakıldığında; amatör futbolcuların %80,1 kısmının katılmadığı anlaşılmaktadır.

Çizelge 10.19. Spor Sakatlanması Sonrası İyileşme Sürecinin Dağılımları

	Kendiliğinden iyileştim	Dinlenme ile iyileştim	Dinlenme ve terapatik	Tıbbi müdahale	Henüz iyileşmedim	Toplam
f	41	57	32	30	8	168
%	%24,4	%33,9	%19,0	%17,9	%4,8	%100

Çizelge 10.19’da görüldüğü üzere spor sakatlığı sonrası iyileşme sürecinin dağılımına göre %33,9 dinlenme ile, %24,4 kendiliğinden, %19 dinlenme ve terapatik egzersizler, %17,9 tıbbi müdahale ile ve %4.8’lik kısmı henüz iyileşmemiş olan gruptan oluşmaktadır. Geçirilen sakatlanmanın ciddiyeti önemli olmakla birlikte spor sakatlığı sonrası iyileşmede ağırlıklı olarak dinlenme ve kendiliğinden iyileşme yoluyla iyileş ilmiştir.

Çizelge 10.20. Futbolcuların Sakatlık Sonrasında Spordan Ne Kadar Uzak Kaldıklarının Dağılımları

	1-3 gün	4-7 gün	2-3 hafta	1-2 ay	3 aydan fazla	Toplam
f	26	39	48	33	22	168
%	%15,5	%23,2	%28,6	%19,6	%13,1	%100

Çizelge 10.20’de görüldüğü üzere sakatlık sonrasında yaptığınız spordan ne kadar uzak kaldınız sorusunun oranına bakıldığında geçirilen sakatlanma 28,6 ile (2-3 hafta), %23,2 ile (4-7 gün) , %19,6 ile (1-2 ay), %15,5. ile (1-3 gün) ve en sonuncusu %13,1 ile (3 aydan fazla) şeklindedir.

Çizelge 10.21. Sakatlık Sonrası Tedavi Sorunları Nedeniyle Ailenin Sporcuya Verdiği Desteklere Göre Görüşleri

	Evet	Hayır	Toplam
f	64	103	167
%	%38,3	%61,7	%100

Çizelge 10.22’de görüldüğü üzere sakatlık sonrasında tedavi sorunları nedeniyle aileniz sporu bırakmanız için sizi uyardığına ilişkin sporcu görüşlerine bakıldığında büyük çoğunluğu %61,7(n=103) uarmamış ve futbola devam etmesinde bir sakınca bulmamıştır. %38,3(n=64)’lük kısımda aile amatör futbolu bırakması yönünde uarmıştır.

Çizelge 10.22. Amatör Futbolcularda Görülen Spor Yaralanmalarının Anatomik Bölge Dağılımları

Sakatlanan Futbolcu	Baş	Omuz	Üst kol	Dirsek	Önkol	El	Sırt	Bel	Kalça	Uyluk	Diz	Aşıl Tendonu	Ayak bileği	Ayak	Parmak	Toplam
f	3	9	2	3	5	15	2	6	2	4	34	3	49	25	6	168
%	%1,8	%5,4	%1,2	%1,8	%3	%8,9	%1,2	%3,6	%1,2	%2,4	%20,2	%1,8	%29,2	%14,9	%3,6	%100

Çizelge 10,22’de görüldüğü üzere spor yaralanma anatomik bölge dağılımlarına göre en çok yaralanmanın ayak bileğinde %29,2, diz %20,2 ve ayak %14,9 kısmında olduğu görülmektedir futbolda daha çok spor yaralanmalarının alt ekstremitelerde olduğu anlaşılmıştır.

Demiöz 'ün 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada GSGM 'e ait olan Kahramanmaraş İlindeki spor tesislerinin, fiziki kapasitelerinin, sağlık imkanlarının, güvenlik olanaklarının, spor tesislerinde görev yapan antrenör ve tesislerden yararlanan sporcuların, mevcut istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılayamadığı belirlenmiştir (11).

Ergen'in 1986 yılında yapmış olduğu çalışmada, sakatlanma olasılığına karşı, sporcunun kendisine veya sporcuya direk ilgisi olan kimselerin ilk yardım bilgileri açısından aydınlatılmasının bazı durumlarda yaşam kurtarıcı olduğu belirtilmiştir (14).

Can'ın 1997 yılında yapmış olduğu çalışmada alt yapı tesislerinin yetersiz veya hiç olmayışı, gerekli araç gereçlerin bulunmayışı, sporun kısmen bilinçsizce uygulanışına bağlı olarak sakatlıkların yaşandığı belirtilmiştir (9).

Açak 'ın 1995 yılında İnönü, Niğde ve Erciyes Üniversitesinde yaptığı çalışmada, beden eğitimi derslerinde meydana gelen sakatlıklarda, rehabilitasyonun bilinçli ve yeterli bir şekilde olmamasına bağlı olarak sakatlanma riskinde artırdığı belirlenmiştir (1).

Diniz ve Ketenci'nin 2000 yılında yapmış olduğu çalışmada sakatlıkların % 60-70 'nin maç sırasında % 30 -40 'ının ise antrenman sırasında oluştuğunu belirtmiştir (12).

Taşkın'ın 2002 yılında Konya'da çalışmada, aktivite öncesi yapılan ısınma ile sporcuların, muhtemel olabilecek sakatlıklardan korunduğu, anaerobik performansların artırdığını, böylece sporcudan daha iyi verim alındığını tespit edilmiştir. ısınma, antrenör ve sporcular tarafından iyi bir şekilde uygulandığı zaman pratik olarak sportif performansta verimliliği artırdığı görülmüştür (53).

Gelen'in 2008 yılında yapmış olduğu farklı ısınma protokollerin sıçrama performansına akut etkisi adlı çalışmasında, statik germenin ısınmanın içine katıldığında dikey sıçrama performansında belirgin düşüş olmasına

karşın, dinamik tipte ısınma egzersizleri ile bu performanslarda artış olmasdır. Bu araştırma ile dinamik tipte ısınma egzersizlerinin dikey sıçrama gibi yüksek güç üretimi gerektiren aktivitelere hazırlanmak için statik germe uygulamalarına göre daha üstün olduğuna dair kanıtlar sunulmuştur (19).

Ünal'ın 1987 yılında yapmış olduğu çalışmada spor yaralanmasına sebep olan ortam incelendiğinde, yarışma sırasında 61 kişinin, Antrenman sırasında 49 kişinin, Serbest kayarken 63 kişinin, Hoca veya antrenör nezaretinde ise 27 kişinin sakatlandığı görüldüğünü belirtmiştir. Sakatlanma nedenleri incelendiğinde ise, 27 kişinin kullandığı malzeme ile, 33 kişinin kayak pistine bağlı olarak, 35 kişinin antrenmansızlık sonucu, 31 kişinin fiziksel yetersizlik, 52 kişinin spora yeni başlama, 22 kişinin de antrenör veya kayak öğretren kişiye bağlı olarak sakatlık geçirdiğini belirtmiştir (61).

11. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre ulaşılan sonuçlar şunlardır;

Araştırmaya katılan sporcuların tamamı erkek, sporcuların futbol harici en fazla yaptıkları spor basketbol olarak bulunmuştur. Sporcuların büyük kısmının antrenman öncesi ısınma ve esneklik çalışmalarını, yaptığı belirlenmiştir.

Spor esnasında sporcuların büyük bir kısmının uygun malzeme kullandıkları belirlenmiştir. Ancak bunun yanında uygun malzeme kullanımına dikkat etmeyen sporcuların da bulunduğu görülmektedir.

Sporcuların çoğunun sakatlıklardan korunmaya dikkat etmelerine rağmen sakatlık geçirdikleri belirlenmiştir. Sporcular aktivite esnasında her ne kadar korunmaya dikkat etseler de uygun olmayan spor alet ve malzemeleri, spor tesisleri vb. çevresel koşullara bağlı olarak yaralanmalar gelişebilmektedir. Bu konuda antrenör ve öğretmenlerin sporculara bilgi vermelerinin sporcuların yaralanmalarını önlemede etkili olabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan amatör futbolcuların uygun olan ortamlarda spor yapmalarına rağmen sakatlık geçirdikleri belirlenmiştir. Bu sakatlıklar rakip oyuncudan veya oyun kurallarına yeterince uyulmamasından kaynaklanabilir.

Amatör futbolcuların sakatlıklarının, sporcunun kendi hatasından kaynaklanmasının yanı sıra kullanılan spor aletlerinden kaynaklandığında saptanmıştır (Çizelge 10.13). Bu bakımdan spor alanlarında kullanılan spor aletlerinin spora uygun düzenlenmesi gerekmektedir. Uygun olmayan malzeme kullanımı sporcunun vücudunda kalıcı sakatlıklar oluşturduğu gibi sporcunun sahalardan uzaklaşmasına da neden olabilmektedir.

Amatör futbolcuların, spor esnasında kullanılan malzemelerin spor sakatlıklarını önlemedeki katkısı sağladığının öğretilmesi ve bununla ilgili olarak eğitim verilmesi gerekmektedir. Sporcuların spor yaptıkları yerle ilgili önlemler alması, kullandıkları spor malzemelerinin kaliteli olması, spor

yaparken koruyucu malzemeler kullanması, sporcuların sağlık muayeneleri ve geçirilmiş sakatlıklarla ilgili tedavi görmesi, oluşabilecek sakatlıkları önemli lde önlediği bilinen bir gerçektir. Özellikle spor alanlarındaki ve tesislerin sakatlığı önleyici şekilde yeniden düzenlenmesinin, koruyucu bariyerlerin yapılmasının, spor alanlarının zemin ve vresel koşullarının sakatlığa neden olmayacak şekilde yeniden düzenlenmesinin spor sakatlıklarını önlenmesinde önemli bir adım oluşturabileceği söylenbilir.

Amatör futbolcuların, ilk yardım konusunda bilgi düzeylerinin yeterinde gelişmediği görülmektedir (izelge 10.9). Oysaki sakatlık anında uygulanacak doğru ilk yardım hem sakatlığın tedavisinde hem de spora tekrar dönüşü olumlu yönde etkilemektedir. Aynı zamanda sporcuların ilk yardım konusunda yeterince bilgilendirilmeleri durumunda, hem spor sakatlıklarına karşı ilk yardım, hem de sakatlanma sonrasında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının, doğru yapılabileceği söylenbilir.

Amatör futbolcuların ilk yardım uygulamaları hakkındaki bilgileri de daha çok antrenör veya beden eğitimi öğretmeninden öğrendikleri görülmektedir. Bu da bize ilk yardım konusunda yeterli eğitim almış antrenör ve beden eğitimi öğretmenin sporcunun informal eğitiminde olumlu katkı sağlayacağını göstermektedir.

Amatör futbolcuların çoğunluğu ma esnasında sakatlanmaktadır. Bu durumun maçın atmosferine, kazanma hırsına, tam anlamıyla iyileşememeye, hava şartlarına ya da hakemin kötü ma yönetiminden de kaynaklanmış olabileceği söylenbilir.

Sporcular genelde burkulma-incinme ve ezilme-morluk şeklinde olan, basit düzeydeki sakatlıklarla karşılaşmaktadırlar. İlave olarak aynı yerden sakatlık geçirme oranlarının da düşük olduğu görülmektedir.

Spor yaralanmalarının büyük bir kısmı alt ekstremitede meydana gelmektedir. Bu araştırma ile elde edilen bulgularda spor sakatlık bölgelerin dağılımının literatür ile (14) benzer olduğu ve en fazla ayak bileği ve daha

sonrasında dizde meydana geldiği görülmektedir. Çünkü futbol genellikle alt ekstremitenin yoğun kullanıldığı (koşu, şut, sıçrama, dripling gibi) bir spor görünümündedir. Bu da daha çok sakatlanmaların alt ekstremitelerde oluşmasına yol açmaktadır.

Yaralanmanın hemen sonrasında gelişen ağrı, ödem, hareket kaybı, vb. olaylara bağlı olarak, sporcuların yaralanma sonrasında maça devam edemedikleri ve ilk yardım müdahalesi yapıldıktan sonra maça/antrenmana devam ettikleri belirlenmiştir.

Yaralanma sonrası fizik tedavinin, sakatlık sonrasında toparlanmayı hızlandırdığı ve kalıcı hasarları önlediği göz önüne alınırsa, amatör futbolcuların %62,5 ile %81 oranında tedavi görmemeleri oldukça büyük bir orandır. Ancak çizelge 12 ve 22'deki sakatlık bölgeleri ve sakatlık türleri (burkulma-incinme, ezilme-morluk, kas sakatlığı, kırık ve çıkık) incelendiğinde, sporcuların her ne şekilde olursa olsun, yaşadıkları sakatlıklara bağlı olarak sporcuların bir kısmı bile olsa, mutlak bir tedaviye ihtiyaç duyabilirler. Bu konuda sporla uğraşan her birey fizik tedavi ve rehabilitasyonun gerekliliğini bilmeli ve konuyla ilgili gerekli uzman kişiler tarafından bilinçlendirilmelidir (Çizelge 10.17 ve Çizelge 10.18).

Yaşanılan sakatlıklara bağlı olarak ailelerin çocuklarına sporu bırakmalarına yönelik olarak %38,3 baskı yaptıkları belirlenmiştir. Bu sonuçtan da anlaşıldığı gibi çocukların fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarından yeterince yararlanmayıp sakatlığı uzun sürmesinin spordan uzaklaşmaları için bir zemin oluşturduğu söylenebilir (Çizelge 10.21).

Spor sakatlıklarına maruz kalan amatör futbolcuların sakatlıklarının uzun sürmesi durumunda, Futbol sakatlıklara yol açan bir eylemiş gibi algı oluşturup, sakatlanan insanlar oluşturan bir spor gibi hissedilmesine ortam hazırlayabilir ve bu bağlamda futbolcunun kendi akranlarının da futbola katılımlarını olumsuz etkileyebileceği söylenebilir.

Sonuç olarak, spor yaralanmaları sporcunun performansını olumsuz etkileyip belki de sporculuk hayatını sonlandıran istenmeyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan sportif faaliyetler hangi alanda olursa olsun, profesyonelliğe geçiş dönemine kadar, sporcunun yaralanma riski yüksektir. Hatta profesyonel dönemde de, sporcu yaralanma ile karşı karşıyadır.

Futbolda genellikle gözlenen yaralanmalar, aşıl tendonu kopması, bağ zedelenmeleri, su toplaması, kırıklar, kasık zorlanması, diz eklemleri kırıkta zedelenmeleri, kas lifi kopması, kas ezilmeleri, kas zorlanmaları, kesikler, yırtıklar, çıkıklar ve burkulmalar şeklinde görülmekte olup ciddi sakatlıklara yol açabilmektedir. Bu nedenle, kalıcı sakatlıklara yol açmadan tıbbi tedavisinin derhal yapılması gerekmektedir. Yaralanan futbolcuların vakit geçirmeden spor hekimine veya alanında uzman spor fizyoterapistine başvurulması gerekmektedir. Aksi takdirde bu durum, telafisi zor ciddi sakatlıklara yol açabilir. Aynı zamanda futbolcuların formal ve informal olarak spor rehabilitasyonu ve sakatlıklara müdahale konusunda bilinçlendirilmesinin de yararlı olabileceği söylenebilir. Yaralanma konusunda doğru eğitim almış, bilinçli bir futbolcu maç/antrenman öncesi, maç/antrenman esnası ve maç/antrenman sonrasında gereken tüm önlemleri alması durumunda spor yaralanmalarının önüne büyük ölçüde geçebileceği söylenebilir.

ÖNERİLER

1. Yetersiz ısınma ve soğuma yapılması yaralanma riskini arttırdığından, sporcular antrenman ve müsabaka öncesinde ısınma hareketlerine, sonrasında soğuma hareketlerine gereken süreyi ayırmalıdır. Isınma ve soğuma evrelerinde yeterince stretching (açma-germe) hareketleri yapılmalıdır.
2. Tedavi edilmeyen spor yaralanmaları yaralanma riskini arttırdığından geçirilmiş spor yaralanmaları uygun şekilde tedavi edilmelidir.
3. Sporcuların ilk yardım uygulamaları konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalarının sakatlık sürecinin daha kısa olmasını ve bunun yanı sıra spordan uzun süre uzak kalmalarını engelleyeceği kanaatindeyiz.

4. Sporcuların uygun ve yeterli düzeyde fizik tedavi görmelerinin sakatlıklarının seyrini olumlu yönde etkileyeceği ve daha kısa sürede spora dönüş sağlayacağı kanaatindeyiz
5. Sporcuların sakatlık sonrası tam ve etkin bir rehabilitasyon programına katılmalarının tekrarlayan sakatlıkları ciddi ölçüde önleyeceği kanaatindeyiz.
6. Sakatlanmaların en çok alt ekstremitede oluşması, salon ve saha zeminin kötü olması yanında sporcuların uygun malzeme seçmediğinden ileri gelmektedir. Spor yapılan ortamların özellikle spor salonları ve tesislerin fiziki şartlarının düzeltilmesinin sakatlanma riskini önemli ölçüde azaltacağı kanaatindeyiz.
7. Yaralanma geçiren sporcular mutlaka hekim kontrolünden geçmelidir. Ülkemizde yaralanmalar oluştuğundan sonra dahi hekime başvurma oranı çok düşük bir düzeydedir. Yaralanmaların önlenmesinde hem de sağlıklı spor bilincinin oluşturulması açısından hekim kontrolü büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda, sporcu sağlık muayeneleri ile yaralanma oranlarının daha düşük düzeye indirilebileceğini düşünmekteyiz.
8. Amatör sporcularda spor yaralanmalarına sebep olan faktörler göz önüne alındığında antrenman ve maç yapılan yerlerin fiziksel şartlarının yetersiz olduğu ve bu fiziksel şartların iyileştirilmesi spor sakatlanması oranını düşürecektir.
9. Amatör kulüplerinin spor sakatlığı sonrasında maddi ve manevi destek noktasında yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Amatör spor kulüpleri sporculara sosyal güvenlik sağlaması bakımından daha yeterli düzeye getirilmelidir.
10. Amatör futbol kulüpleri yöneticileri ve teknik direktörleri ilk yardım, fizik tedavi ve rehabilitasyonun spor sakatlığından korunmada, sakatlık sonra iyileşmede ne kadar önemli olduğu konusunda, sezon öncesince gençlik spor il müdürlüğü ve sağlık İl müdürlüğünün işbirliği ile eğitimden geçirilmesi önem arz etmektedir.
11. Milli eğitime bağlı okullarda, sağlık bilgisi ve beden eğitimi derslerinde öğrencilere pratik ve teorik olarak spor yaralanmalarında ilk yardım konusunda verilen eğitim müfredatını genişletilmesi uygundur.

12. Sporcu seçiminde, detaylı sağlık kontrolleri yapılarak, yaralanmalar oluşmadan sporcunun var olan problemleri ile ilgili bilgiler edinilmesi gereken ön tedbirlerin alınması ve bu konuda sporcunun ile antrenör'ün bilgilendirilmesi yaralanmaların önlenmesinde etkili olabilir.

KAYNAKLAR

1. Açak M. Beden eğitimi ve spor bölümlerinde, uygulamalı derslerde, uygulama anında meydana gelen sakatlık tespiti, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 1995.
2. Alagöz G. Kahramanmaraş bölgesindeki ortaöğretim düzeyindeki sporcuların spor yaralanmalarında ilk yardım, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarındaki görüşlerinin incelenmesi, Kahramanmaraş Sütü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek
3. Albert C. Hergenroeder MD. 1998, Prevetion of Sport İnjuries ,American Academy of Pediatrics 101, pp 1057 -1063
4. Austin K, Gwynn KB , Sarah M.İllustrated Guide to Taping Technigues, pp 229 Mosby – Wolfe , London ,1994.
5. Aydın T. Spor Yaralanmalarının Patomekaniği, Türkiye Klinikleri J int Med Sci,2(27), ss. 8-17, 2006
6. Baltacı G, Tunay VB, Tuncer A, Ergun N. Spor Yaralanmalarında Egzersiz Tedavisi, s382,1.Basım, Alp Yayınları, Ankara, 2003.
7. Bandajlama 2009,www.sporakademisi.net,html Erişim tarihi: 6 Ocak 2010.
- 8.Buğdaycı S. Profesyonel futbolcularda amatör futbolcuların fiziksel parametrelerinin karşılaştırılması , ,Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2000.
9. Can S. Çeşitli spor branşlarında sakatlık oluşumuna; boy, kilo, vücut kütle indeksi, cinsiyet ve el tercihleri gibi faktörlerin etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1997 .
- 10.akmak M. Profesyonel futbolcularda amatör futbolcuların fiziksel parametrelerinin karşılaştırılması, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
11. Demiröz M. Gençlik ve spor il müdürlüğü'ne ait spor tesislerinin ,fiziksel özelliklerinin ve işletmecilik anlayışının, sporcu ve antrenörlerin ihtiyaç ve beklentileri açısından değerlendirilmesi (Kahramanmaraş ili rneği), Kahramanmaraş Sütü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü, 2009.
12. Deniz F, Ketenci A. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, 2. baskı, 592ss, Nobel Kitapevi, Ankara, 2000.
- 13.Durmaz H. Sporcularda El ve Elbilegi Sorunları, İstanbul Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 2009; ss 119–124,
14. Ergen E. Spor Hekimliği, s.203, 3. Basım, Gata Basımevi, İzmir, 1986.

15. Ergun N, Baltacı G. Spor Yaralanmalarında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Prensipleri, s. 310, 20. Basım, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Yayınları, Ankara.1997.
16. Ferah A. Futbol Teknik Eğitim ve Öğretim. s.184, 3. Basım, Neyir Matbaası, Ankara, 1995.
17. Fiendur ÖF, Turan Y, 2007.Ön Diz Ağrıları, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ss47-51,Aydın, 2001.
18. Futbolcularda Diz Sakatlıkları ve Menisküs Tedavilerinde Yeni Görüşler, 2002, http://www.mehmetbinnet.com/pdf/yayinlar/diz_sakatligi_96.pdf.Htlm Erişim tarihi 10 Mart 2010.
19. Gelen E. Farklı ısınma protokollerinin sıçrama performansına akut etkileri, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2008; 4(4): 207-212
20. Glutealstrain,2000http://www.ndortho.com/Pt_Advisor-WEB/Gluteal_Strain.pdf. htlm Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
21. Grisogono V. Physiotherapy Treatment For Achilles Tendon Injuries ,Physiotherapy,1989; 75(10): 562- 572.
22. Günay M, Yüce A. Futbol Antrenmanını Bilimsel Temelleri, s245, 3. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 1996.
23. http://1.bp.blogspot.com/_WAI2txkagVM/StC4YQ_ZctI/AAAAAAAAHBE/FZdS_GOIUIg/s400/bad_worst_knee_injury_soccer.jpg Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
24. http://ansblog.com/wp-content/uploads/2010/01/worst_soccer_injuries-3.jpg Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
25. http://farm4.static.flickr.com/3207/2989016552_44a01f9402_o.jpg Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
26. <http://www.yvik.org.tr/img/news/41936928ayak2.jpg> Erişim tarihi 7 Şubat 2010
- Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
27. http://www.basketbolegitim.net/images/diagram/gbaltaci/gbaltaci_01_07.jpg
28. http://www.basketbolegitim.net/images/diagram/gbaltaci/gbaltaci_01_08.jpg Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
29. http://www.basketbolegitim.net/images/diagram/gbaltaci/gbaltaci_01_09.jpg Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
30. http://www.theage.com.au/ffximage/2007/10/03/manu_narrowweb__300x382,2.jpg Erişim tarihi 7 Şubat 2010.
31. İlkyardım 2009, www.ogm.meb.gov.html Erişim tarihi: 12 Mart 2010.

32. İnal AN. Futbolda Eğitim ve Öğretim. s. 282, cilt 2, 2. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 1998.
33. Kalyon TA. Spor Hekimliği Sporcu Sağlığı ve spor Sakatlıkları, s327, 4.Baskı, Gata Basımevi, Ankara, 1997.
34. Kambir O. Sporda Sağlık Bilinci ve İlk Yardım, s.521, 2.Basım, Ekin Kitapevi, Bursa, 2001.
35. Karaca SG. Otojen Hamstring Tendonları İle Artroskopik Ön Çapraz Bağ Rekonstruksiyon Sonuçları, Uzmanlık Tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi1.Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, uzmanlık Tezi ,İstanbul, 2006.
36. Karahan M, Güven O. Spor Yaralan anmalarında İlk Yardım Kapsam Yaklaşımı, Marmara Üniversitesi, s195-205, 7. Uluslararası Spor Bilimi Kongresi, 27-29 Ekim Antalya, 2002.
37. Karasar N. Araştırmalarda Rapor Hazırlama, s 135, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd. Ankara, 1994.
38. Kasık strain, 2008. www.sporfzt.org, html Erişim Tarihi:12 Şubat 2010.
39. Kayıhan H, Dolunay N. Fizyoterapi’de Isı, Işık, Su, s285, 2. Basım, Hacettepe Üniv.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yayınları , Ankara,1992.
40. Kayserilioğlu A. Spor Yaralanmalarından Korunma, Türkiye Klinikleri J ınt Med Sci,2(27), ss 72–80. 2006.
41. Kılınç N. Spor Kazalarından Korunma ve İlk Yardım, s.155, 4.Baskı, Devlet Kitapları, İstanbul,2008.
- 42.Kneeinjuries,2006,<http://orthopedics.about.com/cs/kneeinjuries/a/mclinjury.html>E rişim tarihi 5 Şubat 2010.
- 43.Kompresyon2008,.<http://80.251.40.59/sports.ankara.edu.tr/koz/antr-kursu/saglik2.pdf>. htlm Erişim tarihi: 29 Mart 2010.
44. Linscheid RL, Dobyns JH. 1985, Athletic Injuries of The Wrist ,Clinical Orthopaedics and Related Research ,1985; 198, ss.141-151.
45. Lobst CA, Stanitski CL, Acute Knee Injuries, Clinics in Sport Medicine, 19(4), ss621-635, 2000.
46. Marancı B. Ankara ili 1.amatör ligde mücadele eden futbol kalecileri ile diğer mevkide bulunan oyuncuların motorik özellikleri, reaksiyon zamanları ve vücut yağ yüzdelerinin karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1999.
47. Marangoz İ. Kahramanmaraş spor ve Siirt spor profesyonel futbol takımlarının müsabaka döneminde seçilmiş bazı fiziksel ve fizyolojik özelliklerinin karşılaştırılması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Kahramanmaraş, 2008.

48. Özkan F, Ünver F, Baltacı G. Amerikan futbol oyuncularında spor kıyafetinin stabilometre ve sürat performansı üzerine etkisi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 2004; 15(2): 68-76
49. Sakallı FM. Sporda Sporcuların Yaralanması ve Risk Faktörleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7) , s144-152, 2008.
50. Salcı Y. Sık Karşılaşılan Spor Yaralanmaları ve İlk Müdahale, s.89, 1. Basım, ODTÜ Yayıncılık, Ankara , 2007.
51. Sport Injuries.2009, www.niams.nih.gov./Health Info /Sports Injuries /default .asp. Htm Erişim tarihi:20 Mart 2010.
52. Şener AO. Türkiye’de elit düzey tenisçilerin sakatlanma sıklıklarının ve nedenlerinin araştırılması , ,Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, Konya, 1992.
53. Taşkın H. Aktif ve pasif (masaj) ısınmanın anaerobik güce etkisi , ,Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2002.
54. Tuna N. . Ayak Muayene ve Tanı Ayak Bakımı, s. 83, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2003.
55. Tunay VB. Ergun N, Baltacı G, Tunay S, Binnet MS, Berk N. Patellafemoral Eklem Dizilim Bozukluğunda Rehabilitasyon, Fizyoterapi Rehabilitasyon, 2002; 13(2), 63-102
56. Turgut Ö. Muğla ilinde profesyonel ve amatör takımlarda oynayan 16-18 yaş grubu futbolcuların postürel özelliklerinin karşılaştırılması , ,Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2007.
57. Uğraş A, Özkan H, Savaş S. Bilkent üniversitesinde futbol takımlarının 10 haftalık Ön Hazırlık Sonrasındaki Fiziksel ve Fizyolojik Karakteristikleri, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 22, ss.242, Ankara, 2002.
58. Uluöz E. 16 -22 Yaş bayan voleybol oyuncularında hipermobilitate ve bazı antropometrik özellikler ile yaralanma durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.
59. Uslu B. Sporcularda Baş, Boyun ve Sakatlıkları, Türkiye Klinikleri J int Med Sci,2(27), ss.41 -45. 2006.
60. Ünal M. Aşırı Kullanmaya Bağlı Yaralanmalar, Sporcu Eğitimi, Sağlık ve Araştırma Merkezi,2009; ss 68-77,
61. Ünal ŞŞ. Kayak sporu yapanlarda sakatlanma nedenlerinin incelenmesi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1987.
62. www.sporhekimligi.com/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=60. htm Erişim tarihi 2 Şubat 2010.
63. Yakut E, Kayıhan H, Tidy’s physiotherapy. Ed: Stuart P, pp578, 13.Baskı, Pelikan yayıncılık, Ankara, 2003.

64. Yavuz C, Nazlı Y, Periferik Damar Yaralanmaları, Dicle Tıp Dergisi, 36(3), ss161-164, Diyarbakır, 2009.

65. Yüçetürk G. Ortopedi ve Travmatoloji, s392, 2.Baskı, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, 1997.

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı – Soyadı :M.Mustafa GÜLAÇTI
Doğum Yeri ve Tarihi :K.MARAŞ/ 10.02.1983

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi :Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Yüksek Okulu
Yüksek Lisans Öğrenimi :Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi-Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı

Doktora Öğrenimi :
Bildiği Yabancı Diller :İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri :

İş Deneyimi

Stajlar :Hacettepe Üniversitesi- 2004-2005-2006
-Ankara spor -2006

Projeler

Çalıştığı Kurumlar :Özel Yükselen Sevinç Özel Eğitim Okulu
-Gülen Kardelen Özel Eğitim Okulu
-Genç Uzmanlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

İletişim

E-Posta Adresi :fztgulacti@hotmail.com
Tel. :0(505) 4694024
Tarih :Temmuz- 2010

EK:1. Spor Yaralanmalarına İlişkin Sporcuyu Değerlendirme Anketi

Değerli Futbolcu;

Amatör futbolcuların spor sakatlıklarında ilk yardım, fizik tedavi ve rehabilitasyon hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu anketi lütfen içtenlikle cevaplayınız. Anketin yanıtlanmasından zevk duyacağınızı umuyor, katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyorum. Lütfen ankete isim yazmayınız. *Saygılarımla*

*Fizyoterapist Muhammet Mustafa GÜLAÇTI
K.S.Ü Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Lisans Öğrencisi*

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: Kız() Erkek()

3. Kaç yıldır futbol oynuyorsunuz?.....

5. Aktif olarak futbol harici başka sporu yapıyor musunuz? Lütfen yazınız.....

6. Spor yapmaya başlamadan yeteri derecede (15 dk. civarı) ısınma yapıyor musunuz?

Evet() Hayır()

7. Antrenmanların başında 3-5 dk. Esneklik(açma –germe) çalışması yapıyor musunuz?

Evet() Hayır()

8. Spor yaptıktan sonra (3- 10 dk. civarı) soğuma egzersizleri yapıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

9. Spor yaparken uygun malzemeler (spor ayakkabısı, eşofman vs.)kullanıyor musunuz?

Evet() Hayır()

10. Haftada kaç gün antrenman yapıyorsunuz? Lütfen belirtiniz gün

11. Antrenman günlerinizde antrenmanlarınız kaç saat sürüyor? Lütfen belirtiniz saat

12.Ağırılık çalışmaları yapıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

13. Spor yaparken sakatlıktan korunmaya dikkat eder misiniz?

Evet() Hayır()

14. Antrenmanlarınızı yaptığınız ortamlar spor yapmaya tam anlamıyla uygun mu?

Evet() Hayır()

15. Antrenman yaptığınız yerde sakatlanmanız durumunda size yardım edecek ilk yardım uzmanı var mı?

Evet () Hayır ()

16. Spor yaparken bir sakatlık anında ilkyardım yapacak kadar bilgi sahibi misiniz?

Evet() Hayır()

17. Daha önce spor sakatlıkları/yaralanmaları ve ilkyardım konusunda eğitim aldınız mı?

Evet() Hayır()

Cevabınız HAYIR ise ankete 20. sorudan devam ediniz.

18. Spor sakatlıkları konusunda ilkyardım bilgisini nerden aldınız?

- ()Kursa katıldım
()Beden eğitimi öğretmeni veya antrenörden öğrendim
()Okul derslerinden öğrendim
()Diğer

19. Spor sakatlanması sonucunda ilk yardım olarak aşağıdakilerden hangisi yapılır? A ya da B seçeneğinden Doğru olanı işaretleyiniz.

A ()	B ()
*Soğuk (buz) uygulaması	*Sıcak uygulama
*Sabitleme	*Hareket ettirme
*Basınç uygulaması(bandajlama)	*Çekme-sıkıştırma, serbest bırakma
*Yükseltme(kalp seviyesinden yukarıda tutma)	*Ayağa kaldırıp yürütme
*Dinlenme	

20. Daha önce spor yaparken maçta ya da antrenmanda sakatlık geçirdiniz mi?

Evet() Hayır()

Eğer daha önce hiç sakatlanmadıysanız anketi bitiriniz.

Sakatlık geçirdiyseniz lütfen ankete DEVAM ediniz.

21. Cevabınız evet ise daha önce aynı yerden sakatlık geçirdiniz mi?

Evet() Hayır()

22. Geçirdiğiniz sakatlık türü hangisidir?

- () Ezilme-morluk () Burkulma-incinme
()Kas sakatlığı () kırık

Çıkık Diğer varsa belirtiniz.....

23. Sakatlanmanın oluşum nedeni neydi?

- Kendi hatamdan
 Yağmur, kar, sıcak, soğuk, vs. hava koşullarından
 Spor aletlerinden, saha veya salondan, ayakkabıdan
 Diğer varsa belirtiniz.....

24. Aşağıdaki vücudunuzun bölgelerinin hangilerinden sakatlanma (yaralanma) geçirdiyseniz lütfen işaretleyiniz.

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baş | <input type="checkbox"/> Sırt | <input type="checkbox"/> Ayak bileği |
| <input type="checkbox"/> Omuz | <input type="checkbox"/> Bel | <input type="checkbox"/> Ayak |
| <input type="checkbox"/> Üst kol | <input type="checkbox"/> Kalça | <input type="checkbox"/> Parmaklar |
| <input type="checkbox"/> Dirsek | <input type="checkbox"/> Uyluk | |
| <input type="checkbox"/> Ön kol | <input type="checkbox"/> Diz | |
| <input type="checkbox"/> El | <input type="checkbox"/> Aşil tendonu | |

25. Sakatlık sırasında hangi aktiviteyi yapıyordunuz?

Isınma Antrenman Maç Diğer varsa belirtiniz.....

26. Amatör futbol takımınız, sakatlanmanız durumunda size herhangi bir maddi ve manevi destek sağlamakta mıdır?

Evet Hayır

27. Sakatlık sonrasında;

- Maça/antrenmana devam edemedim
 Hiçbir şey yapmadan sakat halimle maça/antrenmana devam ettim
 İlk yardım müdahalesi yapıldıktan sonra maça/antrenmana devam ettim
 Sporu tamamen bıraktım
 Diğer varsa

belirtiniz.....

28. Sakatlanma sonrası size fizik tedavi uygulandı mı?

Evet Hayır

29. Sakatlanma sonrası sahalara dönüş için etkin bir rehabilitasyon programına katıldınız mı?

Evet () Hayır ()

30. Spor sakatlanması sonrası iyileşme süreci;

- () Kendiliğimden iyileştim,
() Dinlenme ile iyileşti,
() Dinlenme ve sadece terapatik (tedavi edici) egzersizlerle,
() Tıbbi müdahaleye ek olarak terapatik (tedavi edici) egzersizlerle iyileşti,
() Henüz iyileşmedi.

31. Sakatlık sonrasında yaptığınız spordan ne kadar uzak kaldınız?

() 1-3 gün () 4-7 gün () 2-3 hafta () 1-2 ay () 3 ay ve daha fazla

32. Sakatlık sonrası tedavi sorunları nedeniyle aileniz sporu bırakmanız için sizi uyardı mı?

Evet() Hayır()

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim.

T.C.
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ
Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü

Sayı : B.02.1.GSM.4.46.00.03/0039/ 4530

29/12/2009


Konu : Anket çalışması

AMATÖR SPOR KULÜPLERİ FEDERASYONU BAŞKANLIĞINA
KAHRAMANMARAŞ

İlgi: KSÜ Rektörlüğünün
11.12.2009 tarih ve 7969 sayılı yazısı.

Kahramanmaraş Süteği İmam Üniversitesi ilgi yazıda Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Spor Anabilim Dalında yüksek lisans yapmakta olan Muhammet Mustafa GÜLAÇTI'nın ilimiz amatör sporcular üzerinde anket çalışması için gerekli izinin verilmesini istemiştir.

Söz konusu şahsın anket çalışmalarında gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.


Ali İhsan KABAKCI
İl Müdürü

29/12/2009 Memur : B.KARACA
29/12/2009 Sp.Şb.Müd.: M.KARATUTLU
12 Şubat Stadyum alı 46040 KAHRAMANMARAŞ
Telefon : (0 344 235 17 02)-03 Faks (0 344 235 17 07)
e posta: Spor@kahrannmaras-gsim.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için iribat : İLSALMAN Spor Servisi

Elektronik ağ: www.kahrannmaras-gsim.gov.tr



KAHRAMANMARAŞ AMATÖR SPOR KULÜPLERİ FEDERASYONU

İSMETPAŞA MH. YENİ HÜKÜMET CD. FATİH İŞHANI KAT 6 NO. 24
TEL: 0 344 223 06 07 – 0 344 223 49 16
KAHRAMANMARAŞ

SAYI : 2010/03
KONU : Anket Çalışması Onayı Hk.

12/01/2010

SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
KAHRAMANMARAŞ

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Spor Ana Bilim Dalında yüksek lisans yapmakta olan 07YLB0913 nolu Mustafa GÜLAÇTI'nın ilimizde amatör sporcuların üzerinde yapacağı anket çalışması federasyonumuzca uygun görülmüştür.
Gereğini bilgimize arz ederiz.

Muzaffer DEMİR
Genel Sekreter

Mehmet BAĞRIAÇIK
Genel Başkan

EK:3 . Amatör futbolcuların anket uygulama esnasındaki resimleri



