



**T.C.  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ALT EKSTREMİTE AMPUTASYONUNUN  
BEDEN İMAJİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**EBRU HEDEF YİĞİT**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI**

**SIVAS-2018**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ALT EKSTREMİTE AMPUTASYONUNUN  
BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**EBRU HEDEF YİĞİT**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ.DR. MERYEM YILMAZ**

**SİVAS-2018**

**“Alt Ektremite Amputasyonunun Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**  
Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım  
Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği** Ana Bilim Dalında  
**Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	<b>Doç. Dr. Meryem YILMAZ</b>
Üye	<b>Dr. Öğr. Üyesi Özge İŞERİ</b>
Üye	<b>Dr. Öğr. Üyesi Hesna GÜRLER</b>
Üye (Danışman)	<b>Doç. Dr. Meryem YILMAZ</b>



ONAY

Bu tez çalışması, ..... tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından  
belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince bilgi, deneyim ve rol modelliği ile bana önder olan, paylaŐtıđı her bilgiyi keyifle dinlediğim, her zaman güler yüzü, ilgisi ve samimiyetiyle tezimin her aşamasında yanımda olduğunu hissettiğim sevgili hocam Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a,

Tez çalıŐmam da yardımını esirgemeyen Halil İbrahim ÖLÇÜM, Melike BAŞ, Hasan ZORLU, Öznur ŞAHİN ve Mustafa ERDOđMUŐ'a

Sevgi ve sabırla hep yanımda olan kıymetli aileme, eŐime ve biricik kızım Hira'ya, Tez çalıŐmama gönüllü olarak katılan ve çalıŐmamın gerçekleştirilmesini sağlayan tüm katılımcılara,

Sonsuz teşekkür ediyorum.

## ÖZET

### ALT EKSTREMİTE AMPUTASYONUNUN BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Ebru HEDEF YİĞİT

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2018, 88 sayfa

**Amaç:** Bu araştırma, alt ekstremitte amputasyonunun beden imajı ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yapıldı.

**Araştırmanın tipi:** Bu çalışma, tanımlayıcı ve retrospektif tipte bir araştırmadır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini 2012-2017 yılları arasında Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde alt ekstremitte amputasyonu yapılan toplam 179 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden ve dâhil olma kriterlerini karşılayan 49 hasta oluşturdu. Veriler anket formu, Ampute Beden İmajı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği kullanılarak toplandı. Veri toplama aşamasında, telefonla yapılan araştırmaya katılma davetini kabul eden hastalar evlerinde ziyaret edildi, çalışmanın amacı açıklandı ve anket formları ev ortamında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Çalışmada tanımlayıcı veriler için yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Çalışmada verilerin normal dağılmadığı belirlendiğinden, iki değişkenli parametrik olmayan verilerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla değişkenli parametrik olmayan verilerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskall Wallis testi, beden imajı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının  $62.71 \pm 13.10$ , %61.2'sinin 60 yaş üstü, %73.5'inin erkek, %55.1'inin ilkökul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %81.6'sının evli, %91.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %57.1'inin kentsel bölgede yaşadığı belirlendi. Bireylerin %53.1'inin amputasyon

etiolojisinin Diyabetes Mellitus olduğu, bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu bulundu. Bireylerin beden imajı toplam puanı ile fiziksel rol güçlüğu, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt boyutlar arasında; kişisel alt faktörü ile fiziksel rol güçlüğu, vitalite, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık alt boyutu arasında; sosyal alt faktörü ile yaşam kalitesi'nin (SF-36) tüm boyutları arasında; fonksiyonel alt faktörü ile fiziksel rol güçlüğu, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık alt boyutu arasında; istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre amputasyonlu bireylerin değişen beden imajı ile ilişkili psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** Amputasyon, alt ekstremite amputasyonu, beden imajı, yaşam kalitesi, hemşirelik

## ABSTRACT

### THE INFLUENCE OF LOWER EXTREMITY AMPUTATION ON BODY IMAGE AND QUALITY OF LIFE

Ebru HEDEF YİĞİT

Master's Thesis

Department of Surgical Nursing

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Meryem YILMAZ

2018, 88 pages

**Aim:** This study was carried out to evaluate the influence of lower extremity amputation on body image and life quality.

**Type of the Study:** This study is a descriptive and retrospective type of study.

**Method:** The universe of this study consists of a total of 179 patients who had lower extremity amputation in Amasya Training and Research Hospital and Çorum Erol Olçok Training and Research Hospital between the years 2012-2017. The sample of the study consists of 49 patients who accept to participate in the research voluntarily and meet the criteria of participation. Data were collected through a questionnaire form, Amputee Body Image Scale and Life Quality (SF-36) Scale. In the process of data collection, patients who accepted the phone call invitation to participate in the study were visited in their houses. The aim of the study was explained to them and face-to-face interview was applied in house setting. For the descriptive data percentage, frequency, mean and standard deviation were used. Since the data were found not having a normal distribution, Mann Whitney U test was used to compare the point average of the nonparametric data with two-factors, Kruskal Wallis test was used to compare the point average of the nonparametric data with more than two-factors and Spearman Correlation Analysis was used to determine the relationship between body image and life quality.

**Findings:** It was found that the age average of the participants was  $62.71 \pm 13.10$ . 61.2% of them are over the age of 60, 73.5% of them are male, 55.1% of them have primary school level of education, 81.6% of them are married, 91.8% do not work, and 57.1% live in urban region. It was also found that the amputation



etiology of the 53.1% of the individuals was Diabetes Mellitus, their body image points were poor, and life quality points were low. It was determined that there was a statistically significant relationship between the individuals' body image total point and physical role difficulty, vitality, psychological health, social functioning, and pain and general health sub-dimensions; between the personal sub-factor and physical role difficulty, vitality, psychological health and general health sub-dimension; between social sub-factor and all dimensions of SF-36; between functional sub-factor and physical role difficulty, vitality, psychological health, social functioning and general health sub-dimensions.

**Conclusion:** According to the results of this study, it was determined that individuals with amputation experienced psychological distress related to changing body image and their quality of life was negatively affected.

**Key Words:** Amputation, lower extremity amputation, body image, life quality, nursing

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇ KAPAK</b> .....	<b>i</b>
<b>ONAY</b> .....	<b>ii</b>
<b>YÖNERGE</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Amputasyon.....	6
2.1.1. Amputasyon Nedenleri.....	6
2.1.2. Alt Ekstremitte Amputasyon Tipleri.....	10
2.1.3. Amputasyonun Psikososyal Boyutu, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi.....	13
2.2. Beden İmajı.....	15
2.3. Yaşam Kalitesi.....	16
2.4. Hemşirelik Süreci.....	18
2.4.1. Ameliyat öncesi bakım.....	19
2.4.2. Ameliyat Sonrası Bakım.....	20
2.4.3. Taburculuk Planlaması.....	27
2.4.4. Rehabilitasyon ve Sosyal Yaşama Dönüş.....	27
2.5. Amputasyon ve Protez Kullanımı.....	28
2.6. Kalıcı Protezin Tamamlanması ve İleri Aşamalar.....	30
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32

3.3. Araştırmanın Evreni .....	32
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	32
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler .....	33
3.6. Veri Toplama Araçları.....	33
3.6.1. Anket Formu .....	33
3.6.2. Ampute Beden İmajı Ölçeği .....	33
3.6.3. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği.....	34
3.7. Verilerin Toplaması.....	34
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	35
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>36</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>46</b>
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER .....</b>	<b>54</b>
6.1. Sonuçlar.....	54
6.2. Öneriler.....	57
<b>7. KAYNAKÇA .....</b>	<b>58</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>68</b>
Ek-1. Amputasyon Tanımlama Anket Formu .....	68
Ek-2. Yaşam Kalitesi (SF36) Form.....	70
Ek 3. Ampute Vücut İmajı Ölçeği.....	74
Ek 4. Etik Kurul Karar Formu.....	76
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>79</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri .....	36
<b>Tablo 2.</b> Hastaların Amputasyonu ile İlgili Özellikleri .....	36
<b>Tablo 3.</b> Hastaların Amputasyon Sonrasına İlişkin Özellikleri.....	37
<b>Tablo 4.</b> Bireylerin Protez Kullanımına İlişkin Özellikleri.....	37
<b>Tablo 5.</b> Bireylerin Beden İmajı Ölçek Puan Ortalaması.....	37
<b>Tablo 6.</b> Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalaması.....	38
<b>Tablo 7.</b> Bireylerin Yaşlarına Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 8.</b> Bireylerin Yaşa Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 9.</b> Bireylerin Cinsiyetlerine Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 10.</b> Bireylerin Cinsiyetine Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 11.</b> Bireylerin Eğitim Durumuna Göre ABIS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 12.</b> Bireylerin Eğitim Durumuna Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 13.</b> Bireylerin Medeni Durumlarına Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 14.</b> Bireylerin Medeni Durumlarına Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 15.</b> Bireylerin Çalışma Durumuna Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 16.</b> Bireylerin Çalışma Durumuna Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 17.</b> Bireylerin Yaşadığı Yere Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 18.</b> Bireylerin Yaşadığı Yere Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 19.</b> Hastaların ABIS ve SF-36 Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ....	44

## KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ

<b>ABI</b>	Ayak Bileği Brakiyal İndeksi
<b>ABIS</b>	Ampute Vücut İmaj Ölçeği /Amputee Body Image Scale
<b>AEA</b>	Alt ekstremite amputasyonu
<b>DM</b>	Diyabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>KAH</b>	Koroner Arter Hastalığı
<b>MESS</b>	Ciddi Yaralanma Ekstremitte Skoru
<b>MÖ</b>	Milattan Önce
<b>NSAID</b>	Steroidal Olmayan Anti-İnflamatuvar İlaçlar /Non Steroidal Anti İnflamatuvar Drug
<b>PAH</b>	Periferik Arter Hastalığı
<b>RNLI</b>	Normal Yaşama Yeniden Katılım İndeksi / Reintegration to Normal Living Index
<b>TENS</b>	Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
<b>USG</b>	Ultrasonografi
<b>ÜEA</b>	Üst Ekstremitte Amputasyonu

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan dinamik bir canlı olup, dik pozisyonda durabilmek, denge sağlayabilmek, yürüyebilmek ve hareket edebilmek için alt ekstremitelere, kendi bakımını yapabilmek, yiyebilmek, tutabilmek, kaldırabilmek ve yazma gibi aktiviteleri sürdürebilmek için de üst ekstremitelere gereksinim duyar. Bu nedenle ekstremiteler kaybı yaşayan bireyler yaşamlarını önemli derecede etkileyen yaşam krizi ile karşı karşıya kalırlar (Şirzai ve ark., 2016).

Latince keserek çıkarmak anlamına gelen “amputare” kelimesinden türeyen ve tüm cerrahi tedavilerin en eskilerinden biri olan amputasyon, tamir/tedavi edilemeyecek düzeyde hasarlanmış bir ekstremiteyi cerrahi olarak kemiği ile birlikte keserek bedenden ayıran, fiziksel ve psikolojik bir sakatlık yaşanmasına neden olan travmatik bir girişim olarak tanımlanmaktadır (Breakey,1997; Ware ve ark.,1992). Tarihte, Herodot tarafından ilk kez M.Ö 484’te ampute İranlı bir askerinin tahta bir protez kullandığı rapor edilmektedir (Alsancak, 2000). Geçmişte nekroz ya da hasar görmüş ekstremiteleri çıkarmak ve yaşamı kurtarmak için yapılan amputasyon günümüzde, ulaşım ve teknolojideki ilerlemeler ve yaşamın uzaması sonucu artmıştır (Pooja ve Sangeeta, 2013). Bununla birlikte son yıllardaki tıbbi ve teknolojik gelişmeler (antibiyoterapi, travmalı hasta bakımı, damar cerrahisi gibi) ekstremitenin korunması yönünde önemli katkı sağlamış olmasına rağmen, bazı durumlarda ampute edilmesi gereken ekstremitelere koruyucu girişimlerin uygulanmasının morbidite ve mortalite ile sonuçlanabildiği hatta amputasyon mortalite oranının bazı kanserlerin mortalite oranlarından daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Breakey,1997; Koçyiğit ve ark., 1999; Davis ve ark., 2004)

Amputasyon nedenleri ülkelere göre değişmekle birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından epidemik hastalıklar grubunda sayılan diyabetes mellitus(DM), prevalansı giderek artan ve gelişmiş ülkelerde en sık amputasyon nedeni iken, daha az gelişmiş ülkelerde travma birinci sırada yer almaktadır. DM’de amputasyon riski nondiyabetiklere göre 15 kat daha fazladır ve tüm nontravmatik majör amputasyonların yarısının DM’a bağlı olduğu bildirilmektedir (Sümer ve ark.,

2008). Bilim insanları tarafından dünyada, 2015 yılında 415 milyon olan diyabetik hasta sayısının, 2040 yılında 642 milyona çıkacağı öngörülmekte olup (Coşansu, 2015), DM'nin bu hızlı artışının modern vasküler rekonstrüktif cerrahinin etkinliğine rağmen, iskemi nedeni ile yapılan amputasyonların sayısını arttıracığı belirtilmektedir. DSÖ istatistiklerinde Türkiye'de 2000 yılında yaklaşık 3 milyon olan diyabetli hasta sayısının 2030 yılında 6.5 milyona ulaşacağı öngörülmüştür. Ancak 2030 yılı için öngörülen değerin 2014 yılında aşıldığı ve ülkemizdeki diyabetli sayısının 7 milyonun üstüne çıktığı belirlenmiştir (Coşansu, 2015). Birçok ülkede amputelerin sayısı ile ilgili kayıt tutulmadığından ve epidemiyolojik verilerin amputasyonla ilişkisi tam doğrulanamadığından dünya çapında kesin bir amputasyon sayısı vermenin zor olduğu belirtilmektedir. Amputasyon nedenlerinin %80 vasküler patolojiler, %16 travma, %0.9 malignite, %0.8 konjenital anomaliler oluşturmaktadır (Saka, 2016). Brezilya'da da amputasyonların çoğunluğunu diyabet vakalarının oluşturduğu bildirilmektedir (Jesus-Silva ve ark., 2017). DSÖ'ne göre, Hindistan trafik kazası sebebiyle alt ekstremitte amputasyonu yapılmasında lider ülke konumundadır (Kulkarni ve ark., 2014).

Dünyada amputasyon yaşına ilişkin bilgi sınırlıdır. Genel olarak DM, periferik arter hastalığı (PAH) kaynaklı amputasyon 60 yaşından sonra, travmatik amputasyonlar ise daha genç, aktif, ekonomik olarak üretken bireylerde rastlanılmaktadır (Demirdel ve Bayramlar 2014).

Üst ekstremitte amputasyonlarından daha fazla görülen alt ekstremitte amputasyonları (Bayramlar ve ark., 2007), genellikle ileri yaşta DM, renal, endokrin ve kardiyak nedenlerle görülmektedir. Ayrıca alt ekstremitte amputasyonlarında sağ kalım oranı da düşüktür; bir ay içinde hastaların onda biri yaşamını kaybederken yaklaşık %40-50'sinin yüksek mortalite oranına sahip olduğu ve bu prognozun akciğer kanseri hastalarından daha kötü olarak nitelendirilmektedir (Davie-Smith, 2017; Godlwana, 2016). Sağ kalım oranı genç yaş, daha düşük amputasyon seviyeleri, erkek cinsiyet, koroner arter hastalığının (KAH) yokluğu, demansın olmaması, ameliyat öncesi yürüme ve bağımsız yaşam durumunu sürdürme gibi faktörlerle olumlu yönde ilişkili iken; 70 yaş ve üzeri, üst amputasyon düzeyi, ev ile sınırlı ayakta kalma durumu, demans varlığı, bilateral amputasyon, son dönem böbrek hastalığı, PAH, ameliyat öncesi yürümeme durumu ve KAH varlığının

sonucu kötüleştirdiği ve bu durumun özellikle 70 yaşın üzerindeki kişilerde daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Godlwana, 2016).

Nedenine bakılmaksızın amputasyon, trajik bir olaydır ve bireyin yaşamında psikolojik, sosyal ve ekonomik bir dizi olumsuzluklar meydana getirmektedir (Kulkarni ve ark.,2014; Mugo, 2010; Knežević ve ark., 2015).Amputasyon sonucu ortaya çıkan anatomik kayıp bireyi engelli kılan ve beden imajını ciddi bir şekilde bozan bir durumdur. Beden imajı kavramı ilk defa Schilder'ın çalışmasında amputasyon sonucu bacakta fantom ağrısının görülmesi ile fark edilmiştir ( Schilder ,1950). Beden imajı, bireyin bedenini fiziksel ve işlevsel olarak algılama biçimi olarak tanımlanmaktadır. Beden, bireysel yaşantıda ve başkaları ile ilişkilerde en temel enstrümanlardan birisidir. Bu nedenle onunla ilişkili tutum ve algımız oldukça önemlidir. Son yıllarda batı kültürünün etkisi ile genç, güzel, güçlü ve sağlıklı olmak bireyin toplumdaki yerini belirleyen en önemli değerler haline gelmiştir. Bu nedenle fiziksel görüntü insanların yaşamı üzerinde oldukça etkilidir. Beden imajı kavramı fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenler tarafından oluşturulan çok boyutlu ve karmaşık bir yapıdır ve bireyin kişiliği, değerleri, diğer insanlarla ilişkileri ve kişisel düşünceleri ile toplumun değerleri ve genel eğiliminden etkilenerek şekillenmektedir (Sel, 2016; Purutçuoğlu ve Aksel, 2017). Beden imajı, olumlu veya olumsuz olarak sınıflandırılmaktadır. Olumlu beden imajı, bireyin bedenine karşı kendisini olumlu olarak tanımlaması ve kabul etmesidir. Olumsuz beden imajı ise, bireyin bedenine karşı geliştirdiği olumsuz duygu ve düşüncelerdir ve bu durum kaygıya sebep olmaktadır (Altınok ve Kara, 2017). Altınok ve Kara'ya göre olumsuz beden imajına sahip bireyler, bedenini sevmeme, bedenini kabul etmeme ve bedeninden utanç duyma gibi olumsuz duygulanım içerisindedirler. Bu olumsuz duygulanımlar, bireylerin sosyal etkileşimlerden uzaklaşmasına, içine kapanmasına yol açmaktadır (Altınok ve Kara, 2017). Beden imajı memnuniyetsizliği ile depresif semptomların artması arasında pozitif ilişkiler olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Goldwana,2016; Peroni ve ark.,2017). Alt ekstremitte amputasyonlu bireylerde depresyon üzerine birçok çalışma yapılmıştır ve depresyon prevalans oranı %45 düzeyinde bildirilmiştir (Mozumdar ve Roy, 2010; Goldwana,2016)

Amputasyon ile ortaya çıkan tabloda; anatomik kayıp ile beraber fonksiyon kaybı, beden kitle indeksinde değişiklik, eşgüdüm bozukluğu ve psikososyal



bozukluklar görülmektedir. Ayrıca, benlik saygısının azalması, sosyal izolasyon, algılanan hassasiyet, beden görüntüsü sorunları ve damgalanma hissi de ekstremitte kaybı ile ilişkilidir (Mugo, 2010; Kulkarni, 2014). Sonuç olarak, ekstremitte kaybı fiziksel ve psiko-sosyal işlevleri, beden imajını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Sinha, 2013).

Yaşam kalitesi; "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyum düzeyini etkileyen, hastalık ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen bireysel tepkileri gösteren bir kavram" olarak tanımlanmaktadır (Guberina ve ark.,2004) Her zaman ve her yerde geçerli, kabul edilmiş bir yaşam kalitesi tanımı yoktur. Yaşam kalitesi, kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından ve kendi çevresi ile olan ilişkilerinden etkilenmektedir. Bireyin iyilik halini algılaması günlük yaşamdaki "genel işlevsellik düzeyi" ile ilintilidir ve "kişinin işlevselliği" ile, günlük görevlerini ve aktivitelerini yapıp yapmaması kastedilmektedir. Sonuç olarak yaşamdan memnuniyet ve yeterli işlevsellik düzeyi ile subjektif iyi olma hali ortaya çıkmaktadır (Altınok ve Kara, 2017). Alt ekstremitte amputasyonu yapılmış bireyler de, günlük işlevlerini yerine getirirken zorluklarla karşılaşabilir ve yardıma gereksinim duyabilirler. Alt ekstremitesi ampute edilmiş bireylerin yürüme ve koşma yeteneğini kaybetmesi, herhangi bir tehlike anında koşarak uzaklaşma yeteneğini yitirmesi, üretkenliğinin bitmesi, ailesine ve topluma karşı kendini işe yaramaz, yük ve özürlü olarak görmesi, uzuv kaybının beden imajı algısını bozması, iş kaybı ya da değişikliği riski ile ekonomik zorluklarla karşı karşıya kalması ile tümüyle fiziksel, ruhsal iyilik hali ve genel sağlık algısının olumsuz etkilenmesi sonucunda yaşam kalitesi bozulmaktadır (Ekici, 1995; Özsoy ve Okyayuz, 2016). Ayrıca amputasyon sonucu bireyler, topluma ve normal yaşama dönmelerini kısıtlayan birçok deneyim yaşarlar (Kulkarni, 2014). Bu nedenle, amputasyon kararı verilmiş hastanın normal yaşamına en hızlı dönüşünün sağlanması için iç hastalıkları, ortopedi, damar cerrahisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiyatri ve ortez uzmanları ile hemşirelerin yer aldığı bir ekip tarafından düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Akan, 2015; Sümer ve ark., 2008).

Ampute hastaların, operasyon sonrasındaki beden algılarının değiştiği ve yaşam kalitelerinde düşme olduğu bilinse de buna yönelik literatürde yeterince

çalışma yoktur. Araştırmadan elde edilen kanıtların, amputeli bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik bakımın planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülerek yapılan bu çalışmada, alt ekstremitte amputasyonu yapılan ve protez kullanan bireylerde beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlandı.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, alt ekstremitte amputasyonunun beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

## **1.3. Araştırma Soruları**

Bu araştırmanın soruları:

1. Amputeli hastaların demografik özelliklerinin beden imajı ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır?
2. Amputeli hastaların kronik hastalıklarının varlığının (ör, diyabet) beden imajı ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır?
3. Ampute hastaların günlük yürüme düzeyi beden imajı ve yaşam kalitesi puanını etkiler mi?
4. Amputeli hastaların protez takma süresi beden imajı ve yaşam kalitesi puanını etkiler mi?
5. Amputeli hastaların beden imajı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Amputasyon**

Amputasyon; bir ekstremitenin parçasının kemiği ile birlikte bir kısmının veya tamamının cerrahi yolla vücuttan uzaklaştırılması olarak tanımlanır. Amputasyonda amaç hasta dokuları uzaklaştırmak, kalan ekstremitenin dolaşımını sağlamak, ağrıyı dindirmek, fonksiyonel protez kullanımına olanak sağlayacak iyi bir güdük oluşturmak ve hastanın yaşam kalitesini artırmaktır (Sümer ve ark., 2008; Şükür ve ark., 2018).

#### **2.1.1. Amputasyon Nedenleri**

Amputasyon nedenleri ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte gelişmekte olan ülkelerde travmatik amputasyonlar tüm amputasyonlar içinde ilk sırada yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise, ateroskleroz, DM ve Buerger hastalığı gibi periferik vasküler hastalıklarda prevalansı giderek artan ve DSÖ tarafından epidemik hastalıklar grubunda sayılan DM amputasyona en sık neden olan etkidir (El ve Peker, 2001). Bununla birlikte son yıllarda terörizm veya sivil karışıklık içinde bulunan ülkelerde travma tüm amputasyonların %80'ini oluşturmaktadır (Bayramlar ve ark., 2007). Yetersiz tedavi edilmiş kırıklar, motorlu taşıt kazaları (motosiklet ve tren) ve diğer motorlu araçlardan kaynaklanan travmatik amputasyonların çoğu ise adolesan veya genç erişkinlerde meydana gelirken, vasküler nedenli amputasyonlar genellikle 60 yaş üstünde görülmektedir.

Amputasyon nedenleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Travma,
2. Periferik vasküler hastalıklar,
3. DM,
4. Tümörler,
5. Kronik enfeksiyonlar,
6. Konjenital anomaliler

7. Donuklar, yanıklar, ateşli silah yaralanmaları, termal yaralanmalar (Sümer ve ark. 2008; Ekici, 1995; Kılıç ve ark., 2014).

### **1. Travma**

Travma genç hastalarda ve gelişmekte olan ülkelerde amputasyonun önde gelen nedenidir. Travma sonucu yapılan amputasyon mesleki ve meslek dışı tehlikelerden dolayı erkeklerde daha fazla görülmektedir. Travmada amputasyon için mutlak endikasyon; tibial sinirin kesildiği ya da 6 saatten fazla sürenin geçtiği, sıcak iskeminin geliştiği ezilme tipi yaralanmayı içeren tip III-C açık kırıklardır. Bununla birlikte ekstremitayı kurtarmak ve amputasyon kararını vermek için farklı puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Bunlar; ekstremita yaralanma skoru, ekstremita kurtarma indeksi, ağır ekstremita yaralanma sendrom indeksi, ciddi yaralanma ekstremita skoru (MESS) olarak sıralanabilir (Canale, 2007). Travmatik kazalar genellikle işte ve evde meydana gelse de herhangi bir ortamda da olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, Kuzey Amerika'da amputasyon gerektiren ciddi travma hastalarında en sık nedenin motorlu araç kazaları olduğu belirtilmektedir (Karcıoğlu ve ark., 2003).

### **2. Periferik Vasküler Hastalıklar**

Periferik vasküler hastalıklar, aort kemerinin distalindeki arterlerin önemli ölçüde daralması olarak tanımlanmaktadır. Alt ekstremitelerde hemodinamik stres noktalarında biriken lipid açısından zengin maddelere bağlı yavaş ve ilerleyici bir durumdur. Bu daralma sıklıkla stenoz, serebral ve non-koroner arterlerin oklüzyonuna neden olan bir aterosklerotik belirtidir (Davie-Smith, 2017).

Literatürde PAH dört evrede sınıflandırılmıştır: I.evre asemptomatik hastalık; II.evre aralıklı topallama; III.evre istirahat ağrısı/ nokturnal ağrı; IV.evre nekroz / kangren (istirahat ağrısı ile birlikte veya olmadan). Evre III ve IV ekstremita revaskülarizasyonunun teknik olarak mümkün olmadığı veya yapılmadığı durumlarda ekstremita kaybı veya ölümü ile sonuçlanabilir. Amputasyonların yaklaşık %90'ı PAH nedeni ile yapılmaktadır. Bu grubu çoğunlukla yaşlı, diyabetik ve vasküler hastalığı olan bireyler oluşturur. Diyabet ile beraber olan ya da olmayan PAH, genellikle 50-70 yaşlarında görülür ve amputasyon için birincil endikasyonu oluştururlar. PAH için uygulanan amputasyonların yaklaşık yarısına yakını diyabetik hastalar oluşturmaktadır ve vasküler nedenlere bağlı beslenme bozuklukları

daha çok alt ekstremitelerde görülmektedir (Başal ve ark. 2015). PAH yaygınlığı erkeklerde ve kadınlarda benzerdir. Bununla birlikte, erkekler kadınlarla karşılaştırıldığında alt ekstremitelerde amputasyonunda, PAH için önemli bir risk faktörüdür. Teoriye göre, kadınların menopoza kadar östrojen yüksekliği ile hormonal korunma etkisinde olmasıdır. Bununla birlikte, DM hastalığı da mevcut olduğunda, cinsiyete dayalı fark, yaştan bağımsız olarak önemsiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Davie-Smith, 2017).

### **3. Diyabetes Mellitus (DM)**

Tüm dünyada en sık görülen endokrin hastalık olan diyabet, günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Diyabetli sayısının her geçen gün artması, diyabet ile ilişkili sağlık sorunlarının insanların yaşamını ve sağlık sistemlerini ciddi derecede etkilediği belirtilmektedir (Coşansu, 2018). DM; insülin sekresyonu, insülin etkisi veya her ikisindeki defektlerden kaynaklanan, protein ve karbonhidrat metabolizması bozukluğu ile birlikte olan, kronik hiperglisemi ile karakterize, multipl etyolojili kronik bir metabolik hastalık olarak tanımlanabilir (Güven, 2007). Araştırmalar DM'nin alt ekstremitelerde amputasyonunun en önemli nedeni olduğunu (%50) kanıtlamıştır. Diyabetik hastalar arasında amputasyon oranı, DM olmayan hastalardan 15 kat daha yüksektir (Tan, 2011; Andersona, 2007) ve bunlarda 5 yıl içinde %80'e varan oranlarda mortaliteye rastlanmaktadır. Ayrıca DM süresinin uzaması ile amputasyon riskinin arttığı, DM öyküsü daha uzun olan hastalarda PAH ya da nöropati görülme riskinin daha da yükseldiği ortaya konulmuştur (Peters ve ark., 2005). Ayrıca alt ekstremitelerde amputasyonlu (AEA) hastaların %42'si, sonraki 1-3 yıl içinde zıt uzvunun amputasyon riski ile karşı karşıya kalabilmektedir. DM'ye bağlı amputasyon endikasyonunun yaklaşık %80'inde ayak yaralarında gelişen enfeksiyon ve nekroz olması (Korkmaz ve ark.,2015) ve DM'de ayak ülseri gelişme riskinin %25'e kadar çıkabilmesi (Akan, 2015) ayak ülseri gelişiminin önlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Günümüzde çok sık rastlanan diyabetik ayak yaralarına lokal travma, yumuşak dokulardaki beslenme bozuklukları sonrası gelişen iyileşmede gecikme, var olan duyu kaybı, immün sistem yetmezliklere bağlı enfeksiyonlara yatkınlık ve özellikle ayak hijyeni ile ilişkili yetersizlikler neden olmaktadır (Tükenmez ve ark., 2005). Bunun için geliştirilebilecek stratejiler; multidisipliner ekip (ortopedi uzmanı,

kalp damar cerrahı, plastik cerrah, endokrin uzmanı, podiatrist, diyabet hemşiresi) yaklaşımı ile dokunun korunması, enfeksiyonun erken agresif tedavisi ve daha konservatif yaklaşımlar uygulanmasıdır. Yapılan bir çalışmada multidisipliner diyabetik ayak kliniğinin kurulması ile revaskularizasyon işlemlerinde 7 kat artış sonucunda majör amputasyon sıklığının %75 azaltıldığı gösterilmiştir (Tükenmez ve ark., 2005). Bununla birlikte hekimler tarafından tarama muayenelerinin daha fazla kullanılması ve hastalar tarafından günlük kendi kendine muayene yapılması, risk altındaki hastaların bir uzmana yönlendirilmesi, sigara bırakma, glisemik kontrolün sürdürülmesi, hipertansiyon, böbrek hastalığı ve PAH yönetimi ile hasta eğitimi amputasyonu önlemeye yönelik uygulamalar arasında sayılabilir.

#### **4. Tümörler**

Benign tümörler nadiren amputasyon gerektirir. Osteosarkom, kondrosarkom, fibrosarkom gibi malign tümörlerde ise amaç metastaz oluşmadan amputasyon uygulanmasıdır. Ancak günümüzde segmental rezeksiyon, kemik grefti veya implant uygulanması şeklinde ekstremitte koruyucu girişimler daha sıklıkla uygulanmaktadır (Başal ve ark., 2015). Tümöral olaylar sıklıkla 10-20 yaş arasında görülür ve amputasyon nedenlerinin %5'ini oluşturmaktadır (El ve Peker, 2001).

#### **5. Enfeksiyonlar**

Akut veya kronik medikal tedaviye cevap vermeyen, hastanın yaşamının tehlikede olduğu durumlarda amputasyon uygulanabilir. Amputasyon gerektiren enfeksiyonlardan fulminan gazlı gangren en tehlikeli olanıdır. Bu enfeksiyonun tedavisi için en kısa sürede yüksek seviyeden amputasyon uygulanmalı ve yara açık bırakılmalıdır. Kronik enfeksiyonlarda ise, endikasyon fulminan enfeksiyonlarda olduğu kadar kesin değildir. Medikal ve cerrahi girişimlere rağmen yıllarca sürüp giden ve ekstremiteyi kullanılmaz hale getiren, amiloidoz gibi komplikasyonlara neden olan kronik osteomyelitlerde de amputasyon uygulanabilir (Başal ve ark., 2015). Tüm diğer amputasyonlarda olduğu gibi, enfeksiyon nedeni ile ampute ekstremitenin uzunluğunu korumak yaşamsal olsa da önemli olan, enfekte veya iskemik ülserin uygun şekilde rezeksiyonunun sağlanmasıdır. Yapılan bir çalışmada, ayak amputasyonu sonrası %42.4 oranında proksimal amputasyon insidansı bildirilmiştir ve hastaların yaklaşık %70'inin yeni ülserasyonlar, antibiyotik

gerektiren yaralar ya da operatif ekstremitte üzerinde yardımcı prosedürlere gereksinim duyduğu bildirilmektedir (Anari ve Donegan, 2017).

## **6. Konjenital Anomaliler**

Konjenital amputasyonlar, amputasyon nedenlerinin %5'ini oluşturur ve çoğunlukla çocuklarda (%60 ), polidaktili gibi deformiteleri gidermek amacı ile yapılır ( El ve Peker, 2001; Başal ve ark., 2015).

## **7. Yanıklar ve Donuklar**

Termal ve elektrik yaralanmasına bağlı yanıklarda ekstremitte amputasyonu endike olabilir. Özellikle elektriğe bağlı oluşan yaralanmada, gerçek yaralanma boyutu yaralanma ilk ortaya çıktığı zaman belli olmayabilir. Tedavi; canlılığını kaybetmiş dokuların erken debritleme, gerektiğinde fasyotomi ve ameliyathanede tekrarlayan debritleme ve ciddi yara bakımını içermelidir. Donma ekstremitedeki dokuların santral hipotermi ile beraber yada ondan bağımsız olarak donmasını ifade eder. Sıfır derecenin altındaki sıcaklığa maruz kalan özellikle dağcılar, kayakçılar, avcılar aynı zamanda alkolik, şizofren ve evsizler risk grubunu oluşturur (Başal ve ark., 2015).

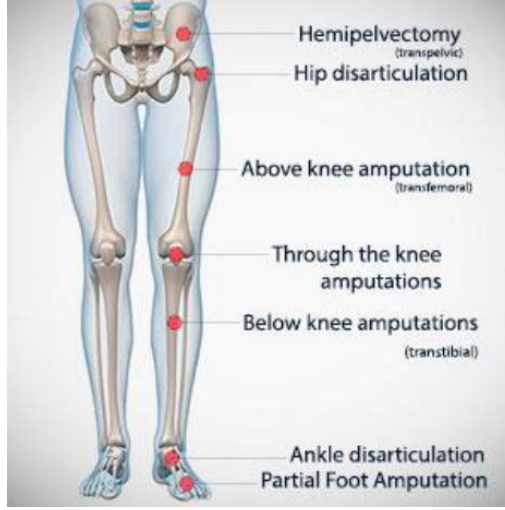
### **2.1.2. Alt Ekstremitte Amputasyon Tipleri**

Ekstremitte amputasyonunda amputasyonun seviyesinin belirlenmesi hasta ve cerrah için kritik bir karardır. Amputasyonlar genelde kan akımının az olduğu veya bozulduğu alanlarda uygulandığı için seviye seçiminin doğru yapılması ve hastanın ameliyat öncesi ayrıntılı değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Günümüzde alt ekstremitte arter hastalarını araştırmak için birçok invazif ve invaziv olmayan değerlendirme yöntemi kullanılmaktadır. Ancak, amputasyon gibi ciddi operasyonlara karar vermek için tek bir yöntem yeterli değildir (Tan ve ark., 2017). Çoğunlukla amputasyon seviyesinin belirlenmesinde klinik muayene ve doppler ultrasonografi (USG) yöntemi kullanılsa da (Sümer ve ark., 2008) değerlendirmede; basınç dalgaları ve sistolik basınç değerleri, deri sıcaklık ölçümleri, deri O<sub>2</sub> seviyesi ve transdermal pO<sub>2</sub> ölçümü, renkli doppler ultrasonografi (USG), arteriografi, anjiyografi gibi tetkik ve yöntemlerden ve Ayak Bileği Brakiyal İndeksi (ABI) gibi ekonomik ve hızlı testlerden de yararlanılmaktadır (Aygan ve ark., 1999; Başal ve

ark.,2015; Sümer ark., 2008; Tükenmez ve ark., 2005). Amputasyon seviyesi belirlenirken, ekstremitenin olabildiğince korunması, başarılı bir iyileşme ve maksimum fonksiyon sağlayacak şekilde belirlenmesi önemlidir (El ve Peker, 2001). Seviyenin doğru belirlenmesi yeniden operasyon riskini ve mortaliteyi düşürmektedir (Başal ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada amputasyon seviyesi ne kadar yüksek olursa, yürüme hızının o kadar düşük ve yürüme sırasında kullanılan enerji gereksiniminin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Andersona ve ark., 2007). Aynı zamanda amputasyon seviyesi, rehabilitasyon başarısını da etkilemekte olup amputasyon seviyesi yükseldikçe protez kullanımının azaldığı bildirilmektedir. Neden olarak diz üstü protez kullanımının diz altı protez kullanımına göre daha fazla enerji gerektirmesinin yanında diz üstü amputasyon seviyesinde komorbiditelerin artması, bağımsızlığın ve mobilitenin azalması sayılabilir. Sonuç olarak diz üstü amputelerde rehabilitasyonun başarısı ve aktivitelere katılım oranı daha düşüktür (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Alt ekstremitte amputasyonlarının tipleri 1974 yılında geliştirilen ve günümüzde de halen geçerli olan bir sınıflandırma sistemi ile belirlenmektedir. Bunlar:

1. % 3 Syme amputasyon-ayak bileği
2. % 59 Transtibial amputasyon-dizin altında
3. % 35 Transfemoral amputasyon-diz üstünde
4. % 1 Diz dezartikülasyonu-diz seviyesinde
5. % 2 Kalça dezartikülasyonu( El ve Peker, 2001).





**Şekil 1:** Alt ekstremitte amputasyon seviyeleri (Davie-Smith, 2017).

### **1. Syme / Ayak bileği Amputasyon**

Tibio-talar eklem seviyesinden yapılır. Tibia ve fibulanın eklem yüzleri kesilir. Medialateral malleol kesildikten sonra güdük ucu kapatılır. ( Başal ve ark., 2015).

### **2. Transtibial / Diz Altı Amputasyon**

En sık uygulanan amputasyon prosedürüdür. Hastanın kendi dizinin muhafaza edilmesi nedeni ile rehabilitasyon ve proteze uyum yüksektir. İdeal amputasyon seviyesi gastrokinemiusun muskulotendinöz birleşim yeri olarak önerilir. Erişkinlerde diz altı amputasyonlarda hastanın boyuna bağlı olarak ideal güdük uzunluğu 12.5 cm -17.5 cm'dir ( Başal ve ark., 2015).

### **3. Transfemoral / Diz Üstü Amputasyon**

Dizaltı amputasyondan sonra en sık uygulanan prosedürdür ( Başal ve ark., 2015).

### **4. Diz Dezartikülasyonu / Diz Seviyesinde**

Bu tür amputasyon ile soketi daha iyi koruyan bir güdük elde edilir. Ayrıca çocuklarda ve genç erişkinlerde femurun büyümesine engel olmadığı için önemlidir. Dezartikülasyonda patella çıkarılmaz ( Başal ve ark., 2015).

### **5. Kalça Dezartikülasyonu**

Kalça ekleminden itibaren yapılan amputasyondur ( Başal ve ark., 2015).

Tüm amputasyonların %85'i alt ekstremitelerde yapılmaktadır. Eğer bu kesme işlemi eklem seviyesinden yapılıyor ise buna “dezartikülasyon” adı verilmektedir ( Başal ve ark., 2015). Major amputasyonlar genellikle transtibial, transfemoral, diz dezartikülasyonları veya kalça dezartikülasyonları gibi, ayak bileği seviyesinin üzerinde yapılanlar olarak tanımlanırken, küçük amputasyonlar ayak parmaklarıyla veya ayak seviyesinde (transmetatarsal tarsometatarsal veya Lisfranc) sınırlandırılanlardır. Küçük amputasyonlar genellikle daha iyi tolere edilir, çünkü yürüyüşe olanak sağlamak için proteze ihtiyaç duyulmamaktadır. Seviye daha proksimalden oldukça, sakatlık seviyesi de artar. Transmetatarsal seviyenin proksimalinden yapılan ayak amputasyonlarında yürüyüş bozukluğu belirgin olarak karşımıza çıkar ( Başal ve ark., 2015). Ayrıca ölüm oranları iki grup arasında da farklılık göstermektedir. Majör amputasyonlar için %22, küçük amputasyonlar için %12-21 oranında yıllık mortalite oranının olduğu bildirilmiştir (Jesus-Silva ve ark., 2017).

### **2.1.3. Amputasyonun Psikososyal Boyutu, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**

Ekstremitte amputasyonunun kişi üzerindeki etkisi ve uzuv amputasyonuna uyum süreci bireyler arasında değişen şekillerde oldukça karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Fiziksel yaralanmalar tıbbi bakım ve rehabilitasyon yolu ile tedavi edilebilmesine rağmen, psikososyal etki birkaç ay, yıllarca ya da yaşam boyunca bile sürebilir (Mugo, 2010). Amputasyon birey için trajik bir olaydır. Ayrıca olağan dışı olması, kişiyi yoğun korku ve çaresizlik içinde bırakması, bireyin kontrolünün dışında olup kaçışın olmaması gibi özelliklere sahip olması travmatik yaşantı ile benzerdir. Amputasyon aynı zamanda öznedir. Çünkü hastanın amputasyona yüklediği anlam, işi, ailesi ve amaçları üzerinde tehdit olarak algılaması, kişilik özellikleri, geçmiş deneyimleri, çevreden gördüğü sosyal destek, hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar, kişinin fiziksel ve ruhsal potansiyeli ve baş etme gücüne bağlı olarak değişken ve kompleks özelliklere sahiptir (Özsoy ve Okyayuz, 2016; Atay ve ark., 2014). Amputasyon hasta için yalnızca organ kaybı olmayıp aynı zamanda işlev kaybı, beden imajı değişikliği iş ve ilişkilerde kayıp anlamları da taşımaktadır (Özsoy ve Okyayuz, 2016). Yaşanan kayıp bireyler için tüm yaşamı değiştiren bir

olaydır ve bir çok hasta inkar, öfke, pazarlık, depresyon, yas ve kabul gibi klasik keder aşamalarından geçer (Virani ve ark., 2015). Amputasyondan sonra sıklıkla belirlenen psikososyal sorunları şöyle sıralanabilir: Beden görüntüsü endişeleri, bütünlük hissi kaybı, benlik saygısında azalma, bozulmuş beden imajı ile etiketlenmiş şekilde yaşamak, boşluk ve değersizlik hissi, farklı davranılmasından dolayı sosyal uyumda zorluk, sosyal izolasyon, azalmış cinsel aktivite, anksiyete, depresyon, sosyal rahatsızlık ve buna bağlı aktivite kısıtlaması, samimi ilişkiler ve evlilikte başarısızlık, iş kaybı ya da iş değişikliği yüzünden maddi sıkıntılara neden olabilmektedir (Mugo, 2010; Gilg, 2016). Bu duygusal tepkilerin birçoğu geçici, bazıları ise yapıcı ve yararlıdır, bazıları ise psikolojik yardım gerektirecek düzeydedir. Bu nedenle amputasyona verilen tepkilerin birey, aile, yakın çevresi ve amputasyon ekibi tarafından bilinmesi ve hazırlıklı olunması önemli ve gereklidir (Oğul ve Erden, 2005). Bu süreçte; fizyoterapist, ortopedist, protez ya da biyomekanik uzmanı, hemşire, cerrah, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve aile yer almalıdır. Çünkü yeni duruma uyum sağlamada hastanın bireysel yeterlilikleri kadar bakım veren kişilerin yoğun çaba ve etkili yaklaşımlarının payı da büyüktür. Kayıp yaşayan kişi için sosyal desteğin yalnızca var olduğunun algılanması bile tek başına stresi azaltıcı etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Özsoy ve Okyayuz, 2016). Literatürde amputasyondan sonraki ilk bir ayda başa çıkma cevabına ek olarak eş desteğinin az olması depresyon ve fantom ağrısı riskini artırırken, güçlü sosyal destek tam tersi etki yaratır (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Yapılan bir çalışmada alt ekstremitte amputasyonlarında anksiyete ve depresyon oranları değişken olmakla birlikte %64 olarak bildirilmiştir (Mosaku ve ark., 2009). Kadınlarda, sosyal desteği olmayanlarda, işsizlerde, travmatik amputasyon geçirenlerde ve kısa süre önce amputasyon geçirenlerde psikolojik semptomların oranları daha yüksek olduğu saptanmıştır (Atay ve ark., 2014). Başka bir çalışmada AEA'lu bireyler, sosyal rahatsızlık gibi sosyal problemler yaşadıklarında, mesleklerini değiştirmeye zorlandıklarında, evlilik yaşamlarında sıkıntılarla karşılaştıklarında veya günlük yaşamlarında bağımlı olduklarında daha yüksek düzeyde depresyona sahip oldukları saptanmıştır (Mozumdar ve Roy, 2010).

## 2.2. Beden İmajı

Bireylerin birbirleri ile ilişkilerinde sözel ifadeden önce, dış görünüş gelmektedir. Günümüzde, görünüşün önemi konusunda artan bir akım vardır. Toplum, belirli bir imaja uymak için bireylere baskı yapar ve bundan dolayı beden imajının geliştirilmesi ve sürdürülmesi önem kazanır (Gilg, 2016). Beden imajı kavramı, bireyin kendi bedeninin şekli, fonksiyonu, görünüşü ve arzusu ile ilgili bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenen bireyin psikososyal uyum deneyimleri, duyguları ve tutumlarının bir kombinasyonu olarak tanımlanabilir. Beden imajı, insanların nasıl göründüklerine ilişkin çeşitli sosyopsikolojik bileşenleri içeren geniş bir kavramdır (Mugo, 2010; Demiralp ve ark., 2015). Bu nedenle bireyin nasıl görüldüğüne ilişkin algısı, öznel iyi oluşlarını etkileyecektir. Bir hastanın var olan beden görüntüsünü kabul edemediği ve mevcut gerçeklikle aynı olmayan eski beden imajına tutunduğu zaman beden imajı bozukluğu belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (Godlwana, 2016). Hastalara göre değişmekle birlikte, bedeninin görüntü bozukluğu bulguları hastanede yatış sırasındaki erken dönemde ortaya çıkmakta ve AEA'lu bireylerde daha fazla beden imajı bozukluğu ile karşılaşmaktadır (Godlwana, 2016). Bireyde beden imajının bozulduğunun bazı göstergeleri şöyle sıralanabilir:

1. Beden parçasına dokunamama, bakamama
2. Beden parçasını gizlemeye çalışma (eşinin/partnerinin önünde soyunmaktan korkma, eşi/partneri ile cinsellikten ya da yakın olmaktan kaçınma, eşinin yaralarını görmesine izin vermeme)
3. Sosyal katılımlarda değişimlerin oluşması (Evden çıkmak istememe, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınma, kimsenin kendisini görmesini istememe)
4. Değişim ya da kayıp ile aşırı meşgul olma
5. Beden ile ilişkili olumsuz duygular hissetme (acizlik, güçsüzlük, ümitsizlik, çekingenlik, utanç duyguları, kendini şuan ki hali ile kabullenmeme)
6. Öz-yıkım davranışları (kendine zarar verme, kendini aşağılama, intihar girişimleri, kendini fazlasıyla önemseme) (Sel, 2016).

Gilg (2016)'in 194 hasta üzerinde yaptığı çalışmada; beden imajının, konjenital deformitelere sahip olanlar ile kıyaslandığında, vasküler nedenler ile ampute edilenlerde çok düşük olarak algılandığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kaybedilen ekstremitelerin sayılarına göre puanlarda anlamlı fark olduğu görülmüştür. Kaybedilen iki ekstremiteye sahip olanların puanlarının, yalnızca bir ekstremitesini kaybetmiş olanlardan daha yüksek olduğu; iki ekstremiteli amputasyonu olanların, yalnızca bir amputasyon geçirenlere göre daha düşük beden imajına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gilg, 2016).

### **2.3. Yaşam Kalitesi**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak daha kapsamlı tanımlamasından sonra “Yaşam Kalitesi” kavramına karşı ilgi son yıllarda oldukça artmıştır. Bu tanımla birlikte sağlık durumunu değerlendirme hastalığın olup olmamasının ötesinde hastaların yaşam sürelerini ve kalitelerini değerlendirmek için psiko-sosyal yaklaşımlar geliştirmeyi gerekli kılmıştır. QALY (Quality Adjusted Life Year), “Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı” anlamına gelen sözcüklerin kısaltmasından oluşmaktadır ve hastalıkta yaşanan süreyi hem kalite hem de süre olarak değerlendirmektedir (Şahin ve ark., 2012).

Yaşam kalitesi kavramının tarihi sosyolojik ve tıbbi alanda çok eski zamanlara dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve iyi bir yaşam için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo ve ardından gelen birçok filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olmaktadır. Tıp alanında ise Hipokrat zamanında bile hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (Müezzinoğlu, 2005). Buna rağmen tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi, ilk olarak Long'un (1960 ) yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçmektedir . Ayrıca “yaşamın kutsallığı” (sanctity of life) ideolojisinin gelişmesi, tıp içinde de etkisini göstermektedir. Bunun sonucu, hekimlerin yalnızca hastayı yaşatması değil, yaşamaya devam eden bireylerin yaşam kalitesinde önem

vermesi gerektiği fikri kabul görmektedir (Müezzinoğlu, 2005). Yaşam kalitesi pek çok alanı kapsayan çok faktörlü bir kavramdır. Toplumlar arasında önemli farklılıklar görüldüğü gibi aynı toplumdaki bireyler arasında bile değişkenlik gösterebilmektedir (Müezzinoğlu, 2005). Bu nedenle yaşam kalitesini tanımlamak oldukça zordur. Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve onların hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki durumlarını algılamaları şeklinde tanımlanmıştır, kısaca kişinin iyilik durumunun derecesi olarak ifade edilmiştir ( Demiralp ve ark., 2015).

Sağlık alanında yaşam kalitesi ilk kez 1964'te, JR Elkinton, transplantasyon tıbbının tartışıldığı , "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı bir makalede kullanan kişi olmuştur (Top ve ark., 2003). Kavram ilk olarak onkolojide ele alınmış, kanser hastalarında yaşam kalitesi daha iyi olabilmesi için neler yapılabileceği düşünülmüştür. Kişinin, daha uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği konusu gündeme gelmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çok yönlü, subjektif bir tanımlama örneği Patrick ve Erickson tarafından; "Sosyal fırsatların, algıların ve fonksiyonel durumların ve ayrıca hastalıklar, yaralanmalar ve tedavilerle etkilenen bozulmaların şekillendirerek değişikliğe uğrattığı yaşam süresine verilen önem" şeklinde ifade edilmiştir (Top ve ark., 2003). Yaşam kalitesi tanımlarının çoğu, kısaca aşağıdaki alanları içermektedir. Bunlar:

1. Fiziksel sağlık durumu, örneğin hareket kabiliyeti, öz bakım
2. Psikolojik durum, iyilik hali, örneğin depresyon, anksiyete, cinsel yaşam, ağrı
3. Sosyal iyilik; ailesel destek, toplumsal etkinlikler ve arkadaşlık, maddi yeterlilik, bireysel yaşam (mahremiyetin korunması, yetileri sürdürme), bireysel başarılar, cinsel doyum ve yaşam felsefesinden oluşmaktadır
4. Ekonomik durum
5. İşlevselliğin yeterliliği, olarak sıralanabilir (Top ve ark., 2003; Güven, 2007).

İşlevsel yetersizlik teriminin içinde de üç kavram vardır: bozulma (impairment), yeti yitimi (disability) ve sakatlık (handicap). Bozulma; psikolojik, fizyolojik ya da anatomik yapı ya da işlevlerde herhangi bir yitim ya da anormalliktir. Yeti yitimi; bir insan için normal kabul edilebilecek bir etkinliği

gerçekleştirebilmede kısıtlılık ya da yetersizlik halidir. Sakatlık ise; kişi için (yaşa, cinsiyete, toplumsal ya da kültürel etmenlere bağlı olarak) normal kabul edilen rollerin gerçekleştirilmesinde kısıtlamalara neden olan yetersizlik ya da yeti yitiminin yol açtığı bir durumdur. Bu üç faktörün varlığı sonuçta kişide yeti yitimine yol açmakta ve başkasına bağımlı hale getirerek yaşam kalitesinde bozulma ile sonuçlanmaktadır (Müezzinoğlu, 2005).

Tüm bu faktörlerin paralelinde sağlıkla ilgili en önemli objektif yaşam kalitesi göstergeleri; bireyin hangi durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, ayrıca öz bakımını yerine getirebilmesi ve bunların yeterli düzeyde olması şeklinde tanımlanmıştır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). AEA'nu olan bireylerin günlük aktivitelerinde birine bağımlı hale gelmesi nedeni ile yaşam kalitelerinin otomatik olarak düşmesi beklenir (Mugo, 2010). Amputasyon, fiziksel aktivitede kısıtlamaya, güven kaybına, psiko-sosyal faktörlerin bozulmasına, istihdam olanaklarına bağlı olarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kulkarni ark., 2014). Amputelerde yaşam kalitesi etkileyebilecek en önemli faktörlerden biri ekstremitte kaybına bağlı olarak gelişen hareket kaybıdır. Çalışmalar genel olarak kadın olmak, yaşlı olmak, dul veya boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, zayıf sosyal destek, yaşanılan konutun ve özelliklerinin yetersizliği, kronik bir hastalığa sahip olmak, düşük iş doyumu ve boş zaman aktivitelerinin yetersiz olması gibi faktörlerin yaşam kalitesinin önemli ölçüde düşürdüğünü göstermektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Güven ve Şener, 2011).

#### **2.4. Hemşirelik Süreci**

Ekstremitte amputasyonu olan hastaya hemşirelik bakımının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım ile taburculuk planlaması ve topluma yeniden uyum gibi dört önemli aşaması vardır. Bu aşamaları anlamak, hemşirelere, amputasyon ile ilişkili değişikliklerden hasta iyileşme sürecini, bakım ve önceliklerini organize bir biçimde tanımlama yardımcı olacaktır. Aşamalar birbiri ile ilişkili olup, amputasyon seviyesi, önceki amputasyonlar, mevcut komorbidite, yaş, amputasyona olan tepki, kişisel ve çevresel faktörler, ekonomik boyutu ve amputasyondan önceki fonksiyonel durum gibi bireysel hasta faktörlerine bağlı olarak birbiriyle örtüşebilir. Birey ve ailesi,

anestezi uzmanı, cerrah, protezci, mesleki terapist veya fizyoterapist, hemşire, akut ve kronik ağrı servisleri ve rehabilitasyonu kapsayan çok disiplinli bir ekip yaklaşımı ile değerlendirilmelidir (Virani ark., 2015).

#### **2.4.1. Ameliyat öncesi bakım**

Ameliyat öncesi bakımın temel özellikleri şunlardır:

- a. Veri toplama
- b. Hasta ve aile eğitimi
- c. Ağrı yönetimi
- d. Değerlendirme.

##### **a. Veri toplama**

Ameliyat öncesi süreçte hasta verilerinin eksiksiz toplanması ve doğru değerlendirilmesi kaliteli hemşirelik bakımı sağlanması için önemlidir. Diyabet, kardiyak, vasküler, solunum veya böbrek hastalığı gibi komorbiditeleri olan kişilerde, amputasyondan sonra ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski yüksek olduğu için daha da dikkatli olunmalıdır (Virani ve ark., 2015).

##### **b. Hasta ve Aile Eğitimi**

Alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerde ailenin sürece dahil edilmesi ve aile desteğinin alınması kritik bir rol oynamaktadır. Süreçten ne beklenildiğine ilişkin hasta ve aile eğitimi ile amputasyon geçiren bir hastanın bakımını nasıl yapacağına ilişkin bilgilendirmesi kaygıyı azaltır ve adaptasyonu artırır. Amputasyon engelliliğe neden olur ve hastalar yardım istemek konusunda isteksiz olabilirler. Yardım istemek için teşvik sağlamak, düşme gibi ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek içinde önemlidir. Var olan kaynaklar, finansal yardım ve ampute destek grupları hakkında bilgi broşürleri, hastaları ve aileleri rahatlatılabilir (Virani ve ark., 2015). Bununla birlikte amputeli birey ve ailesine spiritual bakım, olumsuz duygularını ifade etmelerine yardımcı olabilir (Godlwana, 2016).

##### **c. Ağrı yönetimi**

Ekstremitte amputasyonu yapılacak hastanın ameliyat öncesi dönemde ağrı yönetimi önemlidir, çünkü yapılan bir çalışmada operasyon öncesi ağrının kontrol



edilmesinin kronik ağrı gelişme olasılığını azalttığı gösterilmiştir (Anari ve Donegan, 2017). Bazı amputeler için yoğun ameliyat öncesi ağrı ameliyat sonrası fantom ekstremitte ağrısının amputasyon öncesi ağrısına benzer bir öncüsü olabilir. Bu, etkisiz bellek teorisi ile açıklanmaktadır. Teoriye göre; beyinde depolanan amputasyon öncesi ağrı anıları, ekstremitte kaybına rağmen amputasyon öncesi ağrısının kalitesini ve yerini taklit eden sabit ağrı sinyalleri göndermeye devam etmektedir. Bu nedenle, optimal ameliyat sonrası ağrı yönetimini sağlamak için, ameliyat öncesi yeterli analjezi sağlamak en önemlisidir. Yapılan bir çalışmada amputasyondan 48 saat önce optimize epidural analjezi veya intravenöz hasta kontrollü analjezi uygulamasının, amputasyondan altı ay sonra azalmış fantom ağrısına neden olduğunu belirtmişlerdir (Saka,2016). Hemşirelerin sıklıkla ve düzenli olarak ağrıyı değerlendirmeleri ve gerektiğinde analjezik ilaç vermeleri ve analjezik ilacın uygun kullanımı için yararlarını hastalar ile tartışmaları gerekir. Uygun ağrı yönetimi, ameliyat sonrası ağrının azalmasına, hastanın rahatlığının artırılmasına, kaygı düzeyinin düşmesine ve ameliyat sonrası bakım ile ilgili bilgiyi anlamaya yönelik yeteneklerinin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (Virani ark., 2015).

#### **d. Değerlendirme**

Olası ve varolan sorunlara odaklanan sistematik bir değerlendirme güvenli hemşirelik bakımının sağlanması için gereklidir.

#### **2.4.2.Ameliyat Sonrası Bakım**

Bu dönemde primer amaçlar, optimal yara iyileşmesi, ağrı kontrolü, ödem kontrolü ve güdük şekillenmesidir. Ameliyat sonrası değerlendirme döneminde özellikle dikkat edilmesi gereken durumlar ise: kardiopulmoner, nörolojik ve psikiyatrik durumun değerlendirilmesi, periferik vasküler durum, diyabet kontrolü, rezidüel ekstremitte cilt mobilitesi, ödem, endurasyon, hassasiyet, eklem stabilitesi, rezidüel ekstremitte ağrısı, fantom duyusu ve ağrısı, üst ekstremitenin ve sağlam alt ekstremitenin değerlendirilmesi, eklem kontraktürlerinin değerlendirilmesi şeklindedir (El ve Peker, 2001).

Ameliyat sonrası bakımın temel unsurları şöyledir:

##### **a.Güdük bakımı.**

b.Ağrı yönetimi

c.Komplikasyonların nlenmesi

**a. Güdük Bakımı**

Güdük değerlendirmesi ve bakımı ameliyat sonrası bakımın önemli bir parçasıdır. Kanama, enfeksiyon, dem ve kontraktür gibi güdük komplikasyonlarının önlenmesi, iyileşme ve uygun protez montajı için önemlidir. Gdğn uygun bir şekilde bakımı iyileşmeye yardımcı olur ve fonksiyonel sonuçları iyileştirir. Hemşireler, dem ve kanama bulguları açısından güdük alanını ve giyinmesini sıklıkla değerlendirmelidir. Ekstremitenin evresinin sekiz saatte bir ölçülmesi önerilmektedir. Ekstremitenin dolaşımı ve duyusunu belirlemek için nörovasküler değerlendirme (duyu, hareket, nabız, deri rengi ve sıcaklık dahil olmak üzere) periyodik olarak yapılarak güdük doku nekrozunun önüne geçilmelidir. Pansuman değişikliği yapmadan önce yeterli analjezi sağlanmalıdır. Pansumanlar ne çok sıkı ne de çok gevşek olmalıdır. Sıkı sargılar, güdüğün iskemisine neden olurken, gevşek yara örtüleri, güdüğün protezlerin yerleştirelmesini sağlayan konik şekli oluşturmasını önler. Hastalara daha kolay uygulama fırsatı veren esnekleştirilmiş ve kademeli basınç gdğ küçültme çorabı ve varsa güdüğün görsel değerlendirilmesine olanak tanıyan bir hava atelasyonu kullanılabilir (Virani ark., 2015). Güdük konumlandırma da dikkat edilmesi gereken diğer bir konu, ameliyattan sonra güdük venöz dönüşü arttırmak ve demi önlemek için 24-48 saat bir yastık üzerinde tutulur, ancak, kalça kontraktürü gelişebileceğinden güdük 48 saatten daha uzun süre yüksekte tutulmamalıdır. Hasta ameliyattan sonraki ilk gün kısa bir süre için prone pozisyona getirilmeli ve daha sonra günde 2-3 kez bu pozisyona getirilmelidir. Bu pozisyonun amacı, kalça kontraktürlerinin önlenmesidir. demi artırabileceğinden, ameliyat öncesi erken evrede uzun süreli aynı pozisyonda konumlandırma veya güdük sarkması tavsiye edilmez. Güdük her zaman iyi desteklenmelidir. Tekerlekli sandalyede dolgu, hastanın tuvaleti kullanması durumunda gdğ desteklemek için banyoda gerektiğinde kullanılabilir. Güdük, yatağın ayağını kaldırarak veya güdük altına rulo havlu yerleştirerek kaldırılmalıdır. Hasta bir saatten fazla aynı konumda kalmamalıdır. Cildin bozulmasını ve kontraktürleri önlemek için pozisyon değişikliğine dikkat edilmelidir. Kasları

güçlendirmek ve erken mobilizasyona yardımcı olmak için egzersizler ameliyat sonrası erken aşamada öğretilmelidir (Virani ve ark., 2015; MEB. 2011)

## **b. Ağrı Yönetimi**

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teskilatı (International Association for the Study of Pain) ağrıyla, “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen hoşça gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlamıştır (Saka, 2016). Amputasyondan sonra ağrı sık görülen ve beklenen bir semptomdur (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde hedef hastanın ağrısının onu rahatsız etmeyecek düzeye düşürülmesi ve sürdürülebilmesidir (Saka, 2016). Ekstremitte amputasyonuna bağılı ve hastaların çoğunluğunun deneyimlediğı ağrı türleri fantom his, fantom ağrı ve güdük ağrısı olarak görülmektedir.

**1. Fantom Duyu/His:** Fantom fenomeni, kaza ile ya da ameliyat ile oluşan ekstremitte amputasyonlarından sonra hastanın kayıp ekstremitte varmış ve hareket ediyormuş gibi bir his duyması ve ampute ekstremitede ağrı dışındaki tüm hisler şeklinde tanımlanabilir (Öznur, 2013). Aynı zamanda, parestezi, yanma, kaşıntı, kasılma, hissizlik, hiperaljezi ve teleskop belirtisi de olabilir. Teleskop belirtisi ampute ekstremitenin distal kısımlarının, aradaki proksimal kısım olmaksızın doğrudan güdüğün devamında hissedilmesidir. Daha çok üst ekstremitte amputasyonlarından sonra görülen bu belirtiyeye kol amputasyonu sonrası, arada ön kol olmaksızın el parmaklarının dirsek eklemine bitişik olarak algılanması örnek olarak gösterilebilir (Saka, 2016). Erbahçeci ve Anaforoğlu (2012)’nin 254 ampute üzerinde yaptıkları çalışmada, amputeler % 79.92’inde fantom his, % 20.08’inde fantom ağrı olduğu belirlenmiştir.

**2. Fantom Ağrı:** Kaybedilen ekstremitte bölgesinde ağrı, yanma hissi ile tanımlanır (Skinner, 2005). Fantom ağrısı, nöropatik ya da nosiseptif özellikte olabilir. Bu ağrı keskin, batıcı, elektriklenme benzeri olabileceğı gibi hissizlik, kramp ve sıkıştırılma şeklinde kaybedilen ekstremitenin tümünde ya da bir kısmında hissedilebilir. Tipik olarak amputasyon sonrası ilk 6 ay içinde ortaya çıkmaktadır (Saka, 2016). Bu ağrı yılda en az birkaç hafta hissedilmekte, günlük hissetme değışen oranlarla görülmektedir (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Fantom ağrısının gelişim mekanizması halen net olarak tanımlanamamıştır (Saka, 2016). Üst ve alt ekstremitte

amputelerinin pek çoğunda görülen fantom ağrısı konusunda periferik ve merkezi sinir sistemi ile ilgili iki görüş bulunmaktadır. İlk psikodinamik açıklamalarda, amputelerde fantom ağrısı bir psikopatolojinin sonucudur ve ret nedeni ile meydana gelen bir durum olarak yorumlanır. Bununla beraber son zamanlardaki teorilerde fantom ağrısının ret veya psikolojik disfonksiyonun işareti olmadığı iddia edilmektedir. Katz'ın(1992) yaptığı çalışmada, amputasyona başarılı bir şekilde uyum sağlamış görünen kişilerde de yıllarca fantom ağrısının devam ettiği belirtilmiştir. Genel olarak, ampute'lerin % 95'inin bir ya da daha fazla tipte amputeye bağlı ağrı yaşadıkları bildirilmiştir. Amputasyonla ilişkili ağrının en sık görülen tipi hayalet uzuv ağrısıdır (Gabriel, 2008). Araştırmacılar amputelerin %85'inden fazlasının fantom ağrısı yaşadığını ortaya çıkarmıştır (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Fantom ağrısının uzun dönemli prevelansı, amputasyondan sonra geçen süreye bağlı olarak değişebilmektedir. Bir çalışmada fantom ağrısının bir yıl sonra %61 ve 2 yıl sonra %59 oranında görüldüğü belirlenmiştir (Erbahçeci ve Anaforoğlu, 2012). Fantom ağrısı, bireyin amputasyondan önce kronik ağrısı varsa daha sık ve amputasyon çok küçük yaşta yapılmışsa daha seyrek görülmektedir. Ağrıya sıklıkla kaygı da eşlik etmektedir (Öznur, 2013). Dijkstra ve arkadaşları (2002) amputasyonun bilateral olması, fantom ekstremite hislerinin ya da güdük ağrısının varlığı ve amputasyonun alt ekstremitede olmasının, fantom ağrısı için major risk faktörleri olduğunu göstermişlerdir. Fantom ağrısı, ampute rehabilitasyonunu olumsuz etkileyen ameliyat sonrası komplikasyonlardan birisidir. Literatürde fantom ağrısı ile amputasyonu takiben ortaya çıkan beden imajı ile ilişkili anksiyetenin sorumlu olduğu belirtilmektedir (Demirdel ve Bayramlar, 2014).

### **3. GÜDÜK AĞRISI**

Güdük ağrısı; amputasyon sonrası kalan ekstremitte parçasında lokalize ağrıdır. Fantom ağrısından ayırt edilmelidir. Keskin, yanıcı, elektrik benzeri olarak tarif edilip, yüzeysel olarak insizyon hattında, derin dokularda ya da tüm kalan ekstremiteye yayılmış olarak hissedilebilir. Sıklığı %75'e oranında bildirilmiş olup, fantom ağrısına benzer şekilde yıllarca devam edebilir. Güdük ağrısı kendi içinde nosiseptif, nörojenik, prostojenik, iskemik, sempatik kökenli, omurga ya da eklem kaynaklı olabilir. Ayrıca adheziv skar dokusu ya da heterotropik ossifikasyon gibi anormal güdük dokusuna bağlı gelişen patolojik süreçlerle birlikte olabilir.

Ekstremitte kaybı olan hastaların %95'i bu kategorilerden en az birini yaşamaktadır (Saka, 2016.)

#### **4. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi**

Amputeli bireyde ağrıyı sık aralıklar ile değerlendirmek, analjezi sağlamak, fantom duyusunu kabul etmek, yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemek ve hastanın analjeziye yanıtını kayıt etmek önemli hemşirelik girişimlerindedir. Bu amaç ile, sayısal ağrı ölçeği (ağrı, bölge ve radyasyon kalitesi, ciddiyet, zaman (süre), sayısal bir ağrı skalası (0 = ağrı yok 10 = en kötü ağrı), görsel ağrı ölçeği ya da Kısa form olan McGill Ağrı Anketi, fantom duyusu olan hastaların değerlendirilmesinde yararlı olabilir (Virani ve ark., 2015). Günümüzde etkin bir ameliyat sonrası analjezi için genellikle birçok farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntem bir arada kullanılmaktadır. Ameliyattan hemen sonra, ağrı kontrolünde hasta kontrollü analjezi önerilmektedir. Ayrıca aralıklı bolus enjeksiyon, sürekli infüzyon, antidepressan (amitriptilin) veya antikonvülzan (gabapentin) ile kombine edilen narkotik ve steroidal olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAID'ler) ameliyat sonrası daha sonraki aşamalarda kullanılabilir (Virani ve ark., 2015; Saka, 2016). Ayrıca ayna görsel geri bildirim, işitsel geri bildirim terapisi, hipnoterapi, akupunktur, transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS), perküsyon, masaj, refleksoloji, sinir bloğu gibi fantom duyusunun farmakolojik olmayan tedavileri ile ilgili hasta eğitimi farmakolojik önlemler ile birlikte ağrı kontrolünde destek sağlayabilir (Virani ark., 2015). Çalışmalar kontrol altına alınamayan ameliyat sonrası ağrının cerrahi sonrası gelişen kronik ağrı için en önemli risk faktörü taşıdığını göstermiştir. Bu nedenle ameliyat sonrası erken aşamada etkili analjezi kullanımı ile ağrı yönetimi önemlidir. Aynı zamanda ameliyat sonrası akut ağrının kontrolü, cerrahiye bağlı stres yanıtı etkileyerek, iyileşme, hastaneden taburculuk ve normal yaşama dönüş sürecini etkilemekte ve hastanın erken mobilize olabilmesi açısından da önem taşımaktadır (Virani ve ark., 2015).

#### **c. Ameliyat Sonrası Komplikasyonların Önlenmesi**

##### **1. Fiziksel Komplikasyonlar**

Ameliyat sonrası en önemli komplikasyonlardan birisi yara enfeksiyonudur. Özellikle DM hastalarında olmak üzere PAH da daha sık görülür. Kültür

antibiogram ve uygun antibiyoterapi yapılmalıdır. Ciddi enfeksiyonlar güdük ucunda tamamen açılmaya ve güdük seviyesinin yükseltilmesine neden olabilirler (Başal ve ark., 2015). Alt ekstremitte amputasyonlarında yapılan bir çalışmada, araştırmacılar diz altı amputasyonlarda %5.5'lik ve diz üstü amputasyonlarda % 6.7'lik yara yeri enfeksiyon oranı bulmuşlardır (Virani ve ark., 2015). Yara enfeksiyonu, yara iyileşmesinin gecikmesine, hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına ve rehabilitasyonunun gecikmesine neden olduğu için önlenmesi önemlidir. Bu nedenle hemşire ve yara bakım ekibi yarayı şişlik, eksüda ve eritem gibi enfeksiyon bulguları yönünden izlemelidir. Profilaktik antibiyotik ve topikal kremlerin kullanılması, komorbid durumların tedavisi ve multidisipliner ekip anlayışı ile hastaları enfeksiyona yatkın hale getirecek herhangi bir faktörün dışlanması enfeksiyonu önlemede yararlıdır. Yaranın iyileşmesini hızlandırmak için debridman, topikal negatif basınç terapisinin kullanımı ve olası alerjiler için bandajların seçici kullanımı önemlidir (Virani ve ark., 2015). Osteomyeliti değerlendirmek için ise, radyolojik yöntemlerden yararlanılabilir. Güdük bakımına yönelik olarak hasta ve ailesine aşağıdaki konularda bilgi verilmelidir:

1. Güdük her gün kızarıklık, sıyrık yönünden gözlenmeli, ayna kullanılarak güdüğün her yanı görülmelidir.
2. Güdük üzerine yara bandı yapıştırılmamalıdır.
3. Protez kullanmaya başladığında sürtünmeye bağlı gelişebilecek cilt komplikasyonları izlenmelidir.
4. Güdük her gün sabunla yıkanmalı ve kurulanmalıdır.
5. Hasta yataktan kalkar kalkmaz protez takılmalı ve gün boyu çıkarılmamalıdır.
6. Egzersizler düzenli olarak yapılmalıdır (MEB., 2011).

## **2. Psikolojik Komplikasyonlar**

Ekstremitte kaybı yaşayan birey tüm yaşamını alt üst eden bir travma ile karşı karşıya kalmaktadır ve amputeli bireye psikolojik yardım belki de bakımın en zorlu ve uzun sürecini oluşturmaktadır. Çalışmalar, hastanedeki sağlık profesyonellerinin fizyolojik konular üzerine yoğunlaştığını, hastaların genellikle duygusal ve

varoluşsal sıkıntıları ile yalnız bırakıldığını göstermektedir (Madsen, 2017). Oysa bu hastalara ekip anlayışı ve bütüncül tedavi yaklaşımı ile bilimsel nitelikli ve umut dolu, güçlü bir tedavi işbirliğinin oluşturulması daha iyi tedavi sonuçları elde edilmesi için önemlidir (Öznur, 2013). Amputeli bireylerde fizyolojik bakım benzer olsa da, hastaların psikolojik bakımının bireyselleştirilmesi gerekmektedir (Gilg, 2016). Çünkü amputasyondan sonra gösterilen reaksiyonlar bireysel olabilir. Örneğin, amputasyon nedeni travma olan amputeler daha fazla inkar sergilerken, amputasyon nedeni vasküler olan amputeler daha çok kızgınlık ve kin tepkisi göstermektedir (Demirdel ve Bayramlar, 2014). Ancak ortak olarak ekstremitte kaybı yaşayan birey acı, kayıp, şok ve inkar duygusu yaşamaktadır (Madsen, 2017). Amputasyona verilen tepkilerin ampute edilmiş kişi, ailesi, yakın çevresi ve amputasyon ekibi tarafından bilinmesi ve bunlara hazırlıklı olunması önemlidir (Oğul ve Erden,2005). Amputelerde psikososyal uyum bireyin bireysel baş etme gücü, kararlılığı, sahip olduğu kaynakları ve bu süreçteki kaybına/kazancına yüklediği anlam, mevcut olan sosyal destek sistemlerinin kalitesi, onlara bakım veren kişilerin etkili yaklaşımları, amputasyona gösterilen sosyokültürel reaksiyonlar ve rehabilitasyon ekibinin yaklaşımlarına göre şekillenmektedir (Gilg, 2016; Demirdel, 2012; Oğul ve Erden, 2005). Hemşireler hastalarında psikolojik sorunlar ile ilgili iyi gözlem yapmalı, hastaları kayıp ile yüzleşmesi için teşvik etmeli ve değişen bedeni ile toplum ve kendi ile yüzleşmek için cesaretlendirilmelidir (Gilg, 2016). Bireyin kaybı kabul etmesine, durumu ile ilgili endişelerini ve duygularını paylaşmasına fırsat verilmelidir. İnançları doğrultusunda duygusal destek almasına olanak tanınmalıdır (Gilg, 2016). Ayrıca uyumu artıran faktörler olan amputasyonun üzerinden daha uzun zaman geçmiş olması, sosyal desteğin fazla olması, protezden memnuniyetin daha yüksek olması, aktif başa çıkma çabaları, iyimser kişilik eğilimi, fonksiyonel açıdan iyi amputasyon seviyesi, daha az fantom ağrısı ve güdük ağrısı gibi nedenlerin bilinmesi de destek için önem kazanmaktadır (Demirdel, 2012). Ayrıca spiritual bakım, amputeli bireye ve ailesinin olumsuz duyguları ile baş etmesine yardımcı olabilir (Godlwana, 2016). Aynı zamanda mevcut kaynaklar, finansal yardım ve ampute destek grupları hakkında bilgi broşürleri, hasta ve aileyi rahatlatılabilir (Virani ve ark., 2015). Psikiyatrik bozukluklar açısından riskli hastaların saptanması, gerektiğinde farmakolojik ve psikoterapötik yöntemlerin

kullanılması da yarar sağlayabilir (Öznur, 2013). Hastanın tüm destek sistemleri harekete geçirilmeli aile, toplum ve kurum desteği sağlanmalıdır. Psiko-eğitim, stres yönetimi ve gevşeme, duyguların dışa vurumu ve düzenlenmesi, başa çıkma, travma ile yüzleşme (hayali/gerçek), bilişsel işleme ve yapılandırma gibi tekniklerden de yararlanılmalıdır (Öznur, 2013).

#### **2.4.3. Taburculuk Planlaması**

Hastalar ve aileler her zaman hedef belirleme sürecine dahil edilmeli ve olası durumlarda hastalar için mümkün olan en iyi fonksiyonel sonuçların elde edilmesi için ameliyattan önce uzun vadeli hedef planlaması başlamalıdır. Taburculuk planlamasında göz önüne alınması gereken temel konular şunlardır: amputasyon ile ilgili fiziksel komplikasyonlar, amputasyon ile ilgili psikolojik komplikasyonlar ve bu komplikasyonları önleme ve gerekli tedavinin yapılmasının yolları ile topluma yeniden uyum için hastanın hazırlanmasını içermelidir (Virani ve ark., 2015)

#### **2.4.4. Rehabilitasyon ve Sosyal Yaşama Dönüş**

Ekstremitte amputasyonu olan bireyin rehabilitasyonu ve topluma yeniden entegrasyonu uzun ve zor bir süreçtir (Virani ve ark., 2015). Rehabilitasyon ameliyat öncesinde başlamalı ve ortopedist, protez ya da biomekanik uzmanı, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve aileden oluşan bir ekip tarafından yürütülmelidir. Ampute rehabilitasyonunun amacı, yapım tekniği uygun, rahat, fonksiyonel ve estetik bir protezle bireyin fonksiyonel kapasitesini tekrar kazanmasına yönelik ve özürü azaltarak bireyin eski sosyal yaşantısına, işine dönmesini veya yeni bir iş yapabilecek duruma gelmesini sağlayarak, yaşam kalitesi iyileştirmektir (Bayramlar ve ark., 2007; El ve Peker,2001). Amputasyon sonrası rehabilitasyon alanlar ile almayanların normal yaşama yeniden katılım indeksi (Reintegration to Normal Living Index, RNLI) skorları arasında rehabilitasyon alanlar lehine fark bulunması ampute rehabilitasyonunun amputeli bireylerin normal yaşama yeniden katılımı için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Bayramlar ve ark., 2007). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada olguların %40'ının hiç rehabilitasyon almadığı belirlenmiş, oranın bu kadar yüksek olmasının ampute rehabilitasyonu hizmeti veren merkezlere ulaşım zorluğundan ve ülkemizde sayıca az olmasından kaynaklandığı ifade edilmiştir (Bayramlar ve ark., 2007).



Rehabilitasyon sürecinde eklem hareketliliğinin korunması, kas gücü eğitimi, kardiyovasküler uygunluk, denge, hareketlilik, ev-egzersiz, günlük yaşam yönetimi ve ev durumu entegrasyonu konularında, optimal iyilik sağlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada rehabilitasyon sonucunda %60-80 arasında işe dönüş olasılığının arttırdığını göstermektedir ( Anari ve Donegan, 2017). Yapılan başka bir çalışmada amputasyon sonrası işe geri dönüş oranının %66 olduğu, tek taraflı ampute olanlarda bu oranın %66.7, iki taraflı olanlarda ise ancak %16 olduğu bildirilmiştir. Şirzai ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada da amputasyon sonrası işe dönme oranı %30 olarak saptanmıştır. Amputasyon sonrası güdük problemlerinin devam etmesi, protezinin uygun olmaması ve işverenin tutumu gibi faktörlere bağlı olarak işe geri dönme veya uygun iş bulmada sorunlar yaşanabilmekte, işe dönse bile iş yerinin uygun olmaması ya da bireyin aynı işi yapabilecek durumda olmaması gibi birçok farklı sorunla karşılaşabilmektedir. Oysa özür lülüğün azaltılması ve normal yaşantının devam ettirebilmesi için, iş hayatına başlamak ve çalışmak kişinin özsaygısını artırırken sosyal izolasyonunu azaltmakta ve kişinin kendini işe yarar, mutlu hissetmesini sağlamaktadır. Bu nedenle kapsamlı bir rehabilitasyon programı planlanmalı ve hastalara uygulanmalıdır (Şirzai ve ark., 2016). Toplumsal uyumda başarılı protez kullanımı çok önem kazanmaktadır (Virani ve ark., 2015). Protez ile birey fonksiyonel bağımsızlık kazandıkça kendine güveni artar, çevreye uyumu ve sosyal yaşantısı olumlu yönde etkilenir (Bayramlar ve ark., 2007). Aynı zamanda protez kullanan bireyler, çeşitli hobiler edinmesi, bir işi varsa işine dönmesi, spor, sosyal aktiviteler ve araba kullanması konusunda daha cesaretli olabilmektedir (Demirdel ve Bayramlar, 2014; Yakut ve ark., 2016).

## **2.5. Amputasyon ve Protez Kullanımı**

Kayıp ekstremitenin yerine geçecek bir araç olan protez, ampute yaşantısının önemli bir ögesidir (Bayramlar ve ark., 2007). Protez konusunda bilinen en eski yazılı kayıt, yaklaşık M.Ö.500 yıllarında ayağındaki zincirlerden kurtulmak için ayağını kesen, sonra da ahşap bir desteği yapay bacak olarak kullanan bir mahkuma aittir. Yine İtalya'da, 1858 yılında arkeologlar tarafından M.Ö. 300 yılına ait bakır ve tahtadan yapılmış bir tahta ayak bulunmuştur( Güven ve ark., 2010). Amputasyon sonucu kas kuvveti, eklem hareketi, denge ve proprioseptif duyunun kaybı nedeni ile alt

ekstremitte amputasyonlarında yürüme ve ambulasyon aktivitelerinde ciddi kayıplar oluşmaktadır (Topuz ve ark., 2010). Alt ekstremitte amputasyonu olan hastalarda protez uygulanmasının temel amacı, hastanın mümkün olan en iyi yürüyüş performansına ulaşmasına yardımcı olacak bir ekstremitte oluşturmaktır. Fonksiyona ek olarak protezin rahatlığı, görünümü, ağırlığı, kullanım kolaylığı, aksının anatomik aksa uygun olması, iyi stabilite sağlayabilmesi, fazla terlemeye neden olmaması, cildi aşırı irrite etmemesi gibi birçok faktör hastanın yapılan protezi kullanmasında etkili olmaktadır (Safaz ve ark., 2010; Gilg, 2016; Başal ve ark., 2015). Protez kullanımının, bireyin beden imajını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Gilg, 2016). Bununla birlikte ampute olmuş kişilerin hareketliliği, katılımı ve psiko-sosyal işleyişi üzerinde önemli bir etkiye sahip olan protez kullanımı yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etki oluşturur. Başarılı protez kullanıcıları işlevlerini, hareket kabiliyetlerini, psiko-sosyal tepkilerini, genel iyilik hali ve memnuniyetini oldukça elverişli olarak algırlar. Bireyin amputasyona uyum sağlaması ve günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra diğer fonksiyonel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirmek için protezini günlük olarak kullanması gerekir (Sinha, 2013). Protez kullanım becerisi kazanan amputeli bireyin, toplumda aktif rol üstlenmesi ve böylelikle kendini daha iyi hissetmesi beklenilmektedir (Topuz ve ark., 2010). Bu amaçla hastanın proteze uyumu en erken dönemde başlatılmalıdır. Hastanın iyileşmesine göre farklılık gösterse de, ambulasyon ve transfer eğitimi cerrahiden hemen sonra başlar. Kişinin genel durumuna göre, yardımcı ambulasyon denenebilir. Cerrahiden iki hafta sonra, kas kontraksiyon egzersizleri ile geri kalan ekstremitenin progresif desensitizasyonuna başlanır. Bu amaç ile ya havlu ile temas verilir veya distal uç yatak gibi yumuşak bir yere bastırılır. Ekstremitte ve güdük iyileşmesinin durumuna göre, 6-8 hafta içerisinde protez denemelerine başlanabilir (Akan, 2015). Ampute bireye yürüme eğitimi, protez kullanımı konusundaki gerekli eğitimler ve özellikle de düzenli günlük ekstremitte inspeksiyonu üzerinde durulmalıdır. Genellikle kalan ekstremitede atrofik değişiklikler ameliya sonrası 4.ayda stabilize olmaktadır. Ancak bu dönem bazen de bir yıla kadar uzayabilmektedir. Bu dönem boyunca hasta geçici protezi kullanmaya devam etmelidir (El ve Peker,2001).

Geçici protezin avantajları şunlardır:

1. Yara iyileşir iyileşmez kullanılabilir.
2. Elastik bandajdan daha etkin bir ekstremitte küçülmesi sağlar.
3. Erken bipedal ambulasyona izin verir.
4. Çoğu yaşlı hasta geçici protez ve koltuk değnekleri ile güvenli bir şekilde ambule olabilir.
5. Bazı hastalar işine dönebilir.
6. Hastanın rehabilitasyon potansiyelinin değerlendirilmesine olanak verir.
7. Pozitif bir motivasyon sağlar.
8. Çoğu hastanın tam aktif günlük hayata dönmesine kadar kompleks bir egzersiz programı ihtiyacını azaltır.
9. Kalıcı protezde görülebilecek sorunların önceden değerlendirilebilmesine olanak sağlar (El ve Peker, 2001).

## **2.6. Kalıcı Protezin Tamamlanması ve İleri Aşamalar**

Genel olarak kalıcı proteze geçiş dönemi hastanın özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Geçici protez kullanan genç, aktif amputelerde tam ağırlık taşıma tolere edilebildiğinde, protez tam gün kullanılabilir ve bir ay kadar kalan ekstremitede ödem önleyici bir uygulamaya gerek kalmadığında kalıcı ve kesin protez için uygun zaman gelmiş demektir. Yaşlı ve sağlık problemi olan amputelerde hafıza, dikkat ve konsantrasyonun yerinde olması protez kullanım açısından önemlidir (Akan, 2015). Genel olarak yürüteç kullanma ve protezi gün içinde 4-5 saat kullanma başarılı olduğunda kalıcı proteze geçme dönemi gelmiş sayılabilir. Kalıcı protez büyük ölçüde geçici protezin özelliklerini taşır. Ancak kozmetik açıdan daha üstün özellik taşır ve kalıcı protezin 3 yılda bir değiştirilmesi uygun görülmüştür. Hasta ve ailesi protez kullanımı ile ilgili kurallar konusunda eğitilmelidir. Başlangıçta günde 3-4 kez ve her seferinde 15-20 dakikadan fazla olmayacak şekilde protez giyilmelidir. Cilt inspeksiyonu yapıldığında beş dakikadan fazla devam eden kızarıklıklar görülüyorsa protezi 1-2 saat giymeye başlayabilir. Cilt en az iki saatte bir ve ağırlık taşıyıcı aktiviteler sonrası kontrol edilmelidir. Ayrıca diüretikler,

hemodiyaliz, kemoterapi ve alkol kullanımı kalan ekstremitelerde boyutlarında fluktuasyona neden olup proteze uyumu bozabileceği de unutulmamalıdır ( El ve Peker,2001 ).

Hastaların protez kullanımı ile ilgili aşağıdaki eğitimler verilebilir;

1. Hastalara/bakım verenlere, protez ile protezin işlevleri ve sınırları ile protezin bakımına yönelik bilgi verilmelidir.
2. Hastalara/bakım verenlere, güdüğün basınca dayanıklı ve basınca hassas alanları göz önüne alınarak, doğru soket uyumunu elde etmek için yönergeler verilmelidir.
3. Güdükteki hacim değişiklikleri ve bununla baş etme yöntemi açıklanmalıdır.
4. Protezin ne kadar süre giyilmesi ve bu sürenin nasıl artırılacağına yönelik rehberlik yapılmalıdır.
5. Ayakkabı değişikliğinin protez ayarını ve soket içerisindeki basıncı nasıl değiştirebileceği ile ilgili bir açıklama yapılmalıdır.
6. Kullanılan süspansiyon tipinin doğru kullanımı ile ilgili bilgi verilmelidir (Yakut, 2016).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, tanımlayıcı ve retrospektif tipte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Çorum ve Amasya illerinde gerçekleştirildi.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 2012-2017 yılları arasında Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde alt ekstremitte amputasyonu yapılan toplam 179 hasta oluşturdu.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Bu araştırmanın örneklemini son 5 yılda Amasya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde amputasyon operasyonu geçiren hastalar oluşturdu. Hastaların verileri hastanelerden geriye dönük olarak alındı. Güncel iletişim bilgilerine ulaşılabilen 75 hasta ile araştırmaya katılım için ön görüşme yapıldı. Telefon ile yapılan bu ön görüşmede, hastaların araştırmaya katılımlarının uygunluğu değerlendirildi ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip olan hastalara araştırmanın amacı açıklandı ve araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar çalışma kapsamına alındı. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

1. 18-80 yaş aralığında olmak (65 yaş üstü hastalar için araştırmacı tarafından uygulanan mini mental testinden en az 24 ve üzeri puan almış olmak),
2. En az 1 yıl öncesinde alt ekstremitte amputasyonu yapılmış olmak,
3. Protez kullanıyor olmak,
4. Araştırmaya katılımını etkileyecek düzeyde aktif bir psikiyatrik rahatsızlığı olmamak.

Amputasyon sonrasında yaşamını yitirdiği belirlenen, 65 yaş üstü olup mini mental test sonucu 24 altı puan alan ve çalışmaya katılmak istemediğini belirten toplam 26 hasta çalışmaya dâhil edilmedi. Araştırmanın örneklemini gönüllü olarak

araştırmaya katılmayı kabul eden ve dâhil olma kriterlerini karşılayan 49 hasta oluşturdu.

### **3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

#### **Bağımsız Değişkenler:**

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan yer ve çalışma durumu olarak belirlendi.

#### **Bağımlı Değişken:**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; beden imajı ve yaşam kalitesi düzeyidir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Veriler anket formu (Ek 1), Ampute Beden İmajı Ölçeği (Ek 3) ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği (Ek 2) kullanılarak toplandı.

#### **3.6.1. Anket Formu**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumunu içeren demografik veriler, yaşanılan yer, çalışma durumu, amputasyon etiyojisi, hastanın günlük yürüyüş alışkanlığı, günde kaç saatini protezle geçirdiği gibi amputasyon süreci ve sonrası protez kullanımı ve şu anki şikayetlerini belirlemeye yöneliktir. Toplam 16 sorudan oluşan formdan elde edilen bilgiler ile amputasyon öncesi ve sonrasına ilişkin bilgi edinilmesi amaçlandı.

#### **3.6.2. Ampute Beden İmajı Ölçeği**

James Breakey tarafından 1997 yılında ampute yapılmış bireyin bedeni hakkında algıladığı ve hissettiği durumları değerlendirmek amacı ile geliştirilen 20 sorudan oluşan bir ölçektir. Türkçe uyarlaması Bayramlar ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçekten elde edilen puanlar 20-100 arasında değişmekte olup, üç madde (3,12,16) ters puanlanmaktadır. Ölçeğin kişisel (3,5,6,7,12,16,17,18,20. maddeler), sosyal (1,2,8,10,11,14,15) ve fonksiyonel (4,9,13,19) olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Likert tipi olan ölçekten alınan yüksek puanlar beden imajının kötü olduğunu göstermektedir. Bumin ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada

Cronbach's Alpha katsayısı 0.83 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı 0.75 olarak belirlenmiştir.

### **3.6.3. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği**

Yaşam kalitesi değerlendirmesi için yaygın olarak kullanılan bir jenerik ölçek olan Kısa Form36 (SF-36) Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36 bir öz-bildirim ölçeğidir ve fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri (fiziksel ve emosyonel), ruhsal sağlık, canlılık (vitalite), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. 3,5 ve 6. sorular hariç likert tipi olan ölçeğin yanıtı alınırken son 4 hafta değerlendirilmektedir. Ölçek 0 ila 100 arasında değerlendirme sağlamaktadır ve daha yüksek puan daha iyi sağlık düzeyini göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı alt ölçekler için 0.73-0.76 aralığında belirlenmiştir.

### **3.7. Verilerin Toplaması**

Veri toplanmasına başlanmadan önce "Amasya Eğitim ve Araştırma Hastanesi" ve "Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi"den ampute edilmiş bireylerin bilgilerini elde edebilmek için yazılı izin alındı. Daha sonra hastanelerin arşivinden elde edilen bireylerin telefon numaraları ile hastalara telefon ile ulaşıldı. Veri toplama aşamasında, telefonla yapılan araştırmaya katılma davetini kabul eden hastalar evlerinde ziyaret edildi, çalışmanın amacı açıklandı ve anket formları ev ortamında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmeleri SPSS 16.0 paket programı ile yapıldı. Çalışmada tanımlayıcı veriler için yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Çalışmada verilerin normal dağılmadığı belirlendiğinden, iki değişkenli parametrik olmayan verilerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla değişkenli parametrik olmayan verilerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, beden imajı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak belirlendi.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmanın her aşamasında Helsinki Deklerasyonunda belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütüldü. Uygulamaya başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi etik kurulundan (25.01.2011 tarihli, 11/41 sayılı) izin alındı (EK.4).





## 4. BULGULAR

**Tablo 1.** Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler		n	%
Yaş	60 yaş altı	19	38.8
	60 yaş üstü	30	61.2
<b>Yaş ortalaması</b>	62.71±13.10		
Cinsiyet	Erkek	36	73.5
	Kadın	13	26.5
Eğitim Durumu	İlkokul öncesi	12	24.5
	İlkokul	27	55.1
	Ortaokul- Lise	10	20.4
Medeni Durum	Evli	40	81.6
	Bekar / boşanmış	9	18.4
İş Durumu	Çalışıyor	4	8.2
	Çalışmıyor	45	91.8
Yaşadığı Yer	Kırsal	21	42.9
	Kentsel	28	57.1

Tablo 1’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 62.71±13.10, %61.2’sinin 60 yaş üstü, %73.5’inin erkek, %55.1’inin ilkokul düzeyi eğitime sahip olduğu, %81.6’sının evli, %91.8’inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %57.1’inin kentsel bölgede yaşadığı belirlendi.

**Tablo 2.** Hastaların Amputasyonu ile İlgili Özellikleri

Bireylerin amputasyonuna ilişkin özellikleri		n	%
<b>Amputasyon etiyojisi</b>	Travma	9	18.4
	Periferik damar hastalığı	13	26.5
	DM	26	53.1
	Konjenital anomali	1	2.0
<b>Amputasyon düzeyi</b>	Trans-tibial	39	79.6
	Trans-femoral	4	8.2
	Bilateral	6	12.2
<b>Amputasyon sayısı</b>	1 kez	44	89.8
	1’den fazla	5	10.2

Tablo 2’de bireylerin amputasyonuna ilişkin özellikleri görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, bireylerin %53.1’inin amputasyon etiyojisinin DM olduğu, %79.6’sının trans-tibial amputasyon operasyonu geçirdiği, %89.8’inin ise yaşam boyunca 1 kez amputasyon operasyonu geçirdiği görüldü.

**Tablo 3.** Hastaların Amputasyon Sonrasına İlişkin Özellikleri

Özellikler		n	%
Mobilizasyon	Evden dışarı çıkmıyor	18	36.7
	Dışarı çıkabiliyor	31	63.3
Yardımcı araç kullanma	Tekerlekli sandalye	6	12.2
	Baston, koltuk değneği veya walker	41	83.7
	Kullanmıyor	2	4.1
Düşme Öyküsü	Var	31	63.3
	Yok	18	36.7
Düşme Korkusu	Var	40	81.6
	Yok	9	18.4

Tablo 3’de hastaların amputasyon sonrasına ilişkin özellikleri verilmiştir. Hastaların amputasyon sonrasında %63.3’ünün dışarı çıkabildiği, %83.7’sinin yardımcı araç olarak baston, koltuk değneği ya da walker kullandığı, %63.3’ünün amputasyon sonrası düşme öyküsünün olduğu ve %81.6’sında düşme korkularının devam ettiği belirlendi.

**Tablo 4.** Bireylerin Protez Kullanımına İlişkin Özellikleri

Özellikler		n	%
Günlük protez kullanım süresi	8 saatten az	23	46.9
	8 saatten fazla	26	53.1
Protezi takıp çıkarırken yardım alıyor mu?	Almıyor	23	46.9
	Bazen alıyor	8	16.3
	Her zaman alıyor	18	36.7
Proteze bağlı ağrı	Var	33	67.3
	Yok	16	32.7

Tablo 4’de hastaların protez kullanımına ilişkin özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %53.1’inin günde 8 saatten fazla sürede protezini kullanmakta olduğu, %46.9’unun protezini takıp çıkarırken yardım almadığı ve %67.3’ünün proteze bağlı ağrı hissettiği belirlendi.

**Tablo 5.** Bireylerin Beden İmajı Ölçek Puan Ortalaması

ABIS alt boyutları	Min	Max	X±Ss
Kişisel faktör	18.00	30.00	25.08±3.48
Sosyal faktör	16.00	29.00	22.90±4.01
Fonksiyonel faktör	13.00	18.00	15.45±1.62
<b>Toplam puan</b>	47.00	76.00	70.94±8.37

Tablo 5’de görüldüğü gibi bireylerin ABIS toplam puan ortalamasının 70.94±8.37; kişisel faktör puan ortalamasının 25.08±3.48; sosyal faktör puan ortalamasının 22.90±4.01 ve fonksiyonel faktör puan ortalamasının 15.45±1.62 olduğu belirlendi.

**Tablo 6.** Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalaması

<b>SF-36 alt boyutları</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>X±Ss</b>
Fiziksel fonksiyon	0.00	70.00	17.95±18.81
Fiziksel rol güçlüğü	0.00	100.00	15.30±27.86
Emosyonel rol güçlüğü	0.00	100.00	44.89±46.42
Vitalite/Yaşamsallık	5.00	80.00	29.38±17.24
Ruhsal sağlık	12.00	88.00	50.04±20.10
Sosyal işlev	0.00	100.00	32.90±30.47
Ağrı	32.50	100.00	67.75±20.61
Genel sağlık	10.00	80.00	32.95±15.87

Tablo 6’da görüldüğü gibi bireylerin SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi SF-36 genel sağlık puan ortalaması 32.96±15.9; fiziksel fonksiyon puan ortalaması 17.95±18.81; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 15.30±27.86; emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 44.90±46.42; vitalite puan ortalaması 29.69±17.24; ruhsal sağlık alt ölçek puan ortalaması 50.04±20.10; sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortalaması 32.90±30.47 ve ağrı puan ortalaması 67.75±20.6 olarak belirlendi.

**Tablo 7.** Bireylerin Yaşlarına Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>ABIS alt boyutları</b>	<b>YAŞ</b>		<b>TEST</b>	
	<b>60 yaş↓ (n=19)</b>	<b>60 yaş ↑ (n=27)</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
Kişisel faktör	Sıra ort. 30.24	Sıra ort. 21.68	185.5	0.040*
Sosyal faktör	27.18	23.62	243.5	0.392
Fonksiyonel faktör	26.53	24.03	256.0	0.545
Toplam	29.00	22.47	209.0	0.118

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 7’de gösterildiği gibi bireylerin yaşa göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (p<0.05). 60 yaş altı bireylerin ABIS kişisel faktör alt ölçek puan ortalamalarının 60 yaş üstü bireylerden daha yüksek olduğu bulundu.

**Tablo 8.** Bireylerin Yaşa Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	YAŞ		TEST	
	60yaş↓ (n=19)	60 yaş↑ (n=30)	U	p
<b>SF-36 alt boyutları</b>	<b>Sıra ort</b>	<b>Sıra ort</b>		
Fiziksel fonksiyon	31.32	21.00	165.0	0.013*
Fiziksel rol güçlüğü	27.29	23.55	241.5	0.250
Emosyonel rol güçlüğü	31.84	20.67	155.0	0.004**
Vitalite	27.89	23.17	230.0	0.244
Ruhsal sağlık	24.47	25.33	275.0	0.837
Sosyal fonksiyon	31.18	21.08	167.5	0.014*
Ağrı	22.92	26.32	245.5	0.406
Genel Sağlık	28.47	22.80	219.0	0.173

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı \*\*p<0.01

Tablo 8’de SF-36 alt ölçek puanlarının Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, 60 yaş altı bireylerin fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarının 60 yaş üstü bireylerden daha yüksek olduğu ve bireylerin yaşlarına göre SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05).

**Tablo 9.** Bireylerin Cinsiyetlerine Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	CİNSİYET		TEST	
	Erkek (n=36)	Kadın (n=13)	U	p
<b>ABIS alt boyutları</b>	<b>Sıra ort.</b>	<b>Sıra ort.</b>		
Kişisel faktör	23.57	28.96	182.5	0.241
Sosyal faktör	22.07	33.12	128.5	0.016*
Fonksiyonel faktör	24.11	27.46	202.0	0.461
Toplam	22.79	31.12	154.5	0.071

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 9’da bireylerin cinsiyetlerine göre ABIS toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına değinilmiştir. Gösterildiği gibi erkek bireylerin ABIS sosyal faktör alt ölçek puan ortalamalarının kadın bireylerden daha düşük olduğu ve bireylerin cinsiyetine göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05).

**Tablo 10.** Bireylerin Cinsiyetine Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	CİNSİYET		TEST	
	Erkek (n=36)	Kadın (n=13)	U	p
<b>SF-36 alt boyutları</b>	<b>Sıra ort</b>	<b>Sıra ort</b>		
Fiziksel fonksiyon	26.32	21.35	186.5	0.277
Fiziksel rol güçlüğü	27.35	18.50	149.5	0.014*
Emosyonel rol güçlüğü	26.88	19.81	166.5	0.097
Vitalite	26.26	21.50	188.5	0.287
Ruhsal sağlık	26.63	20.50	175.5	0.184
Sosyal fonksiyon	28.18	16.19	119.5	0.009*
Ağrı	23.89	28.08	194.0	0.353
Genel Sağlık	26.44	21.00	182.0	0.236

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 10'da bireylerin cinsiyetine göre SF-36 puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, erkek bireylerin fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortalamalarının kadın bireylerden daha yüksek olduğu ve bireylerin cinsiyetleri açısından fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0.05).

**Tablo 11.** Bireylerin Eğitim Durumuna Göre ABIS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ABIS alt boyutları	Okur- yazar değil (n=12)	İlkokul (n=27)	Ortaokul-lise (n=10)	TEST	
	Sıra ort.	Sıra ort.	Sıra ort.	KW	p
Kişisel faktör	30.17	22.98	24.25	2.160	0.340
Sosyal faktör	26.21	26.39	19.80	1.682	0.431
Fonksiyonel faktör	28.71	24.78	21.15	1.592	0.451
Toplam	28.46	24.52	22.15	1.136	0.567

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 11'de gösterildiği gibi bireylerin eğitim durumuna göre ABIS puan ortalamaları arasında Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0.05).

**Tablo 12.** Bireylerin Eğitim Durumuna Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SF-36	EĞİTİM			TEST	
	Okur-yazar değil (n=12)	İlkokul (n=27)	Ortaokul- lise (n=10)	KW	p
	Sıra ort.	Sıra ort.	Sıra ort.		
Fiziksel fonksiyon	18.29	24.09	35.50	8.319	0.016*
Fiziksel rol güçlüğü	18.50	24.50	34.15	11.006	0.004*
Emosyonel rol güçlüğü	20.33	24.26	32.60	4.941	0.085
Vitalite	21.63	25.44	27.85	1.165	0.558
Ruhsal sağlık	22.83	24.09	30.05	1.641	0.440
Sosyal fonksiyon	15.67	25.06	36.05	11.415	0.003*
Ağrı	24.96	25.04	24.95	0.000	1.000
Genel Sağlık	20.50	25.20	29.85	2.382	0.304

p>0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 12’de bireylerin eğitim durumuna göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. SF-36 alt ölçek puanlarının Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarına bakıldığında, bireylerin eğitim durumu açısından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (p<0.05).

**Tablo 13.** Bireylerin Medeni Durumlarına Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ABIS alt boyutları	MEDENİ DURUM		TEST	
	Evli (n=40)	Bekar (n=9)	U	p
	Sıra ort.	Sıra ort.		
Kişisel faktör	24.41	27.61	156.5	0.542
Sosyal faktör	23.88	30.00	135.0	0.243
Fonksiyonel faktör	24.90	25.44	176.0	0.916
Toplam	24.10	29.00	144.0	0.352

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 13’de gösterildiği gibi bireylerin cinsiyete göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi (p>0.05).

**Tablo 14.** Bireylerin Medeni Durumlarına Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MEDENİ DURUM		TEST	
	Evli (n=40)	Bekar (n=9)	U	p
<b>SF-36 alt boyutları</b>	<b>Sıra ort</b>	<b>Sıra ort</b>		
Fiziksel fonksiyon	26.63	17.78	115.0	0.090
Fiziksel rol güçlüğü	25.70	21.89	152.0	0.351
Emosyonel rol güçlüğü	26.81	16.94	107.5	0.042*
Vitalite	26.29	19.28	128.5	0.170
Ruhsal sağlık	24.69	26.39	167.5	0.746
Sosyal fonksiyon	27.40	14.33	84.0	0.012*
Ağrı	24.91	25.39	176.5	0.926
Genel Sağlık	26.23	19.56	131.0	0.203

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 14’de bireylerin medeni durumlarına göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo değerlendirildiğinde SF-36 alt ölçek puanları, bireylerin medeni durumuna göre emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu (p<0.05) Evli bireylerin fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarının bekar bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi.

**Tablo 15.** Bireylerin Çalışma Durumuna Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ÇALIŞMA DURUMU		TEST	
	Çalışan (n=4)	Çalışmayan (n=45)	U	p
<b>ABIS alt boyutları</b>	<b>Sıra ort.</b>	<b>Sıra ort.</b>		
Kişisel faktör	11.63	26.19	36.5	0.049*
Sosyal faktör	13.88	25.99	45.5	0.103
Fonksiyonel faktör	13.25	26.04	43.0	0.081
Toplam	12.63	26.10	40.5	0.070

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 15’de gösterildiği gibi bireylerin çalışma durumuna göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05). Çalışmayan bireylerin ABIS kişisel faktör alt ölçek puan ortalamalarının çalışan bireylerden daha düşük olduğu bulundu.

**Tablo 16.** Bireylerin Çalışma Durumuna Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ÇALIŞMA DURUMU		TEST	
	Çalışan (n=4)	Çalışmayan (n=45)	U	p
<b>SF-36 alt boyutları</b>	<b>Sıra ort</b>	<b>Sıra ort</b>		
Fiziksel fonksiyon	36.63	23.97	43.5	0.086
Fiziksel rol güçlüğü	40.13	23.66	29.5	0.004*
Emosyonel rol güçlüğü	30.63	24.50	67.5	0.372
Vitalite	24.25	25.07	87.5	0.910
Ruhsal sağlık	35.38	24.08	48.5	0.129
Sosyal fonksiyon	36.88	23.94	42.5	0.079
Ağrı	25.25	24.98	89.0	0.970
Genel Sağlık	33.75	24.22	55.0	0.198

\* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 16’da bireylerin çalışma durumuna göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. SF-36 alt ölçek puanlarına bakıldığında, bireylerin çalışma durumu açısından fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.05). Çalışan bireylerin fiziksel rol güçlüğü puan ortalamasının çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi.

**Tablo 17.** Bireylerin Yaşadığı Yere Göre ABIS Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	YAŞADIĞI YER		TEST	
	Kırsal (n=21)	Kentsel (n=28)	U	p
<b>ABIS alt boyutları</b>	<b>Sıra ort.</b>	<b>Sıra ort.</b>		
Kişisel faktör	26.14	24.14	270.0	0.626
Sosyal faktör	26.76	23.68	257.0	0.453
Fonksiyonel faktör	27.98	22.77	231.5	0.199
Toplam	27.31	23.27	245.5	0.326

Tablo 17’de gösterildiği gibi bireylerin yaşadığı yere göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).



**Tablo 18.** Bireylerin Yaşadığı Yere Göre SF-36 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	YAŞADIĞI YER		TEST	
	Kırsal (n=21)	Kentsel (n=28)	U	p
<b>SF-36 alt boyutları</b>	<b>Sıra ort</b>	<b>Sıra ort</b>		
Fiziksel fonksiyon	22.71	26.71	246.0	0.327
Fiziksel rol güçlüğü	23.36	26.23	259.5	0.369
Emosyonel rol güçlüğü	24.14	25.64	276.0	0.693
Vitalite	21.02	27.98	210.5	0.082
Ruhsal sağlık	22.93	26.55	250.5	0.378
Sosyal fonksiyon	22.79	26.66	247.5	0.341
Ağrı	26.19	24.11	269.0	0.604
Genel Sağlık	21.57	27.57	222.0	0.143

Tablo 18’de bireylerin yaşadığı yere göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. SF-36 alt ölçek puanlarına bakıldığında, bireylerin yaşadığı yer açısından SF-36 alt boyutları ölçek puanı ortalaması ile yaşadığı yer arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ).

**Tablo 19.** Hastaların ABIS ve SF-36 Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

SF-36		ABIS			
		Kişisel	Sosyal	Fonksiyonel	Toplam
Fiziksel fonksiyon	r	-0.182	-0.305*	-0.209	-0.275
	p	0.210	0.033	0.150	0.056
Fiziksel rol güçlüğü	r	-0.329*	-0.537**	-0.284*	-0.447*
	p	0.021	0.000	0.048	0.001
Emosyonel rol güçlüğü	r	-0.009	-0.318*	-0.096	-0.164
	p	0.952	0.026	0.514	0.260
Vitalite	r	-0.445*	-0.465*	-0.457*	-0.536**
	p	0.001	0.001	0.001	0.000
Ruhsal sağlık	r	-0.337*	-0.657**	-0.649**	-0.603**
	p	0.018	0.000	0.000	0.000
Sosyal fonksiyon	r	-0.272	-0.574**	-0.397*	-0.486**
	p	0.059	0.000	0.005	0.000
Ağrı	r	-0.294*	-0.292*	-0.235	-0.329*
	p	0.040	0.042	0.104	0.021
Genel sağlık	r	-0.316*	-0.406*	-0.360*	-0.427*
	p	0.027	0.004	0.011	0.002

\*  $p<0.05$  düzeyinde anlamlı, \*\*  $p<0.01$  düzeyinde anlamlı

Tablo 19’da bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesi puanları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde, ölçek puanları arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireylerin beden imajı toplam puanı ile fiziksel rol güçlüğü, vitalite,

ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt boyutlar arasında; kişisel alt faktörü ile fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık alt boyutu arasında; sosyal alt faktörü ile SF-36'nın tüm boyutları arasında; fonksiyonel alt faktörü ile fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık alt boyutu arasında; istatistiksel olarak negatif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.



## 5. TARTIŞMA

Alt ekstremitte amputasyonu, bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli anatomik, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sonuçlara yol açan cerrahi bir işlemdir. Alt ekstremitte amputasyonu yapılmış bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada, bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğüne sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının çok düşük, beden imajının kişisel ve sosyal boyutlarının kötü olduğu belirlendi. Holzer ve arkadaşları (2014) tarafından kontrol grubu kullanılarak yapılan bir çalışmada da alt ekstremitte amputasyonunun hastaların yaşam kalitesi ve beden imajını önemli düzeyde olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bir başka çalışmada da alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların SF-36'nın tüm alt boyut puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu ve yaşam kalitesinin yürüme fonksiyonunun geri kazanılması ve günlük aktivitelerde göreceli bağımsızlığa rağmen, kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır (Knežević ve ark., 2015). Kulkarni ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, alt ekstremitte amputasyonlu hastalardaki yaşam kalitesinin düşük ve beden imajı endişelerinin daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Sinha (2014)'da benzer şekilde çalışmasında, ampüteli bireylerin yaşam kalitesinin genel popülasyon ya da kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğunu saptamıştır. Travmatik alt ekstremitte amputasyonu yapılmış 30 erkek ve 30 kontrolün kullanıldığı bir çalışmada (Akyol ve ark., 2013) ampüte bireylerin yaşam kalitesi ve duygusal durumu daha kötü olarak bulunmuştur.

Alt ekstremitte amputasyonu, bireyin fiziksel ve psikolojik iyi olma halini doğal olarak etkilediği için yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği söylenebilir. Alt ekstremitte amputasyonlu hastaların kimlikleri ile ilişkili değişiklikleri belirlemek üzere 18 yaş ve üzeri 42 hasta ile yapılan kalitatif bir çalışmada (Senra ve ark., 2011), hastanın kimliğinde gelişen değişimlerin beden imajında bozulmanın ötesinde hastanın yetersizliğinin farkındalığı, biyografik özü ve gelecekteki yansımalarını etkilediği belirlenmiştir.

Alt ekstremitte amputasyonu genellikle DM, PAH, onkolojik bozukluklar, travma ya da enfeksiyon gibi çeşitli hastalıkların ilerlemiş durumlarında kaçınılmaz bir işlemdir. Ancak amputasyon yaşam kurtarıcı bir işlem olarak düşünülse de,

ektremite amputasyonu bireylerin kimlik, sosyal etkileşimler, yaşam stillerindeki değişimler, işi ve sahip olduğu birçok fiziksel fonksiyon ve yeteneklerini kayıp etmesine neden olmaktadır. Bu nedenle ektremite amputasyonu genellikle uzun vadeli psikolojik ve psikososyal olumsuz etkilere maruz kalan bireyin yaşamı üzerinde yoğun ve dramatik bir etkiye sahiptir. Tüm bunlar bireylerin uyumunu, toplum ile yeniden bütünleşmesini ve normal yaşantısına geri dönmesini engelleyebilir (Crosby ve Miller, 2005).

Ektremite amputasyonu şekil bozukluğu ile sonuçlandığı için beden imajında bozulma ve sosyal kabul kaybı potansiyeline sahiptir. Ayrıca, alt ektremite amputasyonunun, bireyi engelli kılması sonucu toplum tarafından damgalanması (stigma) profesyonel, boş zaman ve sosyal aktiviteler, insan bedeninin bütünlüğünde bozulma ve hareketliliğin azalması, ağrı ve fiziksel bütünlük nedeni ile yaşam kalitesini düşürür. Aynı zamanda pek çok birey, beden bölümünün kaybını, sağlıklarının çeşitli yönlerini etkileyen, yıkıcı bir olay olarak algılar, psikolojik ve sosyal olarak etkilenir. Psikolojik sorunlar şiddetli olgularda depresyon, anksiyete ve intihar sayılabilir. Bir beden bölümünün kaybı aynı zamanda bir kişinin kendilik algısını da olumsuz olarak etkileyerek çeşitli sınırlamalar yaratır (Atherton ve ark.,2006). Bunun nedeni, beden imajının yalnızca benlik duygusu sağlaması değil, aynı zamanda nasıl düşündüğümüzü, nasıl davrandığımızı ve başkaları ile nasıl ilişki kurduğumuzu da etkilemesidir. Bu nedenle alt ektremite amputasyonu bireyin yaşamında biyopsikososyal birçok faaliyetinin bozulmasına ve ekonomik bir dizi olumsuzluklar meydana getirdiği (Kulkarni ve ark.2014; Knežević ve ark. 2015) için beden imajını ve dolayısıyla yaşam kalitesini ciddi şekilde sınırlamakta ya da bozmakta ve bireyin ortaya çıkan bu sınırlılıkları ile yaşam boyu başa çıkması, azalmış yaşam kalitesi ve bozulmuş beden imajına uyum sağlamasını gerektirmektedir.

Bu çalışmada, bireylerin çoğunluğunun (%61.2) 60 yaş üstü, erkek ve yarısından fazlasının amputasyon nedeninin DM olduğu belirlendi. Başka bir çalışmada da (Remes ve ark. 2008), bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde alt ektremite amputasyonu için majör nedeninin PAH, DM, 60 yaş üstü ve erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Şükür ve arkadaşları (2018) tarafından retrospektif olarak yapılan bir çalışmada da alt ektremite amputasyon nedenlerinin %57.3'ünün

DM, %20.2'sinin PAH olduğu belirlenmiştir. Oğuz ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir başka çalışmada, amputasyon uygulanan hastalarda HbA1c düzeyi, mikro ve makrovasküler komplikasyon varlığı, hipertansiyon ve sigara kullanımı sıklığının amputasyon yapılmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Santosa ve Kröger (2013) çalışmalarında, İngiltere'de alt ekstremitte amputasyon insidansının erkeklerde DM'li kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek, en yüksek insidansın erkek ve kadınlarda 65 yaş ve üzeri bireyler olduğu belirlenmiştir. Erkek cinsiyetinde amputasyon riskinin yüksekliği için birkaç teoriden bahsedilmektedir. Bunlardan birisi; erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara içmesi ve sigara kullanımının amputasyon için bir risk faktörü olması diğeri; ayakta duyu azalmasına neden olan nöropatinin erkeklerde kadınlardan yaklaşık 2 kat daha fazla görülmesi ve sinir ileti anormalliklerinin erkeklerde daha fazla olması, ayrıca erkeklerin boyları gibi sinir boylarının da daha uzun olmasının, uzun sinir liflerinin zedelenmeye daha yatkın olduğu, kadınlarda hormonal faktörlerin koruyucu bir rol oynayabileceği öne sürülmektedir (Öztürk ve ark., 2014). DM ve PAH, travmatik olmayan amputasyonların en önemli nedenidir. Konu ile ilişkili çalışmalarda DM'li bireylerin olmayanlara göre alt ekstremitte amputasyonu yapılma riskinin 30 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Davie-Smith, 2017). Ayrıca DM'in önemli komplikasyonu diyabetik ayak ülseri çoğunlukla yaşlı bireylerde daha sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Literatürde yaşlı DM hastaların diyabetik ayak ülser gelişimi için iki kat, ayak absesi gelişimi için üç kat, osteomyelit gelişimi için ise dört kat daha fazla riskli olduğu ve benzer şekilde yaşlı diyabetiklerde yüksek amputasyon riskinin çok daha fazla olduğu bildirilmektedir (Akçay ve ark., 2014). Sümer ve arkadaşları (2008) tarafından 77 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %61'ine diyabetik ayak nedeni ile amputasyon uygulandığı saptanmıştır. Melander (2016) çoğunluğunu erkek hastaların oluşturduğu 55 ayak ülseri nedeni ile ampüte edilmiş hastalar ile yaptığı çalışmada, yaş ve DM'nin süresinin alt ekstremitte amputasyonun majör nedeni olduğu belirlenmiştir. Bilindiği gibi DM hastalarda hiperglisemi, retinopati, nefropati ve diyabetik nöropati gibi mikrovasküler komplikasyonların gelişimine katkıda bulunur. Duyusal sinirlerde oluşan nöropati sıcaklık, basınç ve propriyosepsiyon gibi duylarda kusurlara neden olur. Bu durum örneğin, uygun olmayan ayakkabılardan mekanik travma ve/veya basınça duyarlı diabetik ayak gelişmesine neden olur.

Küçük ayak travması ve doku perfüzyonunun azalması ile ilişkili vasküler hastalık ve periferik nöropati gibi nörolojik anormallikler ayak ülserinin gelişmesi için önemli faktörlerdir. Şiddetli enfeksiyon ya da nekroz gelişmiş bir ayak ülseri, DM'li hastalar arasındaki tüm amputasyonların %85'ini oluşturmaktadır. DM'li hastalar DM'si olmayan bireylere göre amputasyon seviyesinin daha üstten yapılmasına neden olduğu ve bu tür amputasyon oranının erkekler arasında kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Rasmussen ve ark., 2016). Bu nedenle diyabetik ayak, majör morbidite, mortalite, maliyet artışı ve kişinin yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra ayak ülserlerine dolayısıyla da alt ekstremitte amputasyonuna neden olan bir başka sorun, PAH erkeklerde ve ileri yaşta daha fazla görülmektedir (Hüseyin ve ark., 2014). PAH'da da ortaya çıkan ayak ülserinin iyileşme oranı düşük olup, amputasyon oranı fazladır (Davie-Smith, 2017; Hüseyin ve ark., 2014). Bu çalışmada yer alan hastaların %26.5'ine PAH nedeni ile amputasyon yapıldığı belirlendi.

Bu çalışmada bireylerin %79.6'sına transtibial amputasyon yapıldığı belirlendi. Yeterli kan akımı varlığında diz altı amputasyonu için en uygun seviye bacağın orta ve alt üçte birlik kısmında (transtibial) yer alır. Bu amputasyonda hastanın kendi dizi korunduğu için rehabilitasyon ve proteze uyum yüksektir. Bu nedenle en sıklıkla uygulanan amputasyon prosedürü transtibial seviyedir (Burgess ve Zetl, 1969). Bir çalışmada da (Şükür ve ark., 2018) en sıklıkla ( %37.7) diz altı amputasyonlarının yapıldığı gösterilmiştir. Bir çalışmada (Knežević ve ark., 2015) transtibiyal amputasyon düzeyine sahip hastaların, daha fonksiyonel olduğu ve transfemoral amputasyon düzeyi olan hastalara göre genel sağlıklarını daha iyi algıladıkları belirlenmiştir.

Bu çalışmaya katılan hastaların amputasyon sonrasında çoğunluğunun dışarı çıkabildiği, yardımcı araç kullandığı, amputasyondan sonrası düşme öyküsünün olduğu ve düşme korkularının devam ettiği belirlendi. Literatürde ampüte hastaların hem statik hem de dinamik dengesinin sağlıklı kontrol grubundan bozuk olduğu, dinamik dengenin kontrolünde anteroposterior yönde denge kontrolünün mediyolateral yönden daha kötü olduğu bildirilmektedir. Sagittal plandaki beden hareketlerinin yürüme sırasında öncelikli hareketler olduğundan alt ekstremitte amputasyonu yapılan bireylerde özellikle yürüme sırasında denge problemlerinin

ortaya çıktığı ve dengenin sağlanmasında ayak bileği hareket eksikliğinin önemli olduğu öne sürülmektedir. Bir çalışmada (Akkaya ve ark., 2012) ise, homojen alt ekstremitte amputé hasta grubu oluşturulmaya çalışılarak yalnızca transtibiyal amputé hastaların statik dengesi değerlendirilmiş ve düşme riskinin kontrol grubundan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca denge yaş arttıkça kötüleşmekte, hareketsiz ve obez kişilerde bozulmaktadır. Bir başka çalışmada da (Borman ve ark., 2002) hastaların %37.5'inin düşmekten korktuğu ve son bir yıl içinde en az bir kez düşen hastaların insidansının %78 olduğu, düşmelerin %52'sinin gündüz ve %43.8'inin ev dışında geliştiği, düşen hastaların çoğunluğunun apartmanda yaşadığı, diz altı ve diz üstü amputasyonu yapılan hastalarda düşme insidansının benzer olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, hastaların yarısından fazlasının (%53.1) günde 8 saatten fazla protezini kullandığı, %46.9'unun protezini takıp çıkarırken yardım almadığı ve %67.3'ünün proteze bağlı ağrı hissettiği saptandı. Amputasyon sonrası protez kullanımında amaç kozmetik olarak kabul edilebilir bir yol ile bozulmuş beden imajını düzeltmek ve fonksiyonu arttırmaktır (Saradjian, Thompson ve Datta, 2008). Protezin başarısı cinsiyet, yaş, hastanede kalma uzunluğu, protez takma zamanı, kronik hastalıklar, amputasyonun düzeyi ve sosyal izolasyon gibi bağımsız değişkenlere bağlıdır (Singh ve ark., 2008). Protez kullanma konusunda başarılı olan bireylerin işlevleri, hareket yetenekleri, psiko-sosyal tepkileri, genel iyilik hali ve memnuniyet düzeyleri yüksektir (Sinha, 2014). Bir çalışmada (Davie-Smith ve ark., 2017), PAH nedeni ile alt ekstremitte amputasyonu yapılan bireylerin amputasyon sonrası bir protez ile başarılı bir şekilde yürüyebilme yeteneğinin, yaşam kalitesi üzerinde en büyük olumlu etkiye sahip olduğu, trans-femoral amputasyonun, protez ile yürüme zorluğundan dolayı yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğu ve yaşlılık, erkek olma, amputasyondan sonra geçen süre, sosyal destek düzeyi ve DM varlığının yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Literatürde amputé bireylerin yaklaşık %68-88'inin hareketine yardımcı olması ve günlük yaşam faaliyetlerini gerçekleştirebilmeleri için günde en az yedi saat protezini kullandıklarını ifade ettikleri belirtilmektedir (Gilg, 2016).

Bu çalışmada 60 yaşından küçük bireylerin beden imajının 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki bireylerden daha kötü ancak yaşam kalitesinin ağrı ve ruhsal sağlık alt boyutu dışında diğer boyutların 60 yaş ve üzeri bireylerden daha yüksek olduğu

belirlendi. Bir çalışmada ise, bu çalışmanın bulgusuna ters olarak, 25 yaşından önce daha alt ekstremitte amputasyonu geçiren bireyler, 50 yaşından sonra amputasyon geçirenlere göre, beden imajı ve benlik saygısı ile ilişkili endişelerinin daha az olduğu belirlenmiştir (Crosby ve Miller, 2005).

Birisi tarafından görünüşün algılanmasında iki temel dayanak vardır; beden imgesi ve benlik saygısı. Bu çalışmada kadınların beden imajı ve yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu bulundu. Zidarov ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da bu çalışmanın sonuçları ile paralel şekilde kadınların (%50.9 - %24.7) erkeklere göre belirgin şekilde daha fazla beden imajı sorunları yaşadığı belirlenmiştir. Sinha (2014) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde kadınların yaşam kalitesi erkeklerden daha kötü bulunmuştur. Bir çalışmada ise cinsiyetler arasında farklılık bulunmamıştır (Knežević ve ark. 2015). Literatürde alt ekstremitte amputasyonlu hastaların %90'ı amputasyondan sonra iki hafta ve %11'i altı hafta depresif olabildiği ve bu hastaların neredeyse yarısını kadınların (%48) oluşturduğu belirtilmektedir (Godlwana, 2016). Peroni ve arkadaşları (2017)'da çalışmalarında kadınların nüfusun geneline göre depresyon ve kaygı düzeylerini daha yüksek bulmuştur. Beden imajı, canlılık, fiziksel görünüm ve sağlıklı olmayı vurgulayan sosyal değerlerin sonucudur. Kadınlarda beden imajı, kendilerini nasıl değerlendirdikleri ve sosyal statülerini belirlemede önemli bir unsurdur. Bu nedenle amputasyonun kadınlarda yetersizlik duygusunu daha yoğunlukta yaşamasına neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük bireylerin beden imajının ve yaşam kalitesinin eğitim düzeyi yüksek bireylere göre daha düşük olduğu saptandı. Bu sonuç eğitim düzeyinin yaşam tarzı, beklentiler ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bekar bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesinin ağırlık ve ruhsal iyilik dışında diğer boyutlarının evli bireylerden daha düşük olduğu belirlendi. Ekstremitte amputasyonu olan birey kişisel hijyen, günlük faaliyetler, arabaya binip inme gibi birçok günlük işlevlerde bağımsızlık kaybı nedeni ile zorlanır (Knežević ve ark., 2015). Bu amputeli bireye aile ve eş desteği önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalar evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamının yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir. Bu durumun, evliliğin veya eşliliğin, bireye



birincil ve sürekli bir sosyal destek sistemi oluşturmasından, ekonomik açıdan bireyi güçlendirmesinden (çift gelir) ve yalnızlık algısını ortadan kaldırmasından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Bir çalışmada (Mozumdar ve Roy, 2010), amputasyonlu kişiler arasında sosyal izolasyon ve düşük sosyal destek düzeyinin düşük yaşam kalitesi ve daha yüksek depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde sosyal desteğe sahip olmayan ampütelerin depresyona girme olasılığının daha yüksek olduğu ve yeni durumları ile yüzleşmekten kaçınma eğiliminde oldukları, düşük gelirliler ve bekar (boşanmış, dul ve hiç evli değil) ayak ülserli diyabetiklerde ve kardiyovasküler hastalıkları olanların alt ekstremitte amputasyonu için yüksek riskli oldukları belirlenmiştir (Godlwana, 2016).

Bu çalışmada çalışmayan bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesinin çalışan bireylere göre düşük olduğu görüldü. Bu sonuç, çalışan bireylerin protez ya da durumu ile ilişkili daha üst hizmet alabilmesinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Bir çalışmada yaşlı ve işsiz bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel bileşenini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Sinha, 2014). Stevens ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, Kaliforniya'da düşük gelirli mahallelerde yaşayan diyabetli bireylerin, daha zengin bölgelerde yaşayanlara göre alt ekstremitte amputasyonu oranlarının daha fazla olduğunu, sosyoekonomik statü ile amputasyon oranı arasında yaklaşık iki kat artış ile anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemişlerdir. Htwe ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir başka çalışmada da, yaş ile fiziksel sağlık arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, çalışmayan ve iki ya da daha fazla kronik hastalığı bulunan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada kırsal bölgede yaşayan bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesinin kentsel bölgede yaşayanlardan anlamlı düzeyde kötü olduğu belirlendi. Bu durum kentsel bölgede sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olması, bireyin sosyal yaşama uyum için işe devam etme, yeni bir işe başlama olanağının yüksek olması ya da iş alanında bireye uygun pozisyon ayarlanabilme olasılığının yüksek olması ve protezle yürümek için çevre düzenlemesinin olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi ve beden imajı arasında yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre; yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutu ile beden imajının sosyal, fiziksel rol gücü boyutu ile kişisel ve sosyal, emosyonel rol

güçlüğü boyutu ile sosyal, vitalite ve ruhsal sağlık ile beden imajının tüm boyutları, sosyal fonksiyon ile sosyal, fonksiyonel ve toplam, ağrı boyutu ile kişisel, sosyal ve toplam beden imajı, genel sağlık ile beden imajının tüm boyutları ileri derecede anlamlı bulundu. Bu bulgular ağrı ve fiziksel fonksiyonun yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediğini göstermektedir.

Alt ekstremitte amputasyonu yapılmış hastaları longitudinal olarak izleyerek yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada (Zidarov ve ark., 2009), psikosozal iyilik, beden imajı ve yaşam kalitesi arasında önemli ilişkili olduğu, düşük beden imajı algısının yaşam kalitesinin de düşmesine neden olduğu, ayrıca yaşam kalitesini başkaları ile olan ilişkiler ve maddi olanakların olumlu etkilediği ancak cinsellik, beden görüntüsü ve fiziksel yeteneklere ilişkin puanların en düşük olduğu, yaşam kalitesi ile sosyal destek düzeyi, amputasyona adaptasyon, beden imajı, fantom ağrısının varlığı ve proteze uyum arasında güçlü ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, bulgular, amputasyonlu bireylerin değişen beden imajı ile ilişkili psikolojik sıkıntı yaşadıklarını ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini doğrulamaktadır. Bu nedenle ampüteli bireylere yaşam boyu değişik düzeylerde emosyonel destek verilmesi ve yardım edilmesi gerekir. Hemşirelerin hastaları yaralanmaları ile yüzleştirmesi ve değişen beden görüntülerini ortaya çıkarmaları için teşvik etmesi çok önemlidir, çünkü bu durum hastaların uyum sağlamasına yardımcı olarak olumlu bir etkiye sahip olabilir. Ayrıca hemşirelerin, hasta ve aileleri ile arkadaşı ve/veya bakıcılarına bireyin değerlerine uygun destek gereksinimleri konusunda bilgilendirme, hastaneye yattığı andan itibaren taburcu olana kadar yaşamına yeniden uyumuna yardımcı olabilecek kaliteli bakımın verilmesi için öğretim yapabilirler (Peters ve ark., 2005).

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Bu araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının  $62.71 \pm 13.10$ , %61.2'sinin 60 yaş üstü, %73.5'inin erkek, %55.1'inin ilkokul düzeyi eğitime sahip olduğu, %81.6'sının evli, %91.8'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %57.1'inin kentsel bölgede yaşadığı belirlendi (**Tablo 1**).
2. Bu çalışmada, bireylerin %53.1'inin amputasyon etiolojisinin DM olduğu, %79.6'sına trans-tibial amputasyon yapıldığı, %89.8'inin ilk amputasyonu olduğu belirlendi (**Tablo 2**).
3. Çalışmada, hastaların amputasyon sonrasında %63.3'ünün dışarı çıkabildiği, %83.7'sinin yardımcı araç olarak baston, koltuk değneği ya da walker kullandığı, %63.3'ünün amputasyon sonrası düşme öyküsünün olduğu ve %81.6'sında düşme korkularının devam ettiği belirlendi (**Tablo 3**).
4. Bu çalışmada, hastaların %53.1'inin günde 8 saatten fazla süre protezini kullanmakta olduğu, %46.9'unun protezini takıp çıkarırken yardım almadığı ve %67.3'ünün proteze bağlı ağrı hissettiği saptandı (**Tablo 4**).
5. Çalışmada, bireylerin ABIS toplam puan ortalamasının  $70.94 \pm 8.37$ ; kişisel faktör puan ortalamasının  $25.08 \pm 3.48$ ; sosyal faktör puan ortalamasının  $22.90 \pm 4.01$  ve fonksiyonel faktör puan ortalamasının  $15.45 \pm 1.62$  olduğu belirlendi (**Tablo 5**).
6. Bu çalışmada, bireylerin SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre SF-36 genel sağlık puan ortalaması  $32.96 \pm 15.9$ ; fiziksel fonksiyon puan ortalaması  $18.06 \pm 18.8$ ; fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması  $15.31 \pm 27.9$ ; emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması  $44.90 \pm 46.4$ ; vitalite puan ortalaması  $29.69 \pm 17.2$ ; ruhsal sağlık alt ölçek puan ortalaması  $49.96 \pm 20.1$ ; sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortalaması  $32.91 \pm 30.5$  ve ağrı puan ortalaması  $67.76 \pm 20.6$  olarak belirlendi (**Tablo 6**).

7. Çalışmada, bireylerin yaşa göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ( $p<0.05$ ). 60 yaş altı bireylerin ABIS kişisel faktör alt ölçek puan ortalamalarının 60 yaş üstü bireylerden daha yüksek olduğu bulundu (**Tablo 7**).
8. Bu çalışmada, SF-36 alt ölçek puanlarının Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda 60 yaş altı bireylerin fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarının 60 yaş üstü bireylerden daha yüksek olduğu ve bireylerin yaşlarına göre SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).(**Tablo 8**).
9. Bu çalışmada, erkek bireylerin ABIS sosyal faktör alt ölçek puan ortalamalarının kadın bireylerden daha düşük olduğu ve bireylerin cinsiyetine göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (**Tablo 9**).
10. Çalışmada, bireylerin cinsiyetine göre SF-36 puan ortalamalarına göre erkek bireylerin fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortalamalarının kadın bireylerden daha yüksek olduğu ve bireylerin cinsiyetleri açısından fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $p<0.05$ ) (**Tablo 10**).
11. Bu çalışmada, bireylerin eğitim durumuna göre ABIS puan ortalamaları arasında Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p>0.05$ ) (**Tablo 11**).
12. Çalışmada, bireylerin SF-36 alt ölçek puanlarının Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarında, bireylerin eğitim durumu açısından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ( $p<0.05$ ) (**Tablo 12**).

13. Bu çalışmada, bireylerin cinsiyete göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ( $p>0.05$ ) (**Tablo 13**).
14. Bu çalışmada, bireylerin medeni durumlarına göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırıldığı, bireylerin medeni durumuna göre emosyonel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ) Evli bireylerin fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarının bekar bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi (**Tablo 14**).
15. Bu araştırmada, bireylerin çalışma durumuna göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Çalışmayan bireylerin ABIS sosyal faktör alt ölçek puan ortalamalarının çalışan bireylerden daha düşük olduğu bulundu (**Tablo 15**).
16. Bu araştırmada, bireylerin çalışma durumuna göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, bireylerin çalışma durumu açısından fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Çalışan bireylerin fiziksel rol güçlüğü puan ortalamasının çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi (**Tablo 16**).
17. Bu çalışmada, bireylerin yaşadığı yere göre ABIS puan ortalamaları arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (**Tablo 17**).
18. Çalışmada, bireylerin yaşadığı yere göre SF-36 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanı ortalaması ile yaşadığı yer arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (**Tablo18**).
19. Bu çalışmada, bireylerin beden imajı ve yaşam kalitesi puanları arasında yapılan Spearman korelasyon analizinde, ölçek puanları arasında bir

ilişki olduğu; bireylerin ABIS toplam puanı ile fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt boyutlar arasında; kişisel alt faktörü ile fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık alt boyutu arasında; sosyal alt faktörü ile SF-36'nın tüm boyutları arasında; fonksiyonel alt faktörü ile fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık alt boyutu arasında; istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi **(Tablo19)**.

## 6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Bu araştırmada alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerde beden imajı ve yaşam kalitesinin bozulduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Bu çalışmada hastaların çoğunluğuna DM, bir bölümüne de PAH nedeni ile alt ekstremitte amputasyonu yapıldığı belirlendi. Bu sonuca göre hemşirelerin PAH ve DM'nin etkin yönetimi için yüksek riskli hastaların belirleyerek bu hastalara kan glukoz düzeylerinin kontrolü ve diyabetik ayak bakımı konusunda bilgilendirmesi,
2. Amputasyon sonrası hastalara emosyonel destek vermek için ekip işbirliği ile yol haritasının belirlenmesi,
3. Hastaların uyumunu arttırmak için multidipliner ekip anlayışı ile ve ailenin tüm sürece dahil edilerek bütüncü bakım verilmesi, bakım protokollerinin oluşturulması,
4. Alt ekstremitte amputasyonu sonrası bireylerin izlenmesi, dernek/destek grupları hakkında bilgilendirilmesi,
5. Daha geniş gruplarla çalışma sayısının artırılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKÇA

1. Akan, K. H. (2015). Diyabetik Ayakta Amputasyon. TOTBİD Dergisi, 14,421–432.
2. Akarsu, S., Tekin, L., Safaz, I., Göktepe, A. S., & Yazıcıoğlu, K. (2013). Quality of Life and Functionality After Lower Limb Amputations: Comparison Between Uni-Vs. Bilateral Amputee Patients. *Prosthetics And Orthotics International*, 37(1), 9-13.
3. Akçay, S., İsmail Safa Satoğlu, E. H., Harman, E., Kurtulmuş, A., & Kazımoğlu, C. (2014). Diyabetik Ayak Ülserli Hastalarda Amputasyon Oranı ve Eşlik Eden Komorbiditelerin Retrospektif Analizi. *Medicine Science*, 1(4), 331-340.
4. Akkaya, N., Akkaya, S., Atalay, N. Ş., Demirkan, F., Kıter, E., Ardıç, F. (2012). Alt Ekstremitte Ampüte Hastalarda Statik Postüral Stabilite ve Düşme Riski. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 63-67.
5. Akyol, Y., Tander B., A.S. Goktepe., Safaz, İ., Kuru Ö., & Tan A.K. (2013). Quality of Life in Patients with Lower Limb Amputation: Does It Affect Post-amputation Pain Functional Status Emotional Status and Perception of Body Image *Journal of Musculoskeletal Pain*,21(4),334-40.
6. Alsancak S.(2000).Ortez ve Protez Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı.1(1)
7. Altınok A, Kara A. (2017) Relationship Between Body Image, Psychological Symptom Level and Interpersonal Style: Alternative Models. *Dusunen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*,30,170-180.
8. Anari, JB., Donegan, DJ. (2017). A Surgeon's Perspective on Lower Extremity Amputation and Rehabilitation. *J Orthop Res Physiother* 3: 32.
9. Andersona, C. D. (2007). Alt ekstremitte amputasyonlarındaki son gelişmeler. *Current Opinion in Orthopaedics*, 2(1), 36-46.

10. Atay, İ. M., Turgay, O., Atay, T. (2014). Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Profitez Kullanımının Sıklığı ile Beden İmajı, Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Üzerine Etkileri. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(3).
11. Atherton R, Robertson N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disabil Rehabil*, 28: 1201-9.
12. Aygan, İ., Tuncay, İ., Tosun, N., & Vural, S. (1999). Amputasyonlar: Nedenleri ve seviyeleri. *Artroplasti Artroskopik Cerrahi*, 10(2), 179-183
13. Başal, Ö., Korkmaz, S., Türk, B., (2015). Amputasyonlar. *Derman Tıbbi Yayıncılık*, 856-868.
14. Bayramlar K, Bumin G, Yakut Y, Şener G. (2007). Ampute Vücut İmajı Ölçeği (Amputee Body Image Scale - ABIS) Türkçe uyarlamasının geçerliği. *Fizyoter Rehabil*.18(2):79-83.
15. Borman, P., Alaca, R., Göktepe, S., Yazıcıoğlu, K., Gündüz, Ş., Bodur, H.(2002). Diz Altı Amputasyonu Geçiren Hastalarda Düşme ve Düşme Korkusu. *Rheumatology*:17(3),
16. Boylu, A. A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150
17. Breakey JW. (1997) Body image: The inner mirror. *J Prosthet Orthot*, 9:107-112.
18. Bumin, G., Bayramlar, K., Yakut, Y., Sener, G. (2009). Cross Cultural Adaptation and Reliability of the Turkish Version of Amputee Body Image Scale (ABIS). *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 22(1), 11-16.
19. Burger H, Marincek C.( 2007 ). Return to work after lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 15;29(17):1323-9.
20. Burgess, E. M., & Zetl, J. H. (1969). Amputations below the knee. *Artif Limbs*, 13(1), 1-12.
21. Canale, TS. (2007). *Campbell's Operative Orthopaedics*, Hayat Tıp Kitapçılık (Çeviri: Işık Akgün), İstanbul.



22. Coşansu, G. (2015).Diyabet: Küresel Salgın Bir Hastalık. Ok Meydanı Tıp Dergisi, 31,1-6
23. Crosby L., Miller C. (2005). Body Image, Self-Esteem, and Quality of Life in Older Individual With Lower Limb Amputation. Journal of Geriatric Physical Therapy, 28(3), 113-116
24. Dajpratham P, Tantiniramai S, Lukkanapichonchut P.(2011). Health Related Quality of Life among the Thai People with Unilateral Lower Limb Amputation. J Med Assoc Thai , 94 (2), 250-5
25. Davis, B. L., Kuznicki, J., Praveen, S. S. and Sferra, J. J. (2004) .Lower-Extremity Aamputations in Patients With Diabetes: Pre-and Post-Surgical Decisions Related to Successful Rehabilitation. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 20(1); 45-50.
26. Davie-Smith, F. (2017). Factors Influencing Quality Of Life After Lower Extremity Amputation For Peripheral Arterial Occlusive Disease, Doctoral Thesis, University of Glasgow.
27. Demiralp, M., Demiralp, B., Sarıkoç, G., İyigün, E., Açikel, C., & Başbozkurt, M. (2015). Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16(1), 82-90
28. Demirdel, S. (2012). Amputasyondan Sonra Normal Yaşama Yeniden Katılım Sürecinin Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Düzey İle İlişkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara.
29. Demirdel, U. F. S., Bayramlar, K. (2014). Amputasyondan Sonra Normal Yaşama Yeniden Katılım Sürecinin Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Düzey İle İlişkisinin İncelenmesi. Türk Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi/Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation, 25(3), 1-7.
30. Dijkstra,P.U, Geertzen, H.B, Stewart, Schans, C.P.(2002). Phantom Pain and Risk Factors:A Multivariate Analysis. Journal of Pain and Symptom Management,24 (6),578-585

31. Ekici, B. (1995). Amputasyon ve Hemşirelik Bakımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 9(36), 49-53.
32. El, Ö., Peker, Ö.(2001). Alt Ekstremitte Amputasyonları. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation ve Rehabilitasyon ,47(2)
33. Erbahçeci, B. Anaforoğlu, F. (2012). Amputelerde Fantom Ağrısı. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(1), 25-29
34. Gabriel,R.(2008). Bilateral Lower Extremity Amputations,Life Care Plan,1-32
35. Gilg, A. C. (2016). The Impact of Amputation on Body Image. The University of Southern Mississippi, Department of Nursing Thesis.
36. Godlwana, L. L. (2016). The Epidemiology and Functional Outcomes After a Major Lower Limb Amputation , Doctoral Thesis ,Johannesburg.
37. Guberina P.R, Zivkoviç O, Muljacic A, Guberina M, Zivkoviç B.T.(2005) .The Amputees and Quality of Life: Coll. Antropol. 29 ( 2), 603–609.
38. Güven S, Şener A. (2011). Factors Affecting Life Satisfaction in Old Age. Turkish Journal of Geriatrics, 14(2), 179-186.
39. Güven, T.(2007). Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul.
40. Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kicking, W., & Holzer, G. (2014). Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees, 9(3), 1-7
41. Htwe, O., Suganthini, S., AH, S. M., Kumaragu, S., & Naicker, A. S. (2015). Quality of Life Among Lower Limb Amputees Treated at The Tertiary Hospital, Malaysia. International Medical Journal, 22(3),171-174.
42. Hüseyin, S., Yüksel, V., Halıcı, Ü., Okyay, A., Canbaz, S., Ege, T., Sunar, H., (2014). Periferik Arter Hastalığının Kaçınılmaz Sonu: Ekstremitte Amputasyonları. Damar Cer Derg, 23(2), 79-82

43. Jesus-Silva, S. G. D., Oliveira, J. P. D., Brianezi, M. H. C., Silva, M. A. D. M., Krupa, A. E., & Cardoso, R. S. (2017). Analysis of risk factors related to minor and major lower limb amputations at a tertiary hospital. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(1), 16-22.
44. Karabay Ö, Karaçelik M, Yılık L, Tekin N, İriz A.B, Kumdereli S, Gürbüz A, Çalkavur T, (2012).İskemik periferik arter hastalığı: Bir tarama çalışması. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 450-457.
45. Karcıoğlu, O., Oray, D., Çolak, N. (2003). Acil Tıpta Amputasyon ve Ezilmiş Ekstremitelere Yaklaşım,  *Akademik Acil Tıp Dergisi* ,37-43.
46. Katz, J., Melzack, R. (1990). Pain 'Memories' in Phantom Limbs: Review and Clinical Observations. *Pain*, 43(3), 319-336.
47. Katz J.( 1992). Psychophysiological Contributions to Phantom Limbs. *Can.J. Psychiatry* , 37 (6), 282-292
48. Kılıç, B., Yücel, A. S., Yaman, Ç., Hergüner, G., & Korkmaz, M. (2014). Methods of Determining the Amputation Level of Lower Extremity. *European Journal of Experimental Biology*, 4(3), 55-60.
49. Knežević, A., Salamon, T., Milankov, M., Ninković, S., Jeremić-Knežević, M., & Tomašević-Todorović, S. (2015). Assessment of Quality of Life in Patients After Lower Limb Amputation.  *Medicinski Pregled*, 68(3-4), 103-108.
50. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. (1999). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenirliliği.  *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
51. Korkmaz, M., Şener, N., Bayram, E., Yılmaz, M., & Çetinus, M. E. (2015). Diyabetik Ayak Yaraları ve Klinik Deneyimimiz.  *Medical Journal of Bakirkoy*, 11(2),60-64.
- 52.Kovač, I., Kauzlaric, N., Živković, O., Mužić, V., Abramović, M., Vuletić, Z., Livaković, B. (2015). Rehabilitation Of Lower Limb Amputees.  *Periodicum Biologorum*, 117(1), 147-159.

53. Kulkarni, T., Hande, D., and Parab, K. U. (2014) Body Image and Quality of Life Among Individuals With Lower Limb Amputation. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research* 3(3), 63-66.
54. Long PH.(1960). On the Quantity and Quality of Life. *Med Times*, 88:613-619.
55. Madsen, UR.(2017). Quality of Life, Functional Level And Needs of Care After Vascular Major Lower Limb Amputation, Doctoral Thesis, Faculty of Medicine, Lund University,Lund.
56. Melander, E. (2016). Risk Factors to Major Lower Extremity Amputation in Type 2 Diabetes Mellitus, Degree Project, Örebro University, Sweden.
57. Milli Eğitim Bakanlığı.(2011).Diz Altı Protezi İmalatı. Ankara. ([http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Diz%20Alt%C4%B1%20Protezi%20İmalat%C4%B1.pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Diz%20Alt%C4%B1%20Protezi%20İmalat%C4%B1.pdf)) (Erişim:16.11.2017).
58. Mosaku K.S, Akinyoola A.L, Fatoye F.O, Adegbehingbe O.O. (2009). Psychological reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. *Gen Hosp Psychiatry* ,31: 20-4.
59. Mozumdar, A., & Roy, S. K. (2010). Depression in Adult Males With Lower Extremity Amputation and its Bio-Social Correlates. *Health*, 2(8), 878.
60. Mugo, N. N. (2010). The effect of amputation on body image and well-being: a systematic review, Degree Programme in Nursing, Turku University.
61. Müezzinoğlu, T. (2005) "Yaşam kalitesi." *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-29.
62. Oğul, M., Erden, G., (2005). Amputasyonun Psikososyal Boyutu. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7(1),27-33.
63. Oğuz, A., Çuhacı, N., Usluoğulları, A. C., Caner, S., Uğurlu, M., Ersoy, R., & Çakır, B. (2012). Diabetik Ayaklı Hastalarımızda Amputasyon Oranları ve Demografik Veriler. *Ankara Medical Journal*, 12(1),11-15.
64. Öznur, T. (2013). Çatışmayla İlişkili Travmatik Amputasyonların Fiziksel Rehabilitasyon Sürecinde Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar. *Gülhane Tıp Dergisi* ,55, 332-341.

65. Özsoy, İ., & Okyayuz, Ü. H. (2016). Amputasyon Geçirmiş Kişilerin Baş Etme Becerileri: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 45-51.
66. Öztürk, H., Kalpakçı, P., Sezer, R. E., Yılmaz, S., & Erturhan, S. (2014). Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde 2007-2012 Döneminde Diyabetik Ayağa Bağlı Operasyon Olan Hastaların Özellikleri ile Yaş ve Cinsiyetin Diyabetik Ayak Operasyonlarını Tahmin Ettirici Etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 54-57.
67. Peroni, F., Cornaggia, C., Cerri, C., & Perin, C. (2017). Distortion of Body Image Following Lower Limb Amputation: Implications for Comprehensive Rehabilitation. *Current Advances in Neurology and Neurological Disorders*, 1, 5-10.
68. Peters, E. J., Lavery, L. A., Armstrong, D. G. (2005). Diyabetik Alt Ekstremitte İnfeksiyonları: Fiziksel, Psikolojik ve Toplumsal Faktörlerin Etkileri. *Journal of Diabetes and Its Complication*, 1(1), 57-62.
69. Pooja, G. D., & Sangeeta, L. (2013). Prevalence and Etiology of Amputation in Kolkata, India: A Retrospective Analysis. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 31(1), 36-40.
70. Purutçuoğlu, E., & Aksel, C. (2017). Engelli Kadınların Beden İmajı Algısı ile Yaşam Doyumunun Belirlenmesi. *Journal of International Social Research*, 10(50),428-438.
71. Rasmussen BS, Yderstraede KB, Carstensen B, Skov O, & Beck-Nielsen H. (2016). Substantial Reduction in the Number of Amputations Among Patients With Diabetes: A Cohort Study Over 16 Years. *Diabetologia*,59(1), 121-129.
72. Remes, L., Isoaho, R., Vahlberg, T., Hiekkanen, H., Korhonen, K., Viitanen, M., & Rautava, P. (2008). Major Lower Extremity Amputation in Elderly Patients With Peripheral Arterial Disease: Incidence and Survival Rates. *Aging Clinical And Experimental Research*, 20(5), 385-393.
73. Safaz, İ., Yılmaz, B., Göktepe A. S., Yazıcıoğlu, K., (2010). Turkish Version of The Amputee Body Image Scale and Relationship with Quality of Life. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20(1),79-83.

74. Saka, E., (2016). Alt Ekstremitte Amputasyonu Sonrası Kronik Ağrı İnsidansı ve Perioperatif Analjezi Yöntemiyle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul.
75. Santosa, F., & Kröger, K. (2013). Trends in Amputation. In *Gangrene Management-New Advancements and Current Trends*. InTech, 3, 27-36.
76. Saradjian. A, Thompson. R. A & Datta Dipak. (2008). The Experience of Men Using an Upper Limb Prosthesis Following Amputation: Positive Coping and Minimizing Feeling Different. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 30(11), 871-883.
77. Schilder. P. (1950). *The Image and Appearance of The Human Body*. International Universitiespres, New York.
78. Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, van Sonderen E, Goeken LN, Eisma WH. (2001). Factors Related to Successful Job Reintegration of People With a Lower Limb Amputation. *Arch Phys Med Rehabil* ,82,1425-31.
79. Sel, Ş. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Beden Memnuniyeti Düzeyleri ile Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- 80.Senra, H., Oliveira, R.A., Leal, I., Vieira, C. (2011). Beyond the Body Image: A Qualitative Study on How Adults Experience Lower Limb Amputation. *Clinical Rehabilitation*, 26(2), 180-91.
- 81.Singh. R, Hunter. J, Philip. A & Tyson. S. (2008). Gender Differences in Amputation Stigma. *Journal of Disability And Rehabilitation*, 30(2), 122-125
82. Sinha, R. (2013). *Adjustments to Amputation and Artificial Limb and Quality of Life in Lower Limb Amputees*, Thesis, University of Groningen, Netherlands
- 83.Skinner HB. (2005). *Current Ortopedi Güncel Tanı ve Tedavi (Çeviri: Mümtaz Alpaslan)*, Güneş Kitabevi, 638.
84. Stevens, C. D., Schriger, D. L., Raffetto, B., Davis, A. C., Zingmond, D., & Roby, D. H. (2014). Geographic Clustering of Diabetic Lower-Extremity

- Amputations in Low-Income Regions of California. *Health Affairs*, 33(8), 1383-1390.
85. Sümer, A., Onur, E., Altınlı, E., Çelik, A., Çağlayan, K., Köksal, N. (2008). Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Klinik Deneyimlerimiz. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 15(3),187-190.
86. Şahin Ş, Toprak S, Ünal E. (2012). QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları, *Medicine Science* ,1(4), 232-243.
87. Şirzai, H., Köseoğlu, B. F., Kılınç, G.,Özel, S. (2016). Amputasyon Sonrası İşe Başlama. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62(1),22-27.
88. Şükür, E., Uyar, A. Ç., Özdemir, U., Gökçen, H. B., Çiçekli, Ö., & Topçu, H. N. (2018) The Evaluation of The Relation Among Age, Amputation Levels and The Revisions. *Medeniyet Medical Journal*, 33(1), 10-16.
89. Tan, M. L. M., Feng, J., Gordoıs, A., & Wong, E. S. D. (2011). Lower Extremity Amputation Prevention in Singapore: Economic Analysis of Results. *Singapore Medical Journal*, 52(9), 662-668.
90. Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 18-23.
91. Topuz, S., Ülger, Ö., Şener, G. (2010). Diz Altı Amputelerde Türkiye’de Sıklıkla Kullanılan Protez Ayakların Yürüyüş ve Ambulasyon Aktiviteleri Üzerine Etkisi. *Fizyoter Rehabil*, 21(1),27-34.
92. Tükenmez, M., Çekin, T., Karataş, C., Perçin, S., & Tezeren, G. (2005). Diyabetik Ayakta Alt Ekstremitte Amputasyonları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3), 100-104.
93. Virani, A., Werunga, J., Ewashen, C., & Green, T. (2015). Caring For Patients With Limb Amputation. *Nursing Standard*, 30(6), 51-58.
94. Ware J, John E, Sherbourne C. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 473-483.

95. Yakut, Y., Yurt, Y., Gür, G., Bayramlar, K. (2016). Erişkin Alt Ekstremitte Amputelerinin Fizyoterapisinde Kanıta Dayalı Klinik Rehber. *J Exerc Ther Rehabil*, 3(3),102-108.
96. Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. (2009). Quality of Life of Persons With Lower-Limb Amputation During Rehabilitation and at 3-Month Follow-Up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(4), 634-645.





## 8. EKLER

### Ek-1. Amputasyon Tanımlama Anket Formu

Bu çalışmada geçirmiş olduğunuz amputasyonun beden imajınız ve yaşam kaliteniz üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanmış aşağıdaki sorulara cevap vererek çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ediyoruz. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet a)Erkek b) Kadın
3. Eğitim durumu a)Okur -yazar değil b)Okur- yazar c)İlkokul d) Lise e) Üniversite
4. Çalışma durumu: a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
5. Çalışıyor ise işi.....
6. Medeni durumu: a)Evli b)Bekar
7. Amputasyon nedeni
  - a) Trafik kazası
  - b) Diabet
  - c) Periferik vasküler hastalık
  - d) İşle ilişkili yaralanmalar
  - e) Tümör
  - f) Kurşun yaralanması
  - g) Diğer.....
8. Amputasyon süresi:
9. Amputasyon düzeyi:
10. Ampüte edilen ekstremitede ağrı, karıncalanma hissediyor mu?
  - a) Evet b)Hayır
11. Yaşadığı Yer a)Kırsal b)Kentsel
12. Amputasyon olduktan sonra hiç düşmüş mü?
  - a)Evet b)Hayır
13. Düşme korkusu yaşadınız mı?
  - a)Evet b)Hayır

14. Yardımcı araç kullanıyor musunuz?

a) Tekerlekli Sandalye b) Baston c) Koltuk Değneği d) Walker e)

Diğer.....

15. Protezi günlük kaç saat takıyorsunuz?

a) Takmıyorum b) 0-2 saat c) 2-4 saat d) 4-6saat e)Tüm gün

16. Protezi takıp çıkarırken yardım alıyor musunuz?

a)Tamamen yalnız yapıyorum b)Bazen yardıma ihtiyaç duyarım

c)Her zaman yardım alıyorum



## Ek-2. Yaşam Kalitesi (SF36) Form

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

### Ek 3. Ampute Vücut İmajı Ölçeği

#### (Ampute Body Image Scale)

Hastanın

Adı

Soyadı:.....Tarih:...../...../.....

Yaş

Amputasyon Tarihi :

Ampute Taraf :

Amputasyon Seviyesi :

Bu anketi kendi vücudunuzu nasıl gördüğünüz ve nasıl değerlendirdiğinizi ölçmek için hazırlanmıştır. Bu uygulama bir test değildir, doğru ve yanlış cevap yoktur. Hissettikleriniz dikkatli bir şekilde, her sorunun yanındaki uygun kutuyu işaretleyerek cevaplayınız

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1- Amputasyonlu olduğum İçin Fiziksel Görünümüm hakkında sosyal ortamlarda yalnız olduğum zamanlardan daha fazla huzursuz oluyorum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2- Protezim Görünebileceği için toplum içine şort giyerek çıkmaktan utanıyorum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3- Protezimi taktığım zaman tüm fiziksel görünümümü beğeniyorum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4- Bir uzvumun olmamasının çeşitli günlük faaliyetler esnasında vücudumun fonksiyonel yeteneklerini azalttığımı düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5- Protezimi görmemek için boy aynasına bakmaktan kaçınıyorum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6- Amputasyonlu olduğum için fiziksel görünümüm beni her gün huzursuz ediyor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7- Fantom hissim var (uzvumu varmış gibi hissediyorum)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8- Uzvumu kaybettiğim zamandan beri toplumun ideal görünüş biçiminde olmamak beni rahatsız ediyor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9- Uzvumu kaybetmiş olmam nedeniyle kendimi tehlikelerden koruma yeteneğimin azalmış olması beni rahatsız ediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10- Protezimi takmadığım zamanlarda fiziksel görünümümün başkaları tarafından değerlendirilebileceği ortamlardan kaçınıyorum (sosyal ortamlar, plaj, yüzme havuzu gibi ortamlardan kaçınmak)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11- Uzvumu kaybetmiş olmak kendimi özürlü engelli olarak düşünmememe neden oluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- 12- Protezimi takmadığım zamanlarda fiziksel görünümümü beğeniyorum. 1 2 3 4 5
- 13- İnsanlar yürürken topalladığımı fark ediyor. 1 2 3 4 5
- 14- İnsanlar bana engelli özürli gibi davranıyor 1 2 3 4 5
- 15- Gündüğümün görünümünü beğeniyorum. 1 2 3 4 5
- 16- Protezimi gizleyebilmek için bol giysiler giyiyorum. 1 2 3 4 5
- 17- Fiziksel olarak çekici olabilmek için dört uzvumun da normal olması gerektiğini hissediyorum 1 2 3 4 5
- 18- Protezimi taktığım zaman protezli bacağımla sağlam bacağımın aynı boyutlarda olması önemli 1 2 3 4 5
- 19- Gündüğümün anatomisini görmemek için boy aynasına bakmaktan kaçınıyorum. 1 2 3 4 5



#### Ek 4. Etik Kurul Karar Formu

##### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	All Ekstremitte Amputasyonunun Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz/Ebru Hedef YL öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Yüksek lisans tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

*(Handwritten signatures and initials)*

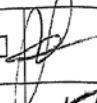

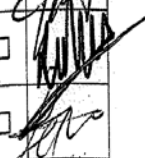

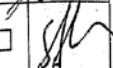
**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2013-04/04	Tarih: 02.04.2013		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	Prof. Dr. Emin Yener Gültekin

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Emin Yener Gültekin	Üroloji ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Erol Kisi	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya Tokar	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık Çançalar	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimi	Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağtas,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Ebru HEDEF YİĞİT
Doğum Yeri ve Tarihi	Amasya-1979
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Hacılar Meydanı Şehit Mustafa Reçber Sok.Irmak
Lara Evleri B Blok 22/6	Amasya
E-posta Adresi	ebruhedef@hotmail.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Çorum Sağlık Meslek Lisesi 1993
Lisans	Amasya Sağlık Yüksekokulu 2002

### İş Tecrübesi

Sağlık Bakanlığı	Hemşirelik Mesleği 1998- Devam Ediyor
------------------	---------------------------------------