



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALT EKSTREMİTE AMPÜTASYONU OLAN HASTALARIN  
BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTELERİ İLE  
YAŞADIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: ZÜHRİYE KAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMANI: Doç.Dr. ADALET KOCA KUTLU

MANİSA-2018





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALT EKSTREMİTE AMPÜTASYONU OLAN HASTALARIN  
BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTELERİ İLE  
YAŞADIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: ZÜHRİYE KAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doç.Dr. ADALET KOCA KUTLU

(Tez Danışmanı)

Dr. Öğrt. Üyesi DİLEK ÇEÇEN

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğrt. Üyesi YELDA CANDAN DÖNMEZ

(Jüri Üyesi)



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ZÜHRİYE KAR

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve bu çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırla, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik eden ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım **Sayın Doç.Dr.Adalet KOCA KUTLU**'ya;

Araştırmanın konusunun ve düzeninin belirlenmesinde görüş ve önerilerini esirgemeyen **Sayın Prof. Dr. Filiz ÖĞCE** ve **Sayın Doç. Dr Özlem BİLİK**'e;

Araştırmaya gönüllü katılan ve yaşadıklarını benimle paylaştan **tüm hastalarım** **TEŐEKKÜRLERİMİ SUNARIM.**

**ZÜHRİYE KAR**

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	i
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER</b> .....	viii
<b>TABLolar</b> .....	ix
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. ABSTRACT</b> .....	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	4
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
<b>4.1. AMPÜTASYON</b> .....	6
4.1.1. Ampütasyon Nedenleri.....	6
4.1.1.1. Periferel vasküler hastalıklar.....	6
4.1.1.2. Travmalar .....	7
4.1.1.3. Kronik enfeksiyonlar .....	7
4.1.1.4. Tümörler .....	7
4.1.1.5. Doğumsal anomaliler .....	8
4.1.2. Ampütasyon seviyeleri .....	8
4.1.2.1. Ayak önü ampütasyonları .....	9
4.1.2.2. Ayak Bileği Ampütasyonu ( Syme Ampütasyon ) .....	9
4.1.2.3. Diz altı ampütasyon ( Transtibial ampütasyon ) .....	10
4.1.2.4. Diz bölgesi ampütasyonu ( Diz dezartikülasyonu ) .....	10
4.1.2.5. Diz üstü ampütasyon ( Transfemoral ampütasyon ) .....	10
4.1.3. Ampütasyon Komplikasyonları.....	11

4.1.3.1. Hematom .....	11
4.1.3.2. Nekroz .....	11
4.1.3.3. Enfeksiyon .....	12
4.1.3.4. Kontraktür .....	12
4.1.3.5. Ödem .....	12
4.1.3.6. Ağrı .....	12
4.1.4. Ampütasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Sorunlar .....	13
4.1.4.1. Ampütasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Sorunlarda Etkili Faktörler .....	13
4.1.4.1.1. Ampütasyonla ilgili faktörler .....	13
4.1.4.1.2. Sosyodemografik faktörler .....	14
4.1.4.1.3. Kişisel faktörler .....	15
<b>4.2. YAŞAM KALİTESİ</b> .....	15
4.2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi .....	17
<b>4.3. BEDEN İMAJI</b> .....	19
<b>4.4. AMPÜTASYONDA HEMŞİRELİK BAKIMI</b> .....	23
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	26
<b>5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ</b> .....	26
<b>5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMAN</b> .....	27
<b>5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ-ALANI VE ÖRNEKLEMİ</b> .....	27
<b>5.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ</b> .....	28
<b>5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI</b> .....	29
5.5.1. Hasta Bilgi Formu .....	29
5.5.2. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	29
5.5.3. Ampüte vücut imaj ölçeği .....	30
5.5.4. Yarı yapılandırılmış görüşme formu .....	30
<b>5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ</b> .....	31



<b>5.7. ARAŞTIRMA SORULARI</b> .....	31
<b>5.8. ARAŞTIRMACININ ROLÜ</b> .....	32
<b>5.9. GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK</b> .....	32
<b>5.10. ARAŞTIRMADA ETİK</b> .....	34
<b>5.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI</b> .....	34
<b>5.12. DEĞERLENDİRME VE ANALİZ</b> .....	34
<b>5.13. ARAŞTIRMA SÜRECİ</b> .....	35
<b>6. BULGULAR</b> .....	36
<b>6.1. ALT EKTREMİTE AMPÜTASYONU OLAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE DAİR BULGULAR</b> .....	36
<b>6.2. NİCEL VERİLERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR</b> .....	40
6.2.1. Sf-36 YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile AVİS Toplam Puan Ortalaması .....	40
6.2.2. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasındaki ilişki.....	41
6.2.3. Hastaların kişisel özellikleri ile AVİS arasındaki ilişki .....	52
6.2.4. SF-36 YKÖ alt boyutları ile AVİS arasındaki ilişki .....	56
<b>6.3. NİTEL VERİLERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR</b> .....	57
6.3.1. Çalışmanın Nitel Bölümünde Görüşme Yapılan Hastaların Özellikleri .....	57
6.3.2. Alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunlar .....	59
6.3.2.1. Amputasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler .....	59
6.3.2.1.1. Duygusal tepkileri .....	59
6.3.2.1.2. Düşünceleri .....	61
6.3.2.1.3. Davranışsal tepkiler .....	62
6.3.2.2. Amputasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar .....	63
6.3.2.2.1. Duygulanım durumları .....	63
6.3.2.2.2. Fantom hissi .....	66

6. 3. 2. 2. 3. Ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar .....	67
6. 3. 2. 3. Taburculuk sonrası sorunlar .....	68
6. 3. 2. 3. 1. Evde bakımda yaşanan sorunlar .....	69
6. 3. 2. 3. 2. Gelecek ile ilgili değişiklikler .....	71
6. 3. 2. 3. 3. Sosyal destekler .....	73
6. 3. 2. 3. 3. 1. Ailenin sosyal desteği .....	73
6. 3. 2. 3. 3. 2. Çevrenin sosyal desteği .....	75
6. 3. 2. 3. 4. Gündük bakımında yaşanan sorunlar .....	77
6. 3. 2. 3. 4. 1. Gündük bakımında yaşanan psikolojik sorunlar .....	77
6. 3. 2. 3. 4. 2. Gündük bakımında yaşanan fiziki sorunlar .....	79
6. 3. 3. Alt Ekstremitte Ampütasyonu Hastalarının Yaşadığı Sorunlarla İlgili Model .....	80
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>81</b>
<b>7.1. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ALT BOYUTLARI VE AVİS PUANLARININ TARTIŞILMASI .....</b>	<b>81</b>
<b>7.2. NİTEL BULGULARIN TARTIŞILMASI .....</b>	<b>87</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>91</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>95</b>
<b>10. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>103</b>
<b>11. EKLER .....</b>	<b>104</b>
Veri Toplama Araçları	
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu Kararı	
Kurum İzin Belgesi	
Yönetim Kurulu Karar Örneği	
Orijinallik Raporu	

## **KISALTMALAR**

AVİS: Ampüte Vücut İmaj Ölçeği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health

PAH: Periferik Arter Hastalıkları

SF-36 YKÖ: Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

## ŞEKİLLER

**Şekil 1.** Ayak Bileği ve Ayak Önü Ampütasyon Seviyeleri

**Şekil 2.** Majör Ampütasyon (Diz Üstü, Diz Bölgesi, Diz Altı, Ayak Bileği Ampütasyonu) Seviyeleri

**Şekil 3.** Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

**Şekil 4.** Hastaların Ampütasyon Sürecinde Yaşadığı Sorunlar



## **TABLolar**

**Tablo 1.** Alt Ekstremitte Ampütasyonu Olan Hastaların Kişisel Özellikleri

**Tablo 2.** Ampütasyon Olan Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikler

**Tablo 3.** Sf-36 YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve AVİS Toplam Puan Ortalamaları

**Tablo 4.** Hastaların Kişisel Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

**Tablo 5.** Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki

**Tablo 6.** Hastaların Kişisel Özellikleri İle AVİS Toplam Puan Ortalaması Arası İlişki

**Tablo 7.** Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle AVİS Toplam Puan Ortalaması Arası İlişki

**Tablo 8.** SF-36 YKÖ Alt Boyutları ile AVİS Korelasyonları

**Tablo 9.** Görüşme Yapılan Hastaların Kişisel Özellikleri

**Tablo 10.** Görüşme Yapılan Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri

# ALT EKSTREMİTE AMPÜTASYONU OLAN HASTALARIN BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTELERİ İLE YAŞADIKLARI SORUNLARIN İNCELENMESİ

**Zühriye KAR**

**Danışmanı: Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

## 1. ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların beden imajı ve yaşam kaliteleri ile yaşadıkları sorunları belirlemek için planlandı.

**Gereç ve yöntem:** Bu çalışma, eş zamanlı, nicel ağırlıklı ve karma bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini-alanını, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji ile Kalp Damar Cerrahisi Polikliniklerine başvuran ve son 3 yılda alt ekstremitte amputasyonu yapılan hastalar oluşturdu. Nicel veriler anket yoluyla 30 hastadan, nitel veriler görüşme formu ile 20 hastadan toplandı. Araştırmanın nicel verileri SPSS paket programıyla, nitel veriler içerik analizi yöntemiyle analiz edildi.

**Bulgular:** Alt ekstremitte amputasyonu olan 30 hastanın yaş ortalaması  $47,23 \pm 16,08$ 'dür. Hastaların %80'i erkek, %70'inin kronik bir hastalığı var, %56,7'sinin ilk şikayeti bacakta iyileşmeyen yara, %63,3'ü diz veya diz üstünden ampute ve %53,3'ü protez kullanıyordu. Hastaların SF-36 YKÖ alt boyutları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon  $30,11 \pm 20,0$ ; sosyal fonksiyon  $36,66 \pm 27,45$ ; fiziksel rol  $18,33 \pm 30,03$ ; emosyonel rol  $37,77 \pm 22,71$ ; mental sağlık  $48,0 \pm 22,89$ ; enerji  $36,50 \pm 20,64$ ; ağrı  $48,13 \pm 28,33$  ve genel sağlık  $43,96 \pm 28,59$  bulundu. AVİS toplam puan ortalaması  $60,1 \pm 19,62$ 'dir. Amputasyon olan hastaların yaşadıkları sorunların üç ana kategorisi amputasyonu yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler, amputasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar ve taburculuk sonrası sorunlar olarak belirlendi.

**Sonuçlar:** Ampute olan hastaların yaşam kaliteleri orta seviyenin altındadır. Vücut imajı algısındaki bozulma ortalamanın üzerindedir. Amputasyon sonrası en çok yaşanan sorunun mobilizasyonla ilgili olduğu belirtildi.

**Anahtar sözcükler:** Amputasyon, Yaşam Kalitesi, Beden İmajı, Hemşirelik.

# INVESTIGATION OF BODY IMAGE AND QUALITY OF LIFE AND PROBLEMS SUFFERING FROM OF PATIENTS WITH LOWER LIMB AMPUTATION

ZÜHRIYE KAR

Advisor: PhD, Assoc. Prof. Adalet KOCA KUTLU

Department: Department of Surgical Nursing

## 2. ABSTRACT

**Aim:** This research was planned to determine their body image, quality of life and problems of patients with lower limbs amputation.

**Materials and Methods:** This study is a simultaneous, mainly quantitative and mixed study.. The universe of the research was formation patients who consult to orthopedics and traumatology and cardiovascular surgery in Dokuz Eylül university hospital and have amputation surgery in last 3 years. Quantitative data was collected from 30 patients by questionnaire and qualitative data was gathered from 20 patients with interview form. In this research, quantitative data was analyzed by using SPSS package program and qualitative data was analyzed by using content analysis.

**Findings:** The mean age of 30 patients with lower limb amputation was  $47,23 \pm 16.08$ ; 80% of the patients were male, 70% had a chronic disease, the first complaint for 56.7% of them was unhealed wounds, 63,3% had amputation over knee or knee and 53,3% had prosthesis. Patients SF-36 QoL subscale mean scores were found as; physical function  $30,11 \pm 20,0$ ; social function  $36,66 \pm 27,45$ ; physical role  $18,33 \pm 30,03$ ; emotional role  $37,77 \pm 22,71$ ; mental health  $48,0 \pm 22,89$ ; energy  $36,50 \pm 20,64$ ; pain  $48,13 \pm 28,33$  and general health  $43,96 \pm 28,59$ . The problems experienced by the patients with amputation were evaluated as three main categories. These categories include; reactions after learning to be amputated, problems experienced in early period after amputation, post-discharge problems.

**Results:** Quality of life of patients with amputees is below the middle level. Deterioration in the body image perception is above the middle. The most common problem after amputation is mobilization.

**Keywords:** Amputation, Quality of Life, Body Image, Nursing





### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ampütasyon bir ekstremitenin bir parçasının ya da tamamının vücuttan uzaklaştırıldığı cerrahi bir yöntemdir. Bu yöntem; anatomik, ciddi bir fonksiyon kaybı, vücut ağırlığı dağılımındaki değişimle gelen koordinasyon bozukluğu ve psikosozyal sorunlar gibi durumları da ortaya çıkarır (Knezevic ve ark. 2015). Alt ekstremitte ampütasyonu, kişinin hayatının birçok yönünü etkileyerek yaşamı değiştiren, travmatik bir olaydır. Ampütasyonun ardından hastalar hem psikosozyal hem de fiziksel değişikliklere uyum sağlamaları gereken bir sürece başlarlar (Ostler ve ark. 2014).

Alt ekstremitte ampütasyonu olan kişiler, dünyanın çeşitli yerlerinde, sağlık hizmetleri önlemlerine rağmen ameliyat sonrası birçok değişiklik karşılı karşıya kalırlar. Bu değişiklikler, fiziksel sorunlardan psikosozyal sorunlara kadar çeşitlenir ve alt ekstremitte ampütasyonlu kişilerin sağlığını çeşitli boyutlarda etkiler (Olukolade ve ark. 2013).

Bireylerin ampütasyona verdikleri tepkiler çok çeşitlidir. Bu tepkilerden bazıları geçici bazıları ise kalıcıdır. Bu nedenle ampütasyona verilen tepkilerin ampüte birey, ailesi, yakın çevresi ve ampütasyon ekibi tarafından bilinerek bunlara hazırlıklı olunması hastanın yaşadığı/yaşayacağı sorunların gidişatını önemli derecede etkileyecektir (Oğul ve Erden 2005).

Beden imajının bozulması, kaygı ve depresyon alt ekstremitte ampütasyonunun sık rastlanan sonuçları olarak ele alınmaktadır. Hem bu sonuçlara hem de ekstremitte kaybına uyum süreci, bireyin ampütasyonu nasıl deneyimlediğine bağlıdır (Senra ve ark. 2011). Psikolojik etkilenme ve beden imajının değişmesi nedeniyle hastayı en üst düzeyde fonksiyonel bağımsızlığa ulaştırmak için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Bu süreç, hastanın rehabilitasyonundaki ilk basamak olarak düşünülmelidir (Miller 2006).

Kişinin refahı hayattan memnuniyeti morali ve mutluluğu hakkında bilişsel ve duygusal bir değerlendirme olan yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanır. Ekstremitte ampütasyonu olan kişiler için de yaşam kalitesi, aktivite seviyesini engelleyen vücut yapısındaki ve fonksiyonundaki sınırlılıklar nedeniyle

sarsılır, bunun sonucu olarak da çevresel ve kişisel faktörler hayata katılımı ve hatta daha fazlasını etkiler (Akyol ve ark. 2013).

Ampütasyon süreci kişiden kişiye değişmekle birlikte hastayı zorlayan bir süreçtir. Gerek bir uzuv kaybından dolayı ortaya çıkan hareket kısıtlılığı gerekse sosyal çevrenin bakış açısı nedeniyle hastanın yaşadığı psikososyal stres açısından önemli bir yaşam değişikliği sebebidir. Herhangi bir nedenle ekstremitesi/ekstremiteleri ampute olan hastaların beden imajı ve yaşam kaliteleri ile birlikte sosyal yaşamlarına dönüş sürecinde ve sonrasında yaşadıklarını, hissettiklerini, deneyimlerini, karşılaştıkları güçlükleri ve başa çıkma yöntemlerini anlatabilmelerini sağlayarak uyum sürecini ortaya çıkarmak gerekmektedir (Douglas ve ark. 2003).

Bu çalışma ampütasyon olan hastaların yaşam kaliteleri, beden imajları ve yaşadıkları sorunlarının belirlenmesiyle bu konuda durum saptaması yapılarak ortaya çıkan çerçevede sağlık ekibi üyesi olan hemşirelerin görev kapsamı içinde yer alan sorunların çözümüne yönelik çalışmalar yapılmasına imkân sağlayacak sonuçların elde edileceği öngörüsü ile planlandı.

Bu araştırma, alt ekstremitte ampütasyonu olan hastaların beden imajları, yaşam kaliteleri ve yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapıldı.

#### **4. GENEL BİLGİLER**

## **4.1. AMPÜTASYON**

Bedenin eşsiz ve mükemmel uzuvları olan kollar, bacaklar, eller ve ayaklar çevreyi yönetme, hissetme ve dokunmaya imkân verir. Onlar paha biçilmez yetenekleri yapabilmemizi sağlar ve yeryüzünde rahatça hareket etmemize izin verir. Bir uzvun kısmi veya tamamının kaybı, hareket, dokunuş, çalışma ve eğlence şeklimizi daimi olarak değiştirir. Bir uzvunu kaybeden birey çok büyük duygusal, psikolojik ve fiziksel bir meydan okumayla karşı karşıyadır (Douglas ve ark. 2003).

Latince ‘amputatio’ (çevresini kesmek) kelimesinden köken alan ampütasyon; genel anlamda, travma, kronik enfeksiyon, vasküler rahatsızlıklar ya da tümöral bir durum nedeniyle işlevsel kayba uğrayan vücut parçasının cerrahi müdahale ile çıkarılması olarak tanımlanır (Öğce 2009).

Ampütasyon; hasta dokuları uzaklaştırmak, kalan ekstremitenin dolaşımını sağlamak, ağrıyı gidermek, fonksiyonel protez kullanımına olanak sağlayacak iyi bir güdük oluşturmak amaçlarıyla gerçekleştirilmektedir. Ampütasyon kelimesi insan beyninde negatif bir anlam bıraksa da gerçekte pozitif bir adımdır. Ampütasyon rekonstrüktif (onarıcı) bir ameliyattır ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak amaçlanır (Yavuz 2010).

### **4.1.1. Ampütasyon Nedenleri**

Ampütasyon yapılmasına neden olan birçok durum ya da hastalık bulunmaktadır. Ampütasyon nedeni olan durumlar aşağıda açıklanmıştır.

#### **4.1.1.1. Periferik vasküler hastalıklar**

Periferik vasküler hastalıklar, alt ekstremitte ampütasyonlarının en sık yapılma nedenlerindedir. Periferik vasküler sorunların en temel nedeni olan Diabetes mellitus (DM) non-travmatik ampütasyonların % 50’den fazlasını oluşturur. DM, periferik damar hastalıkları ve periferik nöropati sonucunda diabetik ayak yaralarına neden olmaktadır. Diyabetik ayak enfeksiyonları, alt ekstremitte ampütasyonlarının 2/3 ünden sorumludur (Açar 2006).

Periferik vasküler hastalığa sebep olan diğer periferik arter hastalıkları (PAH) ise aterosklerotik obliterans (ASO), tromboanjitik obliterans (Burger Hastalığı) gibi hastalıklardır (Demiralp ve ark. 2003).

#### **4.1.1.2. Travmalar**

Travmalar, alt ekstremitte amputasyonlarının sıklıkla yapılma nedenlerindedir. Travma nedenli amputasyonlar, özellikle genç ve orta yaşlı erkeklerin çalışma ortamlarında meydana gelmektedir (Öğce 2009).

Türkiye’de özellikle terörle bağlantılı ateşli silah yaralanmalarına ve mayın patlamasına bağlı Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde amputasyonlarla sık karşılaşmaktadır (Doğan ve ark. 2008).

Travma nedenlerinden olan elektrik yanıkları genellikle sinir, damar, kas gibi derin dokuları kapsayan termal yaralanmaların en tahrip edicilerindedir. Bunun sonucu ekstremitede kompartman sendromu meydana gelebilir. Erken müdahale yapılamayan durumlarda amputasyon kaçınılmazdır (Kerimov ve ark. 2010).

#### **4.1.1.3. Kronik enfeksiyonlar**

Kronik osteomyelit, tüberküloz, maduramikozis (deri sıyrıklarından bulaşan bir tür mantar), gazlı gangren, tetanoz ve nekrotizan fasiit gibi enfeksiyonlar amputasyona neden olurlar (Öğce 2009).

Enfeksiyon etkenleri arasında, staphylococcus aureus, pseudomonas aeruginosa ve escherichia coli bulunmaktadır. Enfeksiyonların üçte ikisinden anaerob ve aerob miks bakteri türleri ve aerob nedenli olguların üçte ikisine ise stafilokokların neden olduğu görülmüştür (Tükenmez ve ark. 2005).

#### **4.1.1.4. Tümörler**

İhmal edilmiş tümörler, kemoterapi ve radyoterapi tedavileri altında ilerleyen tümörler ve tedavi komplikasyonları (kontrol edilemeyen derin enfeksiyon, lokal tümör nüksü, vasküler yetmezlik sonucu oluşan gangren gibi) amputasyonun en önemli endikasyonlarındanıdır. Genel olarak, ekstremitede bölgesel tümör kontrolünün

sağlanmasının mümkün olmadığı lezyonlarda amputasyon endikasyonu ortaya çıkmaktadır (İlbeyli 2005).

Yakın tarihe kadar alt ekstremitelerde amputasyonlarının yaklaşık % 5'i tümör nedeniyle yapılmaktaydı (Ferrapie ve ark. 2003). Geçmişte amputasyon nedeni sayılan büyük damar-sinir invazyonları günümüzde relatif-görece amputasyon endikasyonu haline gelmiştir. Damar-sinir rekonstrüksiyonu, serbest doku transferleri, tümörlerin erken teşhisi ve tedavisi amputasyon gereksinimini azaltabilmektedir (İlbeyli 2005).

#### **4.1.1.5. Doğumsal anomaliler**

Doğumsal anomaliler, amputasyonların küçük bir bölümünü oluşturmaktadırlar. Bebeğin bir ya da birden fazla uzvunda kısalık, şekil bozukluğu ya da uzuv yokluğu gibi değişik şekillerde anomaliler bulunduğu var olan sorunların şiddetine göre cerrahi yöntemler devreye girebilmektedir (Öğce 2009).

Doğan ve arkadaşlarının (2008) Van bölgesinde yaptığı bir çalışmada, doğumsal anomali nedeniyle amputasyonlar, travma ve diyabet nedeniyle amputasyonlardan sonra üçüncü sırada yer almıştır (Doğan ve ark. 2008).

#### **4.1.2. Amputasyon Seviyeleri**

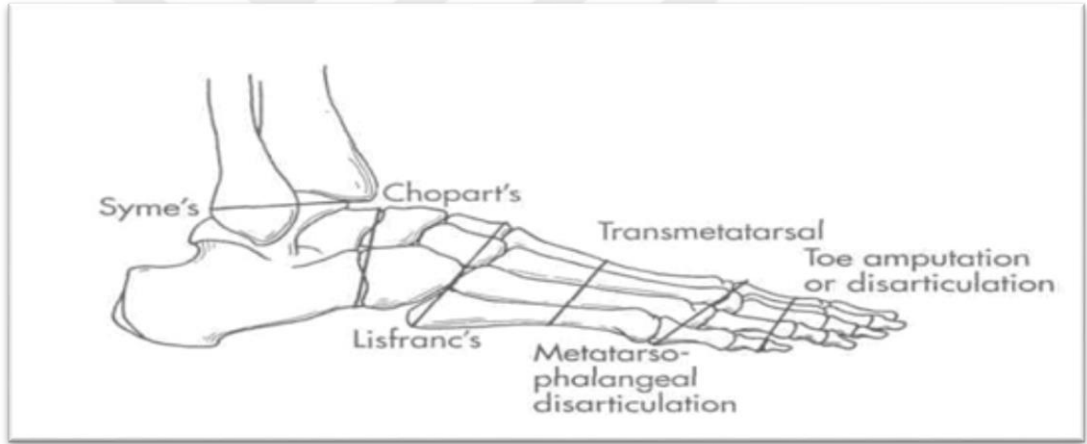
Amputasyon seviyesinin belirlenmesinde ana ilke hastanın rahat protez kullanabileceği seviye ile yara iyileşmesinin yeterli olacağı arasındaki dengenin korunmasıdır (Demiralp ve ark. 2003). Örneğin alt ekstremitelerde amputasyonlarının başlıca nedenlerinden olan DM'de amputasyonun iyileşeceği en alt seviyenin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Amputasyon için son karar iyileşme potansiyeline göre verilir (Açar 2006). Ancak literatürde, amputasyonu izleyen rehabilitasyonun başarısının doğrudan ekstremitelerde kaybının seviyesine bağlı olduğu belirtilmektedir. Diz altı amputasyonlu hastaların en az % 90'ı başarılı bir protez kullanabilirken bunun tersine diz üstü amputasyonlu olanlarda başarı oranı % 25 veya daha azdır. Bu belirgin farklılıklardan birçok faktör sorumlu olmasına karşın birincil faktör, Syme (Ayak bileğinin tam üzerinden yapılan amputasyon) veya diz altı protezi ile karşılaştırıldığında, diz üstü protezin hareket ettirilmesi için gereken enerjinin çok daha fazla olmasıdır. Rehabilitasyonda başarı sağlayabilmek için alt ekstremitelerde

ampütasyonlarının mümkün olan en distal seviyeden yapılması önerilmektedir (Açar 2006).

Morbidite ve mortalitesi yüksek olan ampütasyon işlemi ile ilgili ülkemizde sağlıklı veriler yoktur. Ampütasyon seviyelerinin tayini, hastaların bakımı ve rehabilitasyonu ile ilgili bilgi eksikliği söz konusudur. Hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltmak amacıyla sıklıkla gerekenden daha yüksek seviyede ampütasyon yapıldığı dikkati çekmektedir (Açar 2006).

#### 4.1.2.1. Ayak önü ampütasyonları

Ayak parmakları ile ayak bileği arasında çeşitli seviyelerdeki ampütasyonları içerir. Bu seviyedeki ampütasyonu olan hastalar çalışmaya dahil edilmediğinden ayrı ayrı açıklanmamıştır.



**Şekil 1.** Ayak bileği ve ayak önü ampütasyon seviyeleri.

Şaban B. Diabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları ve Hb1c'nin Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul.

#### 4.1.2.2. Ayak bileği ampütasyonu ( Syme ampütasyon )

Syme ampütasyonda kalkaneus çıkarılır, ağırlık doğrudan doğruya topuk yastıkçığı üzerine verilir. Doğru uygulandığında güdük ucu yüklenmesi açısından iyi bir ampütasyon seviyesidir (Öğce 2009).

#### 4.1.2.3. Diz altı ampütasyon (Transtibial ampütasyon)

Diz eklemi ile ayak bileği arasındaki seviyelerde yapılır. Birçok iskemik ve non-iskemik nedene bağlı olarak ortaya çıkan ayak nekrozlarında tercih edilen amputasyon seviyesidir. Gündüğün dolaşımının iyi olması nedeniyle genelde amputasyon tekrarına ihtiyaç duyulmaz. Hastaların proteze uyumları iyi olmasından dolayı rehabilitasyonu daha iyidir (Şaban 2008).

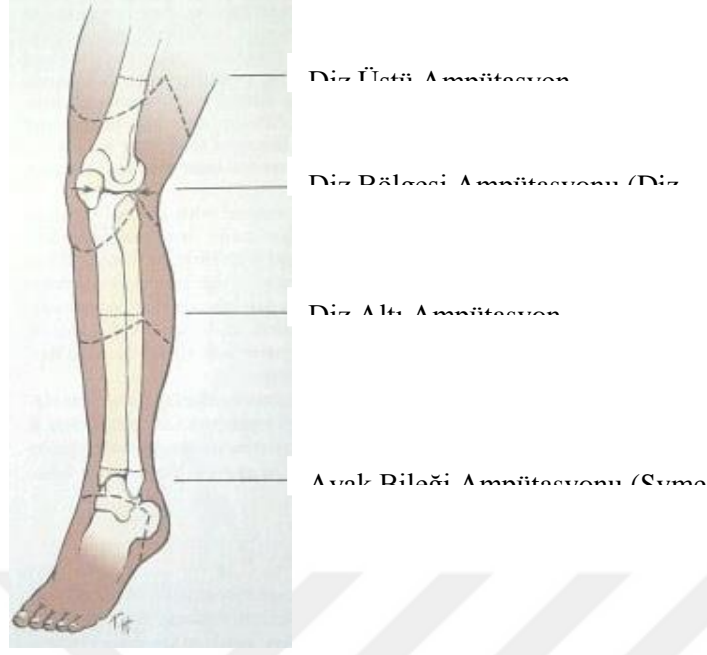
#### **4.1.2.4. Diz bölgesi amputasyonu ( Diz dezartikülasyonu )**

Tibia ve fibulanın diz seviyesinden çıkarılmasıdır. Gündük ucu yüklenmesi açısından çocuklarda ve genç erişkinlerde tercih edilen bir amputasyon seviyesidir (Öğce 2009).

Diz dezartikülasyonu, amputasyon cerrahileri içinde en az travmatik olanıdır. Distal femurdaki kıkırdak doku korunarak enfeksiyona karşı direnç sağlanır. Çocuklarda distal femoral büyüme plağı korunduğu için femurun büyümesine engel oluşturmaz (Erkan 2011).

#### **4.1.2.5. Diz üstü amputasyon ( Transfemoral amputasyon )**

Femurun herhangi seviyesinden yapılan amputasyonlardır. Ayaktaki nekrozun ve/veya ayakta bir enfeksiyonun diz üstü seviyelere kadar ilerlemiş olması, vasküler dolaşımın kötü olduğunu gösteren durumlar; popliteal nabzın alınamaması gibi nedenlerden dolayı diz altı amputasyondan fayda göremeyecek hastalarda diz üstü amputasyon uygulanır. Bu işlemde diz eklemi de çıkarılacağından gündüğün protez kontrolünü sağlaması için mümkün olduğunca uzun olması oldukça önemlidir (Şaban 2008).



**Şekil 2.** Majör amputasyon seviyeleri.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 9. baskı, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2000.

#### **4.1.3. Amputasyon Komplikasyonları**

Ameliyat sonrası amputasyon izleminde öncelikli hedefler; komplikasyonsuz yara iyileşmesi, ödem kontrolü, ameliyat sonrası ağrı kontrolü, eklem kontraktürünü önlemek ve uygun aktivite seviyesi için hızlı rehabilitasyon gibi konuları içerir. (Douglas ve ark. 2003).

##### **4.1.3.1. Hematom**

Hematom, kanın doku, organ veya özellikle operasyon yerindeki boşluklarda birikmesidir. Enfeksiyon, yara yeri nekrozu, yara ayrılması gibi durumlara ortam hazırlayabileceği için özellikle dikkat edilmesi gereken bir komplikasyondur. Önlemek için yara yeri kapatılmadan önce iyi bir hemostaz ve gerekirse dren uygulanmalıdır. Bandaj ve sargılar, yara yerinin ve durumunun izin verdiği ölçüde sıkı yapılmalıdır (Cankul 2006; Öğce 2009).

##### **4.1.3.2. Nekroz**

Nekroz, çeşitli sebeplerle dolaşımı bozulan ve beslenemeyen dokunun ölümüdür. Özellikle periferik vasküler hastalıklarda yapılan amputasyonda sebep perfüzyonun



bozulması olduğu için gelişme ihtimali daha fazladır. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde de ortaya çıkabilir ve tekrar amputasyona kadar gidebilir (Douglas ve ark. 2003).

#### **4.1.3.3. Enfeksiyon**

Ameliyat sonrası komplikasyon olarak diğer operasyonlarla benzer oranlarda ortaya çıkmakla birlikte diyabete bağlı amputasyonlarda görülme sıklığı diğer amputasyonlara göre kısmen daha fazladır. Enfeksiyon gelişen hastaya kültür sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisine hemen başlanmalıdır (Açar 2006; Cankul 2006).

#### **4.1.3.4. Kontraktür**

Kontraktür, uygun olmayan yatak kullanımı, bacak arasına yastık koyulması, erken mobilizasyon yapılmaması ve tekerlekli sandalyenin dizler fleksiyonda şeklinde kullanımı gibi durumlarda çok çabuk gelişebilir (El ve Peker 2001; Öğce 2009). Hafif ve orta derecede olanlar güdüğe uygun pozisyonlar vererek, ampute bacağın eklemine aktif ve pasif egzersizler yaptırılarak ve erken mobilizasyon sağlanarak tedavi edilir. Daha şiddetli kontraktürlerde ise cerrahiye gerek duyulabilir (Cankul 2006; Şaban 2008; Öğce 2009).

#### **4.1.3.5. Ödem**

Vasküler hastalıklar veya benzeri dolaşım problemiyle amputasyon yapılan hastalarda gelişme riski daha yüksek olduğundan yakından takip edilmelidir. Ek bir hastalık nedeniyle olmayıp doğrudan amputasyon nedeniyle oluşan ödemde bölgenin elevasyonu ve çeşitli sargılar kullanılabilir (Öğce 2009).

#### **4.1.3.6. Ağrı**

Amputasyon ameliyatı sonrası ortaya çıkan durumlar içerisinde birbiriyle bağlantılı olan fantom ağrısı, fantom hissi ve güdük ağrısı da vardır. Fantom hissi, olmayan vücut parçasının varlığını hissetme; fantom ağrısı da bu parçanın ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Fantom ağrısı veya hissi ameliyatın hemen sonrasında görülebildiği gibi günler ya da haftalar içinde de ortaya çıkabilmektedir. Güdük ağrısı ise geriye

kalan vücut parçasının ağrısıdır. Bu nedenle diğer komplikasyonlarla alakalıdır. Çünkü enfeksiyon, ödem gibi durumlar yara yerinde oluşan sorunlar ağrıyı arttırıcı etki yaparlar (Jackson ve Simpson 2004).

#### **4.1.4. Ampütasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Sorunlar**

Ampütasyonu diğer cerrahi girişimlerden farklı kılan önemli bir özelliği beden imajında, aile, iş vb. ilişkilerde, mesleki yeterlilikte bozulma gibi durumlara yol açmasıdır. Bireylerin yaşadıkları olaylar karşısında gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olduğundan ampütasyon gibi bir durum karşısında da tutumlar, tepkiler ve sorunlar farklılık göstermektedir. Ampütasyon sonrası hastalarda yaşam şekillerinde değişim, sağlık durumlarında değişim, protez kullanımı, kendini algılama, gelecek planları ve sosyal katılımında sorunlar yaşanmaktadır (Senra ve ark. 2011). Bu sorunların oluşumunda ve şiddetinde etkili faktörlerden aşağıda bahsedilmiştir.

##### **4.1.4.1. Ampütasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunlarda etkili faktörler**

###### **4.1.4.1.1. Ampütasyonla ilgili faktörler**

Ampütasyonun nedeni, seviyesi, ampütasyon sonrası geçen süre, ağrı, protez kullanımı olup olmadığı ampute bireylerin yaşadıkları sorunlarda ampütasyonla ilgili faktörler arasında yer alır.

Travma nedeniyle bacağını kaybeden hastalar ile vasküler hastalık nedeniyle bacağını kaybeden bireylerin verdikleri tepkiler arasındaki farklılıklar bir çalışmada tanımlanmıştır. Bu çalışmaya göre, travma nedeniyle ampütasyon olan bireylerde ameliyat sonrasında inkar davranışı görülmesi daha olasıyken vasküler hastalık nedeniyle ampütasyon olan bireylerde öfke ve nefret davranışı görülmesi daha fazladır (Whyllie 1981). Bunun yanında ampütasyon sebebi ve psikososyal sonuçlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada ise ampütasyon sebebinin psikiyatrik semptomlar; anksiyete, depresyon, aktivite kısıtlamasında ve sosyal izolasyonda etkisinin olmadığı bulunmuştur (Horgan ve Machlachlan 2004).

Ampütasyon seviyesi, fonksiyonel sonuçları etkilemede önemli bir belirleyicidir. Örneğin diz üstü ampütasyonun getirdiği daha büyük bir fiziksel kısıtlılıktır ve protez kullanımı sırasında diz eklemi olmadığı için harcanan enerjiyi arttırır ve ekstremitenin

fonksiyonu diz eklemi olmadığı için etkilenmektedir (Coffey 2012). Diz üstü amputasyonun aktivite kısıtlamasının fazla olmasıyla ve rehabilitasyon sürecinin sorunlu geçmesiyle ilişkili olmasına rağmen sosyal izolasyon, depresyon, anksiyetede artışla ilgisi bulunmamıştır (Horgan ve Machlachlan 2004; Demirel 2012).

Ampütasyon sonrası geçen süre ile amputé hastaların yaşadıkları sorunların ele alındığı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bunların bir kısmı sürenin uyumla ilgili olduğu (Horgan ve Machlachlan 2004) diğer kısmı da uyumla ilgili olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Coffey 2012). Ampütasyon sonrası geçen sürenin uyumu etkilediği sonucu çıkan araştırmalarda; zaman geçtikçe amputé hastaların yaşadıkları kaygı, psikolojik sorunlar ve benzeri durumların azaldığı görülmüştür (Horgan ve Machlachlan 2004; Demirdel 2012).

Ameliyat sonrası dönemde amputasyon olan hastalarda fantom ve güdük ağrısı gibi farklı ağrı deneyimleri oluşur. Güdük ağrısının ameliyat sonrası dönemde depresyon ve aktivite seviyesiyle alakalı olduğu düşünülmektedir. Ağrı ve psikososyal uyumu inceleyen çalışmalar, ağrı ile depresyonun birlikte sık görüldüğü üzerinde durmuşlardır (Horgan ve Machlachlan 2004; Demirdel 2012). Behr ve arkadaşlarının 42 amputé hasta ile yaptığı bir çalışmada, 26 amputé fantom ağrı tanımlanmıştır. Aynı çalışmada, diz ekleminden amputé olan grubun fantom ağrı seviyesi diz altı ve diz üstü amputé olan grubun ağrı seviyesinden daha düşük bulunmuştur. Ancak fantom ağrının son üç ay içinde günlük aktivitelerini etkileme oranında üç grup arasında fark bulunmamıştır (Behr ve ark. 2009).

Protez kullanımı, amputasyonu olan hastalarda bozulan beden imajını düzeltmede önemli bir faktördür. Protezden duyulan memnuniyet arttıkça kişinin yaşadığı diğer sorunlarda da azalma olması beklenen bir sonuçtur (Horgan ve Machlachlan 2004; Oğul ve Erden 2005; Demirdel 2012).

#### **4.1.4.1.2. Sosyodemografik faktörler**

Ampüté bireylerin yaşadıkları sorunları etkilediği düşünülen sosyodemografik faktörler arasında cinsiyet, yaş ve sosyal destek bulunmaktadır.

Ampütasyon sonrası uyum sürecinde cinsiyet farkını inceleyen çalışmalarda, kadın ve erkek arasında fark bulunmamıştır. Farklılık bulan az miktarda çalışma sonucunda ise kadınların depresyona daha yatkın oldukları ortaya çıkmıştır (Coffey 2012; Demirdel 2012). Horgan ve Maclachlan'ın yaptığı bir çalışmada ise; kadınlarda protez memnuniyetinin beden imajının olumlu çıkmasında daha etkili olduğu görülmüştür (Horgan ve Machlachlan 2004).

Genel anlamda yaşın iyi olmayı etkilediğini bulan çalışmalarda, ileri yaştaki insanların gençlere oranla iyi olmaya daha yatkın oldukları belirtilmiştir. Genç yaşta hayattan beklentinin daha yüksek olduğu göz önüne alındığında, ampütasyonun insan hayatında yaptığı değişiklik sonucu genç olan ampüte hastalarda yaşanan sorunlar yaşlılara oranla daha fazla görülmektedir (Horgan ve Machlachlan 2004; Coffey 2012; Demirel 2012).

#### **4.1.4.1.3. Kişisel faktörler**

Bireylerin kişisel özellikleri, karakterleri ampütasyon sonrası dönemde yaşanan sorunları ve derecesini etkilemektedir. Örneğin ampütasyon öncesinde dışa dönük ve risk almayı seven biri olmanın düşük depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, ampütasyon öncesinde sosyal olarak aktif ve dışa dönük olmak ampütasyon sonrası sosyal uyumun seviyesi ile ilişkilidir. Dahası, kişinin iyimserliğinin ve sakatlık üzerinde algılanan kontrol seviyesinin daha yüksek olmasının yüksek benlik saygısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Horgan ve Machlachlan 2004).

## **4.2. YAŞAM KALİTESİ**

Kalite kelime anlamı olarak, beklentileri ya da belirli bir ihtiyacı karşılayabilme derecesini ortaya koyan özelliklerin tümüdür. Yaşamda kalite ise yaşamdan alınan doyum, mutluluk, fiziksel yeterlilik, sosyal iyilik hali, öznel iyilik hali gibi özelliklerden toplamıdır (Güler 2006). Yaşam kalitesi, kişilerin kendini geliştirebilme derecesi, kendi yaşamlarını zenginleştirmesi ve istediği statüde bulunabilmesi ile

ilgilidir. Kaliteli yaşam, kişinin kendi kapasitesini bilmesi ve ona göre hareket etmesi, bunu kabullenmesi, yaşamını dengeli ve uyumlu kılabilmesidir (Perim 2007).

Yaşam kalitesi, her ne kadar bilinen basit bir terim gibi görünse de oldukça geniş kapsama sahiptir. Hayatın birçok boyutunu içermesi konusunda hemfikir olunmakla birlikte tanımı fikir birliğine ulaşmamış bir konudur (Perim 2007). Son yıllarda daha sık kullanılmaya başlayan dolayısıyla önemi artan yaşam kalitesinin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre tanımı "kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması" şeklindedir (Perim 2007; Çıtıl 2009; Güven 2010). DSÖ'nün tanımında yaşam kalitesi; fiziksel sağlık (ağrı, enerji, uyku vb.), psikolojik durum (düşünme, konsantrasyon, kendine güven, beden imajı), bağımsızlık düzeyi (günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel bağımlılık/bağımsızlık, çalışma kapasitesi), sosyal ilişkiler (kişisel ilişkiler, sosyal destek), çevresel özellikler (ev çevresi, fiziksel çevre, finansal kaynak, sağlık hizmetlerine ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik) ve maneviyat (kişisel/ruhsal/dinsel inançlar) gibi özelliklerden oluşan altı alanı kapsamaktadır (Perim 2007).

Yaşam kalitesi, sosyal bilimler alanında kullanıldığı zaman yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal iyilik hali boyutlarının ele alınması tercih edilir. Sağlık alanında kullanıldığında ise biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçların ele alınmasının daha doğru sonuçlar getireceği görüşü tercih edilir (Yıldız 2013; Güven 2010 ve Çıtıl 2009).

Hayat tecrübeleri, kişilik değişkeni ve adaptasyon da yaşam kalitesi ölçümlerini etkileyen faktörlerdir. Hayat tecrübesi, kişinin yaşamı boyunca karşısına çıkan önemli olaylar ve bu olayların kendisinde bıraktığı etkilere göre şekillenir. Kişilerin hayatında ortak sayılabilecek önemli değişkenler evlilik/ayrılık, hastalık/sağlık, iş, hayat standardı, beklentiler, eşitlik hissi vb. durumlar olarak sayılabilir. Kişilik değişkeni, normal olarak kabul edilen, diğer bir deyişle denge seviyesinde yaşam tecrübeleri yaşayan her insanın yaş ve kişilik değişkeni baz alınarak öznel iyilik derecesidir. Adaptasyon ise araştırma sonuçları genel olarak psikolojik şikayetlerde çok fazla farklılık olmadığını ancak fiziksel şikayetlerin oldukça farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu da kişilere göre değişen adaptasyonun öznel iyilik haliyle yakından ilgili olduğunu göstermektedir (Öksüz ve Malhan 2005).

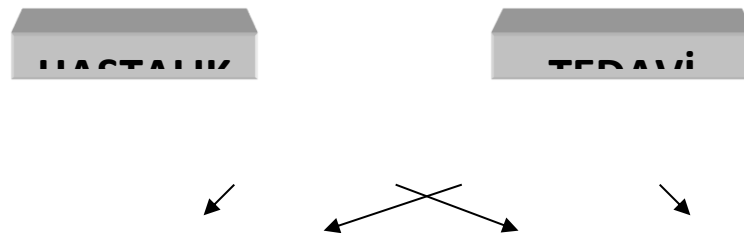
#### 4.2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

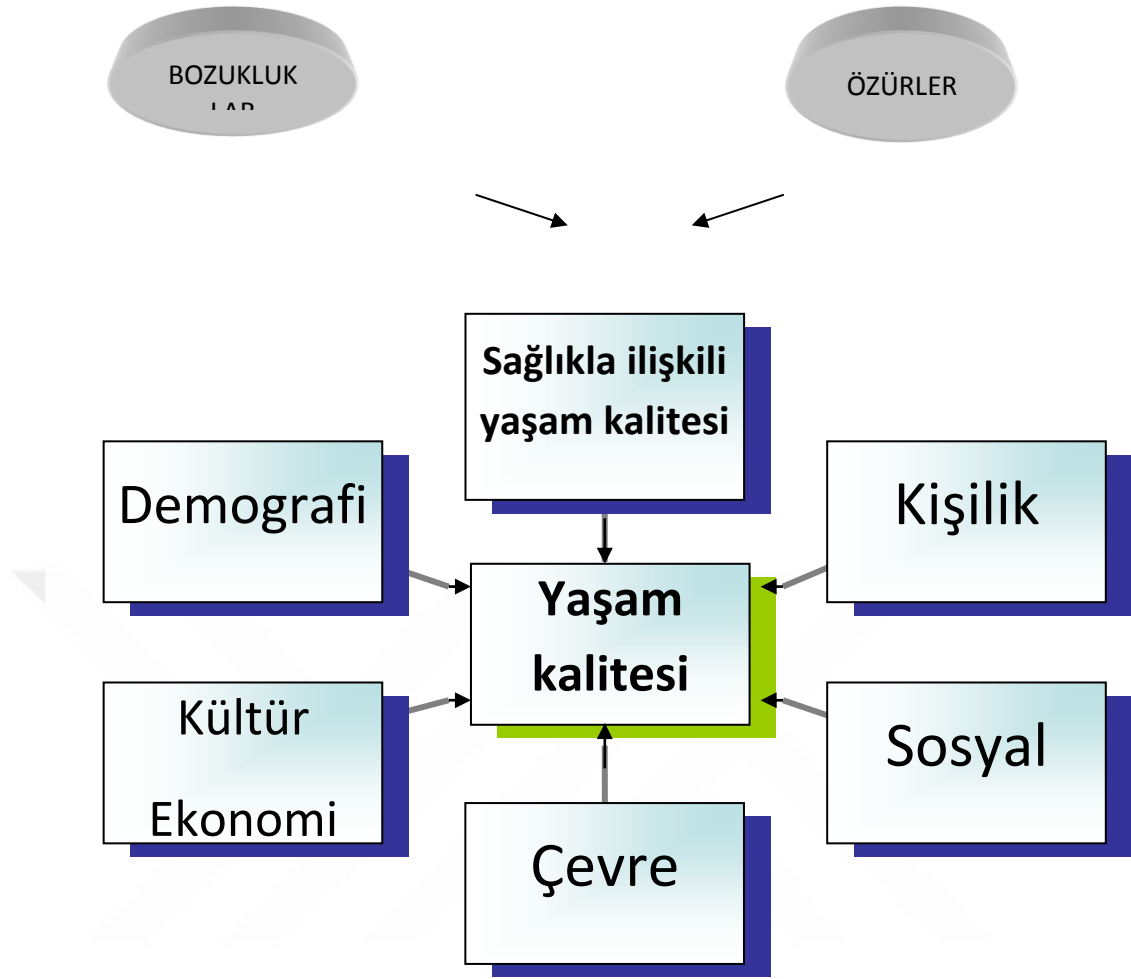
Son yıllarda kalite kavramının daha çok konuşulduğu hizmet sektörlerinden biri de sağlık sektörüdür. Çünkü sağlık personeli, kişinin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden birisi olan sağlık kavramı ile ilgilenmektedir (Taşçı 2011).

Yaşam kalitesi, çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavramdır. Çok boyutluluk, fiziksel, sosyal ve mental alanlardaki birçok durumdan bahsedilmektedir. Fiziksel alan, bireyin enerjisini harcayarak günlük olarak yerine getirmesi gereken iş ve uğraşları ne derece yerine getirebildiğidir. Sosyal alan, kişinin ailesi, komşuları, iş arkadaşları ve diğer bireylerle kurabildiği ilişki derecesidir. Mental alan ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi hissettiği durumlarıdır. Öznellik, bireyin duyguları, düşünceleri, beklentileri ve algılamaları ile yakından ilişkilidir. Dinamiklik ise, fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançlarından etkilenen dinamik bir kavramdır (Aytar 2007).

Yaşam kalitesinin özelleşen bir formu olan ‘Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi’ kavramı, fiziksel, psikolojik, sosyal alan ve klinik sonuçlarla ortaya çıkan bireyin deneyimleri, inançları ve beklentilerinden etkilenen sağlık algılarını içermektedir (Güler 2006).

Genel anlamda yaşam kalitesini iyi olma durumunun bir derecesi olarak tanımlamak mümkündür. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ise kişinin iyilik derecesini göstermekten daha geniş bir yelpazeye sahiptir. İyilik halinin yanında bu yelpazeye sosyal rolü yerine getirmeyi de içine alan fonksiyonel yetenekler, toplumsal iletişim derecesi ve niteliği, ruh sağlığı, ağrı ve kişinin yaşamından duyduğu memnuniyet gibi durumlar da dahildir (Öksüz ve Malhan 2005).





**Şekil 3.** Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalimetri. Başkent Üniversitesi, Ankara; 2005.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından (1980) yetersizlik, özürlülük ve engellilik alanlarındaki kısıtlılıklar veya yetersizlikler bir sınıflama şeklinde yayımlanmıştır. Sınıflamada; yetersizlik, organ alanını, özürlülük, kişi alanını, engellilik de toplumsal alanını içine almaktadır. Bu sınıflamada yansıtılan nedensel görüşe göre; hastalık veya bozukluk yetersizliğe, yetersizlik özürlülüğe ve özürlülük de engelliliğe neden olmaktadır. Oysa yaşam kalitesi bu üç alanın yanı sıra sosyal ilişkiler ve çevreden karmaşık bir şekilde etkilenen çok daha geniş bir kavram olduğundan yaşam kalitesini tanımlamakta bu görüş ve sınıflama yetersiz kalmaktaydı. Bu nedenle ortak bir dil sağlayabilme amacı ile DSÖ tarafından Uluslar arası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health) (ICF) kavramı yayımlanmıştır. ICF, bilgiyi iki bölüm halinde ele alır. birinci bölüm işlevler ve yeti yitimini, ikinci bölüm bağlamsal etmenleri içerir. Her bölüm iki bileşenden

oluşur. İşlevler ve yeti yitiminin bileşenleri ‘vücut (vücut sistemlerinin işlevleri, vücut yapıları)’ ve ‘etkinlikler ve katılım’dır. Bağlamsal etmenlerin bileşenleri ise ‘çevresel etmenler’ ve ‘kişisel etmenler’dır. (Kabakçı ve Göğüş 2004). Bu sınıflamada nedensellik yerine sağlık çıktılarının veya kavramlarının etkileşimi üzerinde durulmuştur. Çünkü aynı hastalığa sahip iki bireyde adaptasyon, kişisel deneyimler vb. nedenlerle fonksiyonellik düzeyleri arasında farklılıklar olabilmektedir. ICF, sağlık ve sağlığa ilişkin durumları olası ayrıntılarıyla daha net tanımladığından yaşam kalitesini tanımlamada ve değerlendirmede kapsamlı bir bilgi sağlamaktadır (Perim 2007, Basaran ve ark. 2005).

Yaşam kalitesi, bireylerin bu durumlardan etkilenme derecesine ve bunun yanında daha büyük ölçüde algıladıklarına ve bu algıladıklarını yorumlama şekillerine göre değişiklik göstermektedir. Çünkü sağlığa ilişkin yaşam kalitesi bireyin kendi hastalık ve sağlık durumu hakkındaki öz değerlendirmesinin sonucunda şekillenmektedir (Öksüz ve Malhan 2005).

### **4.3. BEDEN İMAJI**

Geçmiş dönemlerde çok farklı tanımların yapıldığı, farklı teorilerin ortaya atıldığı beden imajı kavramı günümüzde en yalın anlamıyla kişinin kendi bedeni ve görünüşüne ilişkin hissettikleri ve düşündükleridir (Özaltın 2003).

İlk olarak beden imajı kavramı Schilder ve Head’in çalışmasında, amputasyon sonucu bacakta fantom ağrısının görülmesiyle fark edilmiştir. Schilder’in beden imgesini bedenin zihindeki resmi yani bedenin kişide görüldüğü biçimi olarak tanımlandığı bildirilmektedir (Erkal ve Pek 1993). Beden imajı kavramı, tamamen psikolojik bir durum olmaktan ziyade fiziksel ve sosyolojik olarak kişinin kendi görünüşüyle de ilişkilidir. Geçmiş ve şimdiki deneyimler kadar hayali deneyimleri de içerebilir. Beden imajı, bedenin gerçek görünüşüne gerçekten benzeyip benzemediğine ilişkin zihinde yer alan algılarla ilişkilidir (Özaltın 2003).



İnsanların kendilerince anlamlandırdığı işlevler ve bu işlevlerin bozulması sonucu ortaya çıkan düşünce, konuşma ve davranış bozukluklarının giderek ön plana çıkması çok karmaşık ve üst düzeyde bir 'ben' kavramının varlığını ortaya koymuş ve beden imajı denilen bir algılar bütünü ele alınmıştır (Ziyalar 1999).

Başka bir ifadeyle beden imajı, kişinin bedeniyle ilgili bireysel algısıdır ve çok boyutlu dinamik bir süreçtir. Beden imajı yaş, cinsiyet, fiziksel koşullar gibi iç faktörlerden ve bunun yanında çevre veya sosyal faktörleri içeren dış faktörlerden etkilenir. Beden imajı bozukluğu yaşama gücünü fiziksel görünüş ve sağlığı vurgulayan sosyal değerlerin sonucudur (Holzer ve ark. 2014).

Beden imajı genel olarak kişinin bedensel özellikleriyle ilişkili ortaya çıkan tutumlar şeklinde ele alınabileceği; kişinin bedenini nasıl gördüğü ile alakalı olan algılanan bölüm ve bu algısı ile şekillenen duyguları, inançları ve değerlendirmesi ile oluşan tutumsal bölüm olmak üzere iki ögeden oluştuğu görülmektedir. Çetinkaya'nın bildirdiğine göre, Cash ve Gren'in beden imajının tutumsal boyutu davranışsal, bilişsel ve duyuşsal öğelerden oluşmaktadır. Duyuşsal boyut kişinin kendi dış görünüşüne ve bedenine karşı olan hislerinin tümü olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel boyut ise daha çok kişinin dış görünüş ve beden şekli ile ilgili düşünce ve inançlarını içermektedir. Beden imajının davranışsal boyutu da yeme ve egzersiz davranışı olarak kendini göstermektedir (Çetinkaya 2004). Normal beden imajının oluşumu ve sürdürülmesi için üç bileşen gereklidir:

**1. Beden gerçekliği:** Bedenin yapısı yani gerçekte olandır. Sadece genetik kodlara bağlı değildir, doğa ve beslenme gibi koşullara da bağlıdır. Vücut şekli, vücudun var olan motor kapasitesi ile ilgilidir (Öngören 2015).

**2. Beden ideali:** Kişinin kendisinin nasıl görünmesi gerektiği ile ilgili düşüncesidir. Başkalarının nasıl görünmesi gerektiği ile ilgili düşüncelerini de etkileyen kişisel bir beden ideali vardır. Beden ideali kişinin bilinçli ya da bilinçsiz beden gerçekliğini ve beden sunumunu bir norm veya standartla kıyaslamasını içerir. Kişinin beden idealleri eğitim, yetiştirme şekli ve kültür gibi birçok etmenine bağlıdır. Her insanın kendi norm ve standardı vardır ve bunlar hemen hemen her gün değişebilir. Kişinin standartları gerçekçi değilse mutsuzluk ya da depresyonla sonuçlanabilir. Kişinin vücudunun

görüntüsü “kendini nasıl hissettiği” konusunun kritik bir unsurudur. Bireyin beden deneyimi diğer tüm yaşam deneyimlerine temel oluşturur dolayısıyla kendisiyle olan iletişiminden çevresiyle olan iletişime geniş bir etkileşim alanı vardır (Desmond ve ark. 2012).

Robinson’a göre, beden ideali aynı zamanda beden işlevi ile de ilişkilidir ve birey için bu idealin ne kadar gerçekçi olduğu açık değildir. Bazıları için beden gerçekliğinin bozulması derin bir şoktur, beden idealine bir saldırıdır. Bazıları ise kişisel beden işlevine daha gerçekçi standartlar koyar. Hemşirelerin hastaların gerçekçi olmayan beden işlevi ideallerinin varlığı durumunda hastayı yönlendirmesi veya öneride bulunması önemlidir (Özaltın 2003).

**3. Beden sunumu:** Sosyal dünyaya beden görünüşünü (giysi, duruş, eylem) nasıl sunduğuyla ilgilidir. Bedeni algılama biçimi, bedenin çeşitli sosyal ortamlarda nasıl bir performans gösterdiğinden de etkilenir. Beden sunumunu belli sınırlar içinde kontrol edebilir ve beden sunumunun başkalarınca nasıl algılandığı konusunda etkin biçimde düşünmesi söz konusudur. Beden görüntüsündeki değişim beden imajı anksiyetesini ortaya çıkarabilir (Desmond ve ark. 2012).

Kişi yaşamı boyunca bu üç bileşen arasında bir denge sürdürmeye çalışır. Beden imgesi bileşenlerinden biri değiştiğinde diğer iki bileşen de yeni duruma uyum sağlar. Beden imajı, sağlık, hastalık, yaralanma gibi durumlarda sürekli değişmektedir (Özaltın 2003).

Beden imajı bozukluğu vücut ya da vücudun algılanmasındaki bir değişiklikten köken alan benlik algısı bozukluğudur (Polat 2007).

Beden imajı bozulmalarına yol açan bazı değişiklikler;

- Fizyolojik değişiklikler; gençlik, yaşlılık dönemleri, hamilelik, doğum,
- Yavaş giden değişiklikler; yaralanma, akut hastalıklar, yanıklar,
- Geçici değişiklikler; traksiyon, bandaj,
- Kalıcı değişiklikler; amputasyon, mastektomi, nefrektomi, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları,

- Bunaltı artırıcı durumlar; hastanede yatma, bazı invaziv girişimler,
- Ruhsal bozukluklar; depresyon, şizofreni vb. şeklinde sıralanabilir (Öz, 2004).

Fiziksel hastalık ya da organ kayıplarını yaşayan kişi, yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hisseder. Kişinin beden imajı ve özgüveni zedelenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır. Bunun sonucunda bir takım bozukluklar görülür. Kişinin bedenine, beden parçalarına ve işlevlerine verdiği anlam ve değer farklıdır. Benzer şekilde bireyin kendi beden imajı kavramı ile başkalarının onun bedeniyle ilgili değerleri de farklı olabilir (Polat 2007).

Beden imajında bozulmaya karşı gösterilen tepkiler iki şekilde gelişir. Bunlar;

**Adaptif tepkiler:** Kaybın kabul edilmesiyle ilgili tepkilerdir. Kriz sürecinde reddetme, yavaş bir şekilde kabul ve problemin azalması gibi aşamalar yaşanır. Tepkiler stresin yoğunluğuna, sosyal desteğin derecesine ve kişinin tutumuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Kaybı kavrama aşamasında, şok ve inanamama görülür. Bu durum dakikalar veya günler alabilir. Bu dönemin uzunluğu iyileşme sürecini etkiler. Hastanın tüm ilgisi kayıp üzerine yoğunlaşmıştır. Ağlama normal bir tepkidir. Bu aşamada hasta depresif olabilir. Başa çıkma aşamasında, hastalar hem kendilerinin hem de çevresindekilerin üzüntü, kızgınlık ve anksiyete içinde olduklarını bilirler. Hasta yaşamının eskiye göre farklı olacağını bilir; belki de hareketleri sınırlanacak, başka birine bağımlı kalacak ve isteklerinde sınırlılıklar bulunacaktır. Hasta benlik saygısında azalma ve etrafındakilerden uzaklaşma eğilimindedir. Zaman geçtikçe hastanın çabası kaybın onarılmasına yönelir ve yavaş yavaş kaybı kabul etmeye başlar. Benimseme aşamasında hasta en sonunda değişim geçirdiğini ve yetersizliğini görür. Kendisi hakkında konuşmaya istekli olması sağlıklı adaptasyonun göstergesidir ve kabullenmeler başlar. Hastanın bu dönemde ailesi, arkadaşları ve sağlık ekibinden aldığı sosyal destek son derece önemlidir. Burada amaç, kişinin kapasitesini en iyi şekilde kullanmasına yardımcı olacak bir denge kurmak olmalıdır (Erkal ve Pek 1993).

**Adaptif olmayan tepkiler:** Hasta kendi durumunu kabul etmediğinde adaptif olmayan tepkiler oluşur. Keder çözümlenemez. Hastada değişimden önceki beden imajını sürdürme isteği vardır. Çevreden uzaklaşma, gülme veya şaka yapma hastanın kabullenemediğini gösterir. Hasta aslında kaybı bilir ancak yalanlamaktadır.

Sorumluluklarından kaçarak önceden öğrendiği savunma mekanizmalarını kullanır. Sosyal, seksüel ve emosyonel yaşama yeniden başlaması zordur. Durumunu gizlemeye çalışabilir (Erkal ve Pek 1993).

#### **4.4. AMPÜTASYONDA HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ekstremitte amputasyonu; yaşam kalitesi ve psikososyal uyumu olumsuz etkileyen beden imajı değişimi, iş kaybı, engelli olma, kronik ağrı, kaygı ve depresyon gibi hayat değişikliği durumlarına neden olabilir (Virani ve ark. 2015).

Amputasyon nedenleri ve hastaların yaş dağılımları dikkate alındığında, çok çeşitli bir hasta profili ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle her hasta hemşire tarafından ayrı değerlendirilmelidir. Hastanın hastaneye yatmasıyla başlayan süreçte hemşire hastanın öyküsünü almakla işe başlamalıdır (Öğce 2009).

Amputasyon için hazırlıktaki amaç; hastanın ameliyat öncesi süreci mümkün olduğunca rahat, ağrısız geçirmesini ve ameliyatın gerekliliğini kabullenmesini sağlamaktır. Ayrıca kendi sağlık durumunun iyi yanlarını görmesi de önemlidir. Hastayı bilgilendirme ve destek olma ameliyat öncesi hemşirelik bakımının asıl önemli kısmıdır. Hemşirenin ihtiyacı hastanın; durumu, ameliyat ve anestezinin amacı, hastanın kendisinin ve çevresinin beklentilerini içeren rehabilitasyon planını, hastanın kavrama derecesini belirlemektir. Bu konuda hasta eğitim materyalleri yararlı olabilir ancak hasta ile kaygıları hakkında konuşmak eğitimin tamamlayıcısıdır (Gibson 2001). Hastayı yardım istemeye cesaretlendirmek, ameliyattan sonraki komplikasyonları önlemede ameliyat öncesi önemli bir kıstastır (Virani ve ark. 2015).

Ameliyat öncesi ağrı kontrolü hastanın mümkün olduğunca rahat etmesine ve dinlenmesine izin vermede oldukça önemlidir. Fantom ağrının da ameliyat öncesi ağrının sürekliliği ve yoğunluğu ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Fantom ağrıyla yönetmek zor olduğu için de ameliyat öncesi hastanın ağrısını azaltmak fantom ağrıyla önlemede önemlidir (Gibson 2001).

Ampütasyon sonrası derlenme odasında beş önemli bileşen vardır:

1. Ameliyattan ve anesteziyen komplikasyonsuz ayılmasını sağlamak; hemodinamik durum, kan basıncı, idrar çıkışı ve nabız gözlemlenir, düzenli olarak ölçülür. Doktor istemine göre, yüz maskesi ile oksijen verilir (Gibson 2001).

2. Biçimli bir güdük formu oluşturacak şekilde yara iyileşmesini sağlamak; genellikle spiral bandaj, ortopedik malzeme ve yapışmayan pansumandan oluşan ameliyat pansumanı; sızıntı ve enfeksiyon belirtisi olmadığı sürece, rahatsız etmeyecek şekilde birkaç gün için bırakılabilir (Gibson 2001). Kanama, enfeksiyon, nörovasküler uyuşma ve kontraktür gibi güdük komplikasyonlarını önlemek güdüğün iyileşmesi ve protez kullanımına uygunluğu açısından önemlidir. Hemşireler hastayı ve ailesini kapsayacak şekilde güdük bakımını mümkün olduğunca erken vermelidirler (Virani ve ark. 2015).

3. Ağrı kontrolünün sağlanması; güdüğün kesi ağrısı genellikle ilk birkaç gün epidural infüzyon, hasta kontrollü ağrı kesici cihazı veya aralıklı uyuşturucu tipi ağrı kesiciler ile kontrol edilir (Gibson 2001). Narkotik ve nonsteroid anti enflamatuvar ilaçların antidepresan veya antikonvülsan ilaçlarla birlikte kullanımı ameliyat sonrası ilerleyen dönemlerde ağrı kontrolünde başarı sağlayabilmektedir (Virani ve ark. 2015).

Aynada görsel geri bildirim, işitsel geri besleme terapisi, hipnoterapi, akupunktur, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), masaj, parmak masajı, Refleksoloji, sinir bloğu ve beyin ve/veya spinal kord derin stimülasyonu gibi fantom ekstremitte ağrısının ilaç dışı tedavi yöntemleriyle ilgili hasta eğitimi doğrudan ilaç kullanımının yetersiz kaldığı kişilere destek sağlayabilmektedir (Virani ve ark. 2015).

4. Rehabilitasyonun sağlanması; fizyoterapi süreci öncelikle basınç yarası, akciğer enfeksiyonu, kontraktür gibi yatağa bağımlı kalmanın yan etkilerini önlemeye odaklanmalıdır. Hastaya yürüme teknikleri öğretilmeye başlamadan önce hasta yürüteçle ayağa kalkmalı daha sonra koltuk değneği kullanmalı. Hasta, ayağındaki fantom hassasiyet ve vücudunun değişen ağırlık merkezi nedeniyle düşme açısından risk altındadır. Düşme riskini azaltmak için, özellikle akşamları, ayağa kalkarken yavaş hareket etmesi gerektiği konusunda hasta uyarılmalıdır (Gibson 2001).

5. Psikolojik ve sosyal adaptasyonun sağlanması; amputasyon olmanın hastanın ilerideki fizyolojik, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarına çarpıcı etkileri vardır. Bir ekstremitayı kaybetmek günlük hayattaki her aktiviteyi etkiler. Bu fonksiyonel değişim süreci hastanın beden imajında da değişim oluşturur. Ekstremita kaybı aynı zamanda; iş kaybı, kişisel ilişkilerde değişim, günlük aktivitelerde kayıp gibi sosyal açıdan da kayıplar oluşturabilir (Gibson 2001).

Rehabilitasyon sürecinde hemşirenin rolü;

**Değerlendirme:** Mevcut ve olası problemleri belirlemek, bu problemleri diğer ekip üyeleri ile paylaşmak ve değerlendirmenin sürekliliğini sağlayıp tüm ekibe bilgi vermek (Kelly ve Dowling 2008).

**Koordinasyon ve iletişim:** Bilgiyi toplamak sentezlemek ve paylaşmak. Ekip üyelerine geri bildirim sağlamak (Kelly ve Dowling 2008).

**Teknik ve fiziksel bakım:** Beslenme desteği, ilaç tedavisi yönetimi, yara yeri pansumanı ve enfeksiyon kontrolü, kişisel bakım ihtiyacını karşılama ve refahını sürdürmesinde hastaya yardımcı olmak (Kelly ve Dowling 2008).

**Tedaviyi bütünleştirme ve devamlılığını sağlama:** Önerilen egzersiz tedavisini uygulama, rehabilitasyona karşı fiziksel sosyal ya da duygusal direnç gelişimini minimize etmek. Hastanın yeteneklerini birleştirip yeni yöntemler geliştirerek günlük yaşam aktivitelerini yeniden düzenlemek (Kelly ve Dowling 2008).

**Duygusal destek:** Açıklama yapma, güven verme, cesaretlendirme ve yeni, destekleyici bir ortam oluşturmak (Kelly ve Dowling 2008).

**Aileye destek:** Bilgi ihtiyacını karşılama, duygusal destek ve yeniden güveni sağlamak (Kelly ve Dowling 2008).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırmada karma araştırma deseni kullanıldı. Karma araştırma deseni nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı araştırmalardır (Kıral ve Kıral 2011).

Karma yöntem araştırmaları, araştırmacının bir çalışma veya birbirini izleyen çalışmalar içerisinde nitel ve nicel yöntem, yaklaşım ve kavramları birleştirmesi olarak tanımlanır (Johnson ve Onwuegbuzie 2004). Karma yöntemle araştırma yapmak ise çeşitli yöntemler kullanarak olayları bir ereve içerisinde sunma, analiz etme ve bir araya getirmektir (Baki ve Gökçek 2012).

Leech ve Onwuegbuzie (2009), karma yöntem tasarımlarında üç boyutlu bir tipolojiden bahsederler. Bu boyutlar, 1) karma yapmanın düzeyi (kısmen veya tamamen karma); 2) zamana uyma (eşzamanlı veya sıralı) ve 3) yaklaşımlara olan vurgu (eşit veya baskın statü)'dur. Burada karma yöntemin düzeyi araştırmanın tamamen veya kısmen karma olup olmamasıyla ilgilidir. Zamana uyum araştırmanın nicel veya nitel aşamalarının yaklaşık aynı zamanlarda mı (eşzamanlı), yoksa bu aşamaların sırasıyla mı meydana geldiğini işaret etmektedir. Son olarak, yaklaşıma vurgu, çalışmanın nitel ve nicel boyutunun araştırma soruları bakımından aynı öneme mi sahip olduğu (eşit statü), yoksa bir bileşenin diğerinden daha fazla önceliğe mi sahip olduğuyla (baskın statü) ilgilidir (Baki ve Gökçek 2012; Kıral ve Kıral 2011; şakar 2012). Bu araştırma; araştırmanın tamamında hem nicel hem nitel yöntem kullanıldığından **tamamen karma**, nicel ve nitel veriler birlikte kullanıldığından **eş zamanlı**; nicel veri toplama iki ölçek formu ve 30 hasta ile yapılırken nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu ve 20 hasta ile yapıldığı için **nicel ağırlıklı bir araştırmadır**.

Bu araştırmada alt ekstremite ampütasyonu olan hastaların beden imajı algısını ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için nicel-tanımlayıcı, yaşadıkları sorunları belirlemek için nitel-tanımlayıcı fenomenolojik yöntem kullanıldı.

Fenomenolojik yöntemin konu alanı insanların yaşam deneyimleridir. Bireylerin bir olay ile ilgili deneyimlerini araştırır ya da kavramın/olayın anlaşılmasını hedefler. Kişinin çevreyi kendi algısında nasıl yargıladığına bakar. Bu yaklaşımın amacı deneyimleri yorumlamaktan çok betimlemektir. Tanımlayıcı fenomenoloji, görme,

karar verme, inanma, değerlendirme, hissetme ile ilgili olan günlük yaşam deneyimlerini inceler (Erdoğan 2014).

## **5.2. ARAşTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma verileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji ile Kalp Damar Cerrahisi Polikliniklerinde Mayıs 2013 - Kasım 2014 tarihleri arasında toplandı.

## **5.3. ARAşTIRMANIN EVRENİ-ALANI VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini-alanını, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji ile Kalp Damar Cerrahisi Polikliniklerine kontrol amacıyla başvuran ve son 3 yılda alt ekstremite ampütasyonu yapılan hastalar oluşturdu.

Çalışmanın nicel kısmının örnekleme ilgili tarihler arasında ampütasyon yapılmış tüm hastaların alınması hedeflenmiştir. Ancak farklı hastalık tanısı alan hastalar (psikiyatrik vb.), katılmayı kabul etmeyen hastalar, kanser vb. hastalıklar nedeniyle hassasiyeti çok yüksek olan hastalar araştırmaya alınamadığı için örnekleme, 30 hasta oluşturdu.

Araştırmanın nitel kısmının örnekleme amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlendi. Ölçüt rnekleme yöntemindeki temel anlayış, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır (Yıldırım ve şimşek 2008)

### **Örnekleme Seçme ltleri:**

- Son 3 yılda alt ekstremite ampütasyonu olma (görüşmenin yapıldığı tarih esas alınmıştır)



- Ampütasyon sonrası döneminin en az bir ayını evinde geçirmiş olma
- Tek taraflı ampütasyonu olma
- Ampütasyon seviyesi dizüstü, diz bölgesi, diz altı ve ayak bileği seviyelerinde olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- Psikiyatrik herhangi bir hastalık tanısı almadığını ifade etme ve
- 18 yaş ve üstünde olma olarak belirlendi.

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünü belirlemede, araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektiren bir örnekleme yaklaşımı kullanılır. Araştırmacı, ortaya çıkan kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zaman yeterli sayıda veri kaynağına ulaştığına karar verebilir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Nitel bölümde bu ilkeye bağlı kalınarak ve fenomenolojik çalışmaların az sayıda hasta ile yürütüldüğü göz önünde bulundurularak toplam 25 hasta ile görüşme yapılmıştır. Ancak 5 hasta ile yapılan görüşmenin yeterli derinlikte olmadığı düşünüldüğünden araştırmaya dahil edilmemiştir.

#### **5.4. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın nicel kısmında kullanılan bağımsız değişkenleri hastaların sosyodemografik özellikleri; yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), cinsiyet, medeni durum, öğrenim seviyesi, mesleği, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı, yaşadığı yer, yaşadığı ev tipi, sigara kullanma durumu ve sıklığı, alkol kullanma durumu ve sıklığı, tanısı konmuş başka bir hastalığının olup olmadığı, sürekli ilaç kullanımı, ampütasyon öncesi şikayetleri, ameliyat nedeni, kaç kez ampütasyon olduğu, ampütasyon tarihi, ampütasyon düzeyi, hangi bacağın ampüte

edildiği, protez kullanım durumu, protez kullanım süresi, protezle ilgili Őikayetinin olup olmadığıdır. Bağımlı değişkenleri ise yaşam kalitesi ve beden imajı puanlarıdır.

## **5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Hastalardan verileri toplamak amacıyla kullanılan araçlar: Hasta Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ampüte Vücut İmajı Ölçeği (AVIS) ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'dur.

### **5.5.1. Hasta Bilgi Formu**

Hasta Bilgi Formu, ampütasyon olan hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, boy, kilo BKİ, cinsiyet, medeni durum, öğrenim seviyesi, mesleği, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı, yaşadığı yer, yaşadığı ev tipi, sigara kullanma durumu ve sıklığı, alkol kullanma durumu ve sıklığı, tanısı konmuş başka bir hastalığının olup olmadığı, sürekli ilaç kullanımı) ile ampütasyon öncesi ve sonrası süreçle ilgili (ampütasyon öncesi Şikayetleri, ameliyat nedeni, kaç kez ampütasyon olduğu, ampütasyon tarihi, ampütasyon düzeyi, hangi bacağın ampüte edildiği, protez kullanım durumu, protez kullanım süresi, protezle ilgili Őikayetinin olup olmadığı) bilgileri sorgulamaya yönelik toplam 28 sorudan oluşmaktadır.

### **5.5.2. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuŐtur. SF-36 YKÖ bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel rol (4 madde), emosyonel rol (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık (5 madde)'dir. Değerlendirme; 4.ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek alt boyutları sağlığı, 0-100

arasında değerlendirilmektedir ve 0 “kötü” sağlık durumunu gösterirken, 100 “iyi” sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçek oldukça hızlı değerlendirme sağlamaktadır. SF-36 YKÖ'nin en belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevleri değerlendirmek üzere soru barındırmamasıdır. Türkçe geçerliliği, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, Cronbach alfa katsayısı 0.70’in üzerinde bulunmuştur (Koçyiğit ve ark. 1999).

SF-36 YKÖ'nin Türkçe uyarlaması, gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta grubunda kullanışlı ve yararlı olmasıyla bedensel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilmektedir.

### **5.5.3. Ampute Vücut İmaj Ölçeği**

Ampute hastalarda vücut imaj bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiş orijinali İngilizce olan bu ölçek, Safaz ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ampute Vücut İmaj Ölçeği (AVIS) toplam yirmi maddeden oluşan, amputenin vücudu hakkında algıladığı ve hissettiği durumları değerlendiren bir ölçektir. Elde edilen puan 20 ile 100 arasındadır. Yüksek puan vücut imajının kötü olduğunu göstermektedir. 5 basamaklı orijinal skala (1=hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= çoğu zaman, 5= her zaman) ile puanlanmaktadır. 3 soru (3,12 ve 16) ters puanlanır. Bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,88 bulunmuştur (Safaz ve ark. 2010).

### **5.5.4. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Bu araştırmada ampute hastaların sosyal yaşamlarına dönüş sürecinde ve sonrasında yaşadıklarını, hissettiklerini, deneyimlerini, karşılaştıkları güçlükleri ve başa çıkma yöntemlerini sorgulayarak uyum sürecini ortaya çıkarmak üzere hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı.

Görüşme soruları hazırlanırken, araştırma konusu ile ilgili literatür taraması yapıp, konuyla ilgili benzer yöntemli çalışmalardan yararlanılarak formda yer alması düşünülen maddeler belirlendi. Oluşturulan formla ilgili üç öğretim üyesi görüşü

alınarak formda gerekli değişiklikler yapıldı ve 13 maddelik yarı yapılandırılmış görüşme formu tamamlandı.

## **5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmanın nicel kısmında veri toplamak amacı ile hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği, nitel kısmında ise yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanıldı. Yapılandırılmış görüşme, dikkatlice yazılmış ve belirli bir sıraya konmuş bir dizi sorudan oluşur ve her görüőülen bireye bu sorular aynı tarzda ve sırada sorulur. Bu yaklaşım bazı insanlardan daha yoğun ve çok bazı insanlardan ise daha az sistematik ve yüzeysel bilgi edinilmesine yol açabilecek olan görüşmeci yanlılığı ve öznelliğini azaltır. Bu yaklaşım birden fazla görüşmeci kullanıldığında etkilidir. Duruma göre anlık tavır ve esneklik önemli ölçüde sınırlanırken aynı soruların sistematik şekilde bütün deneklere sorulması yoluyla görüşmeci etkisini en aza indirdiği için elde edilen verilerin karşılaştırılması ve analizi daha kolaydır (Yıldırım ve Şimşek 2008; Erdoğan 2014 ).

Yarı yapılandırılmış görüşme benzer konulara yönelmek yoluyla değişik insanlardan aynı bilgilerin alınması amacıyla yapılır. Sorular ve konuların belirli bir öncelik sırasına konması zorunlu değildir. Görüşmeci görüşme sırasında soruların cümle yapısını ve sırasını deęiőtirebilir bazı konuların ayrıntısına girebilir veya sohbet tarzı bir yöntem benimseyebilir (Yıldırım ve Şimşek, 2008; Erdoğan 2014). Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu ile hastalarla görüşme ortalama 30 dakika sürdü (min 15-max 45 dk). Görüşme yüz yüze ve hasta ile yalnız bir ortam oluşturularak not alma yöntemiyle yapıldı. (Araştırmaya başlarken veri toplamanın ses kaydı ile yapılması planlandı ancak hastaların ses kaydına olumsuz bakış açısı nedeniyle not alma yöntemi kullanıldı.)

## **5.7. ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Alt ekstremitte ampütasyonu olan hastalarda beden imajı algısı ne düzeydedir?
2. Alt ekstremitte ampütasyonu olan hastalarda yaşam kalitesi ne düzeydedir?
3. Alt ekstremitte ampütasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunlar nelerdir?
4. Alt ekstremitte ampütasyonu olan hastaların sosyodemografik özellikler ile beden imajı, yaşam kalitesi arasında ilişki nasıldır?
5. Alt ekstremitte ampütasyonu olan hastaların beden imajı algıları ile yaşam kaliteleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

## **5.8. ARAŞTIRMACININ ROLÜ**

Mertens'e göre, (1998) nitel araştırmalarda araştırmacının rolü oldukça önemlidir. Bunun nedeni nitel araştırmada araştırmacının kendisinin de "veri toplama aracı" olarak görülmesidir (Akt. Toptaş 2008). Nitel araştırmacı bizzat alanda zaman harcayan, deneklerle doğrudan iletişime geçen ve gerektiğinde deneklerin deneyimlerini yaşayan, alanda kazandığı perspektifi ve deneyimleri toplanan verilerin analizinde kullanan kişidir (Yıldırım ve Şimşek 2008).

Bu araştırmada araştırmacı, ampütasyonun sık yapıldığı servislerden biri olan ortopedi servisinde altı yıldır çalışmaktadır. Gerek ameliyat öncesi gerekse ameliyat sonrası dönemde ampütasyon yapılan hastalara bakım vermiştir. Bu birikim ve deneyimler, veri toplama, yorumlama ve analiz sürecinde araştırmacı tarafından kullanıldı.

Veri toplama aşamasında araştırmacı iyi bir dinleyici olup hastaların yaşadığı sorunları belirleme amacı doğrultusunda tarafsız, önyargısız bir rol üstlendi.

## **5.9. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK**

Araştırmanın nicel kısmının verilerinin geçerlilik ve güvenilirlik bilgileri kullanılan veri toplama araçları kısmında her form için ayrı ayrı verilmiştir.

Genel anlamda nitel araştırmalarda geçerlilik, araştırma sonuçlarının doğruluğunu konu edindir. Dış geçerlik, elde edilen sonuçların benzer konulara ya da ortamlara aktarılabilirliğine iç geçerlik ise araştırma sonuçlarına ulaşırken izlenen sürecin çalışılan gerçekliği ortaya çıkarmadaki yeterliliğine ilişkindir. Güvenirlik ise kısaca araştırma sonuçlarının tekrar edilebilirliğiyle ilgilidir. Dış güvenilirlik, araştırma sonuçlarının benzer ortamlarda aynı şekilde elde edilip edilemeyeceğini, iç güvenilirlik ise başka araştırmacıların aynı veriyi kullanarak aynı sonuçlara ulaşip ulaşamayacağına ilişkindir (Yıldırım ve Şimşek 2008).

Geçerlik ve güvenilirlik kavramları nitel araştırmanın doğasına uygun olabilecek alternatif tanımlarla; iç geçerlilik yerine 'inandırıcılık' dış geçerlilik yerine 'aktarılabilirlik' iç güvenilirlik yerine 'tutarlılık' ve dış güvenilirlik yerine 'teyit edilebilirlik' kavramlarının kullanılabilmesi tercih edilebilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2008).

Bu araştırmada inandırıcılığını (iç geçerlilik) sağlamak için araştırmacı hastalar ile uzun süreli bir etkileşim (ort. 30 dk.) içine girmiştir. Çünkü görüşme süresi ilerledikçe geçen zamanla bir güven ortamı oluşur ve katılımcı verdiği yanıtlarda daha samimi olabilir. Veriler hem nitel hem nicel yöntemle toplanarak yöntemde çeşitliliğe gidilip geçerlik ve güvenirliliğin artırılması amaçlandı. Araştırmadan toplanan nitel veriler içerik analizi sırasında araştırma dışından bir gözlemci (öğretim görevlisi) ile birlikte ele alındı.

Aktarılabilirlik (dış geçerlilik) için araştırmanın deseni, alanı ve örnekleme, örneklemin nasıl seçildiği, veri toplama araçlarını yöntem bölümünde ayrıntılı olarak verilerek ulaşılan sonuçların hangi kapsamda geçerli olduğu belirtildi. Ayrıca ham veriler ortaya çıkan kavram ve temalara göre yeniden düzenlenip yorum katmadan ve verinin doğasına sadık kalınarak verilip doğrudan alıntılar kullanıldı (ayrıntılı betimleme).

Tutarlık (iç güvenirlilik) için veri toplama aracı olarak kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu alan yazınla desteklendi. Her hastaya aynı form kullanılarak birden fazla hasta ile görüşme yapıldı.

Teyit edilebilirlik (dış güvenirlilik) için, araştırmacı kendi konumunu açık hale getirmek için araştırmadaki rolünü belirginleştirdi. Görüşme formu için tez danışmanı görüşü ve uzman görüşü alındı. Geri bildirimler dikkate alınarak formda düzeltmeler yapıldı. Örnekleme seçilen hastaların hangi ölçütlerle alındığı belirtildi.

### **5.10. ARAŞTIRMADA ETİK**

Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 1) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı kurum izni alındı (EK 2).

Çalışmaya alınacak bireylere çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı katılımcıların gönüllülüğü hakkında sözel ve yazılı bilgiler verilerek, onamları alındı. Rahat, etkili bir görüşme yapabilmek ve rahatsız edilmemek için görüşme öncesi, uygun fiziksel ortam sağlandı.

### **5.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde amputasyon olup Ortopedi ya da Kalp Damar Cerrahisi polikliniklerine kontrole gelen hastalarla sınırlıdır.

### **5.12. DEĞERLENDİRME VE ANALİZ**

Verilerin analizinde nicel veriler için, SPSS 24.0 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı-yüzde, ortalama, standart sapma; demografik özellikler ile ölçek puanları arasındaki anlamlılık düzeyleri için Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi, ölçekler puan ortalamaları arası korelasyon için Spearman Korelasyon, ölçeklerin iç tutarlılığı için her iki ölçeğin Cronbach alfa katsayıları hesaplandı. Nitel veriler için içerik analizi kullanıldı. İçerik analizinde yapılan işlemlerin temelinde “birbirine benzeyen veriler, belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir şekilde yorumlamak” vardır (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bütünlüğü sağlamak amacıyla hastalarla yapılan görüşmelerdeki veriler bilgisayar ortamına aktarıldı. Yazıya geçirilen veriler okunarak anlamlı veri birimleri saptandı. Belirlenen veri birimlerinden kategoriler oluşturularak ana ve alt kategori listesi hazırlandı. Kategorize edilen veriler ile en sonunda ampütasyonlu hastanın yaşam deneyimleri ile ilgili model oluşturuldu.

### 5.13. ARAŞTIRMA SÜRECİ

<b>Süreç</b>		<b>Zaman aralığı</b>
Literatür taraması ve tez konusunun belirlenmesi	—————→	Ekim 2012- Kasım 2012
Tez önerisinin hazırlanması	—————→	Aralık 2012- Ocak 2013
Etik kurul ve kurum izninin alınması	—————→	Şubat 2013
Araştırma verilerinin toplanması	—————→	Haziran 2013- Aralık 2013
Verilerin analizlerinin yapılması	—————→	Ocak 2015- Mayıs 2016
Tez raporunun yazımı	—————→	Ocak 2017- Haziran 2018

### 6. BULGULAR



Araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç bölümde incelendi. Birinci bölümde ampütasyon olan hastaların tanımlayıcı özellikleri, ikinci bölümde araştırmanın nicel bölümünün bulguları, üçüncü bölümde ise araştırmanın nitel bölümünün bulguları sunuldu.

## 6. 1. ALT EKTREMİTE AMPÜTASYONU OLAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri olan kişisel özellikler ve ameliyatlarına ilişkin özelliklerin sunuldu.

**Tablo 1. Alt Ekstremitte Ampütasyonu Olan Hastaların Kişisel Özellikleri (n=30)**

<b>KİŞİSEL ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
47 yaş altı	12	40,0
47 yaş ve üstü	18	60,0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	6	20,0
Erkek	24	80,0
<b>BKİ</b>		
25'in altı	13	43,3
25 ve üstü	17	56,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	20	66,7
Bekar/dul/ayrı	10	33,3
<b>Çocuk</b>		
Yok/tek çocuk	13	43,3
İki ve üstü	17	56,7
<b>Eğitim seviyesi</b>		
Ortaokul ve altı	17	56,7
Lise ve üstü	13	43,3
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 1. Alt Ekstremitte Ampütasyonu Olan Hastaların Kişisel Özellikleri (n=30) (Devam)**

<b>KİŞİSEL ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
---------------------------	----------	----------

<b>Meslek</b>		
Emekli/ücretli	10	33,3
Serbest meslek	20	66,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	4	13,3
Çalışmıyor	26	86,7
<b>Yaşadığı yer</b>		
Köy/kasaba	8	26,7
İlçe/il merkezi	22	73,3
<b>Yaşadığı ev tipi</b>		
Apartman	17	56,7
Müstakil	13	43,3
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	6	20,0
Kullanmıyor	24	80,0
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	10	33,3
Kullanmıyor	20	66,7
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	21	70,0
Yok	9	30,0
<b>Hastalıklar (n=21)</b>		
DM	8	38,0
Hipertansiyon	5	23,8
Diğer*	8	38,0
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>		
Var	16	53,3
Yok	14	46,7
TOPLAM	30	100,0

\*PAH, Osteoporoz, Hipertiroidi, Crohn vb.

Alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların kişisel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması  $47,23 \pm 16,08$ 'dür. %60 (n=18)'i 47 yaş ve üstü, %40 (n=12)'i 47 yaş altı, %80 (n=24)'i erkek, %20 (n=6)'si kadın, %56,7 (n=17)'sinin BKİ 25 ve üstü, %43,3 (n=17)'ünün BKİ 25'in altı, %66,7 (n=20)'si, evli, %33,3 (n=10)'ü bekar/dul/ayrı, %43,3 (n=13)'ü çocuk sahibi değil ya da tek çocuklu, %56,7 (n=17)'si

iki ve üstü çocuk sahibi, %56,7 (n=17)'si orta okul ve altı mezunu, %43,3 (n=13)'ü lise ve üstü mezunu, %66,7(n=20)'si serbest meslek sahibi, %33,3 (n=10)'ü emekli/ücretli, %86,7 (n=26)'si çalışmıyor, %13,3 (n=4)'ü çalışıyor, %73,3 (n=22)'ü ilçe ya da il merkezinde yaşıyor, %26,7 (n=8)'si köy/kasabada yaşıyor, %56,7 (n=17)'si apartmanda %43,3 (n=13)'ü müstakil evde oturuyor, %80 (n=24)'i sigara kullanmıyor, %20 (n=6)'si sigara kullanıyor, %66,7 (n=20)'si alkol kullanmıyor, %33,3 (n=10)'ü alkol kullanıyor, %70 (n=21)'inin kronik bir hastalığı var, %30 (n=9)'unun herhangi bir kronik hastalığı yok, %38 (n=8)'i DM hastası, %23,8 (n=5)'i HT hastası, %38 (n=8)'i PAH, Osteoperoz, Hipertiroidi, Crohn gibi diğer hastalıklara sahip, %53,3 (n=16)'ü sürekli ilaç kullanıyor, %46,7 (n=14)'si sürekli ilaç kullanmıyor.

Sigara kullanan 6 hastanın 3'ü günde bir paket, 2'si yarım paket, 1'i de tek tük sigara kullandığını, alkol kullanan 10 hastanın ise 4'ü haftada bir-iki kere, 3'ü ayda bir-iki kere, 2'si yılda bir-iki kere, 1'i de her gün alkol kullandığını belirtti (Tablo 1).

**Tablo 2. Ampütasyon Olan Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikler (n=30)**

<b>AMELİYATA İLİŞKİN ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ampütasyon Öncesi Şikayet</b>		
Ağrı	4	13,3
Bacakta iyileşmeyen yara	17	56,7
Diğer"	9	30,0
<b>Ampütasyon nedeni</b>		
Diyabetik ayak	7	23,3
Periferik arter hastalığı	7	23,3
Travma	9	30,0
Diğer"	7	23,3

**Tablo 2. Ampütasyon Olan Hastaların Ameliyatlarıyla İlgili Özellikler (n=30)**  
(Devam)

<b>AMELİYATA İLİŞKİN ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ampütasyon Sayısı</b>		
1 kez	18	60,0
2 ve üstü	12	40,0
<b>Ampütasyon Sonrası Geçen Süre</b>		
1-6 ay	4	13,3
6-12 ay	7	23,3
12-24 ay	11	36,7
24-36 ay	8	26,7
<b>Ampütasyon Düzeyi</b>		
Diz altı/ayak bileği	11	36,7
Diz/diz üstü	19	63,3
<b>Ampütasyon Tarafı</b>		
Sağ bacak	16	53,3
Sol bacak	14	46,7
<b>Protez Kullanım Durumu</b>		
Kullanıyor	16	53,3
Kullanmıyor	14	46,7
<b>Protez Kullanım Süresi (n=16)</b>		
1 yıldan kısa süre	9	56,2
1 yıl ve daha uzun süre	7	43,8
<b>Protezdten Şikayet Durumu(n=16)</b>		
Var	8	50,0
Yok	8	50,0

"Karıncalanma, iltihap, şişlik

"Emboli, kitle, Osteomyelit, Sistemik lupus eritematozus (SLE)

Ampütasyon olan hastaların ameliyatlarına ilişkin özellikler incelendiğinde; hastaların ampütasyon öncesi: %56,7 (n=17)'sinin şikayeti bacakta iyileşmeyen yara, %13,3 (n=4)'ünün ağrı, %30 (n=9)'unun karıncalanma, iltihap, şişlik gibi diğer sebepler; %30 (n=9)'unun ampütasyon nedeni travma, %23,3 (n=7)'ünün diyabetik

ayak, %23,3 (n=7)'ünün periferik arter hastalığı, %23,3 (n=7)'ünün emboli, kitle, osteomyelit, SLE gibi diğer sebepler; %60 (n=18)'i bir kez amputasyon olmuş, %40 (n=12)'i iki kez ve üstü; %13,3 (n=4)'ünün amputasyonun üzerinden geçen süre 1-6 ay, %23,3 (n=7)'ünün 6-12 ay %36,7 (n=11)'sinin 12-24 ay, %26,7 (n=8)'sinin 24-36 ay; %63,3 (n=19)'ü diz veya diz üstünden ampüte, %36,7 (n=11)'si diz altı veya ayak bileğinden; %53,3 (n=16)'ü sağ bacağından %46,7 (n=14)'si sol bacağından ampüte; %53,3 (n=16)'ü protez kullanıyor, %46,7 (n=14)'si kullanmıyor; %56,2 (n=9)'si bir yıldan kısa süredir protez kullanıyor, %43,8 (n=7)'i bir yıl ve üzeri süredir kullanıyor; %50 (n=8)'sinin protezden şikayeti var %50 (n=8)'sinin şikayeti yok olarak belirlendi (Tablo 2).

## 6. 2. NİCEL VERİLERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR

### 6.2.1. Sf-36 YKÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları ile AVİS Toplam Puan Ortalamaları

**Tablo 3. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları AVİS Toplam Puan Ortalamaları**

Sf-36 YKÖ Alt Boyutları	Ort±SS	Min.-Maks.
Fiziksel fonksiyon	30,11±20,00	0,0-90,0
Sosyal fonksiyon	36,66±27,45	0,0-100
Fiziksel rol	18,33±30,03	0,0-100
Emosyonel rol	37,77±22,71	0,0-66,67
Mental sağlık	48,0±22,89	8,0-96,0
Enerji	36,50±20,64	0,0-85,0
Ağrı	48,13±28,33	0,0-100
Genel Sağlık	43,96±28,59	5,0-95,0
<b>AVİS</b>	<b>60,1±19,62</b>	<b>31,0-93,0</b>

Tablo 3'de yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; 30,11±20,00 (min.=0,0; max.=90,0) fiziksel fonksiyon; 36,66±27,45

(min.=0,0; max.=100) sosyal fonksiyon; 18,33±30,03(min.=0,0; max.=100) fiziksel rol; 37,77±22,71 (min.=0,0; max.= 66,67) emosyonel rol; 48,0±22,89 (min.=8,0; max.=96,0) mental sağlık; 36,50±20,64(min.=0,0; max.=85,0) enerji; 48,13±28,33 (min.=0,0; max.=100) ağrı; 43,96±28,59 (min.=5,0; max.=95,0) genel sağlık ortalamaları olarak bulundu. AVİS toplam puan ortalaması ise 60,1±19,62 şeklinde saptandı (min=1,55; maks=4,65) (Tablo 3).

### **6.2.2. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişi**

Bu bölümde hastaların kişisel özellikleri, ameliyatlarına ilişkin özellikleri ile yaşam kalitesi ölçęđi alt boyutları arasındaki ilişkiler verildi.



**Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı**

<b>Kişisel Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
<b>Yaş</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
47 yaş altı	34,58±13,39	39,58±21,86	18,75±26,38	41,66±20,71	46,00±25,32	36,66±17,10	49,58±27,64	41,41±27,88
47 yaş ve üstü	27,12±23,31	34,72±31,08	18,05±32,99	35,18±24,17	49,33±21,77	36,38±23,18	47,16±29,54	45,66±29,73
z	-1,61	-0,58	-0,48	-0,72	-0,40	-0,25	-0,27	-0,34
p	0,10	0,56	0,63	0,46	0,68	0,79	0,78	0,73
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	25,00±14,49	45,83±29,22	33,33±40,82	27,77±32,77	64,66±28,89	41,66±33,71	50,66±28,14	45,16±36,95
Erkek	31,38±21,22	34,37±27,14	14,58±26,49	40,27±19,60	43,83±19,71	35,20±16,77	47,50±28,95	43,66±27,08
z	-0,31	-1,05	-1,14	-1,06	-1,69	-0,41	-0,28	-0,02
p	0,75	0,29	0,25	0,28	0,09	0,67	0,77	0,97
<b>BKİ</b>								
25'in altı	30,64±15,08	43,26±28,69	23,07±33,01	41,02±19,97	50,76±26,60	40,38±23,40	53,07±27,52	43,84±31,38
25 ve üstü	29,70±23,54	31,61±26,18	14,70±28,03	35,29±24,91	45,88±20,20	33,52±18,43	44,35±29,19	44,05±27,26
z	-0,21	-1,17	-0,67	-0,62	-0,69	-0,65	-0,88	-0,29
p	0,83	0,24	0,50	0,53	0,48	0,51	0,37	0,76

**Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Devam)**

<b>Kişisel Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
<b>Medeni Durum</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
Evli	29,91±21,86	36,87±29,09	17,50±16,74	36,66±23,93	36,66±23,93	36,75±32,42	46,65±28,17	45,445±27,5
Bekar/dul/ ayrı	30,50±16,74	36,25±25,31	20,00±28,38	40,00±21,08	40,00±21,08	36,00±19,26	51,10±29,94	41,00±32,42
z	-0,48	-0,09	-0,42	-0,34	-0,50	-0,48	-0,17	-0,50
p	0,62	0,92	0,67	0,73	0,61	0,62	0,85	0,61
<b>Çocuk Durumu</b>								
Yok/tek çocuk	35,38±21,16	43,26±26,32	25,00±33,85	41,02±19,97	48,61±29,34	40,00±20,10	50,69±28,04	44,76±33,10
İki ve üstü	26,07±18,70	31,61±27,99	13,23±26,68	35,29±24,91	47,52±17,42	33,82±21,25	46,17±29,25	43,35±25,67
z	-1,57	-1,17	-1,19	-0,62	-0,21	-0,44	-0,19	-0,10
p	0,11	0,42	0,23	0,53	0,83	0,65	0,89	0,91
<b>Eğitim Seviyesi</b>								
Ortaokul ve altı	28,72±21,00	29,41±22,93	8,82±17,54	37,25±20,00	42,58±19,49	28,82±19,32	44,17±23,98	36,47±26,57
Lise ve üstü	31,92±19,31	46,15±30,78	30,76±38,39	38,46±26,68	55,07±25,77	46,53±18,41	53,30±33,50	53,76±29,16
z	-0,65	-1,32	-1,64	-0,23	-1,78	-2,55	-0,42	-1,44
p	0,51	0,18	0,09	0,81	0,07	<b>0,01**</b>	0,67	0,14



**Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Devam)**

<b>Kişisel Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
<b>Meslek</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
Emekli/ Ücretli	29,83±19,82	41,25±32,83	22,50±36,22	36,66±24,59	58,40±14,63	45,00±18,10	47,00±33,68	54,50±25,80
Serbest M.	30,25±20,61	34,37±24,95	16,25±27,23	38,33±22,36	42,80±24,76	32,25±20,93	48,70±26,21	38,70±29,06
z	-0,02	-0,49	-0,13	-0,17	-2,18	-2,06	-0,15	-1,45
p	0,98	0,62	0,89	0,86	<b>0,02**</b>	<b>0,03**</b>	0,87	0,14
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	53,75±24,95	59,37±18,75	31,25±47,32	50,00±19,24	57,00±25,16	50,00±17,79	58,00±27,47	62,25±33,48
Çalışmıyor	26,47±16,92	33,17±27,14	16,34±27,33	35,89±22,95	46,61±22,73	34,42±20,55	46,61±28,68	41,15±27,42
z	-2,39	-1,76	-0,80	-1,14	0,70	-1,38	0,70	1,43
p	<b>0,01**</b>	0,07	0,42	0,25	0,48	0,16	0,47	0,15
<b>Yaşadığı Yer</b>								
Köy/Kasaba	31,87±16,24	17,18±18,82	3,12±8,83	29,16±21,36	41,00±14,14	23,12±12,22	34,25±21,86	37,37±27,61
İlçe/İl merkezi	29,46±21,52	43,75±26,93	23,86±33,16	40,90±22,84	50,54±25,13	41,36±21,11	53,18±29,14	46,36±29,19
z	-0,51	-2,43	-1,59	-1,27	-0,87	-2,26	-1,65	-0,70
p	0,60	<b>0,01**</b>	0,11	0,20	0,38	<b>0,02**</b>	0,09	0,48

**Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri İle Yaşam SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Devam)**

<b>Kişisel Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
<b>Yaşadığı Ev Tipi</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
Müstakil	36,41±21,65	28,84±23,04	5,76±14,97	35,89±21,35	48,30±17,31	31,92±18,98	47,30±28,01	48,15±29,25
Apartman	25,29±27,80	42,64±29,66	27,94±35,22	39,21±24,53	47,76±26,92	40,00±21,72	48,76±29,42	40,76±28,54
z	-1,49	-1,27	-1,94	-0,44	-0,14	-1,24	-0,25	-0,67
p	0,13	0,20	0,05	0,66	0,88	0,21	0,80	0,50
<b>Sigara Kullanımı</b>								
Kullanıyor	43,33±25,62	41,66±21,88	16,66±30,27	44,44±17,21	40,00±23,73	32,50±12,14	65,16±33,27	51,50±36,10
Kullanmıyor	26,80±17,46	35,41±28,94	18,75±30,61	36,11±23,90	50,00±22,75	37,50±22,36	43,87±26,02	42,08±26,99
z	-1,53	-0,58	-0,06	-0,74	-0,46	-0,26	-1,30	-0,59
p	0,12	0,56	0,95	0,45	0,63	0,79	0,19	0,55
<b>Alkol Kullanımı</b>								
Kullanıyor	26,33±13,44	26,25±23,16	10,00±17,48	23,33±16,10	40,00±21,41	31,50±14,34	28,70±13,26	33,40±20,44
Kullanmıyor	32,00±22,67	41,87±28,48	22,50±34,31	45,00±22,36	52,00±23,06	39,00±23,09	57,85±27,73	49,25±31,01
z	-0,35	-1,45	-0,65	-2,50	-1,19	-0,79	-2,70	-1,34
p	0,72	0,14	0,51	<b>0,01**</b>	0,23	0,42	<b>0,00**</b>	0,17

**Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Devam)**

<b>Kişisel Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
<b>Kronik Hastalık</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
Var	29,44±22,99	37,50±30,10	20,23±33,18	36,50±25,61	49,52±21,22	37,85±21,48	47,95±29,01	46,33±29,73
Yok	31,66±11,18	34,72±21,44	13,88±22,04	40,74±14,69	44,44±27,45	33,33±19,36	48,55±28,39	38,44±36,55
z	-0,79	-0,13	-0,24	-0,35	-0,56	-0,88	-0,09	-0,59
p	0,42	0,89	0,80	0,72	0,57	0,37	0,92	0,55
<b>İlaç Kullanımı</b>								
Var	29,68±26,10	40,62±32,11	23,43±37,04	35,41±28,46	53,50±22,09	41,25±22,39	51,87±32,10	49,62±33,12
Yok	30,59±10,30	32,14±21,20	12,50±18,98	40,47±14,19	41,71±22,93	31,07±17,66	43,85±23,77	37,50±21,76
z	-0,85	-0,67	-0,32	-0,43	-1,60	-1,76	-0,37	-0,83
p	0,39	0,49	0,74	0,66	0,10	0,07	0,70	0,40

\*\* p&lt;0,05

Hastaların kişisel özellikleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; eğitim seviyeleri ile enerji alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), lise ve üstü seviyelerdeki okullardan mezun olan hastaların enerji alt boyutu puan ortalamasının ortaokul ve altı seviyelerdeki okullardan mezun olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4).

Hastaların meslekleri ile mental sağlık ve enerji alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), emekli/ücretli olan hastaların mental sağlık ve enerji alt boyutları puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).

Hastaların çalışma durumu ile fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), çalışan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4).

Hastaların yaşadığı yer ile sosyal fonksiyon ve enerji alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), ilçe veya il merkezinde oturan hastaların sosyal fonksiyon ve enerji alt boyutu puan ortalamalarının köy ve kasabada yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4).

Hastaların alkol kullanma durumları ile emosyonel rol ve ağrı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), alkol kullanmayan hastaların emosyonel rol ve ağrı alt boyutları puan ortalamalarının alkol kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).

Hastaların kişisel özelliklerinden yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı ev tipi, sigara kullanma durumu, kronik bir hastalık sahibi olma durumları ve sürekli bir ilaç kullanma durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları ve özet skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

Aşağıdaki tabloda hastaların ampütasyonlarıyla ilgili özellikler ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki verildi.

**Tablo 5. Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki**

Ameliyata İlişkin Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Enerji	Ağrı	Genel Sağlık
<b>Ampütasyon Öncesi Şikayet</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
Ağrı	28,75±8,53	40,62±18,70	25,00±35,35	41,66±31,91	53,00±15,09	40,00±10,80	47,25±21,71	31,00±24,45
İyileşmeyen yara	23,72±16,84	33,08±28,27	17,64±31,57	33,33±23,57	47,05±20,47	33,23±20,15	43,64±28,96	44,29±26,33
Diğer"	42,77±24,25	41,66±30,61	16,66±30,03	44,44±16,66	47,55±31,01	41,11±25,22	57,00±30,40	49,11±35,19
$\chi^2$	3,99	0,77	0,43	1,46	1,02	0,79	1,14	0,99
p	0,13	0,67	0,80	0,48	0,59	0,67	0,56	0,60
<b>Ampütasyon Nedeni</b>								
Diyabetik ayak	15,00±21,01	23,21±23,30	0,00±0,00	23,80±25,19	39,42±20,83	30,71±22,25	37,85±30,64	35,85±29,99
PAH	27,14±10,35	30,28±31,01	35,71±40,45	47,61±26,22	52,00±20,01	38,57±21,15	52,57±26,30	45,42±30,02
Travma	38,14±22,11	34,72±20,51	8,33±17,67	37,03±11,11	39,55±20,04	32,77±11,48	47,55±26,91	39,66±27,38
Diğer"	37,85±17,04	50,00±33,07	32,14±34,50	42,85±25,19	63,42±25,23	45,00±20,64	54,71±32,97	56,14±29,51
$\chi^2$	8,74	3,13	7,79	4,35	4,75	0,71	1,76	2,27
p	<b>0,03**</b>	0,37	0,05	0,22	0,19	0,87	0,62	0,51

**Tablo 5. Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki (Devam)**

<b>Ameliyata İlişkin Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
<b>Ampütasyon Sayısı</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
1 kez	28,51±18,66	42,36±29,74	27,77±35,23	40,74±24,40	50,22±27,68	40,55±23,75	54,33±28,71	47,55±31,68
2 ve üstü	32,50±22,51	28,12±22,05	4,16±9,73	33,33±20,10	44,66±13,30	30,41±13,56	38,83±26,17	38,58±23,48
z	-0,42	-1,33	-1,87	-0,93	-0,53	-1,19	-1,34	-0,53
p	0,67	0,18	0,06	0,34	0,59	0,23	0,17	0,59
<b>Ampütasyon Sonrası Geçen Süre</b>								
1-6 ay	16,25±11,08	18,75±29,75	6,25±12,50	25,00±16,66	37,00±11,94	36,25±19,31	34,25±30,37	43,50±21,20
6-12 ay	34,04±11,70	41,07±17,25	10,71±19,66	42,85±16,26	62,00±25,50	37,14±20,58	53,42±29,77	41,28±31,46
12-24 ay	38,63±24,60	43,18±30,29	20,45±36,77	36,36±23,35	56,72±24,90	42,27±22,62	47,00±29,09	53,00±31,14
24-36 ay	21,87±17,51	32,81±29,83	28,12±33,90	41,66±29,54	38,00±18,63	28,12±19,44	52,00±25,50	34,12±26,71
χ <sup>2</sup>	5,79	2,19	1,58	2,00	4,64	1,72	1,20	1,76
p	0,12	0,53	0,66	0,57	0,20	0,63	0,75	0,62

**Tablo 5. Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki (Devam)**

<b>Ameliyata İlişkin Özellikler</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol</b>	<b>Emosyonel Rol</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Enerji</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık</b>
	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>
<b>Ampütasyon Düzeyi</b>								
Diz altı/ Ayak bileği	28,07±22,53	37,50±21,65	13,15±25,50	35,08±23,50	44,00±17,78	34,73±16,02	45,94±27,60	40,42±26,76
Diz/diz üstü	33,63±15,01	35,22±36,57	27,27±36,14	42,42±21,55	54,90±29,54	39,54±27,51	51,90±30,53	50,09±31,88
z	-1,21	-0,43	-1,15	-0,83	-1,01	-0,10	-0,58	-0,73
p	0,22	0,66	0,24	0,40	0,30	0,91	0,55	0,46
<b>Ampütasyon Tarafı</b>								
Sağ bacak	29,27±18,84	42,96±27,37	21,87±34,00	41,66±22,77	49,25±20,69	39,06±21,77	51,18±26,11	44,25±26,30
Sol bacak	31,07±21,94	29,46±26,67	14,28±25,40	33,33±22,64	46,57±25,90	33,57±19,65	44,64±31,30	43,64±32,02
z	-0,25	-1,22	-0,59	-1,01	0,00	-0,67	-1,04	-0,29
p	0,80	0,22	0,55	0,31	1,00	0,50	0,29	0,77
<b>Protez Kullanım Durumu</b>								
Kullanıyor	33,43±25,21	45,31±29,18	25,00±36,51	43,75±23,47	50,25±22,67	39,37±22,79	55,68±27,92	48,81±30,56
Kullanmıyor	26,30±11,42	26,78±22,39	10,71±18,89	30,95±20,52	45,42±23,72	33,21±18,14	39,50±27,22	38,42±26,15
z	-0,48	-1,67	-0,89	-1,58	-0,41	-0,79	-1,27	-0,93
p	0,63	0,09	0,37	0,11	0,67	0,42	0,20	0,34

**Tablo 5. Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki (Devam)**

Ameliyata İlişkin Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Enerji	Ağrı	Genel Sağlık
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Protez Kullanım Süresi (n=16)</b>								
1 yıldan kısa	43,33±26,10	56,94±22,63	27,77±42,28	48,14±17,56	61,77±19,09	50,55±19,75	61,00±27,46	63,33±26,38
1 yıl ve daha uzun	20,71±18,58	30,35±31,33	21,42±30,37	38,09±29,99	35,42±18,53	25,00±18,70	48,85±29,09	30,14±26,16
z	-1,80	-1,44	-0,06	-0,63	-2,44	-2,23	-0,80	-2,06
p	0,07	0,14	0,95	0,52	<b>0,01**</b>	<b>0,02**</b>	0,41	<b>0,03**</b>
<b>Protezden Şikayet Durumu (n=16)</b>								
Var	33,12±22,02	53,12±35,19	37,50±42,25	45,83±24,80	59,00±26,16	43,75±27,35	54,87±33,61	47,00±32,33
Yok	33,75±29,61	37,50±21,12	12,50±26,72	41,66±23,57	41,50±15,55	35,00±17,92	56,50±23,22	50,62±30,80
z	-0,15	-1,06	-1,21	-0,40	-1,37	-0,42	-0,05	-0,26
p	0,87	0,28	0,22	0,68	0,17	0,67	0,95	0,79

\*\* p<0,05

"Karıncalanma, iltihap, şişlik

'''Emboli, kitle, Osteomyelit, SLE



Hastaların ameliyatlarıyla ilgili özellikleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; amputasyon nedeni ile fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), amputasyon nedeni travma olan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının, diyabetik ayak, periferik arter hastalığı ve diğer nedenlerle amputé olan hastalardan daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

Hastaların protez kullanma süreleri ile mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), bir yıldan kısa süredir protez kullanan hastaların mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutları puan ortalamalarının bir yıldan uzun süredir protez kullanan hastalardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Hastaların ameliyata dair özelliklerinden amputasyon öncesi ilk şikayet, amputasyon sayısı, amputasyon sonrası geçen süre, amputasyon düzeyi, amputasyon tarafı, protez kullanım durumu, protezden şikayet durumu ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmedi ( $p>0,05$ ).

### 6.2.3. Hastaların Kişisel Özellikleri İle AVİS Arasındaki İlişki

**Tablo 6. Hastaların Kişisel Özellikleri İle AVİS Toplam Puan Ortalaması Arası İlişki**

Kişisel Özellikler	AVİS (X±SS)
<b>Yaş</b>	
47 yaş altı	63,83±17,30
47 yaş ve üstü	57,61±21,14
	z=-1,10      p=0,27
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	55,00±21,51
Erkek	61,37±19,40
	z=-0,59      p=0,55
<b>BKİ</b>	
25'in altı	59,38±21,14
25 ve üstü	60,64±19,03
	z=-0,37      p=0,70

**Tablo 6. Hastaların Kişisel Özellikleri ile AVİS Toplam Puan Ortalaması Arası İlişki (devam)**

<b>Kişisel Özellikler</b>	<b>AVİS (X±SS)</b>
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	59,00±20,57
Bekar/dul/ayrı	62,30±18,43
	z=-0,57      p=0,56
<b>Çocuk durumu</b>	
Yok/tek çocuk	59,46±19,52
İki ve üstü çocuk	60,58±20,29
	z=-1,51      p=0,12
<b>Eğitim seviyesi</b>	
Ortaokul ve altı	63,64±17,70
Lise ve üstü	55,46±21,72
	z=-1,42      p=0,15
<b>Meslek</b>	
Emekli/ücretli	51,90±16,21
Serbest meslek	63,20±20,26
	z=-1,78      p=0,07
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	49,50±19,73
Çalışmıyor	61,73±19,47
	z=-0,97      p=0,32
<b>Yaşadığı Yer</b>	
Köy/Kasaba	64,75±20,01
İlçe/İl merkezi	58,40±19,67
	z=-0,72      p=0,46
<b>Yaşadığı Ev Tipi</b>	
Apartman	62,88±21,49
Müstakil	56,46±17,02
	z=-0,90      p=0,36
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	
Kullanıyor	62,50±23,98
Kullanmıyor	59,50±18,94
	z=-0,28      p=0,77
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	
Kullanıyor	68,80±23,52
Kullanmıyor	55,75±16,31
	z=-1,23      p=0,21
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>	
Hastalık var	57,38±19,99
Hastalık yok	66,44±18,22
	z=-1,29      p=0,19

**Tablo 6. Hastaların Kişisel Özellikleri İle AVİS Toplam Puan Ortalaması Arası İlişki (Devam)**

Kişisel Özellikler	AVİS (X±SS)
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>	
Var	53,37±18,79
Yok	67,78±18,23
	$z=-2,05$ $p=0,04^{**}$

\*\*  $p<0,05$

Hastaların kişisel özellikleri ile AVİS toplam puan ortalaması arası ilişki incelendiğinde; sürekli ilaç kullanım durumu ile AVİS toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), sürekli ilaç kullanımı olmayan hastaların AVİS ortalama puanının ilaç kullanımı olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).

Hastaların yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, çocuk, eğitim seviyesi, meslek, çalışma durumu, yaşadığı yer, yaşadığı ev tipi, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanımı ile AVİS toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7. Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle AVİS Toplam Puan Ortalaması Arası İlişki**

Ameliyata İlişkin Özellikler	AVİS (X±SS)
<b>Ampütasyon Öncesi Şikayet</b>	
Ağrı	49,00±13,92
İyileşmeyen yara	61,58±18,69
Diğer"	62,22±23,52
	$\chi^2=1,64$ $p=0,43$
<b>Ampütasyon Nedeni</b>	
Diyabetik ayak	68,00±17,32
PAH	53,85±20,14
Travma	63,55±21,77
Diğer"	54,00±18,55
	$\chi^2=3,08$ $p=0,37$
<b>Ampütasyon Sayısı</b>	
1 kez	58,22±19,54
2 ve üstü	62,91±20,26
	$z=-0,48$ $p=0,62$

**Tablo 7. Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri İle AVİS Ortalaması Arası İlişki (Devam)**

<b>Ameliyata İlişkin Özellikler</b>	<b>AVİS (X±SS)</b>
<b>Ampütasyon Sonrası Geçen Süre</b>	
1-6 ay	79,75±13,02
6-12 ay	57,28±16,45
12-24 ay	50,63±21,12
24-36 ay	65,75±16,75
	$\chi^2=7,59$ $p=0,05$
<b>Ampütasyon Düzeyi</b>	
Diz altı/ayak bileği	60,94±17,59
Diz/diz üstü	58,63±23,58
	$z=-0,68$ $p=0,49$
<b>Ampütasyon Tarafı</b>	
Sağ bacak	58,81±19,03
Sol bacak	61,57±20,90
	$z=-0,33$ $p=0,73$
<b>Protez Kullanım Durumu</b>	
Kullanıyor	56,18±17,18
Kullanmıyor	64,57±21,86
	$z=-0,70$ $p=0,48$
<b>Protez Kullanım Süresi (n=16)</b>	
1yıldan kısa süre	45,77±12,66
1yıldan uzun süre	69,57±12,38
	$z=-2,91$ <b><math>p=0,00^{**}</math></b>
<b>Protezdten Şikayet Durumu (n=16)</b>	
Şikayet var	58,00±20,79
Şikayet yok	54,37±13,90
	$z=-0,10$ $p=0,91$

\*\*  $p<0,05$       "Karıncalanma, iltihap, şişlik

"Emboli, kitle, osteomyelit, SLE

Hastaların ameliyatlarına ilişkin özellikleri ile AVİS toplam puan ortalaması arası ilişki incelendiğinde; hastaların protez kullanım süresi ile AVİS toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), protez kullanım süresi bir yıldan uzun olan hastaların AVİS ortalama puanının bir yıldan kısa süredir protez kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu.

Hastaların ampütasyon öncesi şikayet, ampütasyon nedeni, ampütasyon sayısı, ampütasyondan sonra geçen süre, ampütasyon düzeyi, ampütasyon tarafı, protez

kullanım durumu, protezden şikayet durumu ile AVİS toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

#### 6.2.4. SF-36 YKÖ Alt Boyutları ile AVİS Arasındaki İlişkiler

**Tablo 8. SF-36 YKÖ Alt Boyutları İle AVİS Korelasyonu**

SF-36 YKÖ Alt Boyutları	AVİS	
	r	p
Fiziksel Fonksiyon	-0,59	0,00
Sosyal Fonksiyon	-0,55	0,00
Fiziksel Rol	-0,24	0,19
Emosyonel Rol	-0,34	0,06
Mental Sağlık	-0,79	0,00
Enerji	-0,64	0,00
Ağrı	-0,43	0,01
Genel sağlık	-0,64	0,00

Tablo 8 incelendiğinde; fiziksel fonksiyon alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ( $r=-0,59$ ), fiziksel fonksiyon arttığında vücut imajı bozukluğu algısı azalmaktadır. Sosyal fonksiyon alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ( $r=-0,55$ ), sosyal fonksiyon arttığında vücut imajı bozukluğu algısı azalmaktadır. Fiziksel rol ve emosyonel rol alt boyutları ile vücut imajı arasında bir ilişki yoktur ( $r=-0,24$ ;  $r=-0,34$ ). Mental sağlık alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki vardır ( $r=-0,79$ ), mental sağlık arttığında vücut imajı bozukluğu algısı azalmaktadır. Enerji alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki vardır ( $r=-0,64$ ), enerji arttığında vücut imajı bozukluğu algısı azalmaktadır. Ağrı alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır ( $r=-0,43$ ), ağrı arttığında vücut imajı bozukluğu algısı azalmaktadır. Genel sağlık alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki vardır ( $r=-0,64$ ), genel sağlık arttığında vücut imajı bozukluğu algısı azalmaktadır.

## 6. 3. NİTEL VERİLERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR

### 6. 3. 1. Çalışmanın Nitel Bölümünde Görüşme Yapılan Hastaların Özellikleri

**Tablo 9. Görüşme Yapılan Hastaların Kişisel Özellikleri**

Hastalar	Yaş	BKİ	Cinsi-yet	Medeni durum	Eğitim seviyesi	Çalışma durumu	Sigara Kullanımı	Alkol Kullanımı	Başka hastalık durumu
Hasta 1	21	23,8	Kadın	Bekar	Ortaokul	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Yok
Hasta 2	52	30,1	Erkek	Dul/ayrı	İlkokul	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 3	54	37,7	Erkek	Evli	Lise	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 4	21	19,3	Erkek	Bekar	Lise	Çalışmıyor	Evet	Evet	Yok
Hasta 5	22	21,7	Erkek	Bekar	Ortaokul	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Yok
Hasta 6	60	31,2	Erkek	Evli	Lise	Çalışmıyor	Hayır	Evet	Var
Hasta 7	48	17,9	Erkek	Evli	Okur yazar değil	Çalışmıyor	Hayır	Evet	Var
Hasta 8	59	33,2	Erkek	Evli	İlkokul	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 9	26	18,3	Erkek	Bekar	Ortaokul	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Yok
Hasta 10	64	24,9	Erkek	Evli	Lise	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 11	30	19,3	Kadın	Dul/ayrı	Lise	Çalışmıyor	Hayır	Evet	Var
Hasta 12	55	29,4	Erkek	Evli	İlkokul	Çalışmıyor	Hayır	Evet	Var
Hasta 13	50	30,7	Erkek	Evli	Ortaokul	Çalışıyor	Evet	Hayır	Var
Hasta 14	29	23,3	Erkek	Bekar	Lise	Çalışmıyor	Evet	Evet	Yok
Hasta 15	42	19,3	Erkek	Dul/ayrı	Üniversite	Çalışmıyor	Evet	Hayır	Var
Hasta 16	57	36,7	Kadın	Evli	İlkokul	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 17	31	25,7	Kadın	Bekar	Üniversite	Çalışmıyor	Hayır	Evet	Yok
Hasta 18	36	41,3	Erkek	Evli	Ortaokul	Çalışıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 19	58	24,4	Erkek	Evli	Lise	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var
Hasta 20	42	33,0	Erkek	Dul/ayrı	Lise	Çalışmıyor	Hayır	Hayır	Var

**Tablo 10. Görüşme Yapılan Hastaların Ameliyatlarına İlişkin Özellikleri**

	Ampütasyon Öncesi Şikayet	Ampütasyon Nedeni	Ampütasyon Sayısı	Ampütasyon Sonrası Geçen Süre	Ampütasyon Düzeyi	Protez Kullanım Durumu
Hasta 1	Şişlik	Kitle	1	10 ay	Diz üstü	Kullanmıyor
Hasta 2	İyileşmeyen yara	Diyabetik ayak	1	3 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 3	İyileşmeyen yara	Diyabetik ayak	1	2 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 4	-	Travma	1	2 yıl	Diz üstü	Kullanmıyor
Hasta 5	-	Travma	3	3 yıl	Diz üstü	Kullanıyor
Hasta 6	İyileşmeyen yara	Periferik arter hastalığı	1	15 ay	Diz	Kullanmıyor
Hasta 7	İyileşmeyen yara	Periferik arter hastalığı	3	15 ay	Diz üstü	Kullanmıyor
Hasta 8	İyileşmeyen yara	Periferik arter hastalığı	1	3 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 9	İyileşmeyen yara	Osteomiyelit	2	2 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 10	İyileşmeyen yara	Diyabetik ayak	1	6 ay	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 11	Ağrı	Vaskülit	4	2 yıl	Diz altı	Kullanmıyor
Hasta 12	İyileşmeyen yara	Enfeksiyon	9	5 ay	Diz üstü	Kullanmıyor
Hasta 13	-	Travma	3	1,5 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 14	-	Travma	1	9 ay	Diz altı	Kullanmıyor
Hasta 15	İyileşmeyen yara	Emboli	1	3 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 16	İyileşmeyen yara	Diyabetik ayak	1	3 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 17	İyileşmeyen yara	Travma	1	2 yıl	Diz üstü	Kullanmıyor
Hasta 18	Ağrı	Periferik arter hastalığı	10	3 yıl	Diz altı	Kullanıyor
Hasta 19	Morarma	Emboli	1	2 yıl	Diz	Kullanıyor
Hasta 20	İyileşmeyen yara	Diyabetik ayak	1	2 yıl	Ayak bileği	Kullanıyor

Tablo 9 ve Tablo 10’da ampütasyon olan hastaların kişisel özellikleri ile ameliyatlarına ilişkin özellikleri ayrıntılarıyla belirtildi.

Görüşme yapılan hastaların yaş ortalaması 42,85±14,66, BKİ ortalaması 27,06±7,01, çoğu erkek (16 hasta), %50’si evli, orta öğretim(ortaokul+lise) alanların sayısı daha fazla (13 hasta), hastaların hiçbiri çalışmıyor, sigara ve alkol

kullanmayanların sayısı daha fazla (sırasıyla 14, 13 hasta), başka hastalığı olan 14 hasta bulunmaktadır (Tablo 9).

Hastaların ameliyat öncesi şikayetlerden iyileşmeyen yara (12 hasta) çoğunluğu oluşturmaktadır. Ampütasyon nedeni olarak; diabetik ayak, travma ve periferik arter hastalığı daha fazla bulunmaktadır (sırasıyla 5, 5, 4 hasta), çoğu bir kez ampüte olmuş (13 hasta), hastaların geneli iki yada üç yıldır ampüte (sırasıyla 7, 6 hasta), yarısından fazlası diz altı ampüte (11 hasta), protez kullananların sayısı daha fazla (12 hasta) (Tablo 10).

### **6. 3. 2. Alt Ekstremitte Ampütasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Sorunlar**

#### **6. 3. 2. 1. Ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler**

‘Ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler’ alt ekstremitte ampütasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunların bir ana kategorisi olarak belirlenmiştir. Bu ana kategori için; ‘Ampütasyon yapılacağını söylediklerinde ne düşündünüz, neler hissettiniz?’ sorusu ile ‘İlk tepkiniz ne oldu?’ sorusu, verilen yanıtlarda benzer ifadeler bulunduğu için birleştirildi. Bu ana kategori toplamda 104 atıf aldı. ‘Ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler’ ana kategorisi altında duygusal tepkiler, düşünceler ve davranışsal tepkileri olarak üç alt kategori oluşturuldu. Ampütasyon sebebi trafik kazası olması nedeniyle 6 hasta bu soruyu yanıtızsız bıraktı.

#### **6. 3. 2. 1. 1. Duygusal tepkileri**

‘Duygusal tepkiler’ hastaların ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler ana kategorisinin ilk alt kategorisi olarak belirlendi. Bu alt kategori hastaların tümünden toplamda 30 kez atıf aldı. Hastalar duygusal tepkilere dair ‘üzüldüm, yıkıldım, kendimi kötü hissettim, kendime kızdım, dünyam başıma yıkıldı, damdan düşmüş gibi hissettim’ gibi olumsuz duygulardan bahsettiler. Bir hasta ‘kurtulacağım için sevindim’ gibi olumlu bir duygudan bahsetti. En çok yaşanan olumsuz duygu 10 kez ifade edilen ‘Üzüntü’ duygusudur. Bu duygulardan bahsederken hastaların ifadeleri genel olarak nettir. Üzüntüye dair bazı hastaların ifadeleri şu şekildedir;

Hasta 1:



*'Bir hafta üzüldüm. Sıkıldım. Aklıma kötü şeyler geldi...'*

Hasta 2:

*'...üzüldüm çok üzüldüm psikiyatriye yolladılar beni...'*

Hasta 4:

*'Çok kötüydü, insan kötü oluyor kötü hissediyor'*

Hasta 7:

*'Önce olmasın istedim, sonra ağrılarım aklıma geldi ağrıdan uyuyamıyordum, yapılacak bir şey kalmadı diye düşündüm ve karar verdim.'*

Hasta 12:

*'Damdan düşmüş gibi hissettim bir anda dünyam başıma yıkıldı, insanın dünyası kararıyor gözüne bir perde iniyor her şey bitmiş gibi...'*

Hasta 15:

*'Üzüldüm, ağladım, kendimi kötü hissediyordum'*

Hasta 18:

*'Dünyam başıma yıkıldı. Doktorlara çok kızdım onlar yüzünden...'*

Hasta 19:

*'Benim felsefem biraz farklıdır. Ağrılarımdan kurtulacağım için sevinmişim.'*

Hasta 20:

*‘İki üç saat ağladım. Kendime kızdım. Şekerimi kontrol altına almamıştım nasırlarım vardı yoldum, bu yüzden kendime çok kızgınım.’*

### **6. 3. 2. 1. 2. Düşünceleri**

‘Düşünceler’ hastaların amputasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkileri ana kategorisinin ikinci alt kategorisidir. Bu alt kategori hastaların tümünden toplamda 39 kez atıf aldı. Hastalar düşüncelerine dair ‘olmasın istedim, aklıma kötü şeyler geldi, başka yol yok mu, para için bunu yapıyorlar, yanlış tedavi yapıldı, doktorlar yüzünden oldu, olmasın, engelli biri olacağım, yürüyemeyeceğim’ gibi olumsuz düşüncelerden 21 kez bahsetmişken ‘kurtulacağım, olması gerekiyor biliyorum, aldırمام lazım’ gibi olumlu düşüncelerden 18 kez bahsettiler.

Hasta 1:

*‘Hoca ya hayatın ya ayağın tercih et deyince yaşamum söz konusuysa hayatım tabi ki daha önemli diye düşündüm. Her şeye rağmen yaşamak önemli ve güzel. Aklıma kötü şeyler geldi ama her şey Allah’tan kimse başına ne geleceğini bilemez.’*

Hasta 3:

*‘Bir senede üç dört kez ameliyat oldum. Çok eziyet çektim. Hoca ayağınızı tamamen keseceğiz dediğinde kesilsin de kurtulayım artık diye düşündüm.’*

Hasta 8:

*‘Artık ben de ayağımı görüyordum ve olması gerektiğini düşündüm. Üzüldüm tabi ki ama gerekliydi biliyordum artık...’*

Hasta 10:

*‘Çok ağrı yapıyordu. Başka yollar yok mu diye düşündüm. Anjio yaptılar onun da sonucu kötü çıkmıştı. Yapacak bir şey yoktu. Başka bir seçenek olmadığını biliyordum. Ama bunu para için yaptıklarını düşünüyorum. Benden para aldılar. Sonra bir daha kesileceğini söylediler.*

Hasta 20:

*‘Anneme kızdım. Buna da şükür diyordu. ‘ne demek benim ayağım kesilecek. Bundan sonra engelli biri olacağım. Yürüyemeyeceğim’ dedim ona.’*

### **6. 3. 2. 1. 3. Davranışsal tepkiler**

‘Davranışsal tepkiler’ hastaların amputasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkileri ana kategorisinin üçüncü alt kategorisidir. Bu alt kategori hastaların tümünden toplamda 35 kez atıf aldı. Hastalar davranışsal tepki olarak ‘Psikiyatriye gittim, yemedim içmedim, bağırdım, çağırdım, ağladım, ani kilo verdim, sustum, başka doktora gittim, anjio yaptırdım, olmasın dedim, anneme kızdım gibi olumsuz davranışlardan 23 kez, ‘yapalım dedim, hemen kesin dedim’ gibi olumlu davranışlardan 12 kez bahsettiler.

Hasta 2:

*‘...bir ay yattım on sekiz kilo verdim. Yemedim içmedim. Beni psikiyatriye yolladılar.’*

Hasta 6:

*‘Sustum, hiçbir şey söyleyemedim. Ağladım. Eşim de yanımdaydı ağladık birbirimize bakıp.’*

Hasta 16:

*‘Bir ay ağladım, bağırdım, çağırdım, istemedim. Böyle kalsa da olur dedim. Bir ay öyle kaldı. Sonra ailem beni Psikoloğa götürdü. Doktorlar olması gerektiğini anlattı. Onlar beni ikna etti yoksa ölebilmişim. Çocuklarım istedi çok ısrar ettiler. Ben de en sonunda tamam dedim.’*

Hasta 19:

*‘Herhangi bir tepki göstermedim. Hatta hemen kesin dedim. Daha iyi olacaksa hemen kesin.’*

### **6. 3. 2. 2. Ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar**

‘Ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar’ alt ekstremite ampütasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunların bir ana kategorisi olarak belirlendi. Bu kategoride psikolojik olarak duygulanım durumları, fantom hissi ve ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar olarak üç alt kategori oluşturuldu.

#### **6. 3. 2. 2. 1. Duygulanım durumları**

Ampütasyon operasyonunun hemen ardından hastaların kendilerine geldiklerinde ve bacaklarını ilk kez gördüklerinde neler hissettiğini içeren bu alt kategori için hastalara ‘Ampütasyon yapıldıktan sonra ilk neler hissettiniz?’ sorusu yöneltildi. Hastalardan alınan cevaplar ağırlıklı olarak kötü deneyimleri içermektedir. Bunların başında ‘Gelecek kaygısı’ ve ‘Üzüldüm’ ve ‘öfkeliydim’ ifadeleri gelmektedir. Bu ifadeler 6’şar kez atıf almıştır. ‘Tek vücut kaldım’ ifadesi 5; ‘hayatım söndü’ ifadesi 4, ‘dünyam yıkıldı’, ‘kötüydim’, ‘yaşamak istemedim’ gibi ifadeler 2’şer atıf aldı. Aynı zamanda hastalar ‘hayattan bıktım, hayal kırıklığı yaşadım, tekerlekli sandalyeye mahkûmum artık, ben yaşıyor muyum ki şimdi, hep uyumak istiyorum’ gibi düşünceleri ifade ettiler.

Hasta 1:

*'Bundan sonra ne olacağım acaba, hayat yüzüme gülecek mi? Sonuçlarım iyi gelecek mi? Hayatıma devam etmek istiyorum diye düşündüm.'*

Hasta 5:

*'Hayattan kopmuş gibi hissettim kendimi. Hayatımın söndüğünü, bacağımanın artık olmadığını, hiçbir şeyin artık eskisi gibi olmayacağını düşündüm.'*

Hasta 10:

*'Hayattan bıktım. Çok üzüldüm. Tek vücut kaldım. Hayal kırıklığına uğradım. Devlete yirmi yedi sene hizmet vermişim. Bu kadar üzülmediğim olmamıştı.'*

Hasta 12:

*'Yanımda hiç kimseyi istemedim, eşimi bile istemedim, beni bırak git dedim. Çocuklarımı aradım açmadılar çok kötü hissediyordum. İnsanın dünyası yıkılıyor. Koca bir çınar gibiydim. Hani herkes gelir oturur ya çınarın gölgesine ben öyleydim. Yıkılmaz derlerdi ama yıkıldım işte. Artık kimse kalmadı etrafımda. Sanki çınara bir kurt girmişte yemiş bitirmiş gibi. Benimki de öyle oldu işte.'*

Hasta 13:

*'İşim doğrusu hayatımın bittiğini düşündüm. Tek ayakla ne yapacağım tekerlekli sandalyeye mahkûm oldum. Hayatımın bittiğini düşündüm. Ben bittim. Hayatım karardı diye düşündüm.'*

Hasta 14:

*'O zamanlar ilaç kullanıyordum. Protez takarım hayatıma devam ederim diye düşünmüştüm. Doktorlar kullanabileceğimi söylemişti ama şimdi öyle düşünemiyorum. Öncesinde de intihara meyilli biriydim'*

*zaten. Ampütasyon olacağımı bilsem ölüürüm daha iyi derdim. Fişimi çekin öyle olacaksam yaşamak istemiyorum derdim.'*

Hasta 16:

*'Her şeyi düşündüm. Kimsenin yüzüne bakamadım. Yaşamak istemiyordum. Beni denize atın dedim. Ben yaşıyor muyum ki şimdi sadece öbür dünyaya gitmeyi bekliyorum. Bunun için hep uyumak istiyorum.'*

Hasta 18:

*'Eksiklik hissettim. Evet, tam olarak bu eksiktim artık.'*

Hasta 20:

*'Ağrım çok vardı. Ve kızgınlığım hala devam ediyordu. Ve hep kendime kızdım. Genel bir asabiyet halim vardı. Ayağımı aşağıya sarkıtamıyor, hareket ettiremiyordum. Bu beni iyice kızdıyordu.'*

Hastaların cevapları arasında sorun olmadığına dair ifadeler de bulunmaktadır. 'Gelecekte umutlu olmak'a dair yedi atıf, 'kötü olmadım' ifadesine üç atıf vardır. Bunların yanında 'hazırdım, kendimle dalga geçtim, yapacak bir şey yoktu artık zaten, spora başlayacağım hemen' gibi ifadeler de kullandılar.

Hasta 6:

*'Dalga geçtim bacağımınla küçücük kalmış bacağım küçülmüş dedim eşime...'*

Hasta 19:

*'Hemen ilaçlarıma başladım. Hiç olumsuz düşünmedim her şey daha iyi olacak bundan sonra diye düşündüm. Hemen spora bile başladım.'*

Bazı hastalar iyi ya da kötü bir düşünceden bahsetmemiş, 'hatırlamıyorum' (6 atıf) 'çok ağrım vardı' (4 atıf) ifadelerini kullanmışlardır.

### 6. 3. 2. 2. 2. Fantom hissi

Ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunların ikinci alt kategorisi olan 'Fantom hissi' alt kategorisi için hastalara 'kesilmiş olan ayağınızın ağrıdığını kaşındığını hissettiğiniz oldu mu?' sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya alınan yanıtlarda 'Fantom ağrısı' 20 atıf, 'fantom hissi' 14 atıf, 'kaşınma' 11 atıf, 'yanma/uyuşma' 6 atıf ve 'sıkışma/zonklama' 5 atıf almıştır.

Hasta 1:

*'İlk zamanlar çoktu, ilk aylar çok oldu. Bazen kaşınıyor, bazen parmaklarım oynuyormuş gibi hissediyorum. Bazen otururken oluyor. Sandalyeye otururken düşüyorum. Üç dört kez böyle oldu alışınca azaldı. Şimdi çok az oluyor bunlar.'*

Hasta 3:

*'Ağrılarım oldu. Ayak tabanımda ve yandan basınç yaptığını hissediyordum, ağrı yapıyor. Biraz azalmıştı ama şimdi protezimi taktığımda yine oluyor bazen.'*

Hasta 11:

*'İlk zamanlarda özellikle ağrım çok oldu. Kesilen ayağımın ağrısını çok hissettim, ayağım hala varmış gibi ağrım oluyordu. Huzursuzluk veren bir ağrıydı. Hatta ameliyatımda sorun olduğunu düşündüm. Ayağımla beynim arasında sanki ayrıca bir ağrı hissi gelişmiş gibiydi.'*

Hasta 14:

*'Şimdilerde azaldı ama daha önce daha çoktu. Komple ayağımın olduğunu hissediyorum, parmaklarım sıkışıyor sanki topuğuma iğneler basıyormuş gibi hissediyorum. Şimdi günde iki defa falan oluyor. Ama yine de kesilen yere biri dokunduğunda ayağıma dokunuyor gibi hissediyorum.'*

Hasta 15:

*‘Sadece varmış gibi hissettim. Ağrım olmadı. Üzerine basma isteği vardı. Sanki hiçbir şey olmamış gibi kalkıp yürüyebileceğim gibi geliyordu.*

Hasta 20:

*‘Bir hafta kadar oldu. Birden bir kramp giriyor ya da kaşınma oluyordu. Bir gün uyuyordum yemin ederim ki parmaklarım kaşındı. Ama elimi attığımda bir şey yoktu. Güdüğümü kaşıyorum. Ama kaşınan yer orası değil ki. Çok tuhaf bir his, çok zor anlatması. Güdükte sancı yok. Ama ağrı hissediyorum. Kaşındığını hissediyorum.’*

### **6. 3. 2. 2. 3. Ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar**

Ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunların son alt kategorisidir. Ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar alt kategorisi için hastalara ‘Ampütasyon yapıldıktan hemen sonra ilk olarak ne tür şikâyetleriniz oldu?’ sorusu soruldu. Hastalar ameliyat bölgesi sorunları ile ilgili en çok mobilizasyon sorunlarından bahsettiler. ‘Mobilizasyon’ 13 atıf, ‘yara açılması’ 10 atıf, ‘ağrı’ 10 atıf, ve ‘enfeksiyon, akıntı, kanama’ gibi sorunlar ise toplamda 12 atıf aldı.

Hasta 2:

*‘İnsanın bütün fizyolojisini bozuyor. İhtiyaçlarımın hiçbirini karşılayamadım. Başkasına muhtaç olmak çok kötü bir şey.’*

Hasta 4:

*‘Ağrı oldu. Kesilen yerin ağrısını uzun süre hissettim. Ama kendi ihtiyacımı karşılayabiliyordum.’*

Hasta 5:



*'Ayağa kalkamamak, istediğim şeyi yapamamak beni olumsuz etkiledi. Koltuk değneği istedim ama onunla da olmadı. Dışarıya çıkmak bile istemedim.'*

Hasta 11:

*'Aslında ağrıdan kurtulmuştum. Oturma pozisyonlarımı bile değiştirmiştım. Uzanarak uyuyamıyordum. Onu bile başardığım için çok mutluydum. Ama iki hafta sonra dikişlerim açıldı. Her şey sil baştan tekrarlandı. Ağrılarım tekrar başladı.'*

Hasta 14:

*'Yara kapanmadı. Enfeksiyon oldu. Tekrar tekrar hastaneye yatma zorunda kaldım. Yara kapanmadı. Greft yapıldı. O bile tutmadı. Yaramın kapanması çok zaman aldı.'*

Hasta 17:

*'Hafif bir kanamam vardı. Akıntım ve ağrım bir süre devam etti o zamanlarda daha zor hareket ediyordum. Hep bir şey olacak korkusu vardı.'*

Hasta 18:

*'Uyuyamıyordum. Ameliyat yerimden dolayı. Oturarak uyumak zorunda kalıyordum. Çünkü düşüyordum. Bir kere düştüm ve yaram tekrar açıldı.'*

### **6. 3. 2. 3. Taburculuk sonrası sorunlar**

'Taburculuk sonrası sorunlar' alt ekstremite amputasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunların bir ana kategorisi olarak belirlendi. Bu kategori evde bakımda yaşanan sorunlar, gelecek ile ilgili değişiklikler, sosyal destekler ve güdük bakımı olarak dört alt kategoriyi içermektedir.

#### **6. 3. 2. 3. 1. Evde bakımda yaşanan sorunlar**

Taburculuk sonrası sorunlar ana kategorisinin ilk alt kategorisi ‘evde bakımda yaşanan sorunlar’ dır. Bu alt kategori için ‘Ameliyattan sonra kendi bedeninize ilişkin bakışınız nasıl etkilendi?’ sorusu ile ‘taburcu olduktan sonra evde ameliyatınıza ilişkin ne tür sorunlar yaşandı?’ sorusunun cevapları benzer sorunları içerdiği için birleştirildi.

Evde bakımda yaşanan sorunlar ile ilgili hastalar en çok yatma pozisyonu, düşme, banyo/WC’ye gitme gibi sorunları içeren ‘mobilizasyon’dan bahsettiler. ‘Mobilizasyon’ 39 atıf ve ‘yarım kalmışlık hissi’ 27 atıf aldı. Ağrı, birçok kategoride olduğu gibi burada da atıf aldı (6 kez).

Hasta 5:

*‘Eksik hissediyorum yarım insan gibi görüyorum kendimi artık...’*

Hasta 6:

*‘Aslında bakışım çok değişmedi bence ama kapasitemin dörtte üçe düştüğünü düşündüm. Benim yapmam gereken işleri bu halde olduğumdan yapamaz oldum. Mesela sobayı ben yakardım ama şimdi eşim ilgileniyor bu ve bunun gibi işlerle.’*

Hasta 7:

*‘Kendimi aciz hissettim. Ne yaparım nasıl devam ederim ne işe yararım diye düşündüm. İlk zamanlar koltuk değneği ile kalkmaya çalışıyordum ama düştüm. Bir daha da kalkmadım zaten...’*

Hasta 10:

*‘Psikolojik olarak değişti her şey, hayal kırıklığı yaşadım. Banyo yapmak tuvalete gitmek zor oluyor. Bazen sinir bozuklukları oluyor. Kızgın oluyorum. Ailem daha sinirli olduğumu söylüyor.’*

Hasta 11:

*'Kendimi kötü hissediyorum. Artık istediğim her şeyi yapamayacaktım. Kızımın okuluna onu almaya gidemeyecektim mesela.'*

Hasta 12:

*'Tabi ki değişti. Normal sağlıklı bir insan değilim artık. Her şey farklı bir yarım kalmışlık var. Her şeye yetemiyorum. Yarım bir adam oldum ben. Kalkıp yürüyemedim düştüm. Tuvalete gidemedim. Dışarıya çıkamadım. Eş dost ziyareti bile yapamadım. Hiçbir şey yapmıyorum artık.'*

Hasta 16:

*'Ben yarımım artık. Bunaldım. Köyüme geri gitmek bile istemedim. Kimseler görmesin beni dedim. Beni nasıl bileceklerdi. Artık kimseyi görmek istemiyordum. İzmir de öleyim gideyim istiyordum. Kendi kendime bakamıyordum. Kilomda çok zaten hareket bile edemiyordum zaten.'*

Hasta 17:

*'Hayatımın kısıtlanacağını düşündüm. Ben çok hareketli bir insandım. Aktif bir yaşamım vardı. Artık bazı şeyleri yapamayacaktım. Eskisi gibi hareket edememek beni engelli gibi hissettiriyordu. Abdest alırken banyodan çıkarken yardıma ihtiyacım oluyordu. Kendi kendime yemek yapamıyorum mesela. Otururken duş yapabiliyorum ama banyoya girip çıkarken yardıma ihtiyacım oluyor. İlk zamanlar daha zordu. İki kere düştüm. Ama şimdi şort giyip bara bile gidebiliyorum.'*

Hasta 18:

*'Psikolojim bozuldu. Aynaya bakınca burukluk hissediyorum. Sigaraya başladım. Çok kilo aldım. Daha kötü oldu her şey. Baston kullanmaya alışamadım. O yüzden kendi işlerimi yapamadım. Evim üçüncü katta inip çıkamıyorum. Hareket etmek zordu. Protez kullanmaya başladıktan sonra biraz toparladım.'*

Hasta 20:

*'Bir hafta sonra eşim evden kovdu. Annemin yanına geldim. Kendimi işe yaramıyor gibi hissettim. Bir ömür boyu başkaları için çalıştım. Artık çok büyük yeminim var. Kendim için yaşayacağım. Çok büyük paralara ihtiyacım yok. İş artık ikinci planda. Önce can sonra canandı. Ama artık sadece can. Artık kendim birinci plandayım. Başka kimseye ihtiyacım yok... ...Ağrımdan dolayı çok hareket edemedim. Kendime bakamadım. Hatta bu yüzden dediğim gibi karım evden kovdu. Annemin yanına geldiğimden beri çocuklarımla ilgili ne görürsem ağlıyorum. Çok ağlak biri oldum. Her şeye ağlıyorum galiba. Aşırı duygusallaştım. Psikolojim bozulmuştu.'*

Bunların yanında 21 yaşında olan sadece bir hasta sosyal hayatının değiştiğinden bahsetti.

Hasta 4:

*'Her açıdan etkilendi, bir ilişkiniz bile olamıyor mesela, mesela arkadaşlarımla yanına çıkamıyorum. Kendimi kötü hissediyorum çünkü onların yaptığını yapamıyorum. Onlardan geri kalıyorum.'*

### **6. 3. 2. 3. 2. Gelecek ile ilgili değişiklikler**

'Gelecek ile ilgili değişiklikler', taburculuk sonrası sorunların ikinci alt kategorisidir. Bu kategori için hastalara 'Ameliyattan sonra geleceğinizle ilgili ne düşündünüz?' sorusu yöneltildi. Hastalar amputasyon sonrası geleceğe dair en çok karamsar düşüncelerden bahsettiler. 'Karamsarlık' 35 atf almışken her şeyin daha iyi

olacağına dair ‘umutlu olma’ 17 atıf aldı. Geleceğe dair spor yapma, dışarı çıkıp gezebilme gibi planları olan hastalar ‘hedefi olanlar’ olarak 5 atıfta bulundular.

Hasta 1:

*‘Hep iyi şeyler düşündüm. Protezime takılacak daha iyi olacak. Eskisi gibi olacağım diye düşünüyorum.’*

Hasta 2:

*‘Gelecek diye bir şey yok artık benim için. Geleceğim huzurevi, huysuz bir adam olup kalacağım huzurevlerinin birinde. Artık dışarı çıkmak bile istemiyorum. İnsanlarla konuşmuyorum, karşılaşmak istemiyorum. Selam bile vermiyor artık komşularım.’*

Hasta 4:

*‘Çalışamıyorum bile. Karanlık benim için gelecek, hiçbir şey yok, olmayacak artık gibi gözüküyor.’*

Hasta 5

*‘Hayatımdaki her şey kısıtlandı. İşimi yapamıyorum denize giremiyorum mesela. Her şey kısıtlı artık. Futbol oynayamıyorum. Arkadaşlarımla dışarı çıkamıyorum. Ölmeyecek kadar devam edebiliyorum artık hayatıma fazlası yok artık benim için.’*

Hasta 11:

*‘Hayatımın düzene girebilmesini istiyorum. Kızımın planlar yapmak istiyorum. Kötü şeyler olmasın istiyorum. Her şey daha iyiye gider inşallah.’*

Hasta 12:

*‘Geleceđime dair her Őey karanlık o konuda çok karamsarım. Hiçbir Őey iyi olacakmıŐ gibi hissetmiyorum. Her konuda karamsarlık var. Artık geleceğimi dűŐünmek istemiyorum.’*

Hasta 17:

*‘Geleceđe dair endiŐelerim var. Eskisi gibi bir geleceğim olmayacaktı, artık motor kullanamayacaktım. En çok bu dűŐündürüyordu beni. Sürekli ayağımı sıkan bir ayakkabı giymek zorundaymıŐım gibi bu his, onunla yaŐamayı öğrenemem gerekiyordu.’*

Hasta 18:

*‘Protez takıldıktan sonra umut edebiliyorum artık. Mutlu bir geleceğim olabilir. Her Şey iyi gidecek inşallah. Ama protezden önce hiçbir Şey düzelmeyecek gibi geliyordu. Hep başkalarının yardımına ihtiyacım vardı. Kendim etmiŐtim kendim bulmuŐtum. Kendim ekiyordum.’*

Hasta 19:

*‘Artık geleceđe dair bir beklentim yok ben bugűnü dűŐünüyorum artık yarın ne olur diye dűŐünmüyorum. Kendi heybemi doldurmaya çalıŐıyorum. Çocuklarım var torunlarım var. Onlarla güzel Őeyler yapabilmek güzel anılar biriktirmek için uđraŐıyorum.’*

### **6. 3. 2. 3. 3. Sosyal destekler**

#### **6. 3. 2. 3. 3. 1. Ailenin sosyal desteği**

Ailenin sosyal destek durumu için hastalara ‘Ailenizin size karşı tepkisi nasıldı?’ sorusu yöneltildi. ‘Ailenin ilgisinde artış’ a dair 42 atıf alındı. ‘Ailenin ilgisinde azalış’ a dair ise sekiz atıf alındı. Bunların yanında dört hasta da sadece ailelerinin çok üzüldüğünden ve destek olabilecek durumda olmadıklarından bahsettiler.

Hasta 1:

*'Abilerim annem hepsi çok iyi. Ben razıyım onlardan. Benim mutlu olmam için her şeyi yapıyorlar. Onların sayesinde mutluyum, bu kadar iyiyim.'*

Hasta 3:

*'Çok daha iyi olduk. Hanım daha düşkün oldu. Hanımın haklarını ödeyemem. Elinden gelenin beş fazlasını yapıyor. Her şeyimle o ilgileniyor. Eskisinden daha çok uğraşılıyor.'*

Hasta 6:

*'Herhangi bir tepki göstermediler. Aksine daha yumuşak davrandılar. Daha mütevazı oldular.'*

Hasta 7:

*'Hepsi yardımcı oluyor. Oğlum yardımcı oluyor destek olmaya çalışıyor. İnternette protezleri falan gösteriyor...'*

Hasta 11:

*'Annem çok üzüldü ama yanımda oldular hep yardım ettiler. Benim tek düşündüğüm kızımdı, kızım görmesin diye bacağımın üstünü kapattım. Üzülmesini istemiyordum ama gördüğündeki ilk tepkisi "tombiş olmuş" dedi, bacağımı seviyor onun üzülmediğine çok seviniyorum.'*

Hasta 12:

*'Çocuklarım beni arayıp sormadı bile! Onların yaptığı apayrı bir şey. Sanki başka dünyalarda yaşıyoruz. Görmeye bile gelmediler. Hacıya gitmiş gelmiş abim bile arayıp sormadı. Tekrar hacıya gitmesi lazım herhalde! Ablam geldi uzaktan bir geçmiş olsun dedi gitti. Sadece şimdiki eşim yanımda, bana da o bakıyor zaten.'*

Hasta 14:

*‘Aslında çok da iyi sayılmaz. Ben motor kazasında kaybettim ayağımı ve motor yüzünden bu kadar borç içindeyim. Bu yüzden abimle ve babamla konuşmuyoruz. Ama annem çok üzülüyor halime o hep yanımda.’*

Hasta 17:

*‘Ailemin desteği beni ayakta tuttu. Annemle yaşıyorum zaten. Her şeyime yardımcı oluyor. O olmasa bu kadar iyi olmazdım sanırım.’*

### **6. 3. 2. 3. 3. 2. Çevrenin sosyal desteği**

Çevrenin sosyal desteği durumunu tespit etmek adına hastalara ‘Aileniz veya yakınlarınız dışında, toplumdaki diğer insanların size karşı tepkisi nasıldı?’ sorusu yöneltildi. ‘Çevrenin ilgisinde artış’ a dair 21 atıf alınmışken ‘Çevrenin ilgisinde azalış’ a dair 32 atıf aldı.

Hasta 5:

*‘Unutmaya çalışıyorum ama tekrar hatırlatıyorlar. Ayağın yok değil mi şimdi diye soruyorlar. Daha çok canım sıkılıyor. Tanıdıklarım yanımda ama bana acıyorlar hissi var. Ben öyle hissediyorum yani.’*

Hasta 6:

*‘Diğer insanların bakışlarından bana acıdiklarını anladım. Buna tepki gösterdim bana acımayın dedim. Öyle davranmayın dedim.’*

Hasta 7:

*‘Hepsi değil ama bazıları rahatsız ediyor. Bulaşıcı hastalık gibi bakıyorlar. Hoş geldin derken bile uzaklar. Sanki yaklaşmak istemiyorlar. Rahatsız oldukları belli. Ben de hanıma çay yapma çabuk kalkarlar diyorum.’*

Hasta 10:



*‘İyi davranıyorlar hepsi seviyor beni uzun süredir tanıyoruz zaten komşularımızı. Hepsi ile aramız iyi. Muhtar adaylığım bile oldu. Ama olmadı.’*

Hasta 11:

*‘Merakını gidermek için soru soran çok insan var onlara çok tepki gösterdim. Yüzlerine bile bakmak istemedim, onların o bakışları kendimi kötü hissettiriyor. Ben iyi olmak istedikçe onlar benim canımı sıkıyor.’*

Hasta 13:

*‘Sık sık ziyaretime geldiler benim çevrem çok geniştir aramaları sormaları beni mutlu ediyor bir mesaj atmaları bile beni iyi hissettiriyor.’*

Hasta 15:

*‘Herhangi bir tepki göstermediler, yadırgama yoktu. Normaldi her şey. Aradılar sordular...’*

Hasta 16:

*‘Fesat olanların içini okurum ben. Öyle olanlar hemen gelip gittiler zaten. Çok durmadılar. İnsanların acırmış gibi bakması beni daha da kötü yapıyor. Ölsem daha iyi diyorum.’*

Hasta 17:

*‘Bakış açıları acıma şeklindeydi hep. Beni ilk zamanlar çok etkiledi. Ağladım çok ağladım onlar yüzünden. Ama zamanla alıştım. Artık insanların bakışları beni etkilemiyor.’*

Hasta 19:

*‘İyiler, olumlular. İyilik yapıp yardımcı olmaya çalışıyorlar. Sigaradan olduğunu söyleyip ibret alın diyorum onlara sigarayı bile bıraktırdığım oldu.’*

#### **6. 3. 2. 3. 4. Güdük bakımında yaşanılan sorunlar**

##### **6. 3. 2. 3. 4. 1. Güdük bakımında yaşanılan psikolojik sorunlar**

Güdük bakımında yaşanılan psikolojik sorunlar alt kategorisi için hastalara ‘Güdük bakımını kim yapıyor? Eğer siz yapıyorsanız güdük bakımını yapmak sizi nasıl etkiliyor? Eğer yakınlarınız yapıyorsa güdük bakımını onların yapmasından nasıl etkileniyorsunuz?’ soruları yöneltildi. Hastaların 12’si güdük bakımını kendisi yaparken, altı hastanın aile yeleri, iki hastanın ise sağlık personeli tarafından yapılmaktadır. Hastaların 14’ güdük bakımından etkilenmediğini ifade ettiler. Kalan altı hasta ise ‘Kötü olma’ya 11 atıf, ‘zlyorum’ a beş atıf, tekrar kötü olacağına dair ‘korku’ ya ise üç atıfta bulundular.

Hasta 2:

*‘Kendi bakımımı kendim yapıyorum. Önceden kötü oluyordum. Canım sıkılıyordu. Geçti artık şimdi öyle değil.’*

Hasta 4:

*‘Kendim yapıyorum. Kendimi kötü hissediyorum dokundukça acayip hissediyorum kendimi. Eksikliğimi görüyorum sanki orda.’*

Hasta 5:

*‘Bir ay kadar kendim yaptım. Bir problem olmadı. Sorun olmadı.’*

Hasta 6:

*‘Eşimle beraber yapıyoruz. Etkilemiyor, olumsuz bir şey hissetmiyorum. Eşim hep yardımı bana.’*

Hasta 7:

*‘Sadece oğlum yapıyor. O da askerden yeni geldi. Çocukların eline kaldım diye üzölüyorum. Genç yaşta onlara muhtaç oldum. Bu beni üzüyor.’*

Hasta 9:

*Hep doktorlar yaptı pansumanımı, aslında ben de yapardı ama doktorlara yaptırmak istedim. Onlar yaparken bir şeyden etkilenmedim.*

Hasta 12:

*‘Eşimle beraber yapıyoruz çok acı hissediyorum hala ağrıyor kendi kendimden nefret ettiğim oluyor kendimi sevmiyorum kendimi böyle görmek çok üzüyor.’*

Hasta 14:

*‘Çoğu zaman kendim yapıyorum. Kötü şeyler geliyor aklıma. Böyle yaşamaya gerek yok diye düşünüyorum. Varlığım hiçbir işe yaramıyor gibi hissediyorum.’*

Hasta 16:

*‘Eşim yaptı. Çocuklarım yaptı. Üzölüyorum çok üzölüyorum ayağımı görünce. Dünyam başıma yıkılıyor ben onlara muhtacım artık.’*

Hasta 18

*‘Kendim yapıyorum. Ara ara gerginlik hissediyorum. Neden ben diye düşünüyorum. Kendimi sorguluyorum.’*

Hasta 20:

*'Etkilenmiyorum. Kendim yapmayı seviyorum. Hassas olan yerleri kendim daha iyi biliyorum. Sadece tekrar enfeksiyon olabilir diye korkuyorum.'*

#### **6. 3. 2. 3. 4. 2. Güdük bakımında yaşanılan fiziki sorunlar**

Güdük bakımında yaşanılan fiziki sorunlar için hastalara 'Güdük bakımı verirken yaşadığınız sorunlar nelerdir?' sorusu yöneltildi. Hastaların 13' bu konuda sorun yaşamadığını dile getirirken kalan yedi hasta pansuman malzemesi açısından 'Maddi sorunlar' a 11 atıfta bulundular.

Hasta 2:

*'Gelir durumum belli, pansuman malzemesi için çok bir Şey alamadım. Kimsem de yoktu zaten alacak.'*

Hasta 6:

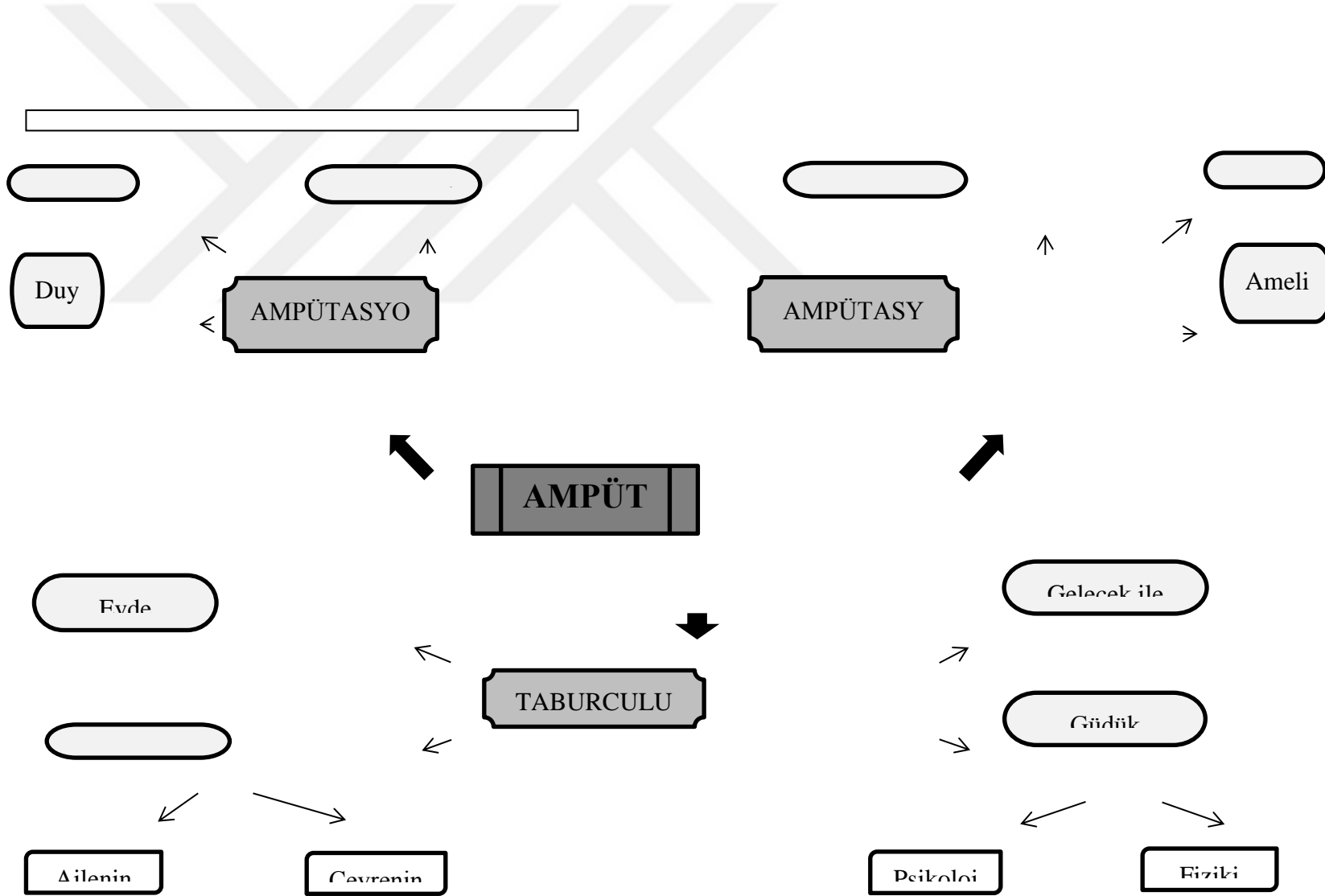
*'Pansuman malzemelerini almakta sıkıntı yaşadık. Pahalı bu tür malzemeler. Durumum çok olmayınca alamıyordum bazen az pansuman yapıyordum.'*

Hasta 14:

*'Tamamen maddi sorunlarım var. Span alacak param yok, bakkaldan borç aldım onu da deyemiyorum zaten.'*

Hasta 17:

*'Kendim yapıyorum. Sorun olmuyor. Ama bu işlerde maddiyat çok önemli. Maddi durumum olmasaydı, sorunlar olabilirdi.'*



Şekil 4. Hastaların Ampütasyon Sürecinde Yaşadığı Sorunlar

( )= Atıf sayısı

## 7. TARTIŞMA

Alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların beden imajı ve yaşam kaliteleri ile yaşadıkları sorunların incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, veri toplama sürecindeki gözlemler, deneyimler ve literatür doğrultusunda tartışıldı.

### 7. 1. SF-36 YKÖ ALT BOYUTLARI VE AVİS PUANLARININ TARTIŞILMASI

Bu çalışmada yaş ortalaması  $47,23 \pm 16,08$  olan, 1 ay ile 36 ay arası değişen süredir (0-3 yıl arası) ampute olmuş 30 hastanın Sf-36 YKÖ alt boyutları sonuçları; fiziksel fonksiyon  $30,11 \pm 20,00$ ; sosyal fonksiyon  $36,66 \pm 27,45$ ; fiziksel rol  $18,33 \pm 30,03$ ; emosyonel rol  $37,77 \pm 22,71$ ; mental sağlık  $48,0 \pm 22,89$ ; enerji  $36,50 \pm 20,64$ ; ağrı  $48,13 \pm 28,3$  ve genel sağlık  $43,96 \pm 28,59$  olarak bulundu.

Akarsu ve arkadaşlarının tek taraflı ve çift taraflı ampüte hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları çalışmada, yaş ortalaması  $27,3 \pm 6,6$  olan ve ortalama 108 aydır (9 yıl) askerlik görevi sırasında mayın patlaması ve ya ateşli silah yaralanması sebebiyle tek taraflı ampüte on beş hastanın SF-36 YKÖ alt boyutları ortalamaları; fiziksel fonksiyon 48,8; sosyal fonksiyon 46,3; fiziksel rol 56,2; emosyonel rol 55,3; mental sağlık 43,6; enerji 53,8; ağrı 51,6; genel sağlık 50,9 bulunmuştur (Akarsu ve ark. 2014). Tekin'in tek taraflı amputasyon olan hastalar ile kurtarılmış ayaklı hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırdığı çalışmada, yaş ortalaması  $27,70 \pm 5,31$  olan ortalama 50 aydır (4,2 yıl) askerlik görevi sırasında mayın patlaması ve ya ateşli silah yaralanması sebebiyle tek taraflı ampüte 10 hastanın SF-36 YKÖ alt boyutları sonuçları: fiziksel fonksiyon  $66,50 \pm 17,33$ , sosyal fonksiyon  $68,95 \pm 18,00$ , fiziksel rol  $55 \pm 28,38$ , emosyonel rol  $53,10 \pm 39,13$ , mental sağlık  $65,20 \pm 8,65$ , enerji  $74,50 \pm 15,35$ , ağrı  $59,40 \pm 20,85$  ve genel sağlık  $72,70 \pm 15,12$  bulunmuştur (Tekin 2007). Demirdel'in yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması  $34,52 \pm 6,91$  olan, %60'ının ateşli silah

yaralanması nedeniyle, ortalama 13 yıldır amput e 120 hastanın sonuçları ise; fiziksel fonksiyon  $62,49\pm 20,81$ , sosyal fonksiyon  $75,30\pm 23,86$ , fiziksel rol  $59,37\pm 38,08$ , emosyonel rol  $60,28\pm 39,20$ , mental sağlık  $60,27\pm 20,21$ , enerji  $63,51\pm 22,28$ , ağrı  $63,77\pm 26,15$  ve genel sağlık  $63\pm 22,28$  şeklinde bulunmuştur (Demirdel 2012).

Sırbistan’da yaşı ortalaması  $65,36\pm 13,64$  olan 28 hasta ile yapılan bir çalışmada, SF-36 YK  alt boyutları ortalamaları; fiziksel fonksiyon  $40,18\pm 24,47$ , sosyal fonksiyon  $62,05\pm 26,67$ , fiziksel rol  $25,89\pm 39,37$ , emosyonel rol  $38,08\pm 41,29$ , mental sağlık  $56,92\pm 26,43$ , enerji  $48,57\pm 23,37$ , ağrı  $49,46\pm 22,99$  ve genel sağlık  $50,14\pm 23,89$  bulunmuştur (Knezevic ve ark. 2015). Sinha ve arkadaşlarının yaşı ortalaması  $43,7\pm 15,0$  olan ve ortalama 9 yıldır amput e yaklaşık 600 hasta ile yaptığı çalışmada, fiziksel fonksiyon  $67,43\pm 32,60$ , sosyal fonksiyon  $67,62\pm 32,44$ , fiziksel rol  $48,68\pm 45,18$ , emosyonel rol  $50,03\pm 46,02$ , mental sağlık  $70,38\pm 21,42$ , enerji  $66,59\pm 21,82$ , ağrı  $85,58\pm 27,15$  ve genel sağlık  $71,38\pm 23,58$  saptanmıştır (Sinha ve ark. 2014).

SF-36 YK  ile yapılan araştırmalardan çıkan sonuçlar yukarıda belirtildiği gibi değişiklik göstermektedir. Bu değişikliğin yaşam kalitesi bağımlı değişkenini etkileyen yaşı, süre, hasta sayısı gibi bağımsız değişkenlerin her çalışmada farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Özellikle Türkiye’de yapılan çalışmaların hasta grubunun tamamına yakınının askerlik görevi sırasında mayın patlaması ya da ateşli silah yaralanması sebebiyle amput e olduğu görülmüştür (Akarsu ve ark. 2014; Tekin 2007; Demirdel 2012). Türk insanı için askerlik görevinin ‘vatan borcu’ ‘vatani koruma’ ‘kutsal görev’ gibi anlamlarının olmasının amputasyonu kabullenmeyi kolaylaştırdığı bunun sonucu olarak da yaşam kalitesini yükseltmiş olabileceğini düşünülebilir. Bu çalışmadaki sonuçların diğer çalışmalardaki sonuçlara göre düşük değerlere sahip olmasının yaşı ortalamasının yüksek; adaptasyonu etkileyen amputasyon sebebinin ağırlıklı olarak vasküler hastalıklar (%46,6=diyabetik ayak+PAH) ve amputasyonun üzerinden geçen sürenin kısa (6 ay-3 yıl arası) olması gibi sebeplerden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Bu farklılıkların yanında çalışmalarda benzer olan durumlar da vardır. Bu çalışmada sekiz alt boyut arasında (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, mantal sağlık, enerji, ağrı, genel sağlık) ağrıyla ilişkili yaşam kalitesi en yüksek puanı aldı.

İkinci sırada mental sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üçüncü sırada ise genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi vardı. SF-36 YKÖ'nde genel olarak en yüksek puanlara sahip olan Sinha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da alt boyutlar arasında ağrıyla ilgili yaşam kalitesi en yüksek puanı almıştır. İkinci sırada genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üçüncü sırada ise mental sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin gelmesi bu çalışmayla benzerlik göstermektedir (Sinha ve ark. 2014). İncelenen beş çalışmanın (Akarsu ve ark. 2014; Demirdel 2012; Knezevic ve ark. 2015; Sinha ve ark. 2014; Tekin 2007) geneline bakıldığında ise bu çalışmada üçüncü sırada olan genel sağlık ile ilgili yaşam kalitesi beş çalışmanın üçünde ilk üç sıra arasında (Knezevic ve ark. 2015; Sinha ve ark. 2014; Tekin 2007); bu çalışmanın ikinci sırasındaki mental sağlık ile ilgili yaşam kalitesi incelenen iki çalışmada ilk üç sıra arasında (Knezevic ve ark. 2015; Sinha ve ark. 2014); ağrıyla ilgili yaşam kalitesi ise incelenen iki çalışmada ilk üç sıra arasında (Demirdel 2012; Sinha ve ark. 2014) yer almaktadır. Yine bu çalışmada alt boyutlar arasında en düşük puana sahip fiziksel role bağlı yaşam kalitesi incelenen beş çalışmanın üçünde de en düşük puana sahip olarak son sırada yer almaktadır (Demirdel 2012; Knezevic ve ark. 2015; Sinha ve ark. 2014). Bu sonuçlar SF-36 YKÖ'nin, genel olarak her ne kadar düşük puana sahip olsa da, alt boyut sıralaması açısından bu çalışmanın incelenen literatürle benzer olduğunu göstermektedir.

SF-36 YKÖ alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde fiziksel rol ve fiziksel fonksiyonla ilgili yaşam kalitesi en düşük puana sahip alt boyutlardır. Bu çalışmanın nitel bölümünden çıkan sonuçlarda da amputasyon sonrası 'mobilizasyon' tek başına en çok atf alan (52) sorundur. Mobilizasyon konusunda çok sık sorun yaşayan hastanın fiziksel fonksiyonları bozulmakta dolayısıyla yaşam kalitesi de düşmektedir. Alt boyutlar arasında en yüksek puan ise ağrıyla ilgili yaşam kalitesidir. Nitel bölümde de 'ağrı' çeşitli alt kategorilerde atf almıştır ancak atf sayısı her birinde düşük sayıda kalmıştır. Çalışmanın nitel kısmı hastaların ağrı çektiklerini ancak öncelikli sorunlarının ağrı olmadığını gösterirken nicel kısmı da ağrıyla ilişkili yaşam kalitesinin diğer alt boyutlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmanın nitel ve nicel bölümü sonuçların bu şekilde paralellik göstermesinin çalışmanın gücünü artırıcı bir etki olduğu düşünülebilir.



SF-36 YKÖ alt boyutları ile hastaların tanımlayıcı özelliklerinin analizi sonucunda; hastaların eğitim seviyelerinin yüksek, emekli/ ücretli, çalışıyor olanlar, yaşadığı yer ilçe veya il merkezi olanlar, alkol kullanmama, amputasyon sebebinin travma olanlar ve protez kullanımının erken döneminde olan hastalarda yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulundu.

Kişinin eğitim seviyesinin yüksek olmasının farkındalığını arttırdığı, emekli/ücretli/çalışıyor olmalarının maddi açıdan kısıtlı olmadıkları, yaşadıkları yerin ilçe veya il merkezi gibi sosyal olanakların çok daha geniş olması, farkındalığı yüksek ve maddi açıdan sıkıntısı olmayan hastalar için farklı uğraşı/gezi/vakit geçirme olanakları anlamına geldiğinden yaşam kalitesini arttırmada önemli rol oynadığını gösterdiğini düşündürmektedir.

Knezevic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada amputasyon seviyesinin SF-36 YKÖ alt boyutlarından genel sağlık ve fiziksel fonksiyon arasında anlamlı bir fark olduğu diz altı seviyesinden ampüte olanların genel sağlık ve fiziksel fonksiyonunun diz üstü seviyeden ampüte olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Knezevic ve ark. 2015). Bizim çalışmamızda amputasyon seviyesi ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Yine Knezevic ve arkadaşlarının çalışmasında, SF-36 YKÖ alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Knezevic ve ark. 2015). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, yaş ve cinsiyetin yanı sıra beden kitle indeksi, medeni durum, çocuk sayısı, yaşadığı ev tipi, sigara kullanma, kronik bir hastalık sahibi olma, ilaç kullanım durumu gibi faktörlerin de yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Yaş, beden kitle indeksi ve yaşadığı ev tipi gibi değişkenler hastanın hareketlilik düzeyini etkilemektedir. Bu çalışmadan çıkan sonuçta yukarıda sayılan fiziksel ve çevresel faktörlerin yaşam kalitesini etkilememesi, literatürde geçtiği üzere yaşam kalitesinin bir algı sonucu olmasından ve daha çok psikolojik faktörlerden etkilenmesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Knezevic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ampütasyon seviyesinin, SF-36 YKÖ alt boyutlarından genel sağlık ve fiziksel fonksiyon arasında anlamı bir fark olduğu diz altı seviyesinden ampüte olanların genel sağlık ve fiziksel fonksiyonunun diz üstü seviyeden ampüte olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Knezevic ve ark. 2015). Bizim çalışmamızda ise ameliyatlarıyla ilgili özelliklerden ampütasyon nedeni ile fiziksel fonksiyon arasında bir fark olduğu, ampütasyon nedeni travma olan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının, diyabetik ayak, periferik arter hastalığı ve diğer nedenlerle ampüte olan hastalardan daha yüksek olduğu bulundu.

Aynı zamanda bu çalışmada, hastaların protez kullanma süreleri ile mental sağlık, enerji ve genel sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkilendiği sonucuna varıldı. Bir yıldan kısa süredir protez kullanan hastaların mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutları puan ortalamalarının bir yıldan uzun süredir protez kullanan hastalardan daha yüksek olduğu bulundu. Protez kullanımı, hastanın bağımsızlığını önemli ölçüde yükseltmektedir. Ancak çalışmadan çıkan sonuç, bir yıla kadar olan dönemdeki protezli hastalarda yaşam kalitesinin yüksek, uzun vadede olanlarda ise düşük olduğu şeklindedir. Bu sonuç protez kullanımına başlayan hastaların erken dönemde mental açıdan rahatladıklarını ve kendilerini daha sağlıklı hissettiklerini yani psikolojik olarak olumlamalara başladıklarını ancak uzun vadede beklentilerinin gerçekleşmediğini (belki protezle ilgili belki genel sağlık durumlarıyla ilgili sorunlar sebebiyle) düşündürmektedir.

Bu çalışmada AVİS toplam puan ortalaması  $60,1 \pm 19,62$  olarak bulundu.

Ampüte hastaların beden imajı bozukluğu algısını ölçen AVİS'in ortalamasının 60 çıkması beden imajı bozukluğunun ortalamanın üzerinde olduğunu göstermektedir. Bu da majör ampütasyon geçirmiş kişilerin beden imajlarının bozulduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

AVİS ile hastaların tanımlayıcı özelliklerinin analizi sonucunda sadece kişisel özelliklerinden sürekli ilaç kullanımının, ameliyata dair özelliklerinden ise protez kullanım süresinin AVİS ile arasında ilişki olduğu belirlendi. Belirlenen 25 değişkenin

içinde sadece iki değişkenden etkilenip kalan 23 değişkenden etkilenmemesi beden imajı algısının genel olarak değişkenlerden çok etkilenmediğini göstermektedir.

Beden imajı, kişinin bedeniyle ilgili bireysel algısıdır ve çok boyutlu dinamik bir süreçtir. Beden imajı yaş, cinsiyet, fiziksel koşullar gibi iç faktörlerden ve bunun yanında çevre veya sosyal faktörleri içeren dış faktörlerden etkilenmektedir. Beden imajı bozukluğu yaşama gücünü, fiziksel görünüş ve sağlığı vurgulayan sosyal değerlerin sonucudur (Holzer ve ark. 2014). Bu çalışmadan çıkan sonuçta da kişinin hayatında ampütasyon gibi majör bir değişiklik söz konusu olduğunda beden imajı algısında yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi gibi fiziksel koşulların önemini yitirdiğini göstermektedir.

Bayramlar ve arkadaşlarının yaş ortalaması 43 olan 50 diz altı ampute ile yaptıkları çalışmada, AVİS toplam puan ortalamasını  $51,0 \pm 17,6$  olarak bulunmuş. (Bayramlar ve ark. 2007). Gilg'in 2016'da toplam 207 hasta ile yaptığı tez çalışmada tek taraflı ampüte 194 hastanın AVİS puan ortalaması  $48,95 \pm 16,59$  olarak bulunmuştur (Gilg 2016). İki çalışmadan çıkan sonuçta da beden imajı bozukluğu bozulmakla bozulmamak arasındaki ara seviyededir. Bizim çalışmamızdan çıkan sonuç ortalamasının biraz üzerinde bozulma yönündedir ( $60,1 \pm 19,62$ ). Bu sonuç puan ortalamalarının arasındaki farkın çok yüksek olmaması açısından benzer, bizim çalışmamızın bozulma yönünde olması açısından farklıdır. Farklılığın sebebinin çalışılan hasta grubu özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

YKÖ alt boyutları ile AVİS arasında yapılan korelasyonda fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı alt boyutları ile beden imajı arasında negatif yönde orta düzeyde, mental sağlık, enerji, genel sağlık alt boyutları ile beden imajı arasında ise negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki bulundu. Fiziksel rol ve emosyonel rol alt boyutları ile vücut imajı arasında bir ilişki bulunmadı. Beden imajı algısı yaşam kalitesinin sekiz alt boyutundan altısıyla ilişkili çıkmıştır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kişinin iyilik derecesini göstermekten daha geniş bir yelpazeye sahiptir. İyilik halinin yanında bu yelpazeye sosyal rolü yerine getirmeyi de içine alan fonksiyonel yetenekler, toplumsal iletişim derecesi ve niteliği, ruh sağlığı, ağrı ve kişinin yaşamından duyduğu memnuniyet gibi durumlar da dahildir (Öksüz ve Malhan 2005).

Beden imajı kişinin zihninde oluşan kendi bedeninin iyilik haliyle ilgili bir algı sonucudur. Her iki kavramda da zihinsel süreçlerin etkinliği aşıkardır. Çalışmamızdaki bu iki değişkenin korelasyon sonucunun birbiriyle ilişkili çıkmasının bu durumla örtüştüğü söylenebilir. Özellikle mental sağlık, enerji, genel sağlık gibi alt boyutlarla beden imajının yüksek düzeyde ilişkili çıkması, literatür bilgisiyle çalışma sonucunun örtüştüğünü düşündürmektedir. Horgan ve Machachlan'ın 2004'de yayınladığı çalışmada beden imajı anksiyetesindeki artışın yaşam kalitesinde ve benlik saygısında düşmeye, kaygı düzeyinde artışa sebep olduğu bildirilmiştir (Horgan ve Machachlan 2004).

## 7. 2. NİTEL BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ampütasyon olan hastaların yaşadıkları sorunların üç ana kategorisi ampütasyonu yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler, ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar ve taburculuk sonrası sorunlar olarak belirlendi.

'Ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler' ana kategorisi altında duygusal tepkiler, düşünceler ve davranışsal tepkiler olarak üç alt kategori oluştu. 'Duygusal tepkiler' alt kategorisi toplamda 30 kez atıf aldı. Hastalar duygusal tepkilere dair 'üzüldüm, yıkıldım, kendimi kötü hissettim, kendime kızdım, dünyam başıma yıkıldı, damdan düşmüş gibi hissettim' gibi olumsuz duygulardan bahsettiler. En çok yaşanan olumsuz duygu 'üzüntü' duygusuydu. Bu konudan bahsederken hastalar kendilerini net bir şekilde ifade etti. Birkaç hasta üzüldüm ifadesinden başka bir şey söylemedi ve sustu. 'Düşünceler' alt kategorisinde hastaların tümünden toplamda 39 kez atıf aldı. Hastalar düşüncelerine dair 'olmasın istedim, aklıma kötü şeyler geldi, başka yol yok mu, para için bunu yapıyorlar, engelli biri olacağım, yürüyemeyeceğim' gibi olumsuz düşüncelerden 21 kez, 'kurtulacağım, olması gerekiyor biliyorum, aldırım lazım' gibi olumlu düşüncelerden 18 kez bahsetmişlerdir. Düşünceler 'ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler' ana kategorisinin en çok atıf alan alt kategorisidir. Sonucun bu şekilde çıkması

hastaların o anda hissettiklerini sözel ya da davranışsal olarak ifade etmekten çok duygu ve düşüncelerinde yaşadıklarını göstermektedir. ‘Davranışsal tepkiler’ alt kategorisi toplamda 35 kez atıf aldı. Hastalar davranışsal tepki olarak ‘Psikiyatrye gittim, yemedim içmedim, bağırdım, çağırdım, ağladım, sustum, başka doktora gittim, olmasın dedim, anneme kızdım gibi olumsuz davranışlardan 23 kez, ‘yapalım dedim, hemen kesin dedim’ gibi olumlu davranışlardan 12 kez bahsetmişlerdir. Davranışsal tepkiler, hastalarda daha çok olumsuz davranışlar olarak ortaya çıkmıştır.

‘Ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar’ ikinci ana kategorisinde duygulanım durumları, fantom hissi ve ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar olarak üç alt kategori oluştu. Duygulanım durumları alt kategorisi ampütasyon operasyonunun ardından bacaklarını ilk kez gördüklerinde hastaların neler hissettiğini içermektedir. ‘Gelecek kaygısı, üzüldüm, öfkeliydim, tek vücut kaldım, hayatım söndü, dünyam yıkıldı, kötüydüm, yaşamak istemedim, hayattan bıktım, hayal kırıklığı yaşadım, tekerlekli sandalyeye mahkûmum artık, ben yaşıyor muyum ki şimdi, hep uyumak istiyorum’ gibi ifadeler 38 atıf aldı. Geleceğe dair umudunu ve planını ifade eden hastalar ise 14 olumlu atıf yaptı. Bu alt kategori için alınan cevaplar ağırlıklı olarak kötü deneyimleri içermektedir. Bacağının artık olmadığını gören hastalar o anki durumlarından geleceklerine kadar olan geniş bir çerçevede düşünce süreci geçirmekteler. İkinci alt kategori ‘Fantom hissi’ oldu. Toplam 56 atıf aldı. Hastalar en çok olmayan bacaklarında ağrı ile hissettiklerini belirttiler. Çalışmanın genelinde sık sık atıf alan ağrının fantom alt kategorisinde de ön planda olması hastaların hem güdük ağrısını hem de fantom ağrısını çok yoğun yaşadıklarını göstermektedir. Ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar alt kategorisinde hastalar en çok mobilizasyondan bahsettiler (13 atıf). Ciddi bir hareket kısıtlılığı sebebi olan alt ekstremitte ampütasyonu çalışmaya alınan hastalar için de mobilizasyon açısından sorun oluşturmuştur. Mobilizasyonla ilgili sorunlar, fiziksel engellilerin temel sosyal sorunlarını da oluşturmaktadır. Bu durum, hem yaşam kalitesi hem de beden imajını etkileme kapasitesindedir.

‘Taburculuk sonrası sorunlar’ ana kategorisi evde bakımda yaşanan sorunlar, gelecek ile ilgili değişiklikler, sosyal destek ve güdük bakımı olarak dört alt kategori içerir. ‘Evde bakımda yaşanan sorunlar’ ile ilgili hastalar en çok yatma pozisyonu, düşme, banyo/WC’ye gitme gibi sorunları içeren ‘mobilizasyon’dan 39 kez

bahsettiler. Ampütasyon sonrası yaşanan sorunların en çok atıf alan ana kategorisi taburculuk sonrası sorunlardır. Bu ana kategoride en çok atıf alan alt kategori ise evde bakımda yaşanan sorunlardaki mobilizasyondur. Bu sonuca göre hastalar en büyük problemi sağlık bakım ekibinden ayrılıp eve gittiklerinde yaşamaktadırlar. Kişisel ihtiyaçlarını karşılamak, öz bakımını gerçekleştirmek gibi ihtiyaçların gerektirdiği mobilizasyonun sorun olması evde bakım ihtiyacının yerine getirilememesine sebep olmaktadır. Bu da hastayı başkasına bağımlı olarak yaşamaya götürmektedir. ‘Gelecek ile ilgili değişiklikler’, taburculuk sonrası sorunların ikinci alt kategorisidir. Aldığı toplam 52 atfın 35’i ‘karamsarlık’ 17’si ‘umutlu olma’ya dairedir. Geleceğe dair spor yapma, dışarı çıkıp gezebilme gibi planları olan hastalar ‘hedefi olanlar’ olarak 5 atıf yaptılar. Hastalar ampütasyon sonrası geleceğe dair en çok karamsar düşüncelerden bahsettiler. Kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayıp başkasına bağımlı olduğunu hisseden/düşünen hastalar içinde bulunduğu şartların etkisiyle geleceğe karamsar bakıyorlardı. Bu noktada hastaya bakımda devreye giren destek durumu ailenin sosyal desteği ve çevrenin sosyal desteği alt kategorileri oluştu. ‘Ailenin ilgisinde artış’ a dair 42 atıf, ‘Ailenin ilgisinde azalış’ a dair ise 8 atıf alındı. ‘Çevrenin ilgisinde artış’ a dair 21 atıf alınmışken ‘Çevrenin ilgisinde azalış’ a dair 32 atıf aldı. Bu sonuçlar, hastalara daha çok yakın çevresinin yani ailesinin destek olduğunu, akraba komşu gibi ev halkı dışındakilerin destek olmakta yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu durumu hisseden hasta hem sosyal ilişkilerini kısıtlamaya hem de sosyal ortamlara çıkmada isteksizliğe başlamaktadır. Son alt kategori olan güdük bakımında yaşanan sorunlar psikolojik ve fiziki olarak şekillendi. Hastaların 14’ü güdük bakımından psikolojik olarak etkilenmediğini ifade etti. Kalan 6 hastanın etkilendiğini gösteren ‘kötü olma, üzüntü, korku’ gibi ifadeler toplam 19 atıf aldı. Fiziki olarak etkilenen 7 hasta ise ‘maddi sorunlar’ a 11 atıf yaptılar. Hastaların geneli güdük bakımında sorun yaşamadıklarını belirttiler. Bu çalışmada elde edilen nitel sonuçlara göre, ampütasyon hastaları fiziksel, duygusal ve sosyal boyutlarda sorunlar yaşamaktadırlar ve bu konuda desteklenme gereksinimleri bulunmaktadır. Bu konuda önemli rolleri olduğu yadsınamaz.

Senra ve arkadaşlarının yaptığı yetişkinlerin alt ekstremitte ampütasyonundaki deneyimlerini konu alan nitel çalışmada belirlenen üç ana kategorisi ‘Ampütasyonun duygusal etkileri’ ‘Ampütasyona uyum’ ‘Dışsal kaynaklar ile ilişkisi’ şeklindedir.

Ampütasyonun duygusal etkileri ana kategorisinin iki teması ‘Ampüte biri olma konusundaki tepkiler ve duygular’, ‘Hayatlarındaki değişiklikler’; Ampütasyona uyum ana kategorisinin dört teması ‘Sağlığındaki bozulma ile ilgili algılar’, ‘Protez ile ilgili durumlar’, ‘Rehabilitasyon ile ilgili hedefler ve gelecek planları’ ve ‘Sağlık durumları ile ilgili problemler’; Dışsal kaynaklar ile ilişkisi ana kategorisinin iki teması ‘Algılanan rehabilitasyon’ ve ‘Algılanan sosyal destek’ olarak belirlenmiştir (Senra ve ark. 2011).



## **8. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Alt ekstremitte ampütasyonu olan hastaların vücut imajları, yaşam kaliteleri ve yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın nicel bölümünden elde edilen sonuçlar aşağıda verildi.

Alt ekstremitte ampütasyonu olan 30 hastanın yaş ortalaması  $47,23 \pm 16,08$ ’dir. Bu hastaların %80’i erkek, %56,7’sinin BKİ 25 ve üstü, %56,7’si orta okul ve altı mezunu, %70’inin bir kronik hastalığı var, %56,7’sinin ampütasyon öncesi şikayeti bacakta

iyileşmeyen yara, %60'ı bir kez amputasyon olmuş, %26,7'sinin amputasyonun üzerinden geçen süre 12-24 ay, %63,3'ü diz veya diz üstünden ampüte, %46,7'si sol bacağından ampüte ve %53,3'ü protez kullanıyor.

Hastaların SF-36 YKÖ alt boyutları puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon 30,11±20,00, sosyal fonksiyon 36,66±27,45, fiziksel rol 18,33±30,03, emosyonel rol 37,77±22,71, mental sağlık 48,0±22,89, enerji 36,50±20,64, ağrı 48,13±28,33, genel sağlık 43,96±28,59 ve AVİS toplam puan ortalaması 60,1±19,62'dir.

Hastaların eğitim seviyeleri ile SF-36 YKÖ arasında lise ve üstü seviyelerdeki okullardan mezun olan hastaların enerji alt boyutu puan ortalamaları ortaokul ve altı mezun olan hastalara göre daha yüksek (p=0,01),

Hastaların meslekleri ile SF-36 YKÖ arası ilişkide emekli/ücretli olan hastaların mental sağlık ve enerji alt boyutları puan ortalamaları serbest meslek sahibi olan hastalara göre daha yüksek (sırasıyla p=0,02; p=0,03),

Hastaların çalışma durumu ile SF-36 YKÖ arası ilişkide çalışan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları çalışmayan hastalara göre daha yüksektir (p=0,01),

Hastaların yaşadığı yer ile SF-36 YKÖ arasında; ilçe veya il merkezinde oturan hastaların sosyal fonksiyon ve enerji alt boyutu puan ortalamaları köy ve kasabada yaşayan hastalara göre daha yüksek (sırasıyla p=0,01 ve p=0,02),

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre SF-36 YKÖ arasındaki ilişkide alkol kullanmayan hastaların emosyonel rol ve ağrı alt boyutları puan ortalamaları alkol kullanan hastalara göre daha yüksek(sırasıyla p=0,01 ve p=0,00),

Ampütasyon nedeni travma olan hastalar ile SF-36 YKÖ fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması, diyabetik ayak, PAH ve diğer nedenlerle ampüte olan hastalardan daha yüksek (p=0,03),

Bir yıldan kısa süredir protez kullanan hastaların SF-36 YKÖ mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutları puan ortalamaları bir yıldan uzun süredir protez kullanan hastalardan daha yüksektir (sırasıyla p=0,01; p=0,02 ve p=0,03).



Sürekli ilaç kullanımı olmayan hastaların AVİS puanının ilaç kullanımı olan hastalara göre daha yüksektir (p=0,04).

Protez kullanım süresi bir yıldan uzun olan hastaların AVİS ortalama puanı bir yıldan kısa süredir protez kullanan hastalara göre daha yüksektir (p=0,00).

SF-36 YKÖ alt boyutları ile AVİS arasındaki korelasyonlarda; mental sağlık, enerji ve genel sağlık alt boyutu ile beden imajı arasında negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki saptandı.

Bu çalışmadan elde edilen nitel sonuçlar;

- Ampütasyonu olan hastaların yaşadıkları sorunların üç ana kategorisi ampütasyonu yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler, ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar ve taburculuk sonrası sorunlar olarak belirlendi.
- “Ampütasyon yapılacağını öğrendikten sonraki tepkiler” ana kategorisi altında ‘Duygusal tepkiler’ alt kategorisinde hastalar, ‘üzüldüm, yıkıldım, kendimi kötü hissettim, kendime kızdım, dünyam başıma yıkıldı, damdan düşmüş gibi hissettim’ gibi duygulardan bahsettiler. En çok yaşanan duygu ‘üzüntü’ idi.
- ‘Düşünceler’ alt kategorisinde; ‘olmasın istedim, aklıma kötü şeyler geldi, başka yol yok mu, para için bunu yapıyorlar, engelli biri olacağım, yürüyemeyeceğim’ gibi olumsuz düşüncelerden, ‘kurtulacağım, olması gerekiyor biliyorum, aldırman lazım’ gibi olumlu düşüncelerden bahsettiler.
- ‘Davranışsal tepkiler’ alt kategorisinde; hastalar davranışsal tepki olarak ‘Psikiyatriye gittim, yemedim içmedim, bağırdım, çağırdım, ağladım, sustum, başka doktora gittim, olmasın dedim, anneme kızdım, yapalım dedim, hemen kesin dedim’ gibi davranışlardan bahsetmişlerdir.
- ”Ampütasyon sonrası erken dönemde yaşanan sorunlar” ikinci ana kategorisinde duygulanım durumları, fantom hissi ve ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar olarak üç alt kategori oluştu. Duygulanım durumları alt kategorisi ampütasyon operasyonunun ardından bacaklarını ilk kez gördüklerinde;

‘Gelecek kaygısı, üzüldüm, öfkeliydim, tek vücut kaldım, hayatım söndü, dünyam yıkıldı, kötüydüm, yaşamak istemedim, hayattan bıktım, hayal kırıklığı yaşadım, tekerlekli sandalyeye mahkûmum artık, ben yaşıyor muyum ki şimdi, hep uyumak istiyorum’ gibi ifadeler kullandılar. Bu alt kategori için alınan cevaplar ağırlıklı olarak kötü deneyimleri içermektedir.

- İkinci alt kategori ‘Fantom hissi’ oldu. Hastalar en çok olmayan bacaklarını ağrı ile hissettiklerini belirttiler.
- Ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar alt kategorisinde hastalar en çok mobilizasyondan bahsettiler.
- ”Taburculuk sonrası sorunlar” ana kategorisi evde bakımda yaşanan sorunlar, gelecekle ilgili değişiklikler, sosyal destek ve güdük bakımı olarak dört alt kategoriyi içermektedir.
- ‘Evde bakımda yaşanan sorunlar’ ile ilgili hastalar en çok yatma pozisyonu, düşme, banyo/WC’ye gitme gibi sorunları içeren ‘mobilizasyon’dan bahsettiler. Ampütasyon sonrası yaşanan sorunların en çok atıf alan ana kategorisi taburculuk sonrası sorunlardır. Bu ana kategoride en çok atıf alan alt kategori ise evde bakımda yaşanan sorunlardaki mobilizasyondur.
- ‘Gelecek ile ilgili değişiklikler’, taburculuk sonrası sorunların ikinci alt kategorisinde ifadeler ‘karamsarlık’ ve ‘umutlu olma’ya dairdir. Hastalar ampütasyon sonrası geleceğe dair en çok karamsar düşüncelerden bahsettiler. Hastaya bakımda devreye giren destek durumu ailenin sosyal desteği ve çevrenin sosyal desteği alt kategorilerinde; ‘Ailenin ilgisinde artış’ ve ‘ailenin ilgisinde azalış’ şeklinde belirlenirken, ‘Çevrenin ilgisinde artış’ a ilişkin ‘Çevrenin ilgisinde azalış’ın daha fazla olduğu belirlendi.
- Son alt kategori olan güdük bakımında yaşanan sorunlar psikolojik ve fiziki olarak şekillendi; hastaların 14’ü güdük bakımından psikolojik olarak etkilenmediğini, kalan 6 hastanın ‘kötü olma, üzüntü, korku’ şeklinde etkilendiğini ifade ettiler. Fiziki olarak etkilenen 7 hasta ise ‘maddi sorunlar’ a atıf yaptıkları saptandı.
- Hastaların genelinin güdük bakımında sorun yaşamadığını söylediği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- ❖ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen eğitimlerin güçlendirilerek ekstremitelerde yara vb. problemler olan hastaların erken müdahale oranı artırılabilir.
- ❖ Ampütasyonu planlı yapılacak hastaların ameliyat öncesi dönemde, plansız olanların ameliyat sonrası mümkün olduğunca erken dönemde psikolojik destek almaları zorunlu hale getirilebilir.
- ❖ Ameliyat sonrası evde bakım sürecinde hastaların sağlık profesyonellerine ulaşım imkanlarını arttırarak evde bakım kalitesi yükseltilebilir.
- ❖ Hasta eğitiminin konusunda uzmanlaşmış hemşireler tarafından verilmesini sağlayarak daha etkin eğitimler verilebilir.
- ❖ Grup terapileri düzenlenerek hastaların birbiri ile etkileşimine imkan sağlayarak farkındalıkları artırılabilir.
- ❖ Hastalar konsültasyon liyezon psikiyatrisine yönlendirilebilir.

## **9. KAYNAKLAR**

Açar G K. Diabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları Ve Wagner Sınıflamasının Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Op. Dr. C. Erengül).

Akarsu S, Tekin L, Safaz İ, Göktepe A S, Yazicioglu K. Quality of life and functionality after lower limb amputations: comparison between uni- vs. bilateral amputee patients. Prosthetics and Orthotics International. 2012; 37(1): 9-13.

Akyol Y, Tander B, Goktepe AS, Safaz I, Kuru O, Tan AK. 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. 2013; 21(4): 334-340.

Aytar, A. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Bağlı Kronik Ağrıların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Doç. Dr. E. H. Tüzün).

Baki A, Gökçek T. Karma Yöntem Araştırmalarına Genel Bir Bakış. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 11(42): 1-21.

Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. Romatizma. 2005; 20(1): 55-63.

Bayramlar K, Bumin G, Yakut Y, Şener G. Ampute Vücut İmajı Ölçeği (Amputee Body Image Scale – Abıs) Türkçe Uyarlamasının Geçerliliği. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007; 18(2): 79-83.

Behr J, Friendly J, Molton I, Morgenroth D, Jensen M P, Simith D G. Pain And Pain-Related İnterference İn Adults With Lower-Limb Amputation: Comparison Of Knee-Disarticulation, Transtibial, And Transfemoral Surgical Sites. Journal Of Rehabilitation Research & Development. 2009; 46(7): 963-972.

Cankul J. Kliniğimizde Yapılan Erişkin Alt Ekstremitte Amputasyonlarının Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2006, Denizli (Danışman: Doç. Dr. A. E. KITER).

Coffey L. Goals, Adaptive Self-Regulation, And Psychosocial Adjustment To Lower Limb Amputation: A Longitudinal Study. Dublin City University, School Of Nursing And Human Sciences, Phd Thesis, 2012, Dublin.

Çetinkaya H. Beden İmgesi, Beden Organlarından Memnuniyet, Benlik Saygısı, Yaşam Doyumu Ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyinin Demografik Değişkenlere Göre

Farklılaşması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Mersin (Danışman: Prof. Dr. Ü. Yetim).

Çıtıl, R. Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. Y. Öztürk).

Demiralp B, Ateşalp A S, Bek D, Baykal B. Alt Ekstremitte Kronik Periferel Arter Tıkanıklıklarında Amputasyon Prensipleri. Journal Of Arthroplasty & Arthroscopic Surgery. 2003; 14(4): 241-247.

Demirdel S. Amputasyondan Sonra Normal Yaşama Yeniden Katılım Sürecinin Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Düzey İle İlişkisinin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Prof. Dr. K. Bayramlar).

Desmond DM, Coffey L, Gallagher P, MacLachlan M, Wegener ST, O'Keeffe F. Limb Amputation. In The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. Oxford University Press. 2012, s:1-53.

Doğan A, Sungur İ, Bilgiç S, Uslu M, Atik B, Tan Ö, Özgökçe S, Uluç D, Çoban H, Türkoğlu M, Akpınar F. Van bölgesindeki amputasyonlar: Çokmerkezli epidemiyolojik çalışma. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica. 2008; 42(1): 53-58.

Douglas G S, Lynne V M, Bruce J S, Gayle E, Joseph MC. Postoperative Dressing And Management Strategies For Transtibial Amputations: A Critical Review. Journal Of Rehabilitation Research & Development. 2003; 40(3): 213-224.

El Ö, Peker Ö. Alt Ekstremitte Amputasyonları Ve Rehabilitasyonu. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi. 2001; 47(2): 28-37.

Erdoğan S. Nitel Araştırmalar. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, edt. Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama Kritik. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. İstanbul; 2014, s:133-157.

Erkal S, Pek H. Beden İmajında Değişimler Ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Bülteni, 1993, 7(30): 61-71.

Erkan S. Alt Ekstremitte Amputasyonları: Diz Bölgesi Amputasyonları. Türkiye Klinikleri Journal of Orthopaedics and Traumatology Special Topics. 2011; 4(4): 50-54.

Ferrapie A L, Brunel P, Besse W, Altermatt E, Bontoux L, Richard I. Lower Limb Proximal Amputation For A Tumour: A Retrospective Study Of 12 Patients. Prosthetics and Orthotics International. 2003; 27: 179-185.

Gibson J. Lower Limb Amputation. Nursing Standart. 2001; 15(28): 47-54.

Gilg A. C. The Impact of Amputation on Body Image. The University of Southern Mississippi, Nursing, Honors Theses, 2016, Mississippi (First Advisor Elizabeth Tinnon, Ph.D.).

Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Y. Altuntaş).

Güven N. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. B. Yürügen).

Holzer L A, Sevelde F, Fraberger G, Bluder O, Kicking W, Holzer G. Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. Plos One. 2014; 9(3): 1-8.

Horgan O, Machlachlan M. Psychosocial Adjustment To Lower-Limb Amputation: A Review. *Disability And Rehabilitation*. 2004; 26(14/15): 837–850.

İlbeyli H. Alt Ekstremitte Primer Malign ve Metastatik Kemik Tümörlerinde Rezeksiyon Artroplastisi Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2005, Adana (Danışman: Prof. Dr. S. Özbarlas).

Jackson M A, Simpson K H. Pain After Amputation. *Continuing Education İn Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2004; 4(1): 20-23.

Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *American Educational Research Association*. 2004; 33(7): 14-26.

Kabakçı E, Göğüş A. İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF. TC Başbakanlık Özürlüler Dairesi Başkanlığı. Bilge Matbaacılık. Ankara, 2004, s:1-6.

Kelly M, Dowling M. Patient Rehabilitation Following Lower Limb Amputation. *Nursing Standart*. 2008; 22(49): 35-40.

Kerimov R, Seküçoğlu T, Gencel E, Kesiktaş E, Dalay C. Elektrik yanığı, Derleme. *Türkiye Klinikleri Plastik Cerrahi Özel Sayısı*. 2010; 2(1): 66-70.

Kıral B, Kıral E. Karma Araştırma Yöntemi. 2nd International Conference on New Trends in Education and Their Implications (27-29 April, 2011 Antalya-Turkey) Siyasal Kitabevi, Ankara; 2011, s: 294-298.

Knezevic A, Salamon T, Mırankov M, Ninkovic S, Jeremic Knezevic M, Tomasevic Todorovic S. Assessment Of Quality Of Life In Patients After Lower Limb Amputation. *Medicinski Pregled Journal*. 2015; LXVIII 3-4: 103-108.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form 36'nın Türkçe Versiyonunun Gevenirliği Ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999; 12(2): 102-106.

Miller MD. Review Of Orthopaedics. Çeviren: Yetkin H, Yazıcı M. Miller'in Ortopedi Kitabı. 4. Basım, Akademi Doktorlar Yayınevi, Ankara; 2006, s:504-510.

Ostler C, Ellis-Hill C, Donovan-Hall M. Expectations Of Rehabilitation Following Lower Limb Amputation: A Qualitative Study. Disability and Rehabilitation Journal. 2014; 36(14): 1169–1175.

Oğul M, Erden G. Amputasyonun Psikososyal Boyutu. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2005; 7(1): 27-33.

Olukolade O, Alao TI, Adebisi AA. The Role Of Social Support And Need For Achievement On Psychological Well-Being Of Below The Knee Amputees. Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS). 2013; 18(1): 23-27.

Öğce F. Alt Ekstremitte Amputasyonu Gündük Bakımı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir; 2009, s: 1-50

Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalimetri. Başkent Üniversitesi, Ankara; 2005, s:1-26.

Öngören B. Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2015; 34: 25-45.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara; 2004, s: 94-100



Özaltın G. Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar. İ. Ü. F. N. H. Y. 0. Hemşirelik Dergisi. 2003; 13(51): 3-14.

Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Edirne (Danışman: Doç. Dr. M. Eskiocak).

Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı Ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2007, Düzce (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. F. Y. Akıncı).

Safaz İ, Yılmaz B, Goktepe As, Yazicioglu K. Turkish Version of The Amputee Body Image Scale and Relationship with Quality of Life. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2010; 20: 79-83.

Senra H, Oliveira R A, Leal I, Vieira C. Beyond The Body Image: A Qualitative Study On How Adults Experience Lower Limb Amputation. Clinical Rehabilitation. 2011; 26(2): 180-191.

Sinha R, Van Den Heuvel W J A, Arokiasamy P, Van Dijk J P. Influence Of Adjustments To Amputation And Artificial Limb On Quality Of Life İn Patients Following Lower Limb Amputation. International Journal of Rehabilitation Research. 2014; 37: 74–79.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 9. baskı, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2000 s: 1857-1859.

Safaz İ, Yılmaz B, Salim Goktepe A, Yazicioglu K. Turkish Version of The Amputee Body Image Scale and Relationship with Quality of Life. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2010; 20(1): 79-83.

Şaban B. Diabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları ve Hbalc'nin Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Op. Dr. C. ERENGÜL)

Şakar GD. Pazarlama Araştırmalarında Çeşitleme (Triangulation) Yaklaşımı Kullanımına Yönelik Bir Analiz. Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi. 2012; 9: 65-82.

Taşçı S. Yaşam kalitesi kavramı ve hemşireliğe yansımaları. 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Şanlıurfa; 2011, s:22-31.

Tekin L. Tek Taraf Diz Altı Ampute Hastalarla Kurtarılmış Ayaklı Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Tbp. Kd. Alb. K. Yazıcıoğlu).

Toptaş V. Geometri Alt Öğrenme Alanlarının Öğretiminde Kullanılan Öğretim Materyalleri İle Öğretme-Öğrenme Sürecinin bir Birinci Sınıfta İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2008; 41(1): 299-323.

Tükenmez M, Çekin T, Karataş C, Perçin S, Tezeren G. Diyabetik Ayakta Alt Ekstremitte Ampütasyonları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 27(3): 100-104.

Whyllie B. Social And Psychological Problems Of The Adult Amputee. İçinde: Kostuik JP, Gillespie R, eds. Amputation Surgery and Rehabilitation: The Toronto Experience. Churchill Livingstone. New York; 1981.

Vironi A, Werunga J, Ewashen C, Green T. Caring For Patients With Limb Amputation. Nursing Standard (2014+). 2015; 30(6): 51-63.

Yavuz M. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana; 2010, s:1351-1356.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık San. Ve Tic. A.Ş. Ankara; 2008, s:72-273.

Yıldız N. Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. B. Yürügen).

Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. Yüce Yayım, İstanbul; 1999, s:50-98.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

<b>ADI</b>	ZÜHRİYE	<b>SOYADI</b>	KAR
<b>DOĞUM YERİ</b>	AKHİSAR	<b>DOĞUM TARİHİ</b>	24.04.1984
<b>UYRUĞU</b>	T.C.	<b>TELEFON</b>	0.544.841.98.56
<b>E-MAİL</b>	zuhriyekar@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Kurum</b>	<b>Yıl</b>
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2004-2008
<b>Lise</b>	Karabağlar Cumhuriyet Lisesi (YDA)	1999-2004

### **İş Deneyimi**

<b>Görev</b>	<b>Kurum</b>	<b>Yıl</b>
Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	2009-2018

## **11. EKLER**

### **EK 1: Veri Toplama Araçları**

#### **HASTA BİLGİ FORMU**

Ben Zühriye Kar, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Alt ekstremitte amputasyonu (bacağın hasarlı bölümünün ameliyatla kesilmesi ve güdük oluşturulması) uygulanan bireylerle ilgili bir araştırma yapıyorum.

Bu form, alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların kendi bedenlerini algılamaları, yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitelerini belirlemek için hazırlanmıştır. Sorulara verilen yanıtların tam ve doğru olması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Kişisel bilgileriniz üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Zühriye KAR  
Yüksek lisans öğrencisi

Hastanın adı soyadı: .....

Tel:..... (İsteğe bağlı)

1. Yaşınız? .....
2. Boyunuz?.....
3. Kilonuz?.....
4. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek
5. Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar 3) Dul/ ayrılmış/ ayrı yaşıyor
6. Eğitim seviyeniz? 1) Okur yazar değil  
2) Okur yazar  
3) İlkokul  
4) Orta okul  
5) Lise  
6) Üniversite/ YL/ DR
7. Mesleğiniz? 1) Emekli 2) Ücretli 3) Serbest 4) Diğer  
(açıklayınız).....
8. Çalışma durumunuz? 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
9. Çocuğunuz var mı? 1) Evet 2) Hayır
10. Çocuğunuz varsa sayısı? .....
11. Nerede yaşıyorsunuz? 1) Köy 2) Kasaba 3) İlçe 4) Şehir Merkezi
12. Yaşadığınız ev tipi? 1) Müstakil 2) Apartman
13. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım

14. Sigara kullanıyorsanız kaç yıldır/ günde kaç paket kullanıyorsunuz?

...../.....

15. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

16. Alkol kullanıyorsanız kaç yıldır/ haftada kaç kadeh kullanıyorsunuz?

...../.....

17. Tanısı konmuş başka bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

18. Varsa belirti.....

19. Sürekli kullandığımız ilaç var mı? 1) Evet 2) Hayır

20. Varsa belirtiniz? .....

21. Ampütasyon öncesi bacağınızla ilgili şikayetleriniz nelerdi?

- 1) Ağrı 2) Karıncalanma 3) Şişlik 4) İltihap  
5) Bacakta iyileşmeyen yara 6) Diğer.....

22. Ampütasyon nedeni:

- 1) Diyabetik ayak 2) Periferik arter hastalığı(Burger,ASO vs.) 3) Travma  
4) Diğer.....

21. Kaç kez ampütasyon oldunuz? .....

22. İlk amputasyon ne zaman yapıldı? .....

23. Son amputasyon ne zaman yapıldı? .....

24. Ampütasyon düzeyiniz? 1) Diz altı 2) Diz 3) Diz üstü 4) Diğer .....

25. Hangi bacağınız ampute edildi? 1) Sağ bacak 2) Sol bacak

26. Protez kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

27. Kullanıyorsanız ne kadar süredir kullanıyorsunuz? .....

28. Protezle ilgili şikayetleriniz var mı? Varsa nelerdir?

.....



**SF-36 (Short Form 36)**

Adınız Soyadınız: \_\_\_\_\_

Hasta # \_\_\_\_\_

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

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

Mükemmel Çok iyi İyi Orta (fena değil) Kötü 

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

Bir yıl öncesinden çok daha iyi Bir yıl öncesinden biraz iyi Hemen hemen aynı Bir yıl öncesinden biraz daha kötü Bir yıl öncesinden çok daha kötü **SAGLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER**

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

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

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



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

*Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.*

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

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

*Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.*

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

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

*Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

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

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

*Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

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

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

*Lütfen tek bir yanıt veriniz.*

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

### **GENEL SAĞLIK**

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

*Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.*

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

### **DUYGULARINIZ**

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

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

Yorum:

## TÜRKÇE AMPUTE VÜCUT İMAJ ÖLÇEĞİ

Ampute Vucut İmaj Skalasının (AVİS) orijinal formu 20 maddeden oluşmaktadır. 5 basamaklı ordinal skala (1=hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= çoğu zaman, 5= her zaman) ile puanlanır. 3 soru (3,12 ve 16) ters puanlanır.

Revizyon sonrası kısaltılan (AVİS-R) formu 14 maddeden (kalın olarak işaretli) oluşur ve yeni 3 basamaklı ordinal skala (0= hiçbir zaman, 1= bazen, 2= çoğu / her zaman) ile puanlanır

Ölçek maddeleri	Hicbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her-zaman
1. Ampütasyonlu olduğum için, fiziksel görünümüm hakkında sosyal ortamlarda yalnız olduğum zamanlardan daha fazla huzursuz oluyorum.					
2. Protezimin görülebileceği için toplum içine şort giyerek çıkmaktan kaçınıyorum.					
3. Protezimi taktığım zaman tüm fiziksel görünümümü beğeniyorum.					
4. Bir uzvumun olmamasının, çeşitli günlük faaliyetlerim esnasında vücudumun fonksiyonel yeteneklerini azalttığını düşünüyorum.					
5. Protezimi görmemek için boy aynasına bakmaktan kaçınıyorum.					
6. Ampütasyonlu olduğum için, fiziksel görünümüm beni her gün huzursuz ediyor.					
7. Fantom hissim var. (uzvumu varmış gibi hissediyorum)					
8. Uzvumu kaybettiğim zamandan beri toplumun ideal görünüş biçiminde olmamak beni rahatsız ediyor.					

<b>Ölçek maddeleri</b>	<b>Hicbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
9. Uzvumu kaybetmiş olmam nedeniyle kendimi tehlikelerden koruma yeteneğimin azalmış olması beni rahatsız ediyor.					
10. Protezimi takmadığım zamanlarda fiziksel görünümümün başkaları tarafından değerlendirilebileceği ortamlardan kaçınıyorum. (sosyal ortamlar, plaj, yüzme havuzu gibi ortamlardan kaçınmak)					
11. Uzvumu kaybetmiş olmak kendimi 'engelli, özürlü' olarak düşünmemeneden oluyor.					
12. Protezimi takmadığım zamanlarda fiziksel görünümümü beğeniyorum.					
13. İnsanlar yürürken topalladığımı fark ediyorlar					
14. Protezimi taktığım zamanlarda fiziksel görünümümün başkaları tarafından değerlendirilebileceği ortamlardan kaçınıyorum. (herhangi bir sosyal ortam ve/veya yüzme havuzu, plaj gibi ortamlardan kaçınmak)					
15. İnsanlar bana 'engelli, özürlü' gibi davranıyor.					
16. Gündüğümün görünümünü beğeniyorum					
17. Protezimi gizleyebilmek için bol giysiler giyiyorum					

<b>Ölçek maddeleri</b>	<b>Hicbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
18. Fiziksel olarak çekici olabilmek için dört uzvumun da normal olması gerektiğini hissediyorum.					
19. Protezimi taktığım zaman protezli bacağımla sağlam bacağımın aynı boyutlarda olması önemli					
20. Gündüğümün anatomisini görmemek için boy aynasına bakmaktan kaçınıyorum					

**ALT EKSTREMİTE AMPUTASYONU OLAN HASTALARIN BEDEN  
İMAJI, YAŞAM KALİTELERİ VE YAŞADIKLARI SORUNLARIN  
İNCELENMESİNE İLİŞKİN YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME  
FORMU**

1. Amputasyon yapılacağını söylediklerinde ne düşündünüz neler hissettiniz?
2. İlk tepkiniz ne oldu?
3. Ampütasyon yapıldıktan sonra ilk neler hissettiniz?
4. Kesilmiş olan ayağınızın ağrıdığını, kaşındığını ya da kramp girdiğini hissettiğiniz oldu mu? Olduysa ağrıyı tarif edebilir misiniz?
5. Ampütasyon yapıldıktan hemen sonra ilk olarak ne tür şikâyetleriniz oldu?
6. Ameliyattan sonra kendi bedeninize ilişkin bakışınız nasıl etkilendi?
7. Ameliyattan sonra geleceğinizle ilgili ne düşündünüz?
8. Taburcu olduktan sonra evde ameliyatınıza ilişkin ne tür sorunlar yaşadınız?
9. Ailenizin size karşı tepkisi nasıldı?
10. Aileniz veya yakınlarınız dışında, toplumdaki diğer insanların size karşı tepkisi nasıldı?
11. Gündük bakımını kim yapıyor? Eğer siz yapıyorsanız gündük bakımını yapmak sizi nasıl etkiliyor? Eğer yakınlarınız yapıyorsa gündük bakımını onların yapmasından nasıl etkileniyorsunuz?
12. Gündük bakımı verirken yaşadığınız sorunlar nelerdir?
13. Protezinizle ilgili yaşadığınız sorunlar nelerdir?

KARAR TARİH / NO	22/05 /2013 / 20478486 - 128		
ARAŞTIRMANIN ADI	Alt Ekstremitte Ampütasyonu Olan Hastaların Beden İmajı ve Yaşam Kaliteleri ile Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Zühriye KAR - Uzm.Dr. Salih Tolga KUTLU -		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş 1.arıştırmanın ortopedi ve travmatoloji polikliniğinde yürütülecek olması nedeniyle ilgili AD başkanlığından izin alınması koşulu ile ; Etik açıdan <b>UYGUN</b> olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Tuncay VAROL Anatomi AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Selda BEREKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gönül Dinç HORASAN Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çiğdem HÜNER Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mahmut AŞIRDİZER Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ  
Başkan





T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : B.08.6.YÖK.2.DE.H.01.0.70.0.02  
KONU :

02.07.2013 \*007485

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE


İlgi: 06.06.2013 tarih, 583 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Zühriye Kar'ın tez çalışması ile ilgili Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı ve Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dallarının görüşünü belirten yazılar ekte gönderilmiştir.

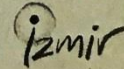
Bilgilerinize arz ederim.

Ek: 2

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GELEN EVRAK'IN
Kayıt Tarihi: 09.07.2013
Kayıt No: 900
Dosya No:

  
Prof. Dr. Mehmet Refik MAS  
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR  
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat:  
Elektronik ağ : [www.deu.edu.tr](http://www.deu.edu.tr)





BİRİM / BÖLÜM: Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı  
SAYI :B.08.6.YÖK.2.DE.F.71.0.12- 613

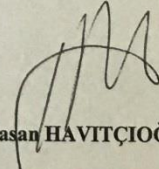
26.06.2013  
İZMİR

### BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İlgi: 21.06.2013 tarihli 7063 sayılı yazınız

İlgi yazıda bahsi geçen Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrenci Zühriye KAR'ın "Alt Ekstremitte Amputasyonu Olan Hastaların Beden İmajı ve Yaşam Kaliteleri ile Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 01 Haziran-31Aralık tarihleri arasında Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalımızda yürütme talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

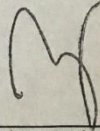
Bilgilerinize sunulur.

  
Prof.Dr. Hasan HAVITÇIOĞLU

Ort. Ve Trav. A.D.Bşk.

T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ Hastanesi Başhekimliği
Kayıt Tarihi: 27.06.13
Kayıt No: 10980

-4021 işleri





BİRİM / BÖLÜM : KALP DAMAR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI  
SAYI : B.08.6.YÖK.2.DE.F.71.0.12.12/ 171  
KONU :

24 / 06 / 2013  
İZMİR

### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 21.06.2013 tarih ve 7063 sayılı yazınız hk.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Zühriye KAR'ın, " Alt Ekstremitte Amputasyonu Olan Hastaların Beden İmajı ve Yaşam Kaliteleri ile Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi" konulu tez çalışması için gerekli uygulamayı 01 Haziran – 31 Aralık 2013 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yapması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Ş. Baran UĞURLU  
Kalp Damar Cerrahisi A.D. Başkanı

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hastanesi Başhekimliği
Kayıt Tarihi: 27.6.2013
Kayıt No: 10985

- yazışması  
M

fb

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
04.10.2013	23	23

**Karar 23-** Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Zühriye KAR'ın Tez konusuna ilişkin 18.04.2013 tarih 54 sayılı Anabilim Dalı Kurul Kararı görüşülerek; 18.04.2013 tarihinden geçerli olmak üzere, "Alt Ekstremitte Ampütasyonu Olan Hastaların Beden İmajı ve Yaşam Kaliteleri İle Yaşadıkları Sorunların İncelenmesi" isimli tez konusunun kabulüne OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

	(İmza) Prof. Dr. M. İbrahim TUĞLU Enstitü Müdürü	
(İmza) Prof. Dr. Necip KUTLU Müdür Yardımcısı	(İmza) Doç. Dr. Enis CEZAYİRLİ Müdür Yardımcısı	(İmza) Prof. Dr. Gürbüz BÜYÜKYAZI Üye
(İmza) Doç. Dr. Kamil VURAL Üye		(İmza) Yrd.Doç.Dr. Adalet KOCA KUTLU
	Özcan GERÇEKER Enstitü Sekreteri Raportör	



Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER  
Fakülte Sekreteri V.


T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: Alt Ekstremitelerde Anjiyoplasti ve Stent Uygulanmış Hastaların Beden İmajı ve Yaşam Kalitelerine Etkilerinin İncelenmesi

Tezime ilişkin 12/06/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 1.3'tür.


Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza 16.8.18 

Adı Soyadı : Zübeyde Kar  
Öğrenci No : 131359609  
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Programı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza) 

Doç. Dr. Adilet Kutlu

**Açıklamalar**

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (documenttitle) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author'sfirst name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author'slast name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>