

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BEL AĞRISI TANISI KONMUŞ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Süleyman VARSAK

Ankara-2016

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**BEL AĞRISI TANISI KONMUŞ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

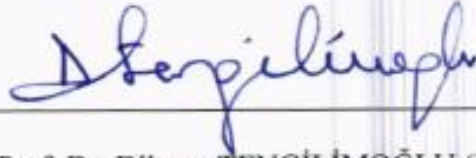
Hazırlayan
Süleyman VARSAK

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Gürsan ŞENALP

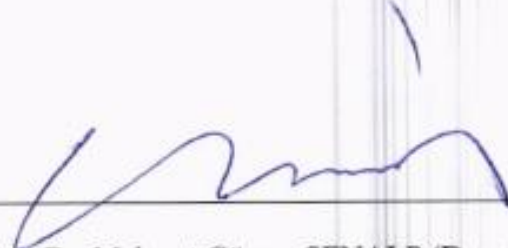
Ankara-2016

KABUL VE ONAY

Süleyman VARSAK tarafından hazırlanan "Bel Ağrısı Tanısı Konmuş Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 20.12.2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumlar İşletmeciliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)



Yrd. Doç. Dr. Mehmet Gürsan ŞENALP (Danışman)



Doç. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

ETİK BEYAN

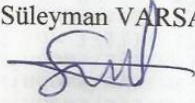
Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi 'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

20.12.2016

Süleyman VARSAK



ÖZ

[VARSAK, Süleyman]. [Bel Ağrısı Tanısı Konmuş Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi], [Yüksek Lisans Tezi, Ankara, [2016].

Bu çalışma Diyarbakır ilinde yer alan Fizik Tedavi Merkezlerine Bel Ağrısı şikâyeti ile başvuruda bulunan hastaların muayenesi yapıldıktan sonra bel ağrısı tanısı konan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik olarak yapıldı. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini, Diyarbakır ilinde özel sektörde yer alan Ocak- Nisan 2015 ayları arasında bel ağrısı tanısı sonucunda tedavi gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan rasgele seçilmiş 226 hasta oluşturdu.

Verilerin toplanmasında Sf-36 Yaşam kalitesi Anketi ile Veri Toplama Formu kullanıldı. Elde edilen veriler, SPSS 15.0 paket programı ile yapılan analizde gruplar arasındaki kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Test'i kullanıldı ve elde edilen bu veriler tablolara dönüştürülerek yorumlandı.

Cinsiyete göre yapılan yaşam kalitesi SF-alt Gruplarından Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık ile Sosyal Fonksiyon puanı ($p<0,05$) erkeklerde daha iyi olarak bulundu. Okur-yazar olmayan grupta yaşam kalitesi puanı ($p<0,05$) en kötü olarak bulunurken; en iyi yaşam kalitesi puanına üniversite mezunu olan bireylerde bulundu. Bireylerin mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi puanı değerlendirirken en kötü puanı esnaf, çiftçi, ev hanımı grubunda yer alan meslekler alırken; en iyi memur meslek grubunda yer almaktadır. Bireylerin medeni durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında genel sağlık, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü puanı evli kadınlar grubunda düşük olarak bulundu. Bireylerin Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında; vitalite ile ağrı, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü gibi diğer parametrelerde sigara içenlerde düşük çıktı. Çalışmaya katılan bireylerin Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; sosyal fonksiyon, vitalite, mental

sağlık, fiziksel rol g¼c¼l¼đ¼, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol g¼c¼l¼đ¼ parametreleri de egzersiz yapan bireylerde daha y¼ksek ¼ıktı.

Anahtar S¼zc¼kler

Kalite, Yaşam kalitesi, Bel Ağrısı, Fizik Tedavi



ABSTRACT

[VARSAK, Süleyman [The Assesment of Quality of Life in Patients With Low Back Pain], [M.A / Ankara, [2016].

This study was designed to determine The Quality Of Life of the patients diagnosed low back pain at physical therapy department in Diyarbakır. This is a cross sectional and descriptive study. Randomized 226 patients diagnosed with low back pain were included this study between January and April 2015 in Diyarbakır.

SF-36 Quality of Life Questionnaire and Data Collection Form were used for patients data collection. Chi Square Test were used to compare the difference test between two percentage and obtained data were interpreted by converting tables.

The subcategories of SF that is physical function, general health and social function were higher at men compared with women. ($p < 0.05$) While the quality of life score was worst at illiterate group, the best score was at postgraduate group. While the subjects were evaluated with job subgroup; the worst score was at farmers, artisans and housewives, the best score was at officers. When analysed with main quality of life parameter in terms of marital status; general health, social function, physical function, physical and emotional role strenght score was low at married women group. When examined main quality of life parameter as fort hat smoking status vitality, pain, physical and emotional role strenght, general health, social function were lower at the non-smoker subjects. Social function, vitality, mental health, , physical and emotional role strenght, , physical function, pain, general health were higher at patients doing exercise.

Keywords: The Quality Of Life, Low back pain, Physical therapy,

ÖNSÖZ

Bu çalışma Diyarbakır ilinde yer alan Fizik Tedavi Merkezlerine Bel Ağrısı şikâyeti ile başvuruda bulunan hastaların muayenesi yapıldıktan sonra bel ağrısı tanısı konan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik olarak yapılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak bölgede bulunan fizik tedavi merkezleri ile önce kişisel görüşmeler yapılarak konu hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra fizik tedaviye başvuru da bulunan ve bunun sonucunda bel ağrısı tanısı alan hastaların tedavi sonrası cevaplaması amacıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle ve kesinlikle kişisel ya da kurumsal bilgi tanımlaması istenmeyen Sf-36 Yaşam kalitesi Anketi ile Hasta bilgi formu düzenlenip uygulanmıştır. Bu formlar alınarak değerlendirme yapılmıştır.

Tez çalışmam sırasında gereken her tür bilgi ve belge ile bana yardımcı olan ve yönlendirmelerde bulunan başta Sayın hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Doç. Dr. Mete Törüner ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet Gürsan ŞENALP'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmada, Diyarbakır ilindeki araştırmalarda bana her türlü yardımlarını esirgemeyen fizik tedavide çalışan saygıdeğer Doktor ve Fizyoterapist arkadaşlar ile yöneticilerine teşekkür eder, en derin saygılarımı sunarım.

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan ve her tür desteği veren hayatım boyunca büyük fedakârlık göstererek her zaman yanımda olan, emeğini asla esirgemeyen, desteklerini hep arkamda hissettiren canım aileme teşekkürü bir borç bilir, sonsuz sevgilerimi sunarım.

Süleyman VARSAK

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

BEL AĞRISI

1. BEL AĞRISI.....	3
1.1. Tanım.....	3
1.2. Epidemiyoloji.....	4
1.3. Etyoloji.....	4
1.4. Risk Faktörleri.....	6
1.5. Fonksiyonel Anatomi ve Biyomekanik.....	7
1.5.1. Lomber vertebra.....	9
1.5.2. İntervertebral disk.....	11
1.5.3. Faset eklemleri.....	12
1.5.4. Lomber bölge ligamentleri.....	13
1.5.5. Lomber bölge kasları.....	15
1.5.6. Lomber bölgenin kan dolasıımı.....	15
1.5.7. Lomber bölgenin sinir innervasyonu.....	16
1.5.8. Omurganın kinematığı.....	17
1.5.9. Ayakta Durma Postürü.....	18

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞAM KALİTESİ

2. YAŞAM KALİTESİ.....	20
------------------------	----

2.1. Kalite Kavramı	20
2.2. Kalite Kavramının Gelişimi	24
2.3. Yaşam Kalitesi	28
2.3.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	30
2.3.2. Yaşam Kalitesini Artıran ve Azaltan Durumlar	32
2.3.3. Yaşam Kalitesini Sağlamanın Yolları	34

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BEL AĞRISI TANISI KONMUŞ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA

3. BEL AĞRISI TANISI KONMUŞ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	36
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Belirlenmesi	36
3.3. Verilerin Toplanması	37
3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.4.1. Sf 36'nın Bu Araştırma İçin Seçilme Nedenleri:	39
3.5. Verilerin Analizi	42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4. BULGULAR	43
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	65
Ek: 1	65
ÖZGEÇMİŞ	70

TABLULAR

Tablo 1.1. Bel Ağrısına Neden Olan Hastalıklar ve Patolojik Durumlar	5
Tablo 1.2. Lomber bölgedeki fleksiyonun anatomik yapılar üzerinde olan etkileri	18
Tablo 1.3. Lomber ekstansiyonun anatomik yapılara etkileri	18
Tablo 3.1. Yeniden Kodlanmış Parametlerin Kaydedilmesinden Sonra SF 36 *nın Her bir Alt Başlığının Son Puanlanması ve Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 3.2. SF 36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı	41
Tablo 4.1. Katılımcıların genel özellikleri	44
Tablo 4.2. Cinsiyete göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS).....	45
Tablo 4.3. Mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS).....	46
Tablo 4.4. Eğitim durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS).....	47
Tablo 4.5. Medeni durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS).....	48
Tablo 4.6. Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS).....	49
Tablo 4.7. Alkol kullanma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)	49
Tablo 4.8. Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)	50

ŞEKİLLER

Sekil 1.1: Lumbosakral ve sakral açı.....	8
Sekil 1.2: Omurganın fonksiyonel birimi ön (A) ve arka (B) segment	9
Sekil 1.3: Vertebra cisminin yapısı.	10
Sekil 1.4: Tipik bir lomber vertebranın üstten görünümü	10
Sekil 1.5: Faset eklemi	13
Sekil 1.6: Lomber omurganın ligamentleri	15
Sekil 1.7: Spinal sinir ve dalları	16
Sekil 1.8: Statik omurganın sagital düzlemdeki eğrilikleri	19



KISALTMALAR

SF-36 (Short Form Health Survey)



GİRİŞ

Ağrı karmaşık bir deneyim ve subjektif bir duygudur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain, IASP) tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; Vücudun olası bir bölgesinden köken alan, gerçek veya muhtemel bir doku dejenerasyonu ile beraber yer alan, hastanın daha önceki deneyimleriyle alakalı, duysal, emosyonel, hoş olmayan bir duygudur.

Bel ağrısı; son kostanın alt kenarı ile alt gluteal kıvrım arasında yer alan bölgede oluşan ağrı olarak tanımlanır. Bel ağrısı süresine göre sınıflandırıldığında; 6 haftadan daha kısa sürede devam eden bel ağrısı akut bel ağrısı olarak, 6-12 hafta süren bel ağrısı subakut bel ağrısı olarak, 12 haftadan daha fazla sürede devam eden bel ağrısı ise kronik bel ağrısı adı altında tanımlanır

Hayat boyu bel ağrısı prevalansının %85'e ulaşması, bel ağrılarının %10'unun kronikleşmesi ve populasyonun %1'inin bel ağrısına bağlı özürlü olması sebebiyle önemli bir Halk sağlığı problemi olan bu durum yaşam kalitesini oldukça etkilediğinden dolayı önem arz etmektedir.

Yaşam kalitesi ile sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi kavramları birbirlerinden son derece farklı kavramlar olmakla beraber; Yaşam kalitesi daha geniş, birçok farklı boyutu olan bir kavramdır. Bireyin ekonomik düzeyi, aile, çevre ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri, iş olanakları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özgünlüğü, eğitim olanakları, yaşamını sürdürdüğü yer ve çevresi, çevre koşulları gibi birçok faktörden etkilenir (Tüzün ve Eker, 2003:4). Sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin yalnızca bir yönünü meydana getirmektedir. Sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesinin ortaya konulmasında, hasta bireyin esenlik hali, bireysel ve sosyokültürel özelliklerinin yansıması olan dilek, istek ve beklentileri, sağlık durumu sebebiyle bu talep ve istekleri oluşturulup meydana getirilmesindeki engellemeler ve hastanın bu engellemelere karşı duruşu ve emosyonel durumu son derece etkili olmaktadır (Küçükdeveci, 2005:55).

Sağlık alanının yaşam kalitesi, sağlık çalışanlarının sağlık problemleri ile sağlık kuruluşuna başvuran hastalarla ilgili fizyolojik fonksiyonları değerlendirmenin

yanı sıra hastalanan kişinin algılamaları hastalık ve hastalığın tedavisi ile ilgili meydana gelen cevapları ortaya koyar. Bu manada sağlık hizmetlerindeki yaşam kalitesi kişinin içinde yer aldığı mevcut duruma emosyonel olarak cevabı hastalığın kişinin sosyal, emosyonel, mesleki, evre ve aile yaşamına olan etkisi, bireyin iyilik hali, ruh hali, bireysel olarak beklentilerini içerir. Sosyal, emosyonel ve fiziksel fonksiyonların tatmini ve ihtiyaçlarını yerine getirmede kişisel olarak farklı boyutlarda incelenmesidir.

Bu çalışmanın amacı Diyarbakır il sınırlarında bulunan fizik tedavi merkezlerinde bel ağrısı (akut bel ağrısı, subakut bel ağrısı, kronik bel ağrısı) tanısı konan hastaların fizik tedavi aldıktan sonra yaşam kalitesinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda çalışmada ilk olarak bel ağrısı ve yaşam kalitesine değinildikten sonra bel ağrısı çeken hastaların fizik tedavi sonrası yaşam kalitesi yapılacak bir uygulama ile belirlenmeye çalışılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. BEL AĞRISI

1. 1. Tanım

Asırlar boyu ağrının sebebinin tespit edilmesi ve başarılı bir yöntemle tedavi edilmesi hekimliğin hem var oluş kaynağı hem de en önemli hedeflerinden biri olmuştur (Göksoy, 2006:3). Ağrı karmaşık bir deneyim ve subjektif bir duygudur (Karan, 1998:25). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain, IASP) tarafından ifade edilen betimleme kapsamında ağrı; “Vücudun muhtemel bir bölgesinden köken alan, reel ya da muhtemel bir doku dejenerasyonu ile beraber bulunan, hastanın geçmiş zamandaki deneyimleriyle alakalı, duysal, emosyonel, hoş olmayan bir duygudur” (Erdine, 2003:4). Ağrının biyokimyasal, fizyolojik, duysal, emosyonel, motivasyonel, kognitif, davranışsal ve sosyo-ekonomik gibi birçok boyutu vardır. İnanç sistemlerinden, ailesel özelliklerden, bireysel yeteneklerden ve başarı durumundan da etkilenir (Karan, 1998:25). Ağrı daima kişiye hastır. Bu nedenden ötürü ağrı bireyden bireye son derece büyük değişiklikler gösterir (Erdine, 2003:4).

Bel ağrısı; son kostanın alt kenarı ile alt gluteal kıvrım arasında yer alan bölgede oluşan ağrı olarak ifade edilir. Bel ağrısı süresine göre sınıflandırıldığında; 6 haftadan daha kısa sürede devam eden bel ağrısı akut bel ağrısı olarak, 6-12 hafta süren bel ağrısı subakut bel ağrısı olarak, 12 haftadan daha fazla sürede devam eden bel ağrısı ise kronik bel ağrısı adı altında tanımlanır (Kuru,2007: 7).

Bel ağrısı mekanik tipte bel ağrısı ve inflamatuvar tipte bel ağrısı olarak başlıca iki gruba ayrılabilir. Mekanik tipteki bel ağrısı hareketle artıp istirahatle azalan, gece ağrısı tam olarak belirgin olmayabilen ve sabah sertliği 30 dakikadan kısa süren bel ağrısıdır (Akarırmak, 2007:41). İnflamatuvar tipteki bel ağrısı ise hareketle azalan, istirahatle artan, gece ağrısı fazla olan ve sabah tutukluğu 30 dakikadan fazla süren bel ağrısıdır (Akarırmak, 2007:41). Anatomopatolojik lezyonu saptamak birçok defa mümkün olmadığından tanıda önemli olan, esas alta yatan etkenin mekanik bir bel ağrısı mı veya tedavide ise en önemli durum ağrı ve

fonksiyonel limitasyonlarının tedavi edilmesine ve bu konudaki semptomların azaltılmasına yönelik olmalıdır (Özcan 2000:1470).

1.2. Epidemiyoloji

İdiyopatik olarak tanımlanan bel ağrısı halk sağlığı problemlerinin oldukça yaygın bir kısmını içerir. Bel ağrısı üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra hastaneye ikinci sırada yer alan başvuru nedenleri arasındadır. (Datta, vd.,2006: 589). Yaşam boyunca bel ağrısı prevalansı % 75 ile %85 arasında değişmektedir ve yıllık insidansı da %5 dir. Populasyonun %1'i bel ağrısı nedeni ile kronik olarak özürdür (Oğuz, 2004: 1165). Bel ağrısının 45 yaşın altındaki kişilerde engelliğin en sık nedeni olduğu, 45 yaş üzerinde yer alan bireylerde ise Engelliliğin nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı ifade edilmektedir (Weinstein, 2007:660).

1.3. Etiyoloji

Bel ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran hastaların %80'den fazlasına kesin olarak bir tanı konulamaz ((Datta, vd.,2006: 589). Asemptomatik bireylerde lumbal diskopati, spinal osteoartrit, spondilolizis, spondilolistezis gibi patoloji anomaliler görülebileceği gibi şiddetli ağrısı ve fonksiyonel olarak engelliği bulunan bireylerde hiçbir patoloji saptanmayabilir (Özcan, 2000:1470).

Ağrıyı oluşturan çok sayıda kaynak olmasına rağmen bu ağrıyı oluşturan çok sayıdaki kaynakların Ayrıntılı olarak bir sorgulama, yeterli bir fizik muayene ve uygun laboratuvar yöntemleriyle tespit edilmesi etkin bir tedavi sürecinin temelini oluşturur (Özcan, 2000:1470).

Bel ağrılarının büyük çoğunluğu mekanik tiptedir. Mekanik tipte bel ağrısına lomber strain, disk ve faset eklemlerin dejenerasyonu, lomber disk herniasyonu, lomber spinal stenoz, kompresyon fraktürleri, spondilolistezis, sakroiliak eklem disfonksiyonu, miyofasiyal ağrı sendromu gibi inflamatuvar olmayan hastalıklar sebep olmakla beraber, çoğu zaman etyolojik sebep bulunamaz (Kuru, 2007:6). İnflamatuvar tipte bel ağrısına spondiloartritler, infeksiyon ve tümoral hastalıklar gibi inflamatuvar hastalıklar neden olur. Tablo-I'de Bel ağrısına neden olan hastalık ve patolojik durumlar yer almaktadır (Özcan, 2000:1472).

Tablo 1.1. Bel Ağrısına Neden Olan Hastalıklar ve Patolojik Durumlar

<p>1. Konjenital nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Transizyonel vertebrab) Spina bifidac) Faset tropizmid) Hemivertebr, blok vertebrae) Skolyoz <p>2. Kas-iskelet sistemine ait nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Mekanik kaynaklı bel ağrısıb) Miyofasial ağrı sendromuc) Fibromiyaljid) Disk herniasyonue) Postür anomalilerf) Lomber bölge kas tonusu azlığı <p>3. Dejeneratif nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Osteoartrozb) Dejeneratif disk hastalığıc) Faset eklem hastalığıd) Dejeneratif spondilolistezise) Diffüz idiopatik skeletal hiperostozis (DISH)f) Spinal stenozg) Lomber disk hernisi <p>4. Travmatik nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Lomber strainb) Fraktürlerc) Spondilolizis, spondilolistezisd) Dislokasyonlar <p>5. Metabolik nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Osteoporozb) Osteomalazic) Paget hastalığı <p>6. Enfeksiyonlar:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Brusellab) Tüberkülozc) Osteomiyelitd) Epidural absee) Diskit	<p>7. İnflamatuvar hastalıklar:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Spondiloartropatilerb) Romatoid artrit <p>8. Neoplastik nedenler Nörinom, meningiom, hemanjiyom, kemik veya yumusak doku tümörleri, multipl miyelom, metastaz</p> <p>9. Zehirlenmeler: Ağır metal zehirlenmeleri</p> <p>10. Visseral nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Renal: Nefrolitiazis, piyelonefrit, perinefritik abseb) GİS hastalıkları: Pankreatit, kolesistit, penetran ülserc) İntrapelvik hastalıklar: Prostatit, endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık <p>11. Vasküler</p> <ul style="list-style-type: none">a) Aort anevrizmasıb) Renal arter trombozu <p>12. Psikojen nedenler</p> <ul style="list-style-type: none">a) Kompanzasyon nörozisb) Konversiyon <p>13. Postoperatif ve multipl bel operasyonu</p>
---	--

1.4. Risk Faktörleri

Bel ağrısına neden olan 100'ün üzerinde risk faktörü belirtilmesine karşın hala büyük bir çoğunluğu idiyopatiktir. Esas risk faktörleri uygun olamayan fiziksel aktivite, yoğun spor, ağır kaldırma, gövdenin sıklıkla rotasyonu, vibrasyona maruz kalma, genetik, obezite, sigara içme, psikolojik faktörler, iş memnuniyetsizliği olarak sıralanabilir (Berker, 1998:9). Bel ağrısına sebep olan risk faktörleri ana başlıklar olarak şu şekilde özetlenebilir;

Mesleki faktörler: Yalnızca ya da farklı olasılıklar dahilinde kaldırma, itme, çekme, kıvrılma, kayma, beklenmedik, sık ve ani bel hareketleri yapma, uzun süreli olarak aynı pozisyonda oturma, uzun süreli bir şekilde ayakta kalma ve uzun tekrarlı olarak vibrasyona maruziyet gibi bir takım etkenlerin bel ağrısının var oluşuna sebebiyet verdiği bildirilmiştir. Özellikle sağlık personeli, fizyoterapistler, hemşireler, ağır vasıta sürücüleri, uzun yol sürücüleri, inşaat işçileri ve ağır sanayide çalışan işçilerde risk daha yüksektir (Yılmaz, 2008:10).

Yaş: Bel ağrısı oluşma ihtimalinin en yüksek olduğu yaşlar 35-55 yaş arasındır ve bu olasılık 55 yaşına doğru giderek yükselir (Sinaki ve Mokri 2005:568).

Cins: Bel ağrısının meydana gelme olasılığı 60 yaşına kadar bay ve bayanlarda benzerlik göstermektedir. 60 yaşının üzerinde yer alan bireylerde ise büyük bir olasılıkla osteoporoz sebebi ile kadınlarda daha fazladır (Sinaki ve Mokri 2005:568).

Heredite: Kalıtsal faktörlerin özellikle bazı spinal deformitelerin oluşmasında son derece etkili olduğu yapılan genetiksel araştırmalar sonucu ortaya konmuştur. Bu ortaya konanlar başlıca olarak spondilolistezis, skolyoz ve ankilozan spondilit sayılabilir. İntervertebral disk dejenerasyonunda genetik etkiler olduğu bildirilmiştir. (Sarpel, 2006:12).

Psikososyal faktörler: Kronik olarak bel ağrısına sahip olan bel hastalarında daha büyük bir ihtimalle depresif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, hipokondriyazis, histeri, alkolizm, boşanma, kronik baş ağrısı vb diğer faktörler bildirilmiştir. (Sinaki ve Mokri 2005:568). Bu risk faktörleri bel ağrılarının nedeni oluşturmazken varlıkları bel ağrısı olasılığını artırır (.Schiltenswolf: 2008:72). Eğitim seviyesinin

düşük ve gelir düzeyinin kötü olduğu bireylerde bel ağrısı sıklığı daha fazla bulunmuştur (Yılmaz, 2005:10).

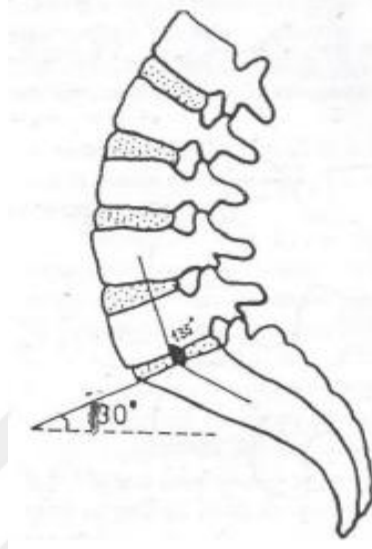
Fizyolojik faktörler: Sedanter bir yaşam stili ve gebelik olası bir risk faktörüdür. Gebelerde bel ağrısı gelişimini etkileyen ana faktör daha önceki gebelik ve gebe olmadığı dönemlerdeki bel ağrısı öyküsüdür (Sarpel, 2006: 12). Sigara içenlerde bel ağrısı gelişme olasılığı artmaktadır. Sigara intervertebral aralıklarda yer alan disklerdeki damarsal ağı etkileyerek beslenmeyi bozar. İntervertebral aralıktaki disklerde meydana gelen bu bozulmaya bağlı olarak disk dış etkenlere son derece duyarlı hale gelir. Sigaranın içerisinde de yer alan nikotin damarlarda vazokonstrüksiyona sebep olur. Meydana gelen bu durum vertebralar ve kaslar içerisindeki kan dolaşımını azaltmasına bağlı olarak bel ağrısı açısından risk oluşturmaktadır (Yılmaz, 2008;74). Sigaranın sık öksürmeye sebebiyeti sonucunda intradiskal basıncı artırması da bel ağrısı için risk oluşturmaktadır (Berker, 1998:12). Çok obez bireylerde ve büyük bir olasılıkla boyu uzun olan bireylerde bel ağrısının oluşma ihtimali riski olarak daha fazla orandadır Obezite ile bel ağrısı arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Sarpel, 2006:13). Jimnastik, futbol, ağırlık kaldırma, güreş, tenis, golf ve dans gibi birçok spor dalında lomber omurga sıklıkla yaralanan bölgelerin başında yer alır. (Weinstein, 2007:674).

1.5. Fonksiyonel Anatomi ve Biyomekanik

İnsan Omurgasının yapısı son derece karmaşık bir mekanik yapıya sahiptir. Eksen görevi olarak faset eklemler ve diskler yer alırken; Kaslar aktif olarak Ligamentler ise pasif, olarak bu yapıya destek sağlarlar.

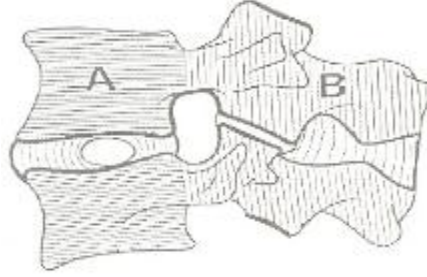
Omurga lomber bölgede beş lomber vertebranın üst üste dizilimi ile lomber bölgeyi oluşturmuştur Bu bölgede yer alan intervertebral aralıkta yer alan diskler Lomber bölgeye binen yük miktarıyla orantılı olarak tüm omurgada en geniş alanı oluştururlar. (Akı, 2002:225). Lomber bölge oluşturulurken vertebraların üst üste gelmesi ile arkaya bakan kolon konkavitesi meydana gelir ve meydana gelen bu eğri lomber lordoz olarak adlandırılır. Lomber bölgede yer alan beşinci vertebra ile sakrumun eksenini arasında kalan açıya lumbosakral açı denir ve bu açı değeri yaşa, cinse ve ırka göre değişmekle beraber ortalama 135 derecedir. Sakral bölgede yer

alan birinci vertebranın üst platosu ile horizontal eksen arasındaki açı ise sakral açıdır ve yaklaşık 30 derecedir (Koyuncu, 1997:25). Şekil 2. 1 de lumbosakral ve sakral açı görülmektedir.



Sekil 1.1: Lumbosakral ve sakral açı.

Omurganın tamamının biyomekanik açıdan özelliklerini oluşturan en küçük bölgesi bir omurganın fonksiyonel birimi olarak adlandırılır. Komşu iki omur ve bunların birlikteliğini sağlayan yumuşak doku tarafından meydana gelmektedir.(Şekil 2.2). Fonksiyonel spinal ünite olarak adlandırılan bölüm; ön tarafı statik ve arka kısmı dinamik olan iki segment tarafından meydana getirilmiştir. Fonksiyonel birimin ön kısmı vertebra cisimleri, intervertebral disk ve longitudinal ligamentlerden meydana gelir. Esas görevlerinin başında omurgaya binen yükleri uygun bir şekilde taşıma, şokun absorpsiyonu ve vertebraya esneklik kazandırma gibi görevleri vardır. Arkus Vertebralar, intervertebral arasında yer alan eklemler, proses transvers ve proses spinöz çıkıntılar ile Ligamentler ise fonksiyonel birimin 7 arka kısmını meydana getirir. Geride kalan bölge nöral yapıları koruyarak, hareket esnasındaki fleksiyon ve ekstansiyon durumlarında fonksiyonel birimlerin hareketini doğru olarak yapması için yardımcı olur (Karatay, 2000:464).

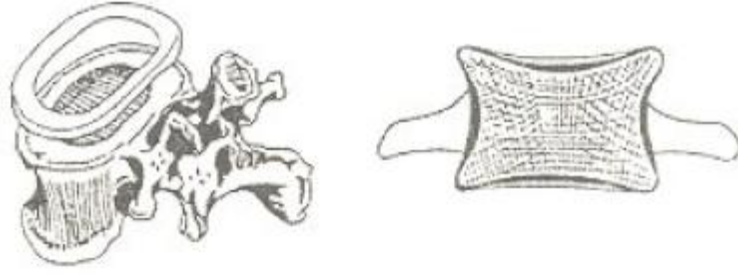


Sekil 1.2: Omurganın fonksiyonel birimi ön (A) ve arka (B) segment

1.5.1. Lomber vertebra

Lomber bölgede yer alan omur cismi normal koşullarda çok yüksek miktarlarda kompressif kuvvetleri tolere edebilecek dayanıklıkta yapılanmıştır. Yüksek miktardaki kompressif yüke dayanmak için kaudale ilerledikçe ebatları mekanik bir uyum sağlamak için büyür (Karataş, 2000:464).

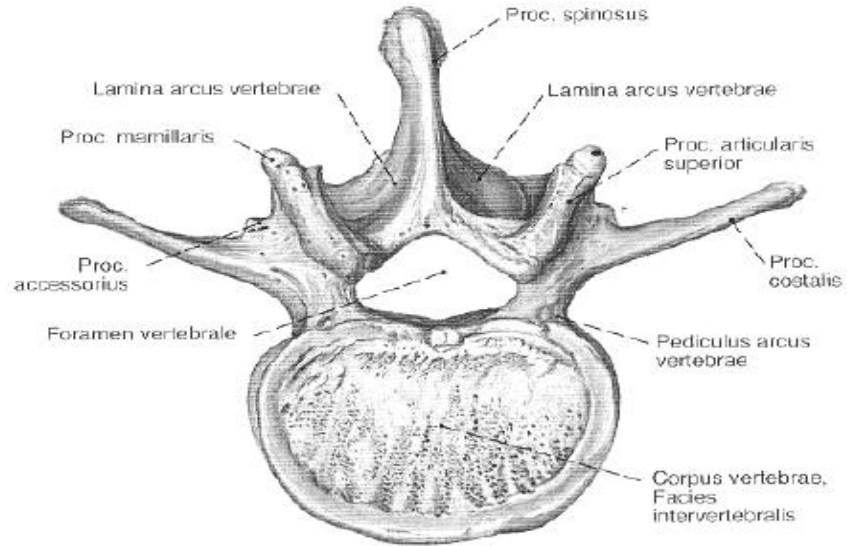
Korpus olarak isimlendirilen omur cismi her bir omurun önünde yer alır. Aynı zamanda bu omurların arka tarafında da bulunmakta olan nöral arkın oluşmaktadır. Nöral arkın, vertebra cismi ile transvers çıkıntı arasında yer alan ön parçasına pedikül, transvers çıkıntı ile spinöz çıkıntı arasında yer alan arka parçasına ise lamina olarak adlandırılmaktadır. Faset eklemleri taşıyan inferior ve süperior artiküler çıkıntılar pedikül ve lamina birleşme noktalarında yer almışlardır. Her iki laminanın arkadaki birleşme yerinde dışarıdan kolay bir şekilde palpasyonla bulunabilen spinöz çıkıntı bulunmaktadır. Pedikül ve lamina kesiştiği noktadan yan tarafa doğru yol alan bir çift çıkıntı ise transvers çıkıntı olarak adlandırılmaktadır. Korpus vertebraının süperior ve inferior yüzlerinde kartilajenöz dokunun meydana getirdiği son plaklar (endplate) bulunmaktadır. (Akı, 2002: 326). Vertebra cisimlerinin transvers çapı ön arka, ön arka çapı da vertebra cisminin yüksekliğinden fazladır (Oğuz, 2004:1141). (Sekil 2.3).



Sekil 1.3: Vertebra cisminin yapısı.

İntervertebral foramenler üstte ve altta pedikül, önde intervertebral disk ve vertebra korpusu, arkada lamina ve faset eklemin anterior yüzü arasında bulunan dışa açılan birer penceredir (Akı, 2002: 326). Spinal sinirler intervertebral foramenlerden geçerek spinal kanalı terk ederler (Oğuz, 2004:1142).

Korpus ile vertebra kemeri (arkus) arasında foramen vertebrale bulunur. Omurgada, üst üste oturan vertebralardaki foramen vertebraleler bütünleşerek vertebral kanalı meydana getiriler. Vertebral kanal içinde medulla spinalis bulunur.(Yıldırım, 1997:38).



Sekil 1.4: Tipik bir lomber vertebranın üstten görünümü

Medulla spinalis L1 seviyesinde sonlandığından lomber bölgedeki spinal kökler, intervertebral boşluktaki kolumna vertebralis bitmeden evvel kanalis spinalisin içerisinde en üstten en alt seviyeye kadar uzun bir mesafe alır. Alkalı olan

foramene geçiş yapmadan evvel, kök üzerinde yer alan diski çapraz bir şekilde geçtikten sonra alt bölgeye doğru yol alır. Foramen İntervertebralis dikey olarak gelen kök, foramenin üst kenarı ile yakından ilişkilidir. Bu sinir köklerinin kolumna vertebralis'ten ayrıldığı foramen intervertebralenin bir üzerine yer alan intervertebral disk tarafından baskıya maruz kalınması spinal kökün kalıs vertebralis içerisinde izlediği bu rota ile direk olarak ilişkilidir. (L5 spinal kökün L3-L4 intervertebral disk tarafınca baskıya maruz kalması gibi). Spinal kökler tahmin edilenden çok fazla bir şekilde hareket halinde yer alırlar. Spinal köklerin farklı uzunlukta boylara sahip olması da lomber bölgenin çok daha fazla hareketli olmasına katkıda bulunmuştur.

Foramen intervertebralisin % 35-40'ını spinal sinir oluşturmakla beraber, bunun dışında kalan boşluk; destek dokusu, ligamentum flavum, arter, ven, lenf yolları ve sinuvertebral sinir tarafınca meydana getirilmiştir. (Akı, 2002:330).

1.5.2. İntervertebral disk

Kolumna vertebralisin yüksekliğinin % 33'ü vertebralar arasında yer alan intervertebral diskler tarafından oluşturulmuştur. Bu yüksekliği oluşturan İntervertebral disk hidroelastik bir yapıya sahip olup komşu olan iki omur cismi arasında bulunmaktadır. İntervertebral disk çevresinde anulus fibrosus, ortasında nukleus pulposus ve kartilajenöz lameller olarak adlandırılan intervertebral diskin alt ve üst kısmında yer alan, omurların son plaklar ile yakından ilişkili olan yapılar tarafından oluşturulmuştur. (Akı, 2002:331).

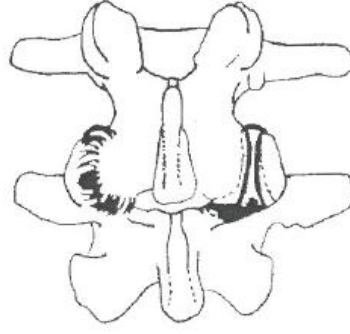
İntervertebral diskin orta kısmını oluşturan nukleus pulposus jelatinöz matriks içerisinde gömülü olarak yer alan gevsek, narin, ince kollagen liflerden oluşup visköz bir sıvı formunda bulunmaktadır. Nukleus pulposus daha çok intervertebral diskin 1/3'lük arka tarafına doğru yerleşmiş bulunmaktadır. Diskin yüzeyinin % 40-50'sini meydana getirir. Gençlerde Nukleus pulposusun içerdiği su miktarı % 88 iken, yaşlı bireylerde % 65 düşmesiyle beraber; Nukleus pulposusun içerisinde yer alan su miktarı anulus fibrosusun içerisinde yer alan su miktarından daha fazladır. Kuru ağırlığının % 20- 30'unu tip 2 kollagen oluşturur. Proteoglikanlar (kondrotin 6 ve 4 sülfat keratan sülfat) yaşa ve eklemden meydana yıkımlara da bağlı olarak değişmekle beraber hyaluronik asit içerirler. Fibröz konsantrik lamellerden oluşmuş Anulus

fibrosus aynı zamanda fibroelastik ağ yapısına sahiptir. Anulus fibrosus % 65-70 gibi oldukça yüksek oranda su içermesiyle beraber ana yapı olarak kollagen yapıya sahiptir. Kuru ağırlığını keratan sülfat, kondrotin sülfat gibi proteoglikanlar ve glikoproteinler meydana getirmesinin yanında % 50-55'ini kollagen lifler oluşturmaktadır.(Akı, 2002: 332).

Vertebral aralıklılarda yer alan disk, altta ve üstte omurların son plakalarına güçlü olarak bağlanan kartilajenöz lameller yer almaktadır Çevrede epifizyal halkaya, merkezde ise kartilajenöz son plağa güçlü olarak bağlanan lameller;anulus fibrosus'un üst ve alt bölgesinde bulunmaktadır.Lomber bölgenin bir çok yönde hareket etmesinde fonksiyonel üniteye esneklik kazandıran nukleusun içindeki sıvının sürekli bir şekilde yer değiştirmesinin çok ciddi katkıları bulunmaktadır. Disk üzerine gelen kompressif kuvvetler nukleus pulposusun hidroelastik yapısı kanalıyla kendisini çevreleyen anulusa transfer etmektedir.Anulus içerisinde yer alan nukleusun çevresini bir ağ gibi çevreleyen liflerden oluştuğundan dolayı kendisine uygulanan bu kuvvet esnasında esneyerek kendisine uygulanan kuvvete elemine etmektedir. Nukleus pulposusun hareket edeceği rotaya bağlı olarak Anulus fibrosus da genişleme meyilli sahiptir. Sürekli bir biçimde çaba sarf ederek nukleusu tekrar istirahat durumuna getirmek için anulus fibrosus bir direnç oluşturmaktadır. (Akı, 2002:332).

1.5.3. Faset eklemleri

Faset eklemleri kanalis vertebralisin arka yan tarafında bulunan foramen intervertebralenin arka kısmında yer almakta olan diartrodial eklemlerdir (Akı, 2002:330).



Sekil 1.5: Faset eklemi

Faset eklem yüzlerinin dizilimi tüm kolumna vertebralis boyunca transvers düzleme ve frontal düzleme göre farklılıklar göstermektedir. Faset eklem yüzlerinin dizilim açısına göre omurganın hareket yönü belirlenir. Buna bağlı olarak faset eklemleri torasik bölgede lateral fleksiyon ve rotasyon hareketlerinin yapılmasına izin verirler. Fleksiyona ve ekstansiyona ise çok az miktarda izin verirler. Lomber bölgede antefleksiyon, ekstansiyon ve az miktarda lateral yöndeki fleksiyona izin verilmesine rağmen rotasyon yönündeki hareketlere nerdeyse hiçbir şekilde müsaade edilmemektedir. Faset eklemlerinin aynı zamanda tüm omurgada hiperfleksiyon yönündeki hareketler ve rotasyon yönünde meydana gelen hareketler üstünde durdurucu etkileri bulunmaktadır. Rotasyondaki bu frenleyici etkiyi faset eklem yüzleri sağlarken, fleksiyon yönündeki bu frenleyici etki ise faset eklem kapsülünün büyük miktarda oluşan bu hareketleri engelleyici yönünde direnç meydana getirdiği bulunmuştur. (Akı, 2002:330).

1.5.4. Lomber bölge ligamentleri

Lomber bölgede omurlarının korpuslarında ön ve arkada bulunan Anterior longitudinal ligament ve Posterior longitudinal ligament olarak adlandırılan iki tane son derece kuvvetli olan ligament bulunmaktadır.

Kolumna vertebraliste yer alan omurların korpuslarının ön tarafını saran Anterior longitudinal ligament aynı zamanda anulus fibrosus lifleri ile ilişkisi olan son derece dayanıklı ve geniş bir ligament olma yapısına sahiptir.

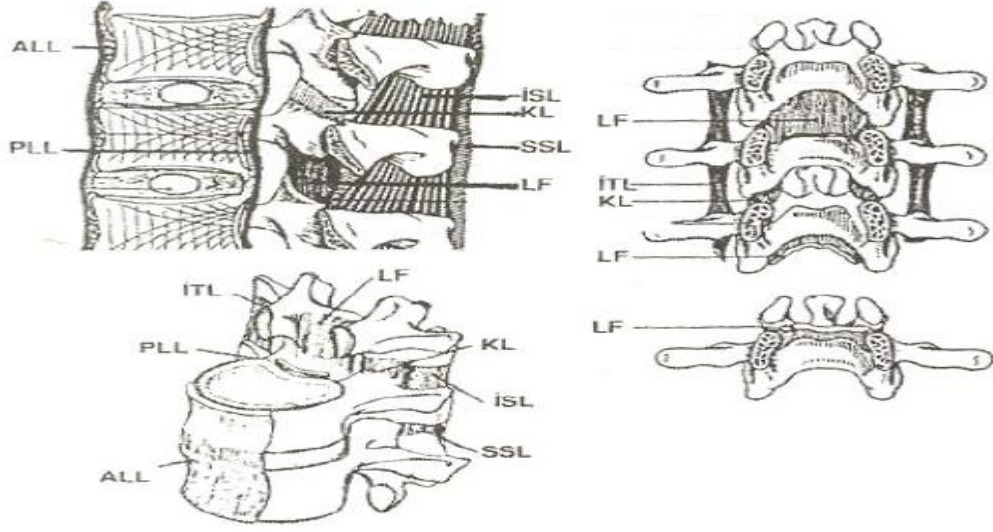
Anterior longitudinal ligament lomber bölgedeki stabilizasyonu sağlayan en önemli ligament olmasıyla beraber lomber bölgede yer alan hareketler içerisinde yer alan ekstansiyonu engelleyici bir fonksiyona sahip olması da son derece önemlidir. İliolumbar ligament ile birlikte lomber lordozu sağlamakta rol alır (Oğuz, 2004:1142).

Kolumna vertebraliste yer alan omur cisimlerinin arka tarafını saran Posterior longitudinal ligament aynı zamanda bunlara son derece sıkı bir biçimde yapışan bir ligamenttir. Posterior longitudinal ligament intervertebral disk hizasında her iki tarafa doğru yol alan bir açılanma meydana getirmesi arkada taraftan intervertebral diske verilen desteğin ortadan kalktığı anlamına gelmektedir. Meydana gelen bu durum disk hernilerinin oluşmasında en önemli anatomik sebeplerden birisi olarak bilinmektedir. Bu ligamentin disk herniasyonunun oluşmasında yer aldığı rollerden biri de L1 seviyesinden itibaren ligamentin genişliğinin giderek azalmasının yanı sıra L5-S1 segmentlerinde bu genişliğin yarıya kadar azalmasıdır. (Akı, 2002:330).

Lateral fleksiyonlar üstünde sınırlayıcı özelliğe sahip olan Lateral ligament; anterior ve posterior longitudinal ligamentler arasında bulunup; intervertebral disklere sıkı bir şekilde bağ kuran bir başka ligamenttir.

Spinal kanalın arkasındaki laminalar arasında bulunan Ligamentum flavum ise, içerdiği yüksek orandaki elastine bağlı oldukça esnek bir ligamenttir. Lomber hiperfleksiyon üstünde sınırlayıcı bir yapıya sahip olup, elastik bir yapıya sahip olmasına bağlı olarak kişinin tekrar normal postüre dönmesinde yardımcı olarak görev alır. Fakat ligamentin bu fonksiyonun yanı sıra tüm lomber bölgede meydana gelen hareketlerde kanalis spinalisin arka tarafında yumuşak bir ortam meydana getirerek burada yer alan nöral yapıları korumadaki görevinin daha önemli olduğu bildirilmiştir

İntertransvers ligamentler; transvers çıkıntılar arasında, interspinöz ligamentler; spinöz çıkıntılar arasında yer alırken;supraspinöz ligamentler ise spinöz çıkıntıları üst taraftan sararak yol alan bir yapıya sahiptir. Bu Üç ligamentin beraberce çalışması sayesinde özellikle bu bölgede meydana gelen makaslama kuvvetine karşın son derece önemli bir koruma meydana getirilmektedir.



Sekil 1.6: Lomber omurganın ligamentleri

İntersegmental ligamentler; Anterior ve posterior longitudinal ligament (ALL ve PLL) ve supraspinal ligamentten oluşmaktadır. (SSL). Segmental ligamentler ise ligamentum flavum (LF), interspinözligament (İSL), intertransvers ligament (İTL) ve kapsuler ligamentden (KL) tarafınca meydana getirilir.

1.5.5. Lomber bölge kasları

Lomber bölgede rektus abdominalis ve transversus abdominalis fleksör; kuadratus lumborum lateral fleksör; erektör spina ve bu kaslarının altında yer alan semispinalis, multifidus ve rotatorlardan oluşan transvers spina kasları ekstansör görevi görür. Ayrıca erektör spina kaslarının lateral fleksiyon ve transvers spina kaslarının ters tarafa rotasyon görevleri de vardır. İnternal ve eksternal abdominal oblik kaslar fleksör, lateral fleksör ve rotator görevi de görür (Akı, 2002:331).

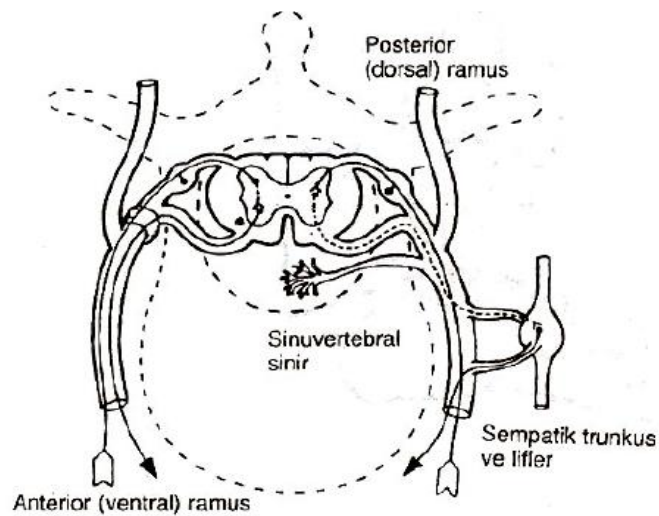
1.5.6. Lomber bölgenin kan dolasımı

Lomber bölgenin beslenmesi doğrudan aorta tarafından yapılmaktadır. Aortun arka kısmında verilen dört çift lomber arter ilk dört vertebranın, orta sakral arterden gelen beşinci çift ise beşinci lomber vertebranın dolanımına bağlı olarak

beslenmesinden sorumludur. Sakrum bölgesi ise arteria medialis superior ve arteria hipogastrikaya bağlı olarak beslenmesinden sorumludur. Bu arterlerin diğer bir başka görevi de distal lomber bölgede yer alan kaslarının beslenmesinden de sorumlu olmalarıdır. Topladığı kanı vena kava inferiora boşaltan venöz sistemin bilindiği üzere kapakçıkları olmayan bir yapıya sahiptir. Genelde olarak İnternal ve eksternal, anterior ve posterior venöz dolasım arasında gelişmiş bir haberleşme sistemi bulunmaktadır. Doğum esnasında doğrudan olarak kan damarları aracılığı ile beslenen disk, üçüncü dekata ilerledikçe bu bölgede yer alan damarların tıkanmasına bağlı olarak kartilajenöz son plaklardan diffüzyon kanalı ile beslenmektedir. Lomber bölgede yer alan fleksiyon hareketi intervertebral disklerin intermitant bası oluşturduğu için beslenmesinde son derece önemlilik oluşturmaktadır. (Akı, 2002:330).

1.5.7. Lomber bölgenin sinir innervasyonu

Sinuvertebral sinir vertebral kolonun lomber bölgesinin duysal olarak innervasyonu meydana getirmektedir. Sinuvertebral sinir, spinal sinirin anterior ve posterior olarak dal vermeden evvel ayrılması ile oluşur. (Sekil 2.7). Bulunduğu segmentteki sempatik gangliyonun gelen sempatik liflerle birleşerek intervertebral kanal aracılığı ile kanalis spinalise ilerler. PLL, anulus fibrosusun arka dış lifleri ve lateral resessuslar sinuvertebral sinirce innerve edilir (Akı, 2002:330).



Sekil 1.7: Spinal sinir ve dalları

Posterior primer rami medial ve lateral dallar Spinal sinirin ikiye bölünmesiyle oluşturulan dallardır. Medial dal Paraspinal kaslar ve faset eklemleri inerve ederken; lateral dal ise deri innervasyonundan sorumludur. Multifidus, intertransversalis, interspinoz kaslar, interspinoz ligament, ligamentum flavum, spinoz çıkıntılar, lamina ve lumbodorsal fasya, posterior primer rami sayesinde innervasyonu sağlanmaktadır. (Akı, 2002:326).

1.5.8. Omurganın kinematığı

Klinikte tespit edilen omurganın herhangi bir yönde meydana getirilen hareketi birçok fonksiyonel birimin kombinasyonu sonucu elde edilmiş hareketlerce oluşmuştur. Vertebral kolonun fonksiyonel olarak hareket açıklığı bireyler ve cinsiyetler açısından değişiklikler göstermektedir. Aynı cinsiyette bile olsa yaşla beraber olarak hareket açıklığında belirgin bir azalma meydana gelmektedir. Longitudinal ligamentlerin uzama kabiliyeti, faset eklem kapsüllerinin ve kasların elastisitesi ile intervertebral diskin sıvı miktarı hareket genişliği belirleyen en önemli yapıları oluşturmaktadır. Aşırı bir şekilde yapılan hareketler fasya ve longitudinal ligamentler tarafından limitlenir.

Lomber bölge yer alan öne eğilme hareketi olarak adlandırılan fleksiyon hareketi 40-60 derece olup bu fleksiyon hareketinin % 75'i L5-S1, % 20-25'i L4-L5, % 5-10'u L1-L4 seviyelerinde meydana gelmektedir. Ekstansiyon 20-30 derece olup çoğunluğu L4-L5 ve L5-S1 seviyeleri tarafından meydana getirilir. Lateral fleksiyon 20-30 derecelik bir açıya sahip olup; bu Açığı L3-L4'de maksimal düzeyde, L5-S1'de ise minimal düzeydedir. Rotasyon 10-40 derece olup L4-L5 ve L5-S1 seviyelerinde daha fazladır (1, 4, 17, 22). Lomber fleksiyonun anatomik yapılar üzerinde olan etkileri Tablo 2.2.'de, lomber ekstansiyonun anatomik yapılar üzerinde olan etkileri ise Tablo 2.3.'de özetlenmiştir. Rotasyon sırasında meydana gelen hareket intervertebral disk üstünde hem kompresyon, hem de makaslama kuvveti meydana getirdiği için en çok zarar oluşturan harekettir (Akı, 2002:327).

Tablo 1.2. Lomber bölgedeki fleksiyonun anatomik yapılar üzerinde olan etkileri

- a- Kanalis spinalisin anterior duvarı hafif bir şekilde uzar
- b- Kanalis spinalisin posterior duvarı belirgin bir şekilde uzar
- c- Ligamentum flavum gerilir ve kanalis spinalisin posterior duvarına yapışır
- d- Sinir köklerin gerilmesine bağlı olarak çapları kısalmır
- e- Kanalis spinalisin hacmi genişler
- f- Foramen İntervertebraleler büyür.

Tablo 1.3. Lomber ekstansiyonun anatomik yapılara etkileri

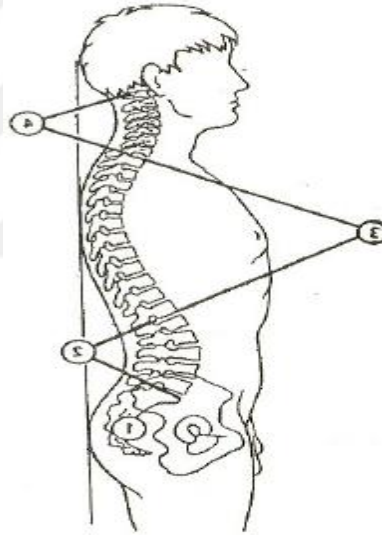
- a- Kanalis spinalisin anterior duvarı hafif bir şekilde kısalmır
- b- Kanalis spinalisin posterior duvarı orta dereceli olarak daralmır
- c- Ligamentum flavum vertebral kanalın içine doğru tasar
- d- Sinir kökleri gevşer ve çapları artar
- e- Kanalis spinalisin hacmi azalmır
- f- Foramen İntervertebraleler kısalmır

1.5.9. Ayakta Durma Postürü

Sagittal düzlemde hareket etmeden duran bir omurga; temel olarak 4 eğriliğe sahip olup ve sakrum üstünde dengede yer almaktadır.(Şekil 2.8). Sakrokoksigeal kifozun hemen üzerinde sakrumun üstündeki ilk eğrilik lomber lordoz olarak adlandırılır. Bunu sırayla torakal kifoz ve servikal lordoz takip eder. Ayakta dik duran sağlıklı yetişkin bir bireyde bu eğrilikler dengeli fizyolojik eğrilikler meydana getirir.(Karatas, 2000:462).

Omurganın Lomber segmentti sakral açı ile pelvis üstünde dengede olup; bu dengeyi ağırlık merkezinde tutmak amacıyla lordotik eğriliği meydana getirir. Lomber seviyede bu eğrilik önemli oranda intervertebral disklerin şekli ile sağlanmıştır. Lomber lordoz aksiyel yük taşıma için en uygun duruştur (Weinstein,

2007: 662). Sakral açı arttığında kaymanın önlenmesi için kompensasyon, lomber lordoz artırılarak sağlanır. Ancak sakral açı miktarı düştüğünde ise lomber lordoz düzleşir. (Karatas, 2000:462). Omur cisimleri üstünde gelen kuvvet biri dikey açıda olan kompressiv kuvvet, diğeri ise öne tarafa doğru oblik doğrultuda olan makaslama kuvveti olmak üzere iki farklı parçayı oluşturur. Lomber lordozun makaslama kuvveti ile doğru orantılı olmasıyla beraber kompressiv kuvvetle de ters orantıya sahiptir. Anatomik olarak makaslama kuvvetine direnç oluşturan yapıların başında omurganın arka segmentinde yer alan faset eklemleri bulunmaktadır. Faset eklemleri lomber lordozun artırıldığı hareketlerde çok daha aşırı miktarlarda makaslama kuvvetinin etkisinde bırakılmakta ve bunun sonucunda eklem yüzeyleri daha fazla yük altında kalmaktadırlar (Akı, 2002:326). Durma postüründe lomber lordozda meydana gelen değişimler bel ağrısına neden olmaktadır.



Sekil 1.8: Statik omurganın sagital düzlemdeki eğrilikleri

- 1) Sakrokoksigeal kifoz 2) Lomber lordoz 3) Torakal kifoz ve 4) Servikal lordoz

İKİNCİ BÖLÜM

2. YAŞAM KALİTESİ

2.1. Kalite Kavramı

“Kalite” kelimesine toplumda da her geçen gün daha fazla karşılaşılmaya başlamıştır. Kalite terimi bireylerin ve sistemlerin hiçbir şekilde yanlışlık oluşturmaması ve mükemmelere erişme arzusu doğrultusunda meydana çıkmıştır (Durukan ve İkiz, 2007:48).

Kalite kavramı olarak kişiye ve zamana göre değişiklik göstermektedir. Sunulan ürün ve hizmetler de dahil olmak üzere her şey günün şartlarına ve tüketici isteklerine uygun olmalıdır. Ürün veya hizmetin sağlam olması, kullanım ömrünün uzun olması, pahalı olması bir zamanlar kaliteyi ifade etmekteydi. Günümüzde ise ürünün uzun süre kullanımından çok, kullanıldığı süre içinde sağladığı fayda, kalite göstergesi sayılmaktadır. 1960 senesinin Ford markalı arabası, iri olan boyutu, sağlamlığı ve genişliğiyle en kaliteli araç olarak düşünülmekteydi. Çünkü bu araç o dönemlerde tüketici olan bireylerin o senelerdeki arzu ve beklentilerini karşılamaktaydı. Şuanda ise bu aracı kaliteli bir araç olarak belirtmek söz konusu olamamaktadır. Çünkü bu günün şartları ve istekleri değişmiştir. Günümüzde kalite ile alakalı bütün faaliyetlerin bireyler tarafından etkilendiği açıkça ortadadır. İşletmeler de değişen tüm şartları izlemekle yetinmeyip aynı zamanda bunları da yönlendirmek durumundadırlar (Demirci, 2008: 112).

Kalite kavramı, günümüzde sadece ürün ve hizmetlerle ilgili değil aynı zamanda yaşamın bütün safhalarında; yaşam kalitesi, davranış kalitesi, süreç kalitesi şeklinde yer almaktadır (Gökçümen vd., 1999:18). İster imalat, ister ise hizmet alanında olsun, kalite; daima gelişen, bazen var edilen, bazen de ulaşılmaya çalışılan bir tanımdır. (Demirci, 2008:112). Öyle ki kalite kavramı özellikle son zamanlarda adeta bir slogan durumuna bürünmüştür. Genel olarak birçok değişik şekillerde ifade edilmekte ve kimi zamanlar yanlış anlaşılmalara da neden olmaktadır. Bu nedenle kalite kavramına açıklık getirilmesinde yarar vardır (Şimşek, 2004:22).

Kalite kavramı insanların ve sistemlerin hata yapmaması ve mükemmel ulaşma isteği gerçeğinden ortaya çıkmıştır (Arabacı vd., 2010: 1348). Kalite, sınırları gün geçtikçe genişleyen bir kavramdır. Kalite kelimesi Latince kökenli “Qualis” kelimesinden türemiştir. Bu kelime, Latince bir şeyin hangi şekilde oluştuğu manasına gelir. İngilizcede ise kalite kelimesi, mülk, durum, hal, şekil ve nitelik anlamlarına gelmektedir (Pınar, 2007:12).

Kalite kavramından bahsedilebilmesi için, mal veya hizmetin sahip olması gereken bazı özellikler bulunmaktadır (Küçük, 2004 22).

- Tasarım yapılan bir şeyin kusursuz olması,
- Kullanım esnasında kusursuzluk,
- Fiyatta mükemmeliyet,
- Teslim zamanında mükemmeliyet,
- Satış süresinde mükemmeliyet.

Yukarıdan da anlaşılacağı üzere kalite sadece sonuca yani çıktıya değil, o çıktının elde edilme aşamaları ile de ilişkilidir.

Kalite kavramı, gerek sanayide gerekse uygulamada çoğu kişilerce farklı şekillerde kullanılmaktadır ve ortak bir kavram bütünlüğüne sahip değildir. Başka bir ifade ile tüketicinin ihtiyaç ve talepleri ile olan doğrudan ilgisi ve bu ihtiyaç ve taleplerin farklı olmasına bağlı olarak kalitenin standardize edilmiş bir tanımlaması yapılamamaktadır. Kelimelere göre, kalitenin “mükemmellik derecesi, üstünlük, eksiksizlik” olarak ifade edildiği görülür (Ertuğrul, 2006: 38).

“Kalite tanımları zamanla değişmiş ve ürün odaklı olmaktan çıkıp, sistem odaklı hale gelmiştir. Günümüzde ise kalite müşteri odaklıdır. Hedef müşteriler belirlendikten sonra onların talep ettikleri ürün veya hizmet üretilir. Böylece, bu müşteri grubu için istenen kalite elde edilmiş olur. Kalite, müşteriyle yakından ilgilidir, müşterinin beklentilerine uygun olmak, müşterinin ürünü iyi algılamasını sağlamaktır.” (Taşkın, 1994:26). Yine kalite, tüketicinin talep ettiği ya da üreticinin sunabildiği bir standarda uygun olan, sabit olan bir yakınlıktır. Bu sebepten ötürü talep ediciler ya da sunucular azami ölçülerde kalitenin özelliklerinin ifade edilmesinde işbirliği içerisinde yer almalıdır. (Stephens, 1979: 16).

“Kalite, bir malın veya hizmetin talebi karşılayabilme yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır. Değişen müşteri arzu ve gereksinimlerin tatmin edilmesi, vaktinde ve ilk defada müşteriye makul ve uygun yanıtların verilmesidir. Pazar şartlarındaki değişimler kalite kavramında da değişikliğe sebep olmuştur. Kalite kavramı ortaya ilk olarak çıktığı zamanlarda standartlara uyumluluk şeklinde ifade edilmiştir. Fakat tüketici arzu ve gereksinimlerdeki değişim kalitenin kullanıma uygunluk olarak tanımlanmasına sebebiyet vermiştir. Tüketicinin ortaya çıkarılan gereksinimlerinin yanı sıra gizli kalmış gereksinimlerinin de karşılanması amacıyla tüketici isteklerine yanıt oluşturulması kalitenin tekrardan ifade edilmesini sağlamıştır. Kalitenin en basit açıklamasını son kullanıcı tüketici olduğundan bunu belirleyen yine tüketicidir” (Gürcü, 2011:18).

Kalite, bir malın veya hizmetin hedeflenenlere ve istek duyulanlara göre uygunluğudur. Yani aslında, mal veya hizmetin müşteriye memnun etmesi, müşterinin taleplerini karşılayabilmesidir. Geliştirme sektöründeki bir mühendis için kalitenin manası üst düzey tasarımlar olurken; imalatta çalışan bir mühendis için ise belirli bir tasarıma uygunluk olarak ortaya çıkmaktadır. (Top, 2009: 42).

Kalite kavramı farklı anlamlara gelebilmektedir. Kaliteyi farklı şekillerde tanımlamak gerekirse (Ertuğrul, 2006:38)

- “G.Taguchi kaliteyi, malın sevkiyattan sonra toplumda sebep olduğu minimal ziyan olarak belirtmektedir.
- P.Crosby tarafınca kalite, bir malın ihtiyaçlara uygunluk düzeyi olarak ifade edilmektedir.
- J.M. Juran’a göre kalite, kullanıma uygunluktur, kalite mükemmellik arayışına sistemli bir yaklaşımdır.
- Deming’e göre kalite, ihtiyaçları karşılayabilme yeteneğidir. Kalite, var olan ve var olacak müşteri ihtiyaçlarını karşılanması için çaba harcamaktır. Kalite kullanıma uygunluktur.
- Gilmore’a göre kalite, çok özel bir malın, çok özel bir müşterinin ihtiyaçlarını karşılama yeteneğidir.
- Feigenbaum’a göre kalite, bir malın tasarıma ya da özelliklere uygunluk düzeyidir.

- Kano'ya göre kalite, kişinin ihtiyaçlarını karşılanması ve aynı zamanda bu ihtiyaçların asılmasıdır.
- Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu'na göre kalite, belirli bir malın veya hizmetin, tüketici arzularına uygunluk düzeyidir.
- Amerika Kalite Kontrol Derneği'ne göre kalite, bir ürün ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.
- Alman Standartlar Enstitüsü kaliteyi, bir malın öngörülen ve şart koşulan gereklere uyum yeteneği olarak ifade edilmektedir.
- Japon Endüstriyel Standartları'na göre kalite, malı ve hizmeti ekonomik bir şekilde imal eden ve tüketicinin ihtiyaçlarına cevap oluşturan bir imalat sistemidir.
- Dr.Kaoru Ishikawa'ya göre kalite, mal ya da hizmeti ekonomik bir kanaldan imal eden ve tüketicinin ihtiyaçlarına cevap veren bir imalat sistemidir.
- İbrahim Kavrakoğlu'na göre var edilen kalite, müşterinin reel ihtiyaçlarını müşteriden de daha iyi bir şekilde bulup bunu karşılamaktır.
- Hoshin'e göre kalite, hatalarla yaşam sürmek değil, hataları tamir etmek ve bu hataları önlemektir”.

Görüldüğü gibi tanımlar arasındaki bütün bu farklı durumlar kalite kavramının çok farklı boyutlu olmasından ötürü ileri gelmektedir. Kalite kavramının bu derece farklı anlamlara gelmesinin temel nedeni ise kavramının iş alanlarına göre, bakış açısına göre, kavramın kavramsal veya pragmatik bakış açısından ele alınmasına göre değişebilmektedir (Sarıkaya, 2003: 21).

Kalite, müşteri ihtiyaçlarının karşılanması, ya da müşterinin memnun edilebilmesi için bir ön koşuldur. Müşteri memnuniyeti tekrar satın almanın ön koşuludur (Schukies, 1998:9). “Yine kalite, bir ürün ya da hizmeti üretirken, tüketici isteklerine cevap veren bir sistemi ifade eder. Bir kurum ya da kuruluşta toplam kalitenin uygulanabilmesi için o kurumun kültüründe değişikliğe gidilmesi gerekir. Mal ya da hizmet üretim yerlerinde sürecin başından sonuna kadar çalışanları,

yöneticileri ve üretim sürecindeki girdiler kalite üzerinde etkiye sahiptir. Bu süreçte gidilecek değişiklik kalite olarak ortaya çıkacaktır” (Ateş ve Batuk, 2007:19).

Kalite zamanla sürekli gelişen ve alanı genişleyen bir kavramdır. Teknolojik gelişmeler, değişen insan koşulları, ihtiyaçlar kaliteyi değişik boyutlara taşımıştır. Kalite niteliği açısından dinamik bir özellik oluşturmakta, tüketici taleplerine eşit bir şekilde büyümekte ve değişim göstermektedir. Veri biriktirme yoluyla imalatçı, yeni teknik yöntemler ve örgütlenme alternatifleri geliştirerek maliyetleri aynı olmakla beraber daha mükemmel kalitede ürün imal etmek ve tüketicinin kaliteye dair isteklerini yerine getirmek zorundadır. Çoğu üretici tarafından düşük kalitedeki ürünün karlılık üzerinde olumsuz etki yaptığına dair gerçek son derece bilinmektedir. Düşük kalite, üretici açısından kusurları tespit etme ve bu kusurları düzeltmedeki maliyet anlamına gelmektedir. Bazen bu maliyetler devasa boyutlara varabilmektedir. Aynı zamanda kötü kalitenin tüketicilerdeki güven kaybına sebebiyetinden ötürü malın piyasadaki payının düşmesine sebebiyet vereceği son derece açıktır. Herhangi bir ürünün kalitesi, kalite parametreleri olarak adlandırılan elemanlardan meydana gelmektedir. (Kavrakoğlu, 1998: 32).

2.2. Kalite Kavramının Gelişimi

Yapılan birçok tanımdan da anlaşılacağı üzere kalite zaman ile ilişkilendirilecek bir kavram yapısına sahip değildir. Bu nedenle ilk insanın bu konudaki bilgi ve becerisi ile bu konuya bakışı antik dönemin bilinmeyen döneminin içerisinde hapsoldüğünü ifade edebiliriz. İlkel dönemde yaşayan toplayıcılar hayatlarını idame edebilmek amacıyla deneme yanılma yöntemi ile hangi meyvenin yenebileceğini, hangisinin ise yenilemeyeceğini keşfetmişlerdir. İlkel avcılar avcılık için hangi ağaçtan daha iyi sopa ve ok yapıldığını yine bu deneme yanılma yolu ile bulmuşlardır. Bu yöntemler sayesinde kazandıkları kazanımları sürekli geliştirerek ve bu kazanımları biriktirerek başlangıçta sözlü olarak, daha sonraları ise yazının bulunmasıyla birlikte kuşaktan kuşağa günümüze kadar ulaştırmışlardır (Yıldırım, 2001: 44).

Kalite kavramı konusundaki ilk belgeler M.Ö. 2150 tarihli Hammurabi kanunlarında karşımıza çıkmaktadır. Bu kanunlarda belirtilen yasalardan biri şöyle

bir ifadeye sahiptir; “Bir inşaat ustasının inşa ettiği bir ev, ustasının yetersizliği ve işini gerektiği gibi yapmaması nedeniyle yıkılarak sahibinin ölümüne yol açarsa, o usta öldürülecektir”. M.Ö. 1450 senesinde ise geçmiş dönemdeki Mısır’da bulunan muayene öğeleri, taş blokların üstlerini dik olmasını, telden meydana getirdikleri bir alet sayesinde kontrol edebilmekteydiler.(Efil, 2002: 220).

“Taş devrine ise, insanoğlu bilinmeyen bir standart parçayla kontrol ederek kalite kontrolün en ilkel biçimlerinden birini gerçekleştirmiştir. Kalite kontrol ile ilgili ilk uygulamalar ziraat ile uğraşan topluluklarda ürünün gözle muayene edilerek uygun olanın alınması şeklinde bizzat tüketiciler tarafından yapılmıştır. Medeniyetin ileriki yıllarında ise kasaba gibi şehirlerde belirli Pazar yerleri oluşmaya başlayınca, müşteri tarafından yapılan seçim ustanın hünere ve şöhretine göre yapılmaya başlamıştır. Bir anlamda marka seçimi usulüyle kalite kontrol yapılmıştır. Daha sonraki yıllarda loncalar tarafından hammaddeler, prosesler ve ürünler için spesifikasyonlar geliştirilerek, lonca üyelerinin bunlara uymaları istenmiştir. Bu konuda cezai ve özendirici tedbirler geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Bu dönemlerde kalite, özellikle zanaatı elinde bulunduran kişilerin sorumluluğu altındaydı.” (Şimşek, 2002: 16).

Yine, Romalıların şartname şeklindeki kanunlarla betondan bina imalatı, şehir planlamacılığını, trafik yoğunluğu, sarnıç ve su kanallarının yapımını bu yöntemlerle düzenlediği ifade edilmektedir.(Şale, 2004: 12).

Fenikelilerde de son derece etkin bir yaptırım yöntemine sahiptiler. Fenikelilerde denetmen olarak çalışan bireylere, kalitenin standartlarına bir uygunsuzluk tespit ettiklerinde bu uygunsuzluğun bir daha tekrarlanmaması amacıyla kusurlu bir şekilde bu malın üretimini yapan bireyin elini kesmesi için izin verilmiştir. (Bolat, 2000:16).

“Medeniyetin gelişmeye başladığı senelerde ise kasabalardaki gibi şehirlerde de bazı noktalarda Pazar yerleri meydana gelmeye başlayınca, hizmeti alanlar ustanın yeteneğine ve namına göre tercihte bulunmaya başlamıştır. Bir manada marka tercihi kaidesiyle kalite kontrol edilmiştir. Daha ilerleyen senelerde Loncalar tarafından hammaddeler, süreçler ve mallar için spesifikasyonlar keşfedilerek lonca üyelerinin bunlara uymaları istenmiştir. Bu hususta cezai ve özendirici önlemler geliştirilmiş ve tatbik edilmiştir. Bu zamanlar kalite, zanaatı elinde tutan bireylerin sorumluluğu

altında bulunmaktaydı. Bu bireyler malın ortaya getirilmesinden, imalatından, hammaddesinden sorumlu olarak görev yapmaktaydı. Kendi dizayn ettiklerini, kendileri müşteriye arz etmekteydi. Buna bir terziyi örnek olarak gösterebiliriz. Müşteri dükkâna geliyor, istediği kumaş seçiyor, modeller önüne seriliyor, istediği modeli beğeniliyor ve müşterinin özel olarak istediği bir şeyler varsa kayıt altına alınıyor. Bütün bunlardan sonra müşteri birkaç kez prova çağırılıp prova yapılıyor. Bu esnada da müşterinin başka bir talebi varsa ekleniyor. Müşterinin talebi ölçüsünde elbise dikilip teslim ediliyor. Bu süreçte herhangi bir kalite sıkıntısı yer almamaktadır. Çünkü üretici ve tüketici yüz yüzedir. Bu sebepten ötürü kalitenin nasıl ve ne şekilde olacağı aşamalı olarak belirlenmektedir. Oysaki ileri teknolojiye sahip malların gelişim göstermesi ve birçok sayıda hizmet alana ulaşabilmesi ile beraber imalatçıyla tüketici arasında bir boşluk oluşturmaktadır. Bu ilerlemelerin sonucunda üretici, tüketiciyle karşı karşıya gelmeden tüketicinin talep ve gereksinimlerine uygun bir mal imal etmek mecburiyetinde bırakılmıştır” (Yazıcı, 2010: 11).

Daha sonraki dönemde uzunluk, ağırlık ve alan ölçülerinin kabul görmesi ve matbaanın keşfedilmesi gibi bir takım gelişmelere de bağlı olarak standardizasyon hızlı bir şekilde gelişme göstermiştir.¹⁸ Yüzyıl sonunda insanoğlu buhar gücüne nasıl kontrol edebileceğini bulmuş ve bunun sayede sanayi devrimini gerçekleştirmiştir. Endüstride var olan “denetim” sözcüğü ilk kez bu tarihlere ifade edilmeye başlanmıştır. (Yatkın, 2003: 9).

19. yüzyılın ikinci yarısından sonra sanayi devriminin başlamasıyla ve endüstriyel sistemin ortaya çıkması ve imalatta büyük artışların ortaya çıkması, kalite ifadesinin önemini birden bire ortaya koymuş ve bu sektörde son derece önemli olan gelişmelerin meydana gelmesine sebebiyet vermiştir. Kalite ifadesinin bir sistem olarak değerlendirilmesi ve daha evvelden ortaya konulmuş kurallara dayandırılması ise ilk defa Amerika Birleşik Devletlerinde meydana çıkmıştır (Şimşek, 2006.12).

“I. Dünya Savaşı sırasında, üretim sistemlerinin daha karmaşık bir hale gelmiş ve her ustabaşının kontrolünde çok sayıda işçi bulunması nedeniyle kontrol yapmak daha zor hale gelmiştir. Buna bağlı olarak da, fabrika içinde kalite kontrolü yapacak muayene birimleri oluştu. 1920-1930 yılları arasında muayene yapmak için ayrı bir kalite kontrol bölümü oluşturulması, bütün endüstri işletmelerinde yaygınlık

kazanmıştır. II. Dünya Savaşı'nın başlamasıyla beraber, kalitedeki teknolojik gelişmelerde değişiklikler yapılmasına gereksinim hissedilmiştir. Kalite denetiminin yeteli olmaması sebebiyle, bir takım araç ve silahlarda ortaya çıkan hasarlar ve noksanlıklar neticesinde, pek çok kişi sakat kalmış, ölmüş ve bununla beraber bir takım savaşlar yenilgi ile sonuçlanmıştır. %100 muayene metoduyla problemlere çözüm imkânı bulunamadığı anlaşılınca %100 muayene değişiklik gösterip yerini istatistiksel muayeneye bırakmıştır. Bu hususta ilk W. Shewhart'ın olasılık kuralını ortaya atarak; örnekleme ile kontrol diyagramları gibi bir takım yeni metotlar geliştirilmiştir. Fakat yeni metotların istatistiksel olarak kalite denetiminin geniş bir şekilde kullanılması son derece uzun süre almıştır. Aynı yıllarda H.R.Dodge ve H.G.Roming, numune alma ile kontrol işlemi hakkında çalışmalar yaparak numune alma tablolarını hazırlamıştır” (Ertuğrul, 2006: 48).

1950'lere gelindiğinde kalite kavramı bütün birimlerin ortak çabası haline gelmiş ve imalat sonundaki kusurun tespit edilmesinin yerine, imalat sırasındaki süreçlerin kontrol edilmesi sayesinde kusursuz işlem yapma ile imalatta sıfır hatanın olmasını sağlamak son derece önemli bir hal kazanmıştır. Bu senelerde Armand Feigenbaum ve ekibi, kalite uzmanlarının koruyucu maliyetler, tahmini maliyetler, iç başarısızlık maliyeti, dış başarısızlık maliyeti gibi ifadelerle kategorize ettikleri bir kalite maliyet sistemini ortaya koymuşlardır. Ortaya konulan bu kalite maliyet sistemini sonucunda kalite yönetim bölümü için üst yönetime kolay bir şekilde bilginin transfer için dil oluşumu sağlanmıştır. 1960'lı senelerde, kamunun harcadığı malların kalitesini dile getiren düzenlemelerde artışın meydana geldiği kalite güvence kavramı ortaya çıkarıldı. 1980'ler den daha sonraki yıllarda ise kalite, imalat bölümünden yönetime kadar toplam kalite yönetimi, kalite departmanına çok farklı bir yön kazandırmıştır. Kalite ansızın etkili bir pazarlama silahı şekline dönüşmüş ve üst düzeydeki yöneticiler, kişilerin dünyanın dört bir tarafında kaliteli malları seçeceğini tespit etmiştir. Bunun bir sonucu olarak da örgüt sisteminin tamamının bütün elemanlarına kaliteyi elde etmek için sorumluluk aşılama yoluna başvurmaya başlamışlardır (Gülen, 2009:16).

Sonuç olarak denilebilir ki kalite olgusu zaman içerisinde sürekli gelişme göstermiş ve şimdiki halini almıştır. Kalite kavramının son 60 yıl içerisinde gösterdiği değişime bakacak olursak (Şimşek, 2000: 31).

- 1931 W. SHEWHART: İstatistiksel Kalite Kontrol (ABD)
- 1940 STANFORD: Seminerleri (ABD)
- 1951 E. DEMİNG: Seminerleri (Japonya)
- 1952 KALİTE KONTROL DERGİSİ (Japonya)
- 1954 J. JURAN: Kalite Yönetimin Sorumluluğudur.(ABD)
- 1957 A. FEIGENBAUM: Toplam Kalite Kontrol (ABD)
- 1960 G. TAGUCHI: İstatistiksel Deney Tasarımı (Japonya)
- 1961 K. ISHIKAWA: Formenler İçin Kalite Kontrol Dergisi(Japonya)
- 1962 K. ISHIKAWA: Kalite Çemberi (Japonya)
- 1969 KOBE STEEL: Quality Function Deployment (Japonya)
- 1970 G. TAGUCHI: Quality Loss Function (Japonya)
- 1970 S. SHINGO: Poka- Yoke (Japonya)
- 1976 T. OHNO: Toyota Just İn Time Sistemi (Japonya)
- 1980 G. TAGUCHI: Robust Design (Japonya)
- 1990 ve sonrası Yaratılan Kalite.

Zaman içerisinde kalitenin gelişim aşamaları incelendiği zaman Japonya'nın 2. Dünya Savaşından sonra batı ülkelerine göre daha fazla gelişme gösterdiği anlaşılmaktadır. Amerika'da ise İstatistiksel Kalite Kontrol ifadesi önce Deming tarafınca daha sonra da Juran tarafınca ortaya konulmuştur. Bu süreç sırasında Güney Kore, Tayvan, Singapur gibi bir takım Uzakdoğu da yer alan ülkeler büyük ilerlemeler kaydetmişlerdir.1970'li senelerde Deming ve Juran örgütlere para, zaman ve kalite olmak üzere üç boyutlu düşünce olasılığını sağlamıştır. 1980'li yıllarda ise yalnızca imalat esnasındaki unsurların göz önünde bulunması yeterli olmamış, kalite anlayışı daha rekabet anlayışını ön tarafta tutmaya başlamıştır (Taner, 2005: 68).

2.3. Yaşam Kalitesi

Günümüz koşullarında en çok tüketilen kavramlardan başında yer alan kalite, ulaşılması hedeflenen mükemmellik düzey olarak ifade edilebilir. Kalite kavramı

daha kişisellikten ve duygulardan irak nesnel bir kavram olmasına rağmen yaşam kalitesi Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi dizisinde değerlendirilmesine gereksinim duyulan çok daha öznel bir ifadedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, “yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır”. Kişinin hedefleri, ümitleri, standartları ve kaygıları ile doğrudan bir ilişki içerisindedir. Yaşam kalitesi amaçları, beklentileri, standartları, ilgi duydukları ile ilişkili olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının tümü içerisinde buldukları vaziyetlerini algılamasıdır. Başka bir deyişle, yaşam kalitesi, bireyin içerisinde yaşamını idame ettiği sosyokültürel koşullarda kendi sağlığını öznel bir şekilde algılamasını ifade etmektedir. Yaşamın sağlıklı bir şekilde görülemeyen, fakat geniş bir açıda bakıldığında değerli olduğu anlaşılan bir takım yönleri bulunmaktadır. Bunların içerisinde özgürlük, gelir, sosyal destek gibi ifadelerden söz edilebilmektedir. Yeterli olmayan gelir düzeyi, özgürlüğün bulunmaması ve yetersiz sosyal destek sağlıkla son derece ilişkili bir hal alabilmektedir. Yaşam kalitesi ifadesi çok farklı boyutlara sahip olup; zamana bağlı olarak farklılaşma gösterebilmektedir. Kişilerin beklentileri ve yaşantısı ile bağlantılıdır, bu sebepten ötürü de objektif bir şekilde ölçülmesi son derece zordur” mutlu ve huzurlu bir yaşamın başarılması insanın kendisi ve çevresi ile barış içinde yaşamasına bağlıdır. (www.sciencedirect.com, 15/06/2014).

Kişinin yaşam kalitesi, içinde yaşamını sürdürdüğü kültürel yapı ve değerler sisteminin yanı sıra, kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki vaziyeti ile ilişkili bir algıdır. “bu algılar başlıca; kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma ve benzerleri(v.b.)), kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar v.b.), dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi v.b.) ve dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) olarak gruplanabilir.” Tüm bu değerler sistemi değişken ve subjektif kavramlardır Bundan ötürü yaşam kalitesinden söz edilirken imkânlar dâhilinde öznel değerlendirmelerin ve incelemelerin yapılması gerekmektedir. (Eser, 2004:4).

Top ve Özdem'e göre yaşam kalitesi; "bir işin sahibi olmak, sevdiği şeylerle uğraşmak, sosyal bir yaşam tarzına sahip olmak ve bu alanlarda girişimlerde bulunmaktan ziyade, "kişisel doyuma" (tatmin olmaya) bağlıdır." Kişisel doyum kalite ve kantite olarak kişiler arasında olduğu gibi kişi için bile her an değişen bir kavramdır. Herkes için doyum noktaları ve alanları bu kadar farklı iken ortak olan en önemli noktalardan biri, tükenmişlik hisseden ve hayattan maddi ve sosyal nedenlerle uzaklaşan kişilerde kişisel doyuma ulaşma olasılığının gittikçe azalmasıdır. (www.sciencedirect.com, 15/06/2014).

2.3.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesinin varlığını ve devamlılığını etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur. Bu faktörler her bireye göre farklılık arz etmektedir. Bu etkenleri tas tamam bir şekilde ortaya çıkarmak amacıyla bilim camiasında liste son derece geniş bir açılıma sahiptir. Bu etkenlerden bir takımı şu şekilde sıralanmıştır (Maden, 2010:41):

- Özgürlük ve demokrasi koşullarının hâkim olduğu ekonomik açıdan zengin bir ülkede yaşamak yaşam kalitesi algısını yukarıya çıkarmaktadır. Örneğin İskandinav ülkeleri refah seviyesi son derece iyi olan ülkelerdendir ve bu ülkelerde yaşayan bireylerin yaşam kalitesi algısını da son derece olumlu bir şekilde etkilendiği bilinmektedir.
- Siyasal istikrarın güven duyulan bir gelecek manasına geldiği bilinmektedir. Bu amaçla kişinin güven içinde ve geleceğe dair kaygıların olamadan yaşamını idame etmesi son derece önemlilik arz etmektedir.
- Azınlıktan daha çok çoğunluğun bir ögesi olmak, değer görmek, saygınlık elde etmek kişinin yaşam kalitesi algılama seviyesini önemli ölçüde etkilemektedir.
- Toplumda bulunan sosyal tabakanın üst sınıfında olmak, yaşam kalitesini yükseltmektedir.
- Ailesi ve arkadaşları ile iyi ilişkiler içerisinde yer almak beraber evli olmak da, sağlıklı bir çevre manasına gelmektedir. Bu durum

psikolojik bakımdan kişinin kendisini iyi olarak hissetmesini sağlamaktadır.

- Fiziksel ve ruhsal bakımdan iyi olmak, kişinin kendi başına bir şeyler başarması ve tatmin olması bakımından son derece önemlilik oluşturmaktadır.
- Açık fikirli ve aktif olmak, kişinin kendisini iyi hissetmesi açısından oldukça önemlidir. Düşüncelerini açık bir şekilde dile getiren bir kişi için stres durumu kolay bir şekilde meydana gelmez.
- Kendi yaşamının kontrolünü elinde olduğu algısını hissetmek, kişinin kendine güveni ve öz yeterlilik açısından bir hayli önemlidir.
- Para kazanma ve politik açıdan muhafazakâr olmak yerine sosyal ve maddi değerlere sahip olmaya karşı istekli olmak yaşam kalitesi algısını etkilemektedir.”

Yaşam kalitesine etkisi olan faktörler, referans kabul edilen yaşam unsuruna, kişinin içinde yer aldığı çevreye göre çok farklı derecelerde önemliliğe sahip olabilir, fakat genel manada adı belirtilen faktörler asıl olarak kişinin yaşamını düzenlemekte olan bazı etkenleri belirtmektedir. Bunlar arasında kendi yaşamını kontrol altında tutabilmek, ev ve arkadaşları ile iyi ilişkiler içinde yer almak ekonomik gönenc seviyesinin son derece fazla olması bu günün Türkiye’inde değerli olarak görülen yaşam öğeleri olması bakımından göz alıcı bir hal almaktadır.

Diğer yönden klasik bir sınıflandırma oluşturularak yaşam kalitesini etkileyen faktörler kişisel ve demografik, iş ile alakalı, çevresel ve toplumsal faktörler olarak sınırlandırılabilir. Yaşam kalitesi betimlenmesinde da açıklandığı gibi, kişinin yaşamı bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bu koşulda; kişinin içinde yaşamını sürdürdüğü ülkedeki özgürlük ve demokrasi koşulları, politik ortamlar ve gelişmeler, toplumsal aidiyetler, sosyal statü, medeni durum, fiziksel ve ruhsal sağlık, açık görüşlü ve sosyal faaliyetlere zaman ayırabilir olmak, özgüven ve inisiyatif sahibi olmak, maddi imkanlar ve manevi değerlere sahip olmak gibi pek çok faktör yaşam kalitesi içerisine dahil olmaktadır.

2.3.2. Yaşam Kalitesini Artıran ve Azaltan Durumlar

Yaşam kalitesi, bazı etkenler sebebiyle artış veya azalış gösterebilir. Kişinin yaşam kalitesini algılama durumu da buna göre farklılıklar oluşturmaktadır. Bu bakımdan yaşam kalitesi dört parametre altında sınıflandırılabilir. Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür (Perim, 2007:15):

- “Psikolojik Esenlik
- Fiziksel Esenlik
- Sosyal ve Bireysel Esenlik
- Parasal / Maddi Esenlik”

Kişinin yaşam alanını sarmalayan psikolojik, fiziksel, sosyal ve kişisel, parasal refah algısı aynı zamanda yaşam kalitesi manasına da gelebilmektedir. Bu ana kategoriler asıl olarak kişilerin yaşam süreçlerinin bir manada aslında özeti gibi olmaktadır.

Yaşam kalitesi kişi açısından olumsuz olarak ifade ediliyorsa, algılama negatif yönde ise, kişi yaşam kalitesinin düşük olduğunu zannediyorsa yaşam kalitesini etkileyen öğelerin kişinin yaşam kalitesini azaltan öğeler olduğunu dile getirmek son derece doğru bir yaklaşım oluşturmaktadır. Bu açıdan değerlendirme yapıldığında yaşam kalitesini azaltan durumlar şu şekilde sıralanabilir (Perim, 2007:15):

- “Temel ihtiyaçların beklentiler oranında karşılanamaması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.
- Bedensel olarak kişinin kendisini olumsuz biçimde değerlendirmesi de yaşam kalitesini düşürmektedir.
- Kişinin kendisi ile ilgilenememesi, kendisini günlük yaşamda idame ettirememesi yaşam kalitesi algısını olumsuz yönde etkilemektedir.
- Kişinin kendisini sürekli biçimde yorgun hissetmesi, akut ve kronik sağlık sorunları yaşaması yaşam kalitesi algısını olumsuz yönde etkilemektedir.

- Kişinin cinsel yaşamı bozursa, sağlık ve psikolojik gerekçelerle bu yönde olumsuzluklar yaşıyorsa yaşam kalitesi algısı düşmektedir.
- Kişinin gelecek kaygısı varsa ve beklentileri hakkında umutsuzluklar taşıyorsa yaşam kalitesi algısı düşmektedir.”

Bu sorunlar ve unsurlar yaşam kalitesinin olumsuz değerlendirilmesine sebep olabilmektedir. Özellikle bireyin olağan seyrin dışında bir takım sağlık sorunları yaşaması veya yaşamını kökten etkileyecek bir takım bedensel ve psikolojik sorunlarla karşılaşması, akut ve kronik rahatsızlıklarla uğraşması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen unsurların aksine yaşam kalitesini artıran, bireyin memnuniyet düzeyini yükselten durumlar da mevcuttur. Bu yönde düşünüldüğünde yaşam kalitesini olumlu etkileyen nedenler şu şekilde sıralanabilir (Perim, 2007:15):

- “Ekonomik ve sosyal açıdan kişinin kendisini güvende hissetmesi yaşam kalitesi algısını yükseltmektedir.
- Güvenlik endişesi taşımadan gündelik hayatı idame ettirebilme yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır.
- Yaşamın rahat ve konforlu biçimde sürdürülmesi yaşam kalitesini yükseltmektedir.
- Kişinin yaşamını anlamlandırması ve aktif bir yaşam sürdürmesi çoğu zaman yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.
- Akraba ve arkadaş çevresi ile kurulan olumlu ilişkiler yaşam kalitesini yükseltmektedir.
- Kişinin yaşamını eğlenceli hale getirmesi yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır.
- Kişinin toplumsal açıdan itibar görmesi yaşam kalitesi algısını yükseltmektedir.
- Mahremiyet açısından kişinin değer gördüğünü bilmesi yaşam kalitesini artırmaktadır.

- Kişinin kendisini rahatlıkla ifade edebilmesi ve buna olumlu tepki alması yaşam kalitesini yükseltmektedir.
- Kendi yaşamsal faaliyetlerini rahatlıkla yerine getirebilmesi ve özgün bir kişi olarak toplumda kabul görmesi kişinin yaşam kalitesini artırmaktadır.
- İnanç dünyasına saygı gösterildiğinin bilinmesi kişinin yaşam kalitesi algısını olumlu etkilemektedir.”

2.3.3. Yaşam Kalitesini Sağlamanın Yolları

“Kişinin yaşamında sağlıklı olması yaşam kalitesine etki gösteren en önemli hususların başında gelmektedir. Egzersiz ve spor yaşam kalitesini artırmaktadır. Kişinin yaşam konusundaki olumlu düşünceleri sağlığının iyileşmesi ile beraber aynı oranda artmaktadır. Spora Özellikle günlük yaşantısında yer oluşturmaktadır. Beslenme ise bu şekilde bir düzen için son derece gereklilik oluşturmaktadır. Fakat bu beslenme şekli hazır gıdalar ve atıştırma şeklinde olmamasının yanı sıra sağlıklı ve doğal bir beslenme şekli olarak benimsenmelidir. Düzenli bir yaşam tarzında uyku da son derece önemli bir yer teşkil etmektedir. Yüksek kalite düzeyine sahip olan düzenli bir uyku sağlık açısından en az beslenme kadar önemli bir yer oluşturmaktadır. 4-6 saatlik zaman dilimdeki uyku kimi bireylerin için yeterli olmasına rağmen kimi bireyler ise 10-12 saat uyku uyumaktadır. Uyuma bununla beraber ruh sağlığının bir belirleyicisidir. Stres dönemlerinde ve birçok psikiyatrik rahatsızlıkta uykunun ritmi ve süresi bozulmaktadır. Bununla birlikte yetersiz uyku uyduğunda bireyin fiziksel ve ruhsal streslere karşı tolerans göstermesi azalmaktadır.” (bilheal.bilkent.edu.tr, 15.04.2013).

Zamanının etkin bir şekilde kullanımı de yaşam kalitesini etkileyen ve bu doğrultuda bir yaşam tarzı oluşturulması gereken önemli bir öğedir. Zaman etkin olduğu kadar aynı zaman da ve verimli bir biçimde kullanılmalıdır. Zamana ilişkin kaygılar sürekli biçimde stres oluşturur. Zamanın nasıl kullanıldığı son derece önemlidir. Bu nedenle zamanın uygun olarak kullanımı sağlanmalıdır. Zamanı akılcı bir şekilde kullanarak daha efektif neticelerin ortaya konulması sağlanabilir. (bilheal.bilkent.edu.tr, 15.04.2013).

İş ve çalışma ortamı özellikle sağlık çalışanları arasında yaşam kalitesi memnuniyetini etkileyen önemli bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışma ve iş ortamı kimi zaman sağlık açısından riskler içerebilir. Çalışma ortamındaki yoğunluk, ses, kirlilik, ergonomik olmayan çalışma koşulları, ağır bir cismin kaldırılması, manyetik alana ya da kimyasal olan maddelere maruziyet, hava kirliliği olması ve iş kazaları gibi birçok etken sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Kişiler çalıştıkları koşullara bağlı olan sağlıkla ilişkili risklerini iyi bir şekilde bilmeli ve bu risklerini minimum seviyeye indirmeye çalışmalıdır. Gerekli koşullarda kurum veya işyeri hekimlerinden bu durumlar ile ilgili olarak danışmanlık hizmetlerinden yararlanılmalıdır.(bilheal.bilkent.edu.tr, 15.04.2013).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BEL AĞRISI TANISI KONMUŞ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı Diyarbakır il sınırlarında bulunan fizik tedavi merkezlerinde bel ağrısı (akut bel ağrısı, subakut bel ağrısı, kronik bel ağrısı) nedeniyle hizmet alan hastaların fizik tedavi aldıktan sonra yaşam kalitesinin belirlenmesidir.

Akut-subakut ve kronik bel ağrısı olgusu olan bireylerin, fizik tedavi sonrası yapılacak ölçeklendirme ile alınan verilerin değerlendirilmesi sonucunda, hastaların yaşam kalitesi sonuçlarının cinsiyete, meslek durumuna, medeni duruma, eğitim ve diğer sosyo-demografik özelliklere göre etkisinin incelenmesi ve hastalık durumlarının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi sağlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Belirlenmesi

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Diyarbakır il sınırları içerisinde faaliyet gösteren fizik tedavi merkezlerinde bel ağrısı çeken ve bel ağrısı ile ilgili tedavi alan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmada Diyarbakır ilinde özel sektörde yer alan Ocak- Nisan 2015 ayları arasında Fizik Tedavi Merkezlerinde tedavi gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan rasgele seçilmiş 226 hastalar alınmıştır.

Diyarbakır il sınırları içinde faaliyet gösteren fizik tedavi merkezlerindeki hastalar üzerinde 260 anket yapılmış ancak bazı anketler tam olarak cevaplanmadığı için için 226 anket analizde ele alınmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler iki şekilde toplandı: Literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş sosyodemografik değişkenleri içeren hasta bilgi formu (Ek 1), hasta ile birebir görüşülerek araştırmacı tarafından dolduruldu.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Mos 36 Item Short Form Health Survey - SF 36-) (Ek 2), okur yazar olan hastalarda hasta tarafından dolduruldu. Okur Yazara olmayanlarda ise hasta yakını tarafından hastaya sorularak dolduruldu.

3.4. Veri Toplama Araçları

Anket Formu (Ek 1) literatür rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlandı.

Bireye ilişkin sosyodemografik değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki durum, medeni durum.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Mos 36 Item Short Form Health Survey - SF 36-) (Ek 2)

Ware tarafınca 1987 senesinde geliştirilmiş ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için düzenlenmiştir. 36 ifade içeren ölçek, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendirmeye yarayan birden çok başlığa sahip bir skaladır. Ölçekte bulunan 3 majör sağlık kategorisi ve 8 sağlık kavramı aşağıda verilen şekliyledir. (Ware, 1992: 479):

1. Fonksiyonel durum:

- Sağlık problemleri ile ilişkili olarak fiziksel aktivitelerin engellenmesi,
- Emosyonel ve sosyal problemlere ilişkili olarak sosyal aktivitelerin engellenmesi,
- Fiziksel sağlık problemleri ile ilişkili olarak gündelik yaşamdaki aktivitelerinin yapılabilmesinin kısıtlanması,
- Emosyonel sağlık problemleri ile ilişkili olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılabilirliğinin engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık,
- Beden ağrılarını
- Canlılık (zindelik/yorgunluk)

3. Genel sağlık anlayışı

- Sağlığın bir bütün olarak değerlendirilmesi
- Geçen yıl boyunca sağlıkta meydana gelen değişiklikler

Kısa Form-36 yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür (Lauridsen vd., 2006:87), Birçok kültür ve dile uyarlanmıştır. Güvenilirliği yüksektir. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değerdir (Akgün ve Akırmak, 2004:121). Genel sağlık kavramlarını içerir (Başaran, Güzel ve Sarpeli, 2005:57). Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere 149 maddeden oluşan uzun versiyonundan kısaltılarak elde edilmiştir (Grevitt vd., 1997:48). Bel ağrısı olan hastalarda da güvenilirlik, geçerlilik, cevap verilebilirlik, uzunluk açısından denenmiştir ve yeterli bulunmuştur. Bel ağrısı ile ilgili çalışmalarda, hasta takiplerinde yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılması önerilmektedir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, vücut ağrısı, genel sağlık algısı, vitalite-canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık ile ilgili alanlarında düzenlenmiş 8 alt ölçekte toplam 36 madde içerir (Akgün ve Akırmak, 2004:121). Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet ölçęđi vardır. Fiziksel komponent özet ölçęđi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, vücut ağrısı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinden; mental komponent özet ölçęđi ise canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık alt ölçeklerinden oluşur (Başaran, Güzel ve Sarpeli, 2005:57). Son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde bulunmaktadır ve bu su an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı değerlendirmektedir (Aydemir ve Koroğlu, 2006:348). Alt ölçekler sağlığı 0 ile100 arasında değerlendirmekte ve 0 kotu sağlık durumunu gösterirken, 100 en iyi sağlık durumuna işaret (Akgün ve Akırmak, 2004:121). SF 36'nın Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit vd., 1999). Çalışmada

geçerliliği daha önce test edilmiş bir anket kullanılmıştır. EK-2' te SF-36 sorgulama formu sunulmuştur.

3.4.1. Sf 36'nın Bu Araştırma İçin Seçilme Nedenleri:

- Akut, subakut ve kronik bel ağrısı olan hastalıklarda kullanılmaya uygun olması,
- Ölçek ile yaşam kalitesinin hem global olarak hem de her bir yaşam kalitesi alanının ayrı ayrı değerlendirilebilmesi,
- Ölçümlerde primer bilginin kaynağı bireyler olması
- Ölçeğin bireyle birlikte araştırmacı tarafından da tamamlanmaya uygun olması,
- Ölçeğin; geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmış olması,
- Uygulanma, değerlendirme ve yorumlanmasının kolay olması.

Ölçek iki aşamada değerlendirilmektedir. İlk aşama, bazı başlıkların yeniden kodlanması ve 2. aşama, yeniden kodlanan başlıkların kombine edilmesi, böylece 8 sağlık alanı için özet puanların belirlenmesini içerir (Ware, 1989:48).

Yaşam kalitesi anketi, her sağlık alanının puanı artıkça sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yükselecek biçimde puanlanmıştır (pozitif puanlama) ((Ware, 1989:48). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu ifade ederken, 100 iyi sağlık durumuna göstermektedir. (Aydemir, 1999:15).

Tablo 10 hem çok başlıklı hem de tek başlıklı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alanlarının bir özetini ve her biri için en yüksek ve en düşük olası değerleri vermektedir.

Tablo 3.1. Yeniden Kodlanmış Parametlerin Kaydedilmesinden Sonra SF 36 *nın Her bir Alt Başlığının Son Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Skala Adı	Toplam Başlık	Beklenen (olası) en düşük	Olası Puan
Fiziksel Fonksiyon	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	$6+9j$	2-21	9
Rol Fonksiyonu(Fiziksel)	$4a+4b+4c+4d$	0-4	4
Rol Fonksiyonu(Emosyonel)	$5a+5b+5c$	0-3	3
Mental Sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25
Zindelik/Yorgunluk	$9a+9e+Sg+9i$	4-24	20
Ağrı	$7+8$	2-11	9
Genel Sağlık Genel Bakış Açısı	$1+10a+10b+10c+10d$	5-25	20
Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişiklik	2	1-5	4

Ham skala puanının dönüştürülmesi:

Dönüştürülmüş puan: Ham skala puanı -en düşük olası puan/olası puan x 100 Örnek:
Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puan şu şekilde dönüştürülür

$$[(21-10)/20] \times 100 = \% 55$$

Tablo 3.2. SF 36'mn Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel Fonksiyon	Yıkama ve giyinme dâhil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dâhil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol Kısıtlılıkları (fiziksel)	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşın ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duygulan	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol Kısıtlılıkları (emosyonel)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Vitalite/Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

3.5. Verilerin Analizi

Bilgisayar ortamında veri girişleri yapılırken Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 15 programından yararlanılmıştır. Girilen veriler, SPSS 15.0 paket programı ile yapılan analizde gruplar arasındaki kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Test'i kullanılmıştır olup elde edilen bu veriler tablolara dönüştürülerek yorumlanmıştır. Araştırma %95 güven aralığı ve $\alpha=0.05$ hata payı ile çalışılmış olup p değeri $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlılık olarak kabul edilmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin genel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.'de verilmiştir. Buna göre; çalışmaya katılan bireylerin %43,8'i erkek ve %56,2'si kadındır. Eğitim durumu göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede; Okur-yazar olmayanların %90 'ını kadınlar, %10'unu erkekler oluşturmaktadır. Lise eğitimini tamamlayanların %75 'ini erkekler, %25'ini kadınlar oluşturmaktadır. Üniversite Eğitimini tamamlayanların %81,2 'nü erkekler,%18,8'ini kadınlar oluşturmaktadır

Meslek grupları göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede; Memurların %87'sini erkekler,%13'ünü kadınlar oluşturmaktadır. İşçilerin %92,3'ünü erkekler, %7,7'sini kadınlar oluşturmaktadır.

Medeni durumları göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede; bekârların %66,7 erkekler, %33,3 kadındır.

Egzersiz durumuna göre yapılan değerlendirmede grupta egzersiz alışkanlığı olan kişi sayısını sadece altı olduğu görülmektedir. Egzersiz alışkanlığı olmayanların %56,8'ini kadınlar,%43,2'sini erkekler oluşturmaktadır.

Alkol alışkanlığına bakıldığında alkol tüketiminin az olduğu ve kadınlarda alkol tüketiminin olmadığı görülmektedir.

Sigara içme alışkanlığı olanların%84,4 erkekler,%15,6'sını kadınlar oluşturmaktadır.

Hastalık durumuna göre yapılan değerlendirmede de kronik bir hastalığı olanların%79,3'ünü kadınlar,%20,7 erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların genel özellikleri

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	99	43,8	127	56,2	226	100,0
Eğitim Durumu						
OYD	8	10,0	72	90,0	80	100,0
İlkokul	31	51,7	29	48,3	60	100,0
Ortaokul-İlköğretim	17	56,7	13	43,3	30	100,0
Lise	30	75	10	25	40	100,0
Üniversite	13	81,3	3	18,8	16	100,0
Meslek						
Ev hanımı	0	0,0	114	100,0	114	100,0
Memur	20	87,0	3	13,0	23	100,0
İşçi	36	92,3	3	7,7	39	100,0
Öğrenci	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Emekli	14	100,0	0	0	13	100,0
Esnaf	14	14,1	3	2,4	17	100,0
Çiftçi	9	100,0	0	0	9	100,0
Medeni Durum						
Bekâr	18	66,7	9	33,3	27	100,0
Evli	81	40,7	118	59,3	199	100,0
Egzersiz Alışkanlığı						
Var	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Yok	95	43,2	125	56,8	220	100,0
Alkol Alışkanlığı						100,0
Evet	10	100,0	0	0	10	100,0
Hayır	89	41,2	127	58,8	216	100,0
Sigara Alışkanlığı						
Evet	38	84,4	7	15,6	45	100,0
Hayır	61	33,7	120	66,3	181	100,0
Hastalık						
Evet	6	20,7	23	79,3	29	100,0
Hayır	93	47,2	104	52,8	197	100,0

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine ilişkin veriler Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. irdelendiğinde; Cinsiyete göre yapılan yaşam kalitesi SF-alt Gruplarından Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık ile Sosyal Fonksiyon istatistiksel olarak $p<0,05$ den küçük olduğundan erkeklerde daha iyi olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Cinsiyete göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

SF-36 Alt Grupları	Erkek (n=99)		Kadın (n=127)		Toplam (n=226)	
	Ortalama	Std.sapma	Ortalama	Std.sapma	Ortalama	Std.sapma
Vitalite	53,6	24,1	50,8	27,9	52,0	26,3
Mental sağlık	70,9	14,2	72,3	15,7	71,7	15,1
Fiziksel rol güçlüğü	25,8	40,9	16,3	36,1	20,5	38,5
Fiziksel fonksiyon *	50,9	25,5	43,1	28,4	46,5	27,4
Ağrı	47,3	21,7	44,3	21,2	45,6	21,4
Genel sağlık *	46,8	16,1	39,1	15,1	42,5	16,0
Sosyal fonksiyon *	51,9	22,5	44,9	20,4	48,0	21,6
Emosyonel Rol güçlüğü	28,3	42,7	22,8	41,3	25,2	41,9

* $p<0,05$;

Çalışmaya katılan bireylerin Mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine ilişkin veriler Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.3. irdelendiğinde; Çalışmaya katılan bireylerin Mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; Sosyal fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü, Fiziksel fonksiyon ile Genel sağlık skor puanı $p<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Buna göre; Sosyal Fonksiyon puanı en kötü Esnaf meslek grubunda yer alırken; en iyi Memur meslek grubunda yer almaktadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Emosyonel Rol Güçlüğü puanı en kötü işçi meslek grubunda yer alırken; en iyi Memur meslek grubunda yer almaktadır.

Fiziksel Fonksiyon puanı en kötü Çiftçi Meslek grubunda yer alırken; en iyi Memur meslek grubunda yer almaktadır.

Genel Sağlık puanı en kötü Çiftçi Meslek Grubunda yer alırken; en iyi Öğrenci grubunda yer almaktadır.

Tablo 4.3. Mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

	Vitalite	Mental Sağlık	Sosyal fonksiyon *	Emos Rol Güçlüğü *	Fiziksel rol güçlüğü	Fiziksel fonksiyon*	Genel sağlık*	Ağrı
Ev hanımı (n=114)	50,9±28,5	72,6±15,8	44,4±20,6	20,2±39,3	16,2±36,1	40,9±28,1	50,9±28,5	72,6±15,8
Memur (n=23)	60,2±20,1	72,3±14,1	58,2±22,2	50,7±48,1	38,0±46,4	67,2±17,6	60,2±20,1	72,3±14,1
İşçi (n=39)	52,2±26,2	69,7±15,0	51,0±23,2	18,8±38,1	21,2±39,5	53,5±27,6	52,2±26,2	69,7±15,0
Öğrenci (n=10)	66,0±14,9	74,4±18,4	57,5±8,7	30,0±48,3	32,5±47,2	58,5±18,9	66,0±14,9	74,4±18,4
Emekli (n=14)	52,5±50,9	68,6±72,6	51,8±44,4	40,5±20,2	28,6±16,2	43,6±40,9	52,5±50,9	68,6±72,6
Esnaf (n=17)	28,5±60,2	15,8±72,3	20,6±58,2	39,3±50,7	36,1±38,0	28,1±67,2	28,5±60,2	15,8±72,3
Çiftçi (n=9)	20,1±52,2	14,1±69,7	22,2±51,0	48,1±18,8	46,4±21,2	17,6±53,5	20,1±52,2	14,1±69,7

*= p<0,05;

Çalışmaya katılan bireylerin Eğitim durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi ilişkin veriler Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.4.irdelendiğinde; Çalışmaya katılan bireylerin Eğitim durumuna ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; Fiziksel rol güçlüğü, Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık, Sosyal fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ile SF-36 toplam skoru p<0,05 den küçük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Buna göre; Fiziksel rol güçlüğü, Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık, Sosyal fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü ile SF-36 toplam skoru puanı en kötü olan okuyamaz olmayan grup olurken, en iyi puanı üniversite mezunu olan bireyler sahip

olmuştur. Bu değerlere bakıldığında eğitim durumunun yükselmesi yaşam kalitesini artırdığı gözlemlenmektedir.

Tablo 4.4. Eğitim durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

SF-36 Alt Grupları	Eğitim Durumu				
	OYD (n=80)	İlkokul (n=60)	Ortaokul- ilköğretim (n=30)	Lise (n=40)	Üniversite (n=16)
Vitalite	52,6±31,2	52,3±24,4	47,7±20,6	49,0±23,1	64,1±21,5
Mental sağlık	71,9±18,0	72,3±11,6	71,1±13,8	70,9±14,3	71,0±16,7
Fiziksel rol güçlüğü*	10,3±30,2	32,1±44,2	17,5±34,8	21,9±40,5	29,7±44,0
Fiziksel fonksiyon*	38,2±28,7	48,7±24,6	43,7±27,6	54,5±24,8	65,3±22,7
Ağrı	44,5±20,3	44,0±21,2	21,2±21,5	45,1±24,5	53,8±20,1
Genel sağlık*	36,1±13,6	42,5±15,0	47,5±18,4	46,3±15,2	55,3±15,5
Sosyal fonksiyon*	42,5±19,8	48,5±20,1	49,6±24,5	51,9±21,5	60,2±24,2
Emosyonel Rol güçlüğü*	13,8±34,7	31,7±44,0	23,3±40,3	30,8±44,9	47,9±50,1

*p<0,05;

Çalışmaya katılan bireylerin Medeni durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi ilişkin veriler Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. irdelendiğinde; Çalışmaya katılan bireylerin Medeni durumuna ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; Genel sağlık ile Sosyal fonksiyon skoru puanı p<0,05 den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre; Genel sağlık puanı en kötü olan evli kadınlar grubu olurken; en iyi puanı bekâr erkekler oluşturmaktadır. Sosyal fonksiyon puanı en kötü olan evli kadınlar grubu olurken; en iyi olan bekâr erkekler grubu oluşturmaktadır

Tablo 4.5.Medeni durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

SF-36 Alt Grupları	Erkek (n=99)		Kadın (n=127)		Toplam (n=226)	
	Evli	Bekâr	Evli	Bekâr	Evli	Bekâr
Vitalite	51,7±25,4	62,2±14,9	50,5±28,3	55,0±22,8	51,0±27,1	59,8±17,8
Mental sağlık	70,7±14,1	72,0±15,2	72,4±15,7	70,7±17,7	71,7±15,0	71,6±15,7
Fiziksel rol güçlüğü	21,9±38,4	43,1±48,4	17,2±37,2	5,6±11,0	19,1±37,7	30,6±43,5
Fiziksel fonksiyon	48,4±25,3	62,2±23,8	43,0±28,7	43,9±25,6	45,2±27,4	56,1±25,5
Ağrı	46,4±21,6	51,5±22,4	44,3±21,6	44,4±16,5	45,1±21,6	49,2±20,5
Genel sağlık*	45,7±16,0	51,4±16,4	38,3±14,9	48,9±15,6	41,4±15,7	50,6±15,9
Sosyal fonksiyon*	49,5±22,7	62,5±18,7	44,6±20,7	48,6±15,9	46,6±21,6	57,9±18,7
Emosyonel Rol güçlüğü	25,5±41,3	40,7±47,9	22,0±40,7	33,3±50,0	23,5±40,9	38,3±47,8

*p<0,05;

Çalışmaya katılan bireylerin Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi ilişkin veriler Tablo 4.6’de verilmiştir.

Tablo 4.6. irdelendiğinde; Çalışmaya katılan bireylerin Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; Vitalite, ile Ağrı p<0,05 den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Buna göre; Vitalite puanı sigara içenlerde düşük içmeyen grupta yüksek çıkmıştır Vitalite puanı en kötü olan sigara içen kadınlar grubunda olurken; en iyi puanı olan sigara içmeyen erkek grubunda yer almaktadır.

Ağrı puanı sigara içenlerde içmeyenlere oranla düşük çıktığından sigara içenlerin ağrılarının daha fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Ağrı puanı en düşük olan sigara içen kadınlar olduğundan ağrısı en çok olan grup sigara içen kadınlardan oluşmaktadır. Ağrı puanı en yüksek olan sigara içmeyen erkekler grubu olduğundan bu grup en az ağrıyı çeken gruptur.

Bu nedenle Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi değerlendirmesinde en kötü yaşam kalitesi sigara içen kadınlarda görülürken; en iyi yaşam kalitesi ise sigara içmeyen erkeklerde elde edilmiştir.

Tablo 4.6. Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

SF-36 Alt Grupları	Erkek (n=99)		Kadın (n=127)		Toplam (n=226)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Vitalite*	42,5±21,0	60,5±23,5	32,1±13,5	51,9±28,2	40,9±20,3	54,8±26,9
Mental sağlık	67,5±11,0	73,0±15,6	69,7±16,6	72,4±15,7	67,8±11,9	72,6±15,7
Fiziksel rol güçlüğü	15,1±30,5	32,4±45,3	0,0±0,0	17,3±36,9	12,8±28,5	22,4±40,4
Fiziksel fonksiyon	42,1±28,5	56,4±22,0	32,9±16,0	43,7±28,9	40,7±27,0	48,0±27,4
Ağrı*	40,7±20,3	51,5±21,6	34,3±15,0	44,9±21,5	39,7±19,6	47,1±21,7
Genel sağlık	44,5±19,8	48,2±13,4	31,4±11,8	39,5±15,2	42,4±19,3	42,5±15,1
Sosyal fonksiyon	45,7±27,6	55,7±17,8	28,6±13,9	45,8±20,3	43,1±26,6	49,2±20,0
Emosyonel Rol güçlüğü	21,9±36,6	32,2±45,9	0,0±0,0	24,2±42,1	18,5±34,5	26,9±43,5

*p<0,05;

Çalışmaya katılan bireylerin Alkol kullanma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi ilişkin veriler Tablo 4.7.'de verilmiştir. Kadınlarda alkol kullanan yoktur.

Tablo 4.7. irdelendiğinde; Çalışmaya katılan bireylerin Alkol kullanma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametreleri ile SF-36 toplam skoru p>0,05 den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.7. Alkol kullanma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

SF-36 Alt Grupları	Erkek (n=99)	
	Evet	Hayır
Vitalite	52,5±26,6	53,7±24,0
Mental sağlık	67,2±9,9	71,3±14,6
Fiziksel rol güçlüğü	20,0±36,9	26,4±41,5
Fiziksel fonksiyon	63,0±34,6	49,6±24,2
Ağrı	44,8±24,1	47,6±21,5
Genel sağlık	45,5±26,1	46,9±14,8
Sosyal fonksiyon	56,3±22,2	51,4±22,6
Emosyonel Rol güçlüğü	30,0±42,9	28,1±42,9

*p<0,05;

Çalışmaya katılan bireylerin Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi ilişkin veriler Tablo 4.8.'de verilmiştir. Tablo 4.8. irdelendiğinde; Çalışmaya katılan bireylerin Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; Sosyal Fonksiyon $p<0,05$ den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre; Sosyal Fonksiyon puanı egzersiz yapanlarda; yapmayanlara olanlarda daha iyi çıkmıştır. Sosyal fonksiyon puanı en kötü olan egzersiz yapmayan bayanlar olurken, en iyi puana egzersiz yapan erkekler sahiptir.

Tablo 4.8. Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinin değerlendirilmesi (Ortalama±SS)

SF-36 Grupları	Alt	Erkek (n=99)		Kadın (n=127)		Toplam (n=226)	
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Vitalite		75,0±18,3	52,7±24,0	17,5±24,7	51,3±27,7	55,8±34,7	51,9±26,1
Mental sağlık		82,0±12,0	70,4±14,2	58,0±14,1	72,5±15,7	74,0±16,7	71,6±15,1
Fiziksel rol güçlüğü		68,8±47,3	23,9±39,9	0,0±0,0	16,6±36,3	45,8±51,0	19,8±38,0
Fiziksel fonksiyon		72,5±17,1	50,0±25,5	71,5±3,5	43,6±28,3	50,8±36,1	46,4±27,2
Ağrı		64,4±18,8	46,6±21,6	16,3±23,0	44,7±21,0	48,3±30,6	45,5±21,2
Genel sağlık		66,3±28,4	45,9±15,1	22,5±17,7	39,4±15,0	51,7±32,5	42,2±15,4
Sosyal fonksiyon*		78,1±25,8	50,8±21,8	50,0±35,4	44,8±20,3	68,8±29,3	47,4±21,1
Emosyonel Rol güçlüğü		66,7±47,1	26,7±42,0	0,0±0,0	23,2±41,5	44,4±50,2	24,7±41,7

* $p<0,05$;

5. TARTIŞMA

Ağrı; tıbbın birçok insanın hayatının değişik dönemlerinde sıklıkla karşılaştığı durumların başında yer almaktadır. Ağrı vücudun birçok sitemini etkilediği için insanın yaşamının her anını etkileyen bir yapıya sahiptir. Kişinin günlük yaşantısını bozarak hayat tarzını olumsuz etkileyen bir durumdur. Ağrı; başta hastalar olmak üzere hasta yakınları, Klinisyenler ve araştırmacılar için de yaşam kalitesini etkileyen en önemli etkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Hayat boyu bel ağrısı prevalansının %85'e ulaşması, bel ağrılarının %10'unun kronikleşmesi ve populasyonun %1'inin bel ağrısına bağlı özürlü olması sebebiyle önemli bir Halk sağlığı problemi olan bu durum yaşam kalitesini oldukça etkilediğinden dolayı önem arz etmektedir.

Yaşam kalitesi ile sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi kavramları birbirlerinden son derece farklı kavramlar olmakla beraber; Yaşam kalitesi daha geniş, birçok farklı boyutu olan bir kavramdır. Bireyin ekonomik düzeyi, aile, çevre ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri, iş olanakları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özgünlüğü, eğitim olanakları, yaşamını sürdürdüğü yer ve çevresi, çevre koşulları gibi birçok faktörden etkilenir (Tüzün ve Eker, 2003:4). Sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin yalnızca bir yönünü meydana getirmektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ortaya konulmasında, hastanın esenlik durumu, bireysel ve sosyokültürel özelliklerinin yansımaları olan dilek, istek ve beklentileri, sağlık durumu sebebiyle bu talep ve istekleri oluşturulup meydana getirilmesindeki engellemeler ve hastanın bu engellemelere karşı duruşu ve emosyonel durumu son derece etkili olmaktadır (Küçükdeveci, 2005:55).

Çalışmamızda Cinsiyet göre dağılımlarına bakıldığında kadın (%56,2) hastaların erkeklere oranla daha yüksek olduğu görüldü. (Tablo 4.1.)

Baturak ve arkadaşlarının (Baturak vd, 2003:72) yaptığı çalışmada %85,38'inin kadın, Yürügen'in (Yürügen, 1995:33) %72,6'sının kadın, Ceceli ve arkadaşlarının (Ceceli vd., 2001:113) çalışmasında %60'ının kadın, Altan ve arkadaşlarının (Altan vd., 2004:48) çalışmasında %67,3'ünün kadın olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda kadın hasta oranının daha fazla olmasında birincil olarak bulunduğumuz bölgede kadınların çalışma oranının düşük olmasına bağlı olduğunu düşünmekle beraber birkaç farklı nedeni olabileceğini düşünüyoruz. Bunlardan bir tanesi ev hanımı olup çalışmayan bayanların eğitim durumuna (Okul yazar olmayan) da bağlı olarak daha bilinçsiz beslenmeleri ve daha az enerji harcamaları sonucu daha fazla kilolu olmaları ve bunun sonucunda bel ağrısı riskini arttırması olabilir. Aynı zamanda ev hanımlarının herhangi bir işte çalışan bayanlar ve erkeklerle kıyaslandığında daha sedanter bir yaşam sürdürmesi, bundan ötürü bel kaslarının zayıf olması ve bu durumun kilo fazlalığından bağımsız olarak bel ağrısı riskini arttırması şeklinde düşünülebilir. Bir diğer neden ise ev hanımlarının sağlık hizmetlerine ulaşmak için daha fazla zaman ayırabilmeleri, bu sebepten ötürü sağlık hizmetlerine başvuru sıklığının çalışmayan ev hanımı bayanlarda daha fazla olması ve bunun sonucu olarak polikliniğimizdeki bel ağrılı hastalar içerisinde ev hanımı bayanların oranının daha fazla olması olabilir.

Sucaklı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (Sucaklı vd., 2013: 97) Kısa Form-36 alt ölçek parametrelerinden; kadınlarda fiziksel rol kısıtlaması, bedensel ağrı, emosyonel rol kısıtlaması ve mental sağlık fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık puanları anlamlı derecede düşük bulunmuş.

Anatomik, genetik, psikolojik, hormonal, kültürel ve yaşam tarzı gibi bir takım farklılıklardan ötürü cinsiyete yaşam kalitesinde bir takım farklılıklar görülmektedir. Cinsiyete göre yapılan yaşam kalitesi SF-alt Gruplarından Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık, Sosyal Fonksiyon puanlarının kadınlarda anlamlı bir şekilde düşük bulunmakla beraber fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı ve bedensel rol kısıtlılığı puanları da düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamız bu açıdan da literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda (n=80) ile Okur yazar olmayanların birinci sırada olması sebebiyle literatür bulguları ile uygunluk göstermemiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda Yürügen'in (Yürügen, 1995:33) çalışmasında %37.1; Akdeniz ve arkadaşlarının (Akdeniz vd., 1999: 105) çalışmasında %41.7 Başer ve solak'ın (Başer ve Solak, 2003: 39) çalışmasında %37.5 ile hastaların büyük çoğunluğunu ilkokul mezunu olanlar oluşturmuştur.

Çalışmamızda eğitim durumu açısından bireylerin %7.1'i üniversite, %17.7'si Lise,%13.3'ü orta-ilköğretim,%26.5'i ilköğretim mezunu iken %35.4'ü okur yazar değildi.

Fiziksel rol gücü, Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık, Sosyal fonksiyon ile Emosyonel Rol Gücü skoru en kötü olan okur-yazar olmayan grup olurken, en iyi puanı üniversite mezunu olan bireyler sahip olmuştur. Bu değerlere bakıldığında eğitim durumunun yükselmesi yaşam kalitesini artırdığı gözlemlenmektedir.

Pehlivan ve arkadaşları (Pehlivan vd., 2010: 12) çalışmalarında eğitim durumunun fonksiyonel durum, esenlik ve global sağlığı önemli derecede etkilediğini bulmuşlardır. Yazıcı ve arkadaşları (Yazıcı vd, 2003:100) çalışmalarında eğitim düzeyi düşüğe fiziksel rol kısıtlılığı ve genel sağlık puanlarının da anlamlı olarak azaldığını belirlemiştir. Biçer ve arkadaşlarının (Biçer vd. 2003:96) Dinçer ve arkadaşlarının (Dinçer vd., 2003:83) çalışmasında da benzer bir biçimde eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirtilmiştir

Bu çalışmalar bizim çalışma sonuçlarımızla uyumluluk göstermektedir. Bu sonuç; eğitim ile elde edilen sosyal ve maddi bir takım olanakların kişilerin yaşam biçimini pozitif bir şekilde etkilediğini ve bunun bir sonucu olarak da yaşam kalitesini yükseltmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda meslek dalları açısından bakıldığında bireylerin %50.4'ü ev hanımı,%10,2'si memur,%17.2'si İşçi,%4.4'ü öğrenci,%6.2'si emekli,%7.5'i Esnaf,%4.0'ü çiftçidir.

Yürügen'in (Yürügen, 1995:33) yaptığı çalışmada %37.6, Uğurlu ve Eti'nin (Uğurlu ve Eti, 2003:60) çalışmada %28.2'si, Akdeniz ve arkadaşlarının (Akdeniz vd., 1999: 105)yaptığı çalışmada %27.1'i ile büyük çoğunluğun ev hanımı olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda bireylerin Mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi puanı en kötü olan meslekler Esnaf, Çiftçi, Ev hanımı grubunda yer alırken; en iyi Memur meslek grubunda yer almaktadır.

Altay ve Arkadaşları (Altay vd., 2010:15) bireylerin meslek durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; meslek durumlarının bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli etkileri olduğu ve buna bağlı olarak ev hanımlarının puanlarının da çalışan gruplardan daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Hastaların meslek durumlarına bakılarak fonksiyonel durum ve esenlik puanlarının memur ve serbest olarak çalışan meslek gruplarında en yüksek olarak bulunurken ev kadınlarında ise en düşük olarak saptanmıştır. Genel sağlık puanı ve global yaşam puanları ise ev kadınlarında en düşük olarak belirlenmiştir. Ranussou ve arkadaşlarının(Ronussou ve Borman, 1997: 98) çalışan ve çalışmayan hastaların yaşam kalitesini karşılaştırdığı çalışmada çalışmayan hastalarda hastalığın olumsuz etkilerinin yüksek olmasıyla beraber psiko-sosyal durumlarının daha düşük olması da çalışmamızı destekler niteliktedir. Yılmaz çalışmasında(Yılmaz, 2005:18)memurların fonksiyonel durum puanlarının emekli ve ev hanımlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur.

Çalışmamız da diğer çalışmalara benzer bulgular elde edilmiştir. Çalışan bireylerin yaşam kalitesi ev hanımlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin düzenli gelir getiren bir işte çalışmanın maddi ve sosyal gibi bir takım getirilerinin olması kişileri hem fiziksel olarak hem de ruhsal olarak rahatlattığı düşünülebilir.

Eğitim düzeyi düşük kişiler genellikle ergonomik açıdan koşulları yeterli bir seviyeye sahip olmayan koşullarda çalışırlar. Bu bireyler ağır fiziksel aktivite gereksinimine ihtiyaç duyan meslek grubunda yer almaktadırlar. Bundan ötürü eğitim seviyesi yüksek olan bireylere oranla bel ağrısı açısından daha fazla risk sahiptirler.(Eryavuz ve Akkan, 2003:45) Karkucak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilkokul mezunları %40,9 ile en yüksek orandadır (Karkucak vd., 2006:90) Ancak eğitim düzeyi ile bel ağrısı arasında Eryavuz ve arkadaşları anlamlı bir fark tespit edememişlerdir. (Eryavuz ve Akkan, 2003:42).

Çalışmamızda hastaların %88,1'inin evli olduğu bulundu.(Tablo 4.1.).

Uğurlu ve Eti'nin (Uğurlu ve Eti, 2003:60) çalışmasında %79.9'unun evli, Afşar ve Pınar'ın çalışmasında %78.6'sının evli, Yürügen'in yaptığı çalışmada %73.4'ünün evli olduğu görülmüştür (Yürügen, 1995:33).

Bulgularımız literatürde yer alan bulgularla uygunluk göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin Medeni durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında; Genel sağlık, Sosyal fonksiyon skoru puanı $p < 0,05$ den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre; Genel sağlık, Sosyal fonksiyon, Fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü puanı evli kadınlar grubu düşük bulunmuştur.

Ayşegül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (Uludağ vd., 2014:26) Sf 36 yaşam kalitesi parametrelerinden fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon skor puanı evli olanlarda daha düşük bulunmuştur. Çalışmamız bu açıdan literatürdeki bulgularla da uygunluk göstermektedir. Evliliğin getirdiği sorumluluk ve yük nedeniyle özellikle kadınlarda yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında; Vitalite ile Ağrı skoru $p < 0,05$ den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla beraber; Fiziksel rol güçlüğü, Fiziksel fonksiyon, Genel sağlık, Sosyal fonksiyon, Emosyonel Rol güçlüğü gibi diğer parametrelerde sigara içenlerde düşük çıkmıştır.

Bir bireyin görünürdeki fiziksel ve zihinsel açıdan sağlıklı bir yapıya sahip olması, yaşamın “iyi” olması, bireyin mutlu olması ve başkalarına ihtiyaç duymadan işlerini yaparak hayatın tadını çıkarması anlamında ifade edilen yaşam kalitesinin, sigara tüketme durumundan etkilenebileceği düşünülmektedir.

Koltarla S. yaptığı çalışmada sigara içen ve sigara içmeyen katılımcıların SF 36'nın yaşam kalitesi parametrelerinden Genel Sağlık ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Zahran ve ark.'nın (Zahran vd., 2007: 39) 18-24 yaşlarında yer alan lise ve yüksekokul öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve sağlığa dair yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında; sigara tüketme durumunun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur. Çalışmamız bu konuda literatür ile uygunluk göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin Alkol kullanma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametreleri değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Koltarla

S. yaptığı çalışmada alkol kullanımı ile SF 36'nın alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması neticesinde herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır. Bu anlamda çalışmamız literatürde yer alan çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; Sosyal Fonksiyon $p<0,05$ den olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla beraber; Vitalite Mental sağlık Fiziksel rol güçlüğü Fiziksel fonksiyon Ağrı Genel sağlık, Emosyonel Rol güçlüğü parametreleri de egzersiz yapan bireylerde daha yüksek çıkmıştır. Aynı zaman da bu alt parametreler de egzersiz yapmayan bayanların puanı egzersiz yapan erkeklere göre daha kötü olarak bulunmuştur.

Koçak ve Özkan (Koçak ve Özkan, 2010:10) yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, enerji/bitkinlik ve genel sağlık skorlarının egzersiz yapanlarda daha iyi olduğunu belirtilmiştir. Genç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (Genç vd., 2011:147) egzersiz yapan erkeklerin SF-36 fiziksel ve mental sağlık skorlarının egzersiz yapan kadınlardan yüksek bulunması da bizim çalışmamızı da destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonucu olarak;

Cinsiyete göre bakıldığında erkeklerde yaşam kalitesinin kadınlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim durumu açısından değerlendirilme yapıldığında eğitim durumunun yükselmesi yaşam kalitesini artırdığı gözlemlenmektedir. Buna bağlı olarak okur-yazar olmayan grupta yaşam kalitesi puanı en kötü olarak bulunurken; en iyi yaşam kalitesi puanına üniversite mezunu olan bireylerde bulunmuştur.

Bu nedenle toplumda eğitim düzeyi yükseltilmesi için okur-yazar olmayan kişilere okuma yazma eğitimleri verilmelidir. Okur-yazar oranının artırılması için okuma yazma eğitimlerine katılan kişilere eğitimlerini başarı olarak bitirenlere bir takım hediyeler verilip teşvik edilmelidir.

Çalışmamızda bireylerin mesleklerine göre ortalama yaşam kalitesi puanı değerlendirirken en kötü puanı esnaf, çiftçi, ev hanımı grubunda yer alan meslekler alırken; en iyi memur meslek grubunda yer almaktadır.

Esnaf, çiftçi, ev hanımı gibi ağır meslek grubunda yer alan bireylere doğru vücut kullanma teknikleri, ergonomik olarak nasıl çalışması gerektiği ile ilgili eğitimler verilmeleridir. Bu amaçla televizyon programları yapılabilir.

Çalışmamızda bireylerin medeni durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında genel sağlık, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü puanı evli kadınlar grubunda düşük olarak bulunmuştur. Özellikle evli çiftlere evlilik terapileri düzenlenebilir. Evli bayanların yapılan sosyal etkinliklere katılımı sağlanabilir.

Çalışmamızda bireylerin Sigara içme durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında; vitalite ile ağrı, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü gibi diğer parametrelerde sigara içenlerde düşük çıkmıştır. Bu durumda sigara içen bireylerde yaşam

kalitesinin, sigara tüketme durumundan etkilenebileceği düşünülmektedir. Sigara bırakmaya yönelik kampanyaların artarak devam etmesi sağlanabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin Egzersiz yapma durumuna göre ortalama yaşam kalitesi parametrelerinden; sosyal fonksiyon, vitalite, mental sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü parametreleri de egzersiz yapan bireylerde daha yüksek çıkmıştır. Egzersiz yapmaya özendirici televizyon programları ücretsiz faydalanılabilecek spor salonları yapılabilir. Bunlar yapılırken toplum tarafınca sevilen ünlü kişiler öncülük yapabilir. Halk sağlığı kurum, toplum sağlığı merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylere egzersiz yapma alışkanlığını oluşturmak için Fizyoterapist'in bu kurumlarda görev yapmasına olanak sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akarırmak Z. Ü. Bel Ağrılarında Konservatif Tedavi. Clinic Medicine. Bel Ağrısı Özel Sayısı 2007, 40-46.
- Akdeniz C., Akdeniz F., Aydemir Ö., Gülseren Ş., Kültür S.: Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin "Türkçe'ye Uyarlanması Ve Güvenirliği", Klinik Piskofarmakoloji Bülteni, Cilt9, sayı2, 1999, s.104-108.
- Akgun K, Akırmak U, Klinik değerlendirme In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N, eds. Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri 2004: 117-158.
- Akı S. Lomber Vertebral Kolonun Fonksiyonel Anatomisi. In: Erdine S, ed. Ağrı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2002, ss. 324-333.
- Altan A., Karahan A. Özyuvacı E., Cerrahi ve Travma Sonrası Gelişen Kronik Ağrı. Ağrı, Cilt 16, Sayı 3, 2004, ss.48-50.
- Altay, B. Gönener, H. D. Güler, Y. Açıl, D. A. "Zihinsel Engelli Çocuklarda Evde Bakım Hemşireliği Yaklaşımı", Gaziantep Tıp Dergisi, Cilt16, Sayı2, 2010, ss57-65.
- Arabacı, D. B. Sarıgül, V. ve Karakaya, Y. E. "Kalite Geliştirme Aracı Olarak Okul Gelişim Yönetim Ekiplerinin Değerlendirilmesi", e-journal of New World Sciences Academy, Cilt 5, Sayı 3, 2010, ss. 1343-1355.
- Ateş, H. ve Batuk, F, "Toplam Kalite Yönetimi", 11. Türkiye Harita ve Teknik Kurultayı, 2007.
- Aydemir O, Koroğlu E. Kısa Form SF-36 (SF-36) In: Aydemir O, Koroğlu E, eds. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, 2006: 346-353.
- Aydemir, Ö. "Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesinin Ölçümü: Kısa Form 36 (SF 36)", 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi, Sayı7(Ek 2), ss. 14-22.
- Basaran S, Guzel R, Sarpeli T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005; 1 (20): 55-63.).
- Başer, G. Solak, M. "Meme ve meme dışı kanserli kadın hastalıklarının umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi", Hemşirelik forumu, Cilt6, Sayı 6, 2003, ss.38-47.
- Baturak, V. Biçer, A. Şahin, G. Tot, Ş. Yazıcı, A. Yazıcı, "Kronik ağrı hastalarında Anksiyete ve depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi", Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt 13, Sayı 2, 2003. ss.72-77.
- Berker, E. "Bel Ağrılarında Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri", Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon dergisi, Cilt 44, Sayı3, 1998, ss.8-10.

- Biçer, A, Baturak, V. Tot Ş, Yazıcı, K, Yazıcı, A. “Bel ve boyun Ağrısı hastalarında anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi”, Klinik Psikiyatri, Cilt 6, Sayı 2, 2003, ss. 95-101.
- Bolat, T. Toplam Kalite Yönetimi (Konaklama İşletmelerinde Uygulama), Beta Yayınları, 2000.
- Ceceli, E. Erdem, R.H. Gökoğlu, F. Arıncı, İ. N. Yorgancıoğlu, Z.R. “Yaşlı Popülasyonundaki Basınç Ağrı Eşiğinin Analizi”, Geriatri, Cilt 4, Sayı 3, 2001, ss.113-115.
- Datta, D. Mırza, SK. White, A.A. Bel Ağrısı (Çeviri: Dr. Fikret Tüzün) In: Harris ED., Budd RC, Genovese MC, Firestein GS, Sergent JS, Sledge CB, eds. Kelley’s Textbook of Rheumatology (Çeviri editörü Dr. Tansu Arasil). Günes Kitabevi, 2006,ss588-600.
- Demirci, H. Toplam Kalite Yönetimi, Kum Saati Yayıncılık, 2008.
- Dinçer, K. Özgül, A. Kalyon, A. Taşkaynatan, M.A. Tan, A. K. “Ankilozan spondilit’te hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alanlarına etkisi”, Romatizma, Cilt 18, Sayı2, 2003, ss. 82-91.
- Durukan, M.B. ve İkiz, A. K. “Denetim Kalitesi, Kalite ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve”, Mali Çözüm Dergisi, Sayı 82, 2007, ss. 36-62.
- Efil, İ. İşletmelerde Ekip Yönetimi ve Uygulama Örnekleri, Kalite Proje Ekipleri Proses Geliştirme Ekipleri Kalite Çemberleri Sanal Takımlar, Alfa Yayınları, 2002, 334s.
- Erdine S. Ağrının tanımı. In: Erdine S, ed. Ağrı sendromları ve Tedavisi. Gizben Matbaacılık 2003.
- Ertuğrul, İ. Toplam Kalite Kontrol ve Teknikleri, Ekin Kitabevi, 2006, 394s.
- Eryavuz, M. Akkan, A. “Fabrika Çalışanlarında Bel Ağrısı Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi”, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,Cilt49,Sayı5, 2003,ss.3-11.
- Eser, E. “Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü” 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, 2004, S.4
- Eti, A. F. “Ağrı Değerlendirme Yöntemleri”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 6, Sayı 1, 2002, ss. 9-16.
- Genç, A. Şener, Ü. Karabacak, H. Üçok K, “Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması”, Kocatepe Tıp Dergisi, Cilt 12, 2011, ss. 145-150.
- Gökçümen, A. Koçak, C. Saraloğlu, T. ve Yenersoy, G. Belediyelerde Toplam Kalite Yönetimi Temel Eğitimleri El Kitabı, Kalder Yayınları,1999, 83s.
- Göksoy, T.” Bel bacak Ağrılarının Dünü, Bugünü ve Yarını”, Klinik Aktüel Tıp,Cilt1, Sayı1, 2006, ss.1-9.

- Grevitt M, Khazim R, Webb J, Mulholland R, Shepperd J. The short form-36 health survey questionnaire in spine surgery. *J Bone Joint Surg Br.* 1997; 79 (1): 48-52.
- Gülen, G. “Toplam Kalite Yönetiminin İçinde Kalite Çemberlerinin Yeri ve Perakende Sektöründe Bir Uygulama Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli, 2009.
- Gürcü, M. “Toplam Kalite Yönetiminin Pazarlama Performansına Etkileri ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2011.
- Karan, A. “Bel Ağrılarında Değerlendirme ve İzleme”, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Cilt 44,Sayı 3,1998, ss. 21-37.
- Karataş, M. Lomber Omurganın Fiziksel Özellikleri ve Fonksiyonel Biyomekaniği, Güneş Kitabevi, 2000, 480s.
- Karkucak, M. Tuncer, İ. Güler, M. ve ark. “Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Demografik Özellikler ve Bel Okulunun Etkinliği”, Romatizma, Cilt21,Sayı 3, 2006, ss. 87-90.
- Kavrakoğlu, İ. Değişim ve Yaratıcılık, Kalder Yayınları, 1998, 245s.
- Koçak, F.Ü. Özkan, F. “Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi”, Türkiye Klinikleri J Sports SCI, Cilt 2, Sayı 46, 2010.
- Koçyiğit, H. Aydemir, Ö. Ölmez, N. Memiş, A.”SF 36’nın Türkçe İçin Güvenirliliği ve Geçerliliği”, İlaç ve Tedavi Dergisi, Sayı 12, 1999, ss. 102-106.
- Koltarla, s., “Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, 2008.
- Koyuncu, H. Hareket Sistemi Hastalıklarında Anamnez ve Muayene, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997, ss. 17-53.
- Kuru, Ö. “Bel Ağrılarının Nedenleri ve Sınıflama”, Clinic Medicine, Cilt 1,Bel Ağrısı Özel Sayısı,2007, ss. 3-10.
- Küçük, O. Standardizasyon ve Kalite, Seçkin Yayıncılık, 2004, 208s.
- Küçükdeveci, A. “Rehabilitasyonda yaşam kalitesi”, Türk Fiziksel Tıp Dergisi,2005,223./Andresen EM, Meyers AR. Health-related quality of life outcomes measures. *Arch Phys Med Rehabil* Cilt12,sayı2,2000,ss30-45./Dijkers MP. Individualization in quality of life measurement: instruments and approaches. *Arch Phys Med Rehabil* Cilt 84, sayı 4, 2003, ss. 3-14.
- Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, Korsholm L, GrunnetNilsson N.Responsiveness and minimal clinically important difference for pain and disability instruments in low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 25; 7: 82.

- Maden, E. T. İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi ve İstanbul'daki Devlet Üniversite Hastanelerinde Çalışan Ameliyathane Hemşirelerine Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, s. 41
- Oğuz H. Bel Ağrıları. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N, eds. Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004:1131-1171.
- Özcan Yıldız E. Bel Ağrısı. In: Beyazova M, Gökçe Kutsal Y, eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Günes Kitabevi, 2000: 1465-1483.
- Pehlivan, S. Ovayolu, Ö. Ovayol, N. Pehlivan, Y. Onat, A.M. "Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi ve bazı semptomlarla ilişkisi" Gaziantep Tıp Dergisi, Cilt 16, Sayı 1, 2010, ss. 10-14.
- Perim, A., "Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi", Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007, s. 16
- Pınar, İ. Kalite Kavramı ve Önemi, Detay Yayınları, 2007, 371s.
- Ronussou, E. Borman, P. "Functional disability and quality of life in ankylosing spondylitis", J.Rheumatol, Cilt 24, Sayı 908,1997, ss. 11.
- Sağlıklı Yaşam Önerileri, Ankara, bilheal.bilkent.edu.tr/uremesagligi/hareketliyasam.html, (15.04.2016).
- Sarıkaya, N. Toplam Kalite Yönetimi, Sakarya Kitabevi, 2003, 217s.
- Sarpel, T. "Bel Ağrılarında Epidemiyoloji" Klinik Aktüel Tıp, Cilt 1, Sayı 1, 2006, ss. 10-142.
- Schiltenswolf M. Sırt ve bel ağrıları. In: Schiltenswolf M, Henninsen P, eds. Muskuloskeletal ağrılar (Çeviri editörü Merih Sarıdoğan). Deomed Medikal Yayıncılık, 2008, ss. 69-89.
- Schukies, G. Halkla İlişkilerde Müşteri Memnuniyetine Dönük Kalite/Örgütsel İletişimde Yeni Yönelimler, Rota Yayınları, 1999, 95s.
- Sinaki, M. Mokri, B. Bel Ağrısı ve Lomber Omurga Bozuklukları. In: Braddom RL, Ed. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon El Kitabı (Çeviri Editörü Dr. Tansu Arasıl). Güneş Kitabevi, 2005, ss. 557-580.
- Stephens, K. S. 1979. "Quality And Quality Control", Çev.: Mahiroğlu, A. Dpt Yayınları, Ankara, 218s.
- Sucaklı, M.H. Bakan, B. Çelik, M. "Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler" Türk Aile Hekimleri Dergisi, Cilt 17, Sayı 3, 2013, ss. 96-100.
- Şale, İ. İso 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Uygulamaları, Seçkin Yayıncılık, 2004, 289s.
- Şimşek, M. Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü, Babıali Kültür Yayıncılık, 2006, 316s.

- Şimşek, M. Sorularla Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri, Alfa Yayınları, 2000, 314s.
- Şimşek, M. Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, 2002, 554s.
- Şimşek, M. Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, 2004, 580s.
- Taner, B. “Zaman Yönetimi”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hakemli Dergisi, Cilt 6, Sayı 23, 2005, ss. 67-71.
- Taşkın, E. “Kalite Bir Yaşam Tarzıdır”, Milli Prodüktivite Merkezi Kalkınmada Anahtar Verimlilik Gazetesi, Cilt 64, Sayı Nisan, 1994, ss. 3-32.
- The WHOQOL Group, “The World Health Organization Quality of Life Assessment: Development and General Psychometric Properties”, Social Science and Medicine, Cilt 46, Sayı 12, 1998, ss. 1569 <http://www.sciencedirect.com> (15/06/2014).
- Top, S. Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Sürekli İyileştirme Anlayışı, Beta Yayınları, 2009, 457s.
- Tüzün, E.H. Eker, L. “Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi”, Sağlık ve Toplum Dergisi, Cilt 13, Sayı 2, 2003, ss 3-8.
- Uğurlu, A.G. Eti Aslan, A. “Ağrı Geçirmede Kullanılan Geleneksel Yöntemler”, Ağrı, Cilt 15, Sayı 4, 2003, ss.9-68.
- Uludağ, A. Çakır, A. N. Güngör, M. Gencer, E. Şahin, M. Çoşar, E. “Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi”, Türk Aile Hek Dergi, Cilt 18 Sayı 1, 2014, ss. 25-30.
- Ware, J. E. Health Status Questionnaire, New England Medical Center Hospitals, 1989.
- Ware, J.E. “The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)”, Med Care, Sayı 30, 1992, ss. 473-483.
- Weinstein SM. Bel Ağrısı. In: Delisa JA, Arasıl T, eds. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar, Güneş Tıp Kitapevi, 2007: 653-678.
- Yatkın, A. Toplam Kalite Yönetimi, Nobel Yayınları, 2003, 128s.
- Yazıcı, K. Tot, Ş. Biçer, A. Yazıcı, A. Baturak, V. “Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesi”, Klinik Psikiyatri, Sayı 6, 2003, ss 95-101.
- Yazıcı, M. “Kent İçi Toplu Ulaşım Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2010.
- Yıldırım M. Hareket Sistemi In: Yıldırım M, ed. İnsan Anatomisi. Nobel Tıp Kitabevleri, 1997, ss. 25-112.
- Yıldırım, C. “İSO 9000:2000 Kalite Standardına Geçiş”, Kalder Forum, Sayı 3, 2001, ss. 43-45.

Yıldız, Ö. E. Bel Ağrısı, Güneş Kitabevi, 2000, ss. 1465-1483.

Yılmaz, E. "Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi " Yüksek lisan tezi. M.Ü. Sağlık bilimleri Enstitüsü İstanbul, 2005.

Yürügen, B. "Algoloji(Ağrı) Polikliniklerine Başvuran Hastaların Ağrılarının Tanımlanması ve Ağrı-Depresyon İlişkisi", Hemşirelik Bülteni, Cilt 9, Sayı 38, 1995, ss. 31-40.

Zahran,. HS. Zack, M.M. Vernon-Smilely, M.E. Hertz, M.F. "Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education-- United States", J Adolesc Health, Cilt 2007, Sayı 41, 2003-2005, ss. 97-389.



EKLER

Ek: 1

VERİ TOPLAMA FORMU

Adı:

Değerlendirme Tarihi:

Soyadı:

Meslek:

Yaş:

Eğitim Durumu:

Cinsiyet:

Egzersiz Alışkanlığı: Var Yok

Alkol Kullanıyor mu? : Evet Hayır

Sigara Kullanıyor mu? : Evet Hayır

Medeni Durumu : Evli Bekar Boşanmış

Ek 2

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Anket No :

Tarih :

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alın						
	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Süleyman VARSAK

Doğum Yeri ve Tarihi : Diyarbakır/1988

Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Dokuz Eylül Üniversitesi	2010
Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Atılım Üniversitesi	2016

İş Deneyimi:

Çalıştığı Yer	Görev	Yıl
Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Fizyoterapist	2011-2014
Bingöl Üniversitesi	Öğretim Görevlisi	2014-.....

Yabancı Diller : İngilizce

E-posta : suleymanvarsak@gmail.com

Telefon : 0(536) 973 87 41

Tarih : 20.12.2016



Turnitin Orijinallik Raporu

Tez Süleyman Varsak tarafından

ÖDEV 2 (SBE TEZ 1) den

11-Oca-2017 18:44 EET' de işleme konu

NUMARA: 758237791

Kelime Sayısı: 12493

Benzerlik Endeksi %18

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources: %10

Yayınlar: %4

Öğrenci Ödevleri: %12