

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

PARAPLEJİK HASTALARDA UĞRAŞI TEDAVİSİNİN BEDEN İMAJINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

E. Gökçe ARIK TENKECİ

Tez Danışmanı
Doç.Dr.Hatice FESCİ

ANKARA
Ekim 2008

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

PARAPLEJİK HASTALARDA UĞRAŞI TEDAVİSİNİN BEDEN İMAJINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

E. Gökçe ARIK TENKECİ

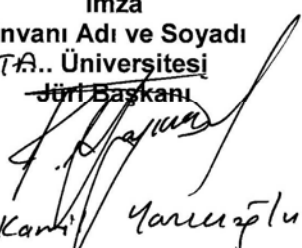
Tez Danışmanı
Doç.Dr.Hatice FESCİ

ANKARA
Ekim 2008

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Her ne şekilde... Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 09.11.2008

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
~~Jüri Başkanı~~

Prof. Dr. Karim Yavuzoglu

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Hatice Fesic

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi. Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Semra Kertuturkan

İÇİNDEKİLER

	No	Sayfa
Kabul ve Onay.....		I
İçindekiler.....		II
Kısaltmalar.....		V
Tablolar Dizini.....		VI
1.GİRİŞ	1	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1	
1.2. Araştırmanın Amacı.....	9	
2.GENEL BİLGİLER	10	
2.1. Spinal Kord Yaralanması.....	10	
2.1.1. Etiyoloji.....	10	
2.1.2. Patofizyoloji	11	
2.1.3. Sınıflandırma.....	11	
2.1.4. Spinal Kord Yaralanması Sonrası		
Gelişebilecek Komplikasyonlar.....	14	
2.1.4.1. Solunum Sistemi Komplikasyonları.....	14	
2.1.4.2. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları.....	15	
2.1.4.3. Gastro İntestinal Sistem Komplikasyonları.....	18	
2.1.4.4. Bası Yarası.....	18	
2.1.4.5. Spastisite.....	18	
2.1.4.6. Kontraktür.....	19	
2.1.4.7. Heterotopik Ossifikasyon.....	20	
2.1.4.8. Üriner Sistem Komplikasyonları.....	20	
2.1.4.9. Ağrı.....	20	
2.1.4.10. Psikososyal Problemler.....	20	
2.2. Beden İmajı.....	22	
2.2.1. Beden İmajının Bozulması.....	26	
2.2.2. Beden İmajında Bozulmaya Hastanın Gösterdiği		
Tepkiler.....	27	
2.2.2.1. Adaptif Tepkiler.....	27	

2.2.2.2. Adaptif Olmayan Tepkiler.....	28
2.2.3. Beden İmajının Yeniden Oluşturulması.....	28
2.2.3.1. Vücut Şeklinin Bozulması.....	29
2.2.2.2. İyileşmeyi Arzu Etmek.....	29
2.2.2.3. Kendini Yeniden Şekillendirmek.....	30
2.3. Uğraşı Tedavisi.....	31
2.3.1. Beden İmajı Bozulan SKY'li Bireye Hemşirelik Yaklaşımı, Uğraşı Tedavisi ile Sağlanabilecek Yararlar.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın şekli.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	41
3.4. Verilerin Toplanması.....	42
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	42
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	46
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	46
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	48
4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
Sonuçlar.....	68
Öneriler.....	69
ÖZET	70
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	71
KAYNAKLAR	72
EKLER.....	82
EK 1 : Kişisel Bilgi Formu.....	82
EK 2 : Hastalığa İlişkin Bilgi Formu.....	84
EK 3 : Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği.....	86
EK 4 : Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği.....	88

EK 5 :Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onam Formu.....	89
EK 6 :Araştırma İzin Yazısı.....	90
TEŞEKKÜR.....	92
ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR

ASIA: American Spinal Injury Association (Amerikan Omurilik Yaralanması Birliği)

ASY: Ateşli Silah Yaralanması

BÖ: Braden Ölçeği

FİM: Functional Independence Measure (Fonksiyonel Bağımsız Ölçeği)

DVT: Derin Ven Trombozu.

HO: Heteretrofik Ossifikasyon

OD: Otonomik Disrefleksi

OH: Ortostatik Hipotansiyon

MBSRQ: The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği)

NSCISC: National Spinal Cord Injury Statistical Center in U.S.(Ulusal Spinal Kord Yaralanması İstatistik Merkezi).

SKY: Spinal Kord Yaralanması.

TAK: Temiz Aralıklı Kateterizasyon

TSK: Türk Silahlı Kuvvetleri

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. ASİA Sınıflaması

Tablo 2. SKY'li Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3. SKY'li Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

Tablo 4. SKY'li Bireylerin Mevcut Durumlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin FİM Değerleri.

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Toplam MBSRQ Değerleri.

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin MBSRQ Alt Ölçek Değerleri.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde fiziksel bütünlüğü tehdit eden ölüm ya da yaralanmalara neden olan travmalara sıklıkla rastlanmaktadır⁽¹⁾. Spinal Kord Yaralanması (SKY), biyofiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunları beraberinde getiren iş gücü ve rol kayıplarına neden olan, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin uzun, pahalı ve yıpratıcı olduğu travmalardan biridir^(2,3,4,5).

Akut SKY insidansı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde milyonda 6 ile 56.1 arasında değişmektedir^(6,7). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Spinal Kord Yaralanması İstatistik Merkezi verilerine göre SKY prevelansı milyonda 721-906'dır. 2007 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde SKY'li kişi sayısının 255.702 olduğu^(8,9), bu rakama her yıl 12.000 yeni vakanın eklendiği ve vakalardan toplam 4000'inin hastaneye ulaşımdan önce, 1000 vakanın ise hastaneye ulaştıktan sonra ölümle sonuçlandığı tahmin edilmektedir⁽⁶⁾. Yaralanmalara en sık %77,8 oranla erkeklerde rastlanmakta ve yaralanma yaşı ortalama 39,5 olarak bildirilmektedir^(8,9).

Ülkemizde İstanbul'da yapılan bir araştırmada SKY insidansı milyonda 21.1⁽¹⁰⁾, Güneydoğu Anadolu'da yapılan bir araştırma verilerine göre ise 10 yıllık sürede SKY insidansı milyonda 12.06 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan 539 hastanın 416 (%77.18)'sı erkek, 123 (%22,82)'ü kadındır. Erkek kadın oranı 3.38/1'dir. Ortalama yaralanma yaşı 30.63±13 olarak bildirilmektedir⁽⁶⁾.

Dünyada en yaygın SKY nedenleri; trafik kazaları, ateşli silah yaralanmaları, bıçak yaralanmaları, yüksekten düşmeler ve spor yaralanmalarıdır^(3,7,8,9,10). SKY etiyojisinde motorlu taşıt kazaları (%42),

düşmeler (%27,1) ateşli silah yaralanmaları ve şiddet (%15,3), spor yaralanmaları (%7,4), diğer nedenler (%8,1) yer almaktadır^(8,9). Spor kazalarında en çok SKY'nin suya dalma nedeni ile olduğu (%21.6) bildirilmektedir⁽¹¹⁾.

Ülkemizde (1999) Sağlık Bakanlığı verilerine göre; 54 836 kişi trafik kazaları, 64 248 kişi yüksekte düşme ve 4941 kişi ise ateşli silah yaralanmaları nedeniyle hastaneye yatmıştır. Ancak bu hastalardan kaçının SKY'lı olduğu tam olarak bilinmemektedir⁽¹²⁾.

Bayramoğlu ve ark. (2000) tarafından, ülkemizde nörodefisitli vertebra kırıkları ile sonuçlanmış kazaların tüm trafik kazalarına oranı %4,1 olduğu bildirilmektedir. Üç yıl içinde spor kazasına bağlı SKY tespit edilen 528 vakanın 374'ünde nörolojik kayba rastlanmıştır. Travmaya maruz kalan bölgelerin oranı ise %40 servikal, %35 torakal ve %22 lomber bölge olarak sıralanmaktadır⁽¹³⁾.

Gür ve ark.(2006) tarafından yapılan çalışmada yaralanma seviyeleri incelenmiş, yüksek seviyeli tetrapleji (C1-4) %5,56, düşük seviyeli tetrapleji (C5-T1) %21,89, yüksek seviyeli parapleji (T2-6) %8,72, düşük parapleji (T7-12) %25,7 ve lumbosakral yaralanmaların oranı ise %37,84 olarak bildirilmiştir. Travmalara %24,49 oranında başka bir travma eşlik etmiştir. Ekstremité kırıkları, kafa travması, intratorasik travmalar, intraabdominal travmalar ve yanık eşlik eden travmalar arasında yer almaktadır⁽⁷⁾.

SKY'nın sonuçları; sadece fiziksel fonksiyon ve bağımsızlıktaki hasarla birlikte yaralanmanın beraberinde getirdiği pek çok komplikasyonu içermektedir⁽¹⁴⁾. Nörojenik mesane ve nörojenik bağırsak, üriner sistem enfeksiyonları, bası yaraları, ortostatik hipotansiyon, kırıklar, derin ven trombozu (DVT), spastisite, otonomik disrefleksi, pulmoner ve

kardiyovasküler sorunlar, depresif hastalıklar gibi komplikasyonlar SKY'dan sonra sıklıkla gelişen komplikasyonlardır^(2,15). Bu komplikasyonlar bireyin iyilik hali ve yaşam kalitesi ile direkt olarak ilişkilidir. Özellikle mesane enfeksiyonları, bası yaraları ve otonomik disrefleksi bireylerin toplumdan uzaklaşmalarına neden olmaktadır⁽¹⁵⁾.

SKY'li bireylerde anksiyete ve depresyona yaygın olarak (%30) rastlanmaktadır⁽¹⁵⁾. Richard ve ark.(2006) tarafından yapılan bir çalışmada SKY'li bireylerde depresif semptomların görülme prevalansı %16-30'dur. Yaralanmadan sonraki 6-24 haftada anksiyete oranı ise %10-60'dır⁽¹⁶⁾. Ülkemizde ise Demirel ve ark. tarafından SKY'li bireylerin %52'sinde anksiyete, %61'inde depresyon olduğunu gösterilmiş, komplet yaralanmalı ve tetraplejik hastaların anksiyete ve depresyona daha yatkın oldukları ifade edilmiştir^(akt.17).

Yaralanma sonucu oluşan organ veya fonksiyon kaybı; bireylerde sosyal uyum güçlüklerine ve sosyal işlevsellikte aksamalara neden olmaktadır⁽¹⁸⁾. Sosyal uyumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi, işsizlik, gelir durumu, uğraşı aktiviteleri, fonksiyonel bağımsızlık ve genel sağlık durumunun etkili olduğu bulunmuştur. Topluma uyumun sadece %9-29'u bu faktörlerle açıklanabilmektedir. Karşılaşılan mimari engeller ve çevresel faktörler topluma uyumunu kolaylaştırmakta veya güçleştirmektedir⁽²⁾.

NSCISC 2008 verilerine göre yaralanmayı takip eden ilk 10 yıl içerisinde paraplejik bireylerin %32,4'ü istihdam edilebilirken, tetraplejiklerin sadece %24,2'lik kısmının istihdam edilebildiği bildirilmektedir⁽⁹⁾. Ülkemizde SKY'li bireylerin karşılaştıkları sosyal ve tıbbi sorunları tanımlamak amacıyla yapılan bir araştırma sonucuna göre yaralanmadan önce bireylerin %63'ü meslek sahibi iken yaralanmadan sonra sadece %5'inin mesleklerini sürdürebildiği saptanmıştır⁽¹⁸⁾. Özgül ve

azalmadan da kaynaklanmaktadır^(24,25,27,29,30,31).

Yapısal ve işlevsel açıdan yetersiz bir organa sahip bir birey, temelde var olan “eksiklik duygusunu” genelleştirmekte ve başka bir organına veya yetersiz organına fazlasıyla yüklenmektedir. Bu yetersizlikten dolayı, eksiklik duygusu yaşamakta ve eksiklik duygusunu genelleyerek birey, kendisi hakkında olumsuz tutumlar geliştirmektedir^(27,30,32,33). Bedendeki değişiklik ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kayba karşı gösterilen tepkiler bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte; anksiyete, inkar, öfke, çaresizlik, depresyon gibi duygusal güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir⁽²⁷⁾. Pozitif bir beden imajına sahip olmak olumlu kimlik ve benlik saygısı geliştirmek için önemlidir. Bu nedenle travmatik yaralanmalar sonucunda ortaya çıkan yeni beden görüntüsü ve fonksiyonuna adaptasyona ihtiyaç duyulmaktadır^(24,25).

SKY’li bireyler içinde bulundukları durumun anlaşılmasına, benlik saygılarını yeniden kazanmaya, uyum sürecinin aşamaları sırasında desteklenmeye ve umutlarının geliştirilmesine, diğer bireyler tarafından kabul görmeye gereksinim duymaktadırlar⁽²⁸⁾. SKY’li bireylerin mobilizasyonları, öz bakım veya gerektiğinde bakımlarını yönlendirmelerinin sağlanması, uygun mesane ve bağırsak rutinlerinin öğretilmesi, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, bireyin psikolojik durumunun değerlendirilmesi, topluma ve mesleğine entegrasyonlarının sağlanması ve maksimum bağımsızlıkları için çaba gösterilmesi gerekmektedir^(22,34).

SKY’li hastaların rehabilitasyonu; önleyici tedbirler, hastalığı erken kabullenme, hastane bakımı, hastane dışı bakım ve topluma yeniden adaptasyon aşamalarını kapsamalıdır. Bu aşamaların tamamlanması için çeşitli sağlık profesyonellerinin yer aldığı multidisipliner bir ekip yaklaşımına ihtiyaç vardır. Bu ekip yaklaşımında rehabilitasyon

hemşireleri önemli rollere sahiptir. Rehabilitasyon ekibinde hemşirelerin görevi; bireyin katılımı ile gereksinimlerin karşılanması, ortaya çıkan yeni duruma uyum, olumlu kendilik kavramının geliştirilmesi, kendi sorumluluğunu üstlenmesine yardımcı olunarak, mümkün olduğunca kendi bağımsızlığını kazanmasını sağlamak ve problem çözme, baş etme becerilerini geliştirerek öz bakım gücünü arttırmaktır⁽¹¹⁾.

SKY'li hastalarda rehabilitasyon hemşireliği; bireyin yapabildiği kadar çok, yapabildiği kadar ve yapabildiği sürece bireye ve aileye yardım etmeyi içermektedir⁽²²⁾. SKY'li bireylere bakım veren hemşirelerin yaralanma sonucunda fiziki görünüş ya da yeteneklerinde değişiklikler yaşıyan bireylere; tekerlekli sandalyesi ile kabul gördüğünü hissettirmesi ve beden imajının yeniden şekillendiği dönemde hastaya yardım edici fonksiyonunu sürdürmesi önemlidir. Hastanın görünüşüne ve yeni durumuna uyum sağlaması; hem hastanın rehabilitasyon sürecine kolaylıkla uyum sağlamasını hem de ortaya çıkabilecek psikolojik sorunlar ile baş etmesini kolaylaştırmaktadır⁽²⁴⁾.

Bu süreçte sorumluluk alma ve yerine getirme, bir işe yoğunlaşma, enerji ve zamanı amaçlı kullanma, boş vakitleri çeşitli uğraşlarla değerlendirme gibi amaçlarla bireyin kendisine olan güvenini ve başarı duygusunu artırmak amacıyla uğraşı tedavisi kullanılabilir^(35,36).

Uğraşı tedavisi; rehabilitasyon sürecinin önemli bir parçasıdır. Gelişmiş ülkelerde uğraşı tedavisi rehabilitasyon ekibi içerisinde yer alan uğraşı terapisti tarafından yürütölmektedir^(37,38). Uğraşı terapisti; hastanın sınırlılıklarını değerlendirmekte ve bu doğrultuda uğraşı aktivitelerini planlamaktadır. Ancak ölkemizde uğraşı terapistleri çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerinin öğretilmesi gibi alanlarda faaliyet göstermektedir. Uğraşı tedavisi alanında ölkemizde daha çok hemşireler ve el sanatları öğretmenleri çalışmaktadır^(38,39).

Uğraşı tedavisi bireylerin sosyal ve kültürel özellikleri, eğitim düzeyleri, kişilik özellikleri, ilgi alanları, yaralanmadan önceki ve sonraki değer, tutum ve davranışları dikkate alınarak planlanmakta ve uygulanmaktadır. Uğraşı tedavisinde resim, müzik, el sanatları, seramik çalışmaları ve spor ve eğlence gibi çeşitli aktiviteler amaçlı ve planlı olarak uygulanmaktadır⁽³⁹⁾. Bu kapsamda hemşirelerin bireyleri uğraşı tedavisine yönlendirme, cesaretlendirme ve işbirliği yapmada önemli rolleri vardır⁽³⁸⁾.

SKY'li bireylerin, toplum içerisinde genelde sosyal olarak pasif durumda oldukları bildirilmektedir. Aktif bir yaşama sahip SKY'li bireylerin topluma daha iyi uyum sağlayan ve yaşamdan daha fazla doyum sağlayabilen bireyler oldukları belirtilmektedir⁽⁴⁰⁾. SKY'li bireylerin günde ortalama 3-4 saatten fazla boş vakide sahip oldukları, bu oranın engelli olmayan bireylerle karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca SKY'li bireylerin %31'i her hafta ya haftada bir kereden daha az ya da hiç evden çıkmadıkları, evde bulundukları süre içerisinde ise boş vakitlerde çoğunlukla (%31) televizyon izledikleri bildirilmektedir⁽⁴¹⁾.

SKY'li bireylerde uğraşı aktivitelerinin yerini daha çok ev içi aktiviteler almaktadır. 790 SKY'li bireyin katıldığı bir araştırmada, boş vakitlerin ağırlıklı olarak ev içinde yapılan daha az fiziksel aktivite ve sosyal etkileşim gerektiren aktiviteler olduğu bildirilmektedir⁽⁴²⁾.

Uğraşı aktivitelerinin eksikliğinde sosyal ve psikolojik problemlerin oluştuğu bildirilmektedir. Uğraşı aktivitelerinin eksikliği ile depresyon, alkol bağımlılığı, emosyonel distres ve intihar girişimi arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir^(40,41,42). Uğraşı tedavisi aktiviteleri ile SKY'li bireylerin sosyalleşmesine, mevcut fonksiyonların kullanılarak bireyin üreticiliğine katkıda bulunulmasına ve depresyon gibi psikolojik problemlerle baş etmesine olanak sağlanmaktadır^(38,39,40,41).

Eastman tarafından uğraşı terapisinin fonksiyon kaybı nedeniyle meydana gelen yaşam değişikliklerine uyum sağlamak ve daha anlamlı, zevk alınabilir bir hayata katılım amacıyla kullanılabileceği bildirilmektedir⁽³⁹⁾. Kleiber ve Hutchinson (2002) tarafından boş vakitlerinde çeşitli aktiviteler yapan SKY'li bireylerin engelliğe daha kolay uyum sağladıklarını belirtmektedir^(40,42).

Yeni ve olumlu bir beden imajına geçiş için kullanılan stratejiler arasında, uğraşı aktiviteleri, sosyal destek programları, fiziksel egzersiz yer almaktadır. Ancak beden imajı ile ilgili araştırmalar genellikle beden imajının psikososyal sağlık ve bireysel tutum ve davranışlarla ilişkisine odaklanmıştır. Beden imajının uğraşı tedavisi ile ilişkisine yönelik çalışmalara çok az sayıda rastlanmaktadır⁽⁴³⁾.

Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda uğraşı aktivitelerinin beden imajını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir⁽⁴⁴⁾. Araştırmalar fiziksel aktivite, sanat uğraşları, ev içi aktiviteler, spor aktiviteleri, müzik ve eğlence aktivitelerinin adölesanlarda, engellilerde ve yeme bozukluğu olan bireylerde beden imajı ile pozitif ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. SKY'li bireylerin boş vakitlerini bir amaç doğrultusunda değerlendirmesi ile benlik saygısı, beden imajı arasında pozitif, depresyon ile negatif ilişkisi vardır. Uğraşı tedavisi benlik saygısını desteklerken depresyonun çözümlenmesi ve önlenmesine yardımcı olmaktadır^(38,39,40,41,42,43,44). Ayrıca Megledew ve Sullivan (2002) tarafından uğraşı aktivitelerinin sosyal anksiyeteyi azalttığı bildirilmektedir. Sosyal anksiyete beden imajı bozukluğu ile yakından ilgilidir⁽⁴¹⁾.

Hemşirelik bakımının amacı, bireyin hastalığından kaynaklanan sorunlarında çözüm gücü kazandırmaktır. Bu amaç hastanın en üst düzeyde işlev görmesini amaçlayan rehabilitasyon hizmetleri ile

örtüşür. Rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir kısmını kapsayan uğraşı tedavisi hemşireliğin bağımsız işlevleri ile yakından ilişkilidir⁽³⁸⁾. Bu nedenle rehabilitasyon alanında çalışan hemşirelerin uğraşı tedavisi aktivitelerini hemşirelik tanıları ve amaçları doğrultusunda kullanmaları bakım aktivitelerine psikososyal katkı sağlamaktadır. Uğraşı tedavisi beden imajının yeniden oluşturulmasında (reimajinasyon) fiziksel, sosyal ve psikolojik destek sağlaması açısından olumlu etkiye sahiptir^(40,41,42,43,44,45,46,47,48). Bu çalışmanın hemşirenin bu konudaki fonksiyonlarını gerçekleştirmede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın amacı

Araştırma, paraplejik hastalarda uğraşı tedavisinin beden imajına etkisini belirlenmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Spinal Kord Yaralanması

Omurganın başlıca fonksiyonları mekanik ve nörolojik olarak iki grupta toplanabilir. Omurga aksiyel iskeletin en önemli kısmıdır. Vücut ağırlığını taşıma ve diğer kısımlara iletme, gövdeyi oluşturma ve ağrısız hareket etme kabiliyeti başlıca mekanik fonksiyonlarıdır. Nörolojik fonksiyon olarak adlandırılan görevleri ise; medulla spinalis ve eklerini içerisinde barındırmak ve sahip olduğu iskelet yapı ile korunmasını ve işleyişini sürdürmesini sağlamaktır^(4,49).

SKY, foramen magnumdan kauda equinaya kadar olan kısımda meydana gelen yaralanmayı belirtmektedir. SKY; bireyde ciddi engelliliğe neden olmaktadır⁽⁵⁰⁾. Spinal kordun hasarı sonucu spinal kord tarafından yerine getirilen fonksiyonlar yaralanan bölgenin alt kısmında kesintiye uğramaktadır. Bu nedenle spinal şok tablosu ortaya çıkmaktadır. Bu tablo iskelet kaslarında flassid paralizi, ağrı, dokunma ve diğer tüm duylarda ve spinal reflekslerde azalma veya yokluk, nörolojik mesane ve bağırsak, termoregülasyon bozukluğu gibi belirtilerle seyretmektedir^(11,22,51).

2.1.1. Etiyoloji

SKY travmatik ve nontravmatik SKY olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Travmatik SKY tüm SKY'lerin büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Travmatik SKY'nin etiyolojisinde motorlu taşıt kazaları en sık rastlanılan nedendir^(17,49,50). Bunu sırasıyla yüksekten düşmeler, ateşli silah yaralanmaları, spor yaralanmaları, kesici alet yaralanmaları izlemektedir. Günümüzde ateşli silah yaralanmalarının oranı giderek artmaktadır⁽¹⁷⁾. Sportif ve rekreasyonel aktivitelere bağlı olarak

meydana gelen SKY, en sık sığ suya dalmada görülmektedir. Travmatik olmayan SKY etiyojijisinde ise intra ve ekstrameduller tümörler, kord enfeksiyonları ve MS ve ALS benzeri ilerleyici nörolojik hastalıklar yer almaktadır^(11,51,52,53).

2.1.2. Patofizyoloji

SKY; spinal kordun baskı, kesi ya da kontüzyonu sonucu meydana gelmektedir. Yaralama genellikle fleksiyon, kompresyon, hiperekstansiyon veya fleksiyon-rotasyon mekanizmaları nedeniyle oluşmaktadır. Bu mekanizmalar sonucu meydana gelen hasar primer yaralanma olarak adlandırılmaktadır. Primer hasarın giderilmesi amacıyla, vücut tarafından tepki olarak geliştirilen hemoraji, inflamasyon ve çeşitli kimyasalların salınması gibi faktörler nedeniyle gelişen ikincil yaralanma ise sekonder yaralanma olarak adlandırılmaktadır^(4,11,51,54). Boyunda spinal kord hasarının en yaygın görülen şekli posterior ligamentin kopması ve dislokasyonu ile sonuçlanan ve ciddi nörolojik patolojilere neden olan şeklidir Özellikle kordun gri cevherinin iskemisi ve hasarı ile ilgilidir. İskemi, dolaşım sisteminin direkt yaralanması veya nörojenik şoka bağlı olarak gelişen vazospazm sonucu oluşmaktadır. SKY sonucu oluşan tablo yaralanmanın lokalizasyonuna veya büyüklüğüne göre değişkenlik göstermektedir^(2,48,51,52,53,54).

2.1.3. Sınıflandırma

Spinal kord yaralanmaları motor ve duyu fonksiyonlarının nasıl olduğu göz önünde bulundurularak American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale ile sınıflandırılmaktadır⁽⁵²⁾.(Tablo1)

Tablo1: ASİA sınıflaması.

ASİA-A	Yaralanma seviyesinin altında S4-S5 segmentleri de içeren total motor ve his kaybı.
ASİA-B	His kaybı olmamasına karşın S4-S5 segmentlerde motor kayıp.
ASİA-C	Yaralanma seviyesinin altında motor fonksiyon kısmi olarak korunmuş olup bu seviyenin altındaki kasların yarısından çoğunun değeri 3/5'in altındadır.
ASİA-D	Yaralanma seviyesinin altında motor fonksiyon kısmi olarak korunmuş olup bu seviyenin altındaki kasların yarısından çoğunun değeri 3/5'in üzerindedir.
ASİA-E	Motor ve his kaybı yoktur.

Komplet Yaralanma: Yaralanma seviyesinin altındaki sensoriyal ve motor fonksiyonların tam kaybını ifade etmektedir. Komplet yaralanmalarda genellikle foramen içerisindeki sinir kökü zarar görmektedir. Proksimal intakt korttan orijin alan sinir kökü fonksiyonunun altı ay içinde geri dönebileceği beklenmektedir^(4,17,22,54,55).

İnkomplet Yaralanma: Nörolojik seviyenin altında ve en alt sakral segmentlerde sensoriyal ve motor fonksiyonların kısmi olarak korunmuş olması durumunu anlatmaktadır. Bu lezyon varlığında derin anal duyu ve/veya anal mukokutanöz birleşimdeki yüzeysel duyunun korunmuş olması beklenmektedir. Lezyonun durumu, spinal şok döneminin sonuna kadar belirlenemeyebilir. Bu dönemin sona erdiğini gösteren işaretler tartışmalı olsa da; refleks aktivitedeki artış olumlu bir gösterge olarak bilinmektedir^(2,4,22,51,52,55).

Tetrapleji: Spinal kord içindeki nöral elemanların hasarına bağlı olarak spinal kordun servikal segmentlerindeki motor ve/veya duysal fonksiyon bozukluk veya kaybına işaret etmektedir⁽¹⁷⁾. Kuadripleji olarak da adlandırılan bu durumda tüm ekstremiteler ve gövde yaralanmadan etkilenmektedir. Tetrapleji tablosu C1'den C7'ye kadar olan servikal medulla spinalis segmentindeki yaralanma durumlarında ortaya çıkmaktadır. Nöral kanal dışındaki sinirlerin ve brakiyal pleksusun

yaralanmaları tetrapleji tanımı içinde yer almamaktadır. Önceleri kullanılan tetraparazi tanımı yerine artık inkomplet tetrapleji ifadesi tercih edilmektedir^(4,17,22,43,50,51,52,55).

Parapleji: Bu terim torakal, lomber, sakral (servikal hariç) segmentlerde yaralanma sonucu ortaya çıkan, alt ekstremitelerin ve gövdenin bir kısmının paralyze olması durumunu ifade etmektedir. Bu kavram kauda ekuina ve konus medullaris lezyonlarını kapsarken, nöral kanal dışındaki periferik sinir ve lumbosakral pleksus lezyonlarını kapsamamaktadır. Bazen dipleji olarak da isimlendirilmektedir. Lezyon seviyesine göre gövde ve/veya ekstremiteler etkilenmeyebilir. Parapleji pek çok olguda yaralanmaların alt seviyelerinde motor kayba ilave olarak duyu kaybı, idrar ve gaita sfinkter disfonksiyonları da görülmektedir^(4,17,22,51,52,55).

Anterior Kord Sendromu: Spinal kordun spinotalamik yollarının anterior kesisi sonucu oluşmaktadır. Bunun sonucunda yaralanma seviyesinin altında motor fonksiyonlarda ve ağrı ve ısı duyularında kayıp oluşmaktadır⁽¹⁷⁾. Ancak bu lezyonda postural kolumn etkilenmemiştir ve proprioseptif dokunma ve vibrasyon duyuları korunmuştur. Bu sendrom genellikle fleksiyon yaralanmalarında yada akut hernilerde gelişmektedir⁽⁴⁹⁾.

Santral Kord Sendromu: Spinal kordun santral kısmının hasarı sonucu gelişmektedir. Hastada üst ekstremitelerde parestezi ya da parezi, alt ekstremitelerde ise motor fonksiyonlarda bozulma görülmektedir ve diyaframın inervasyonunun deprese olması nedeniyle respiratuvar dekompanseasyon oluşmaktadır. Bu sendrom genellikle servikal hiperextansiyon, fleksiyon, kontüzyon veya kompresyon gibi yaralanma mekanizmaları sonucu gelişmektedir^(4,17,22,27,50).

Konus Medullaris Sendromu: Santral kordun (konus) ve nöral kanal içerisindeki sinir köklerin yaralanması sonucu, genellikle arefleks mesane, bağırsak ve alt ekstremitelerde flassid paralizi meydana gelmektedir. Ancak bu lezyonda bulbokavernoz, miksiyon ve sakral lezyon refleksleri korunmuş olabilir^(17,22).

2.1.4. SKY Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar

Ortostatik hipotansiyon, derin ven trombozu ve otonomik disrefleksi gibi kardiyovasküler komplikasyonlar, nörojenik bağırsak (refleks bağırsak veya arefleks bağırsak), peptik ülser, koleletiazis, konstipasyon gibi gastrointestinal sistem, nörojenik mesane (refleks mesane veya arefleks mesane), çoğunluğu kateterizasyona bağlı enfeksiyonları, hidronefroz, akut böbrek yetmezliği ve taş gibi ürüner sistem komplikasyonları ve bası yaraları, heterotropik ossifikasyon, muskuler atrofi, kontraktürler, spastisite, seksüel disfonksiyon gibi daha birçok komplikasyon görülmektedir⁽²⁾.

Bu komplikasyonlara ek olarak başta depresyon olmak üzere pek çok psikolojik sorun ile birlikte iş ve ailede rol kayıplarına bağlı olarak sosyal problemlerle de sıklıkla karşılaşmaktadır^(2,17,49,50).

2.1.4.1. Solunum Sistemi Komplikasyonları

SKY'lilerde solunum sistemi komplikasyonları hem sık görülür hem de bunlara bağlı ölüm oranı yüksektir. Bu komplikasyonlar hem akut devrede hem de kronik devrede ortaya çıkabilir. SKY sonrası mortalite ve morbidite nedenleri arasında solunum sistemi komplikasyonları önemli yer tutmaktadır⁽⁵⁵⁾.

SKY'de solunum fonksiyonlarında meydana gelen

bozukluğun derecesi öncelikle yaralanmanın seviyesine bağlıdır. Komplet C1-C4 seviyesinden yaralanmalarda hastalar öksüremezler ve vital kapasitelerinin beklenen değerin yaklaşık olarak % 20'sidir. Oldukça düşük olan tidal volum nedeniyle invaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Komplet nörolojik lezyonlarda diyafram, interkostal ve abdominal kasların paralitik olması nedeniyle yüksek servikal lezyonlu SKY'lilerde trakeostomi endikasyonu kaçınılmazdır. Abdominal ve interkostal kaslardaki yetersizlik sonucu expiratuvar etkinlikte azalma meydana gelmesi nedeniyle yetersiz öksürme ve hastalarda balgam birikimi oluşmaktadır. Ayrıca öksürük refleksi de bozulmakta ve burun sonuça atelektaziye neden olmaktadır. SKY'li hastalarda sıklıkla pnömoni görülmektedir^(4,55,56).

Torakal seviyeli SKY'lilerde solunum problemlerine tetraplejik hastalara göre oldukça az rastlanmaktadır. Genel olarak yaralanmanın solunum sistemine olumsuz etkisi minimaldir ancak bu bireylerde uzun süreli immobilizasyon ve obezite solunum fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. L1 seviyesinin altında ise SKY'nin solunum sistemine etkisi minimaldir^(4,22,55).

Kişinin yaşı, herhangi bir akciğer hastalığına sahip olması, sigara öyküsü, göğüs travmasının varlığı olabilecek komplikasyonları etkilemekle birlikte; sıklıkla %36.4-39.3 oranında atelektazi, % 31.4-37.8 oranında pnömoni ve %22.6 oranında solunum yetmezliği ile karşılaşılmalıdır⁽⁵⁶⁾.

2.1.4.2. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları

SKY sonrasında hastalar yaralanma nedeniyle; derin ven trombozu (DVT), otonomik disrefleksi (OD) ve ortostatik hipotansiyon (OH) gibi komplikasyonlar açısından yüksek risk taşırlar. Bu komplikasyonlar

fiziksel aktivitenin azalması, adipoz dokuda artma, kemik ve kas kitlesinde artma ve karbonhidrat, lipid ve damar tonusunda değişme nedeniyle meydana gelmektedir⁽⁵⁵⁾.

Derin Ven Trombozu (DVT): DVT, hayati bir tehdit oluşturan önemli bir komplikasyondur. Venöz dönüşte azalma, alt extremitelerdeki paralizi nedeniyle kas aktivitesinin azalması, sıvı alımında azalma ve uzun süren yatak istirahati nedeniyle alt extremitte venlerinde immobilizasyona bağlı olarak ortaya çıkan venöz staz venlerde tromboza neden olmaktadır⁽⁵¹⁾.

SKY, eşlik eden travma/kırık, geçici hiperkoagülopati, cerrahi girişimler ve önceden geçirilmiş DVT, önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır⁽²²⁾.

DVT genellikle ilk iki hafta içerisinde, paralizililerde ise ilk 3 ay içinde gelişmektedir. Hayati tehdit DVT'nin kendisinden değil sonucunda ortaya çıkan pulmoner emboli nedeniyle oluşmaktadır. Alt extremitelerde bacak çevrelerinin farklılığı (tek taraflı şişlik), bacaklarda ağrı ve ödem, hiperemi ve hafif ısı artışı belirtileridir⁽⁵⁰⁾.

Otonomik Disrefleksi (OD): Zararlı uyaranlar sonucunda oluşan, inhibe olmamış sempatik deşarj ile karakterize hayati tehdit edebilen akut bir sendromdur⁽⁴⁾. Tetraplejik ve T6 üstü paraplejik hastalarda görülmektedir. Zonklayıcı baş ağrısının işaret ettiği şiddetli ani hipertansiyonla seyreden, ataklar halinde ortaya çıkan ve acil olarak müdahale edilmesi gereken bir durumdur^(11,17,22).

OD gelişmesinde hoş olmayan uyaranlar olayı tetiklemektedir. Uyarılar spinal korda girerek sempatik cevaplara yol açmaktadır. Omurilik üstü inhibisyon mekanizması nedeniyle etkiler spinal

kord yaralandıktan sonra daha da belirginleşmektedir. Tıkanmış bir sonda, üriner enfeksiyon, hastaya sonda takılması, konstipasyon, anal fissür, tırnak batması, mesane taşı, soğuğa maruz kalma ve kadınlarda doğum travayı gibi rahatsızlık verici durumlar nedenleri arasında yer almaktadır⁽⁴⁹⁾.

Terleme, yüzde ve boyuna yayılan kızarıklık, sıcaklık hissi yanma, anksiyete, taşikardi veya bradikardi, titreme, zonklayıcı baş ağrısı, hipertansiyon ve tüylerin dikleşmesi gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır^(11,51,58). Yapılan çalışmalar OD'nin spinal şok döneminden sonra herhangi bir zamanda başlayabileceğini göstermektedir⁽²⁾.

Anemi: SKY'de akut yaralanmayı izleyen dönemlerde hastalarda sıklıkla rastlanmaktadır. Pek çok tetraplejik akut devrede anemiktir. Anemi normositik ve normokromiktir. Demir, demir bağlama kapasitesi ve transferrin tipik olarak düşüktür. Bu devredeki aneminin nedeni bilinmemektedir. Kronik devrede ise genelde kronik enfeksiyonlara bağlı olarak oluşmaktadır. Anemi nedeniyle halsizlik ve yorgunluk, hastaların rehabilitasyon programına uyum sağlamalarını ve sosyal aktivitelere katılımı olumsuz yönde etkilemektedir^(17,22,58).

Ortostatik Hipotansiyon(OH): OH daha çok tetraplejiklerde ve T6 üstü paraplejiklerde görülen bir komplikasyondur. Hastaların oturtuldukları veya dik duruma getirildikleri durumda ortaya çıkan sistolik ve diyastolik kan basıncındaki değişikliklere bağlı olarak gelişmektedir. Bu durumda TA yatan pozisyona göre otururken veya ayağa kalkarken 20 mmHg veya daha fazla düşmektedir. Bazen yatak içindeki dönmelerde bile görülebilmektedir^(17,22,51,58).

2.1.4.3. Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları

SKY sonrasında kolon hareketleri azalmaktadır. Eksternal sfinkterin istemli kontrolü yoktur. Bu nedenle spontane boşaltım klinik bir problem olarak ortaya çıkmaktadır⁽⁴³⁾. Hastaların büyük bölümünde ciddi oranda konstipasyon, gastrik boşalma problemleri ve ileus gelişmektedir. Üst gastrointestinal kanama, pankreatit kolesistit ve akut apandisit karşılaşılan diğer komplikasyonlardır. Gastrik Ph'daki değişime bağlı olarak gastrit ve mide ülserleri ise geç dönemde ortaya çıkmaktadır^(17,49,51).

2.1.4.4. Bası Yarası

Bası yaraları SKY'nin ciddi ve yaygın sonuçlarıdır. Prevalansı %33 olarak bildirilmiştir. Rehabilitasyon olan hastalar arasında insidansı 1998'de %34 dür⁽²⁾. Bası yaralarının yüksek prevalansı; yaş, eğitim, aktivite ve mobilite, yaralanma seviyesi ve özellikleri, medeni durum ve birden fazla hastalığın bir arada bulunması ile ilişkilidir⁽⁵⁷⁾.

Bir hastada bası yarası gelişimi, fiziksel olduğu kadar psikolojik olarak da yıpratıcıdır. Öte yandan duyuşal fonksiyonları korunmuş yaralanmalı kişilerde bası yarası nedeniyle hissedilen ağrı göz ardı edilmemelidir^(11,22,57,59). Ayrıca osteomyelit ve septisemi bası yarası enfeksiyonlarına bağlı olarak gelişen komplikasyonlarından⁽⁵¹⁾.

2.1.4.5. Spastisite

Spastisite SKY'nin sekeleridir. SKY'den sonra gelişen spastisitenin mekanizması henüz tam olarak anlaşılamamıştır⁽⁵⁴⁾. Spastisite sadece üst motor nöron lezyonlu hastalarda görülmektedir. Spastisite spinal şok devresini müteakip yaralanmadan sonraki birkaç hafta içinde ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkması ve şiddeti hasarın yerine

ve derecesine göre değişkenlik göstermektedir. Şiddetli spastisite ve zıt kas gruplarında dengesizlik olan hastalarda kontraktür gelişme eğilimi yüksektir^(2,51,60). Spastisiteyi arttıran etmenler arasında, kontraktürler, ortamın sıcaklığı, depresyon, böbrek taşı, kabızlık, hemoroid, tırnak batması, enfeksiyonlar, bası yaraları, varisler ve stres yer almaktadır^(2,22,60).

Spastisite; tekerlekli sandalyeye oturma ve transfer aktivitelerini zorlaştırma veya olanaksız hale getirme, idrar kaçaklarına neden olma, tekrarlayan kasılmalar nedeniyle özellikle topuk, ayak bileği çevresindeki derinin incilmesi sonucu bası yarası riskinin artmasına neden olma, uykudaki kasılmalar nedeniyle hastanın yataktan düşme ve çarpma riskini artırma gibi olumsuz etkilere neden olmaktadır^(5,52).

Buna karşın spastisite; ayakta durmaya yardım etme, kas atrofilerini azaltma, osteoporozu engelleme, DVT'yi engelleme, ereksiyonu kolaylaştırma, tetraplejiklerde öksürmeye yardımcı olma gibi yararlı etkiler neden olmaktadır⁽⁵⁾.

2.1.4.6. Kontraktür

Eklem çevresinde eklemi saran yumuşak doku, kasın kemiğe tutunmasını sağlayan sağlarda kas ve eklemi oluşturan yapılardaki kısıtlanması ile gelişen eklem hareket açıklığının ciddi kısıtlılığıdır⁽¹⁷⁾. Hareketsizlik, ağrı, güç kaybı ve kas hasarı nedeniyle gelişmektedir. Ayrıca hareketsiz eklemde meydana gelen kanama, enfeksiyon, heterotrofik ossifikasyon doku travması, dolaşım bozukluğu ve ödem kontraktür oluşumunu arttırmaktadır^(51,54).

2.1.4.7. Heterotopik Ossifikasyon (HO)

SKY'li bireylerde ortaya çıkan normalde görülmeyen kas ve bağ dokusunda oluşan patolojik yeni kemik dokusudur. En çok omuz, diz, kalça, dirsek eklem çevresinde görülmektedir. Eklem civarındaki yumuşak dokular içerisinde kemiksi yapılar ortaya çıkmaktadır. Başlangıçta bacakta şişme, eklem hareketlerinde kısıtlama, ağrı, ödem, ısı artışı, bazen eklemde sıvı artışı ve hastanın sedim ve ALP değerlerinde artma ile karakterizedir^(51,54).

2.1.4.8. Ürüler Sistem Komplikasyonları

Nörojenik mesaneye bağlı renal sistem komplikasyonları pulmoner komplikasyonlardan sonra ikinci sırayı almaktadır. Yapılan araştırmalar bu enfeksiyonun önlenmesine yöneliktir. Geçmiş dönemlerde hastaların büyük çoğunluğunun ürüler enfeksiyona bağlı sepsisten öldüğü bildirilmektedir^(18,23,52,55,58,61,62,63). Ürüler sistem komplikasyonları: ürüler sistem enfeksiyonları ve sepsis, böbrek mesane taşları, inkontinans, böbrek yetmezliği, peniskrotal abse, fistüldür⁽⁶²⁾.

2.1.4.9. Ağrı

SKY'den sonra hastalarda görülen ağrı iki grupta incelenebilir. Bunlar nöropatik (deferantasyon) ve nosioseptif ağrıdır. Deaferantasyon ağrısı (belli bir lokalizasyona uymayan) veya radiküler ağrı (sinir kökü) şeklinde inatçı ağrılar ortaya çıkabilir^(2,60).

2.1.4.10. Psikososyal Problemler

Engelliliğe yol açan bedensel özür, para kazanma gücünün kaybı, beceri ve deneyim kaybı, toplumdaki konum kaybı, bağımlı duruma

düşme gibi kişisel; gelir kaybı, konum kaybı, başkalarına bağımlı olma, özürlü kişiye bakma güçlüğü gibi ailesel; katkı kaybı, yetenek kaybı, insan gücü kaybı, özürlü ve ailesine bakım masrafları, tüketici kişi sayısında artış gibi toplumsal olmak üzere birçok soruna kaynak oluşturmaktadır^(18,19).

Engelli birey toplumla uyum içinde yaşamak ihtiyacındadır. Sosyal faaliyetlere katılma, karşı cinsten arkadaş edinme, tanımadıkları bir topluma girdiklerinde kendilerini rahat hissetmeme gibi sorunlara bedensel özürlü bireylerde daha yüksek oranda rastlanmaktadır⁽²⁾.

Yaralanma sonucu oluşan organ kaybı bireyi etkileyerek uyum güçlüklerine ve bireyin sosyal işlevselliğinde aksamalara neden olmaktadır⁽²²⁾. Topluma entegrasyonun başarılması rehabilitasyon sürecinin temel hedefidir. Topluma entegrasyondan kastedilen hastanın fiziksel ve sosyal olarak topluma çalışan, üreten sosyal bir birey olarak katılmasıdır. Topluma entegrasyon pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörleri açıklığa kavuşturmak amacıyla yapılan niteliksel çalışmalarda; eğitim seviyesi, işsizlik, gelir durumu, hobi aktiviteleri, fonksiyonel bağımsızlık ve genel sağlık durumunun etkili olduğu bulunmuştur. Topluma entegrasyonun sadece %9-29'u bu faktörlerle açıklanabilmektedir. Öte yandan çevresel faktörler ve mimari engeller topluma entegrasyonu kolaylaştırır ya da engeller⁽²⁾.

Fiziksel özürlü bireyin aile ve toplum içindeki yerini alabilmesi ve toplumsal sorumluluklarını tekrar kazanabilmesi amacıyla hasta ailenin desteklenmesi gerekmektedir^(18,22). SKY; bireyin evlilik hayatını çok derinden etkilemektedir. SKY'den sonra bireylerdeki boşanma oranı normal popülasyondan daha yüksektir. Boşanma riski özellikle yaralanmadan sonraki ilk yıl için çok daha yüksektir. Yaralanmadan sonra gerçekleştirilen evliliklerde ise normal popülasyondaki boşanma oranları ile uyum gösterir. Öte yandan Putzke ve ark. (2006) tarafından yapılan;

eğitim, ırk, cinsiyet, lezyon seviyesi, patogenezi ve hastanede yatış açısından 53 hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada evli bireylerdeki yaşam kalitesinin bekarlara oranla daha yüksek olduğu bildirilmektedir^(2,21).

SKY'li bireye bakım verenlerin yoğun bir distres altında oldukları belirtilmektedir⁽²⁾. Bu bireylerin distres ile nasıl başa çıkacakları önemlidir. Bakım verenlerdeki depresyon, sosyal fonksiyonlarda azalma, sağlık problemleri ve yorgunluk distrese zemin hazırlamakta yaralanmadan sonraki ilk yılda daha fazla psikososyal ve diğer sağlık problemleri gelişmektedir^(2,45).

Yapılan diğer çalışmada SKY'li bireylerde depresyon prevalansı %66-69'dur. Diğer çalışmalarda ise yaralanmadan sonraki ilk 6 ay içinde prevalans %64 iken 12 ay içinde %63'dür. SKY'de kronik ağrı depresif semptomlar ve stres ile bağlantılıdır⁽⁶⁰⁾.

2.2. Beden İmajı

Beden imajı (imgesi) hemşirelik literatüründe psikososyal olarak her zaman önemli bir kavram olarak, tanı ve tedavide rol oynamaktadır. Beden imajı pek çok kuramcı tarafından incelenerek, bireyin tutum ve davranışlarını önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir⁽²⁶⁾. Beden imajını kuramsal çerçevede ilk kez kapsamlı olarak psikoanalitik kuram ele almıştır^(64,65).

Bireyin duygu durumu ve değerlendirmeleri çevresi ile birlikte bir bütünlük oluşturmaktadır. Schilder "beden şeması" nı bireyin organlarının zihinsel tasarımlarının tümü olarak tanımlamaktadır. "Beden imajı" zihnimize şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür^(24,26,66). Beden imajı bireyin bedeninin ve bedenine ait tüm duyularının zihnindeki tablosudur. Benlik kavramının bir parçası olan

beden imajı bir yandan bireyin bilinçli ve bilinç dışı duygu ve düşüncelerini, diğer yandan da işlev duygu ve hareketliliğini algılamasını içermektedir^(67,68,69).

Beden imajı bir kişinin bedeninin görünümü ve beden özelliklerine ilişkin oluşturduğu tutumlardır. Bu çerçevede beden imajı; kendi bedenini nasıl gördüğü ile ilgili tutumsal kısım ve kişinin kendi beden algılaması üzerindeki duyguları, inançları ve değerlendirmelerini kapsayan ve algısal kısım olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır^(24,26).

Beden hem algılayan hem de algılanan olarak kendi nesnesi olmanın yanı sıra başkaları içinde bir nesnedir; beden imajının oluşumu sosyal bir olgudur. Bu yönüyle başka bireylerle de ilişkili olarak gelişmektedir. Kişi, gelişim süreci içinde bedeninden gelen duyuları anlamlı bir şekilde örgütlenerek kendi bedenine ilişkin bir imaj oluşturmaktadır^(24,26).

Schilder ile beden imajı kişinin sadece kendi bedeni ve organlarıyla ilgili düşündüklerinden ibaret olmaktan öteye taşınmış ve iç duygulanımlar, kişiler arası ilişkiler ve görünüm ile birlikte psikolojik bir bütünlük kazanmıştır⁽²⁷⁾.

Fisher beden imajını, bireyin kendi bedenine karşı duygu ve tutumları, psikolojik yaşantının bedene aktarılması olarak tanımlayarak beden imajını oluşturan ve düzenleyen yaşantıların çoğunun bilinçli olmadığını belirtmektedir^(70,71).

Beden imajı, insanın kendi kişiliği, değeri, diğer insanlarla ilişkilerinin ayrılmaz bir parçası olduğu için benlik kavramının bir parçasıdır. Bu kavram bireyin kendi vücudu ile ilgili görüntülerini, yeteneklerini, sınırlılıklarını algılarını ve bireysel özelliklerini

içermektedir^(29,32).

Benlikle ilgili en önemli iki unsur, vücut şekli ve kendine saygıdır. Kendine saygı bireyin kendi değerini ve kabiliyetlerini değerlendirmesidir. Kendine saygının oluşmasında başkalarını etkileme yeteneği, başkaları tarafından değer verilme, bireyin kendi standartlarını karşılayabilir olması ve kendi değer ve ahlakıyla uyumlu davranması esasları temeldir⁽²⁴⁾.

Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendine güven, kendine saygı, kimlik ve kişilik kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Psikolojik açıdan beden imajı bireyin bedeninden hoşnut olup olmadığını ve hoşnutluk derecesini ifade etmektedir. Beden imajı değerlendirmesi gerçekçi ve yüksek olan bireyler, kişiler arası ilişkilerinde daha güvenli, işlerinde daha başarılı ve tutum ve davranışları daha olumludur⁽²⁷⁾.

Beden imajı birbiriyle etkileşen pek çok etkenin sonucu oluşmakta ve oluşumu doğumla birlikte başlayarak sürekli gelişim ve değişim içindedir. Kişinin kendi bedenini tanıması ve bedenini çevresindeki bedenlerle karşılaştırması ile gelişim göstermektedir. Beden imajı gelişimi duyular, yaşantılar, toplumsal norm ve inançlar, çevreden gelen fiziksel görünümüne ilişkin tepkiler ve bireyin bunlara verdiği cevaplardan etkilenecek benliğin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu tepkiler sonucunda beden imajı olumlu veya olumsuz olarak ortaya çıkmaktadır. Olumlu beden imajı geliştiren bir birey olumlu bir benlik geliştirmektedir^(26,27,67,72).

Bireyin bedenini algılamasıyla, bedenin mental görüntüsü arasında uyumsuzluk olması beden imajı için bir tehdit oluşturur. Bu tehdidin bir beden imajı bozukluğuna yol açıp açmayacağı bireyin bu

tehdidi algılama durumuna, kendilik imgesine, uyum düzeyine bağlıdır⁽²⁴⁾.

Olumsuz bir beden imajı, fiziksel görünüme yönelik olumsuz düşünceler ve beden görünümünü itici bulma gibi eğilimleri içerir. Beden imajından hoşnutsuz olma beden imgesinin algısal ve tutumsal boyutlarda olumsuz değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Algısal boyuttaki hoşnutsuzluk beden görünümünün şeklinde ve ölçüsünde bir olumsuzluk olmamasına rağmen bedenin çarpık algılanmasına neden olmaktadır. Tutumsal boyuttaki hoşnutsuzluk ise genellikle bedenin, fonksiyonel kapasitesinden ya da görünüşünden memnun olmamayı içermektedir⁽⁶⁴⁾.

Beden imajı nörolojik hastalıklarda bozulabildiği gibi kas iskelet sistemi hastalıkları ve organların amputasyonunda da değişikliğe uğramaktadır^(24,28,38,61,63,64). Bireydeki organ esiklikleri ya da herhangi bir organdaki fonksiyonel yetersizlik beden imgesini olumsuz yönde etkilemektedir^(26,33).

Normal büyüme dışında beden imajı gebelik ve olağan fizyolojik durumlarda değişiklik gösterebileceği gibi ameliyat, hastalık, yaralanma gibi travmatik durumlarda da değişiklik göstermektedir. Böyle bir durumda değişiklik büyük ya da küçük olsun bireyin dikkati etkilenen bölgeye yönelir ve bedenin o andaki görünümü algılanması ile zihninde vücudu ilgili oluşturduğu tablo arasında uyumsuzluk çıkmaktadır. Bu uyumsuzluk gerçek anlamda her birey için bir kriz olarak algılanabilir ve beden imajında, beden bütünlüğünde değişikliklere neden olarak bireyde stres tepkisini başlatmaktadır^(73,74,75).

Değişen fiziksel durum, örneğin SKY nedeniyle yaşamının her alanında fizyolojik fonksiyonel ve sosyal pek çok kaybı bir arada yaşayan bireyde olduğu gibi, daha önceki fiziksel durum arasında ki kıyaslama bireyde stres ve gerilime neden olmaktadır. Bu nedenle SKY

sonucu kayıplar yaşayan birey olumsuz beden imajı geliştirmekte ve bu durum bireyin tutum ve davranışlarına, yaşam kalitesine olumsuz olarak yansımaktadır⁽²⁸⁾.

2.2.1. Beden İmajının Bozulması

Sakatlık, hastanın beden imajı (fiziksel görünüş, bedensel duygular, bedenle ilgili inançlar ve duygular) ve kendilik algısı üzerinde büyük etkilere neden olmaktadır. Emosyonel labiliteye neden olabilir. Fiziki görünüş ve hareketlerinde eksiklik yaşayan insanlar, kendilerini başkaları tarafında daha az değeri verilir kişiler olarak düşünmektedir⁽⁷⁶⁾. Beden imajı bozukluğu oluşmasını etkileyen faktörler;

1. Beden parçasının fonksiyonel önemi,
2. Beden parçasının görünüş görünmediği,
3. Değişikliğin rehabilitasyona uygunluğu,
4. Değişikliğin hızı,
5. Önceki baş etme gücü ve yolları,
6. Değişikliğin bireyin günlük yaşamı açısından önemi,
7. Bireyin aldığı desteklerin nitelikleri,
8. Birey için önemli kişilerin tepkileri.

Beden imajı bozulması sonucu bireyde görülen belirtiler; ⁽⁶³⁾

1. Beden bölgelerine bakma veya dokunmanın reddi,
2. Bedenin saklanması veya aşırı sergilenmesi,
3. Bedenin yapı ve fonksiyon değişikliklerini kabullenememe,
4. Sosyal ilişkilerin sıklığında azalma,
5. Beden hakkında negatif düşünceler,
6. Beden kısımları veya fonksiyon kaybı ile ilgili tasa,
7. Ümitsizlik fikirlerinin ifade edilmesi,
8. Reddedilme korkusunun ifadesi,

9. Gerçek değişikliğin inkarı,

2.2.2. Beden İmajında Bozulmaya Gösterilen Tepkiler

Beden imajında bozulmaya karşı gösterilen tepkiler iki şekilde gelişir. Bunlar; adaptif tepkiler ve adaptif olmayan tepkiler olarak sınıflandırılabilir^(66,76,akt.77,78).

2.2.2.1. Adaptif Tepkiler

Bu tepkiler kaybın kabul edilmesiyle ilgilidir. Kriz periyodunda reddetme, yavaş kabul ve problemin azalması gibi aşamalar yaşanır. Tepkiler stresin yoğunluğuna, sosyal desteğin derecesine ve kişinin tutumuna bağlıdır. Engel fiziksel kayıplarda kederlenme safhasını üçe ayırır⁽⁷⁵⁾:

1. Aşama (kaybı kavrama): şok ve inanmama görölür. Bu dönem birkaç dakika, saat veya gün sürebilir. Hastanın ilk tepkisi daima olumsuzdur. Hasta durumunu kabul etmek istemez. Bu aşamanın uzaması iyileşme sürecini geciktirir. Hastanın tüm ilgisi kayıp üzerine yoğunlaşmıştır. Ağlama kaybı kabul etmede normal bir adaptif olarak yardımcı olur. Genellikle bu evrede hasta depresiftir.

2. Aşama (Başa çıkma): Hastalar hem kendilerinin hem de çevredeki kişilerin üzüntü, kızgınlık ve anksiyete içinde olduklarını bilirler. Hasta yaşamının eskiye göre farklı olduğunu bilir. Beklide sınırlı şekilde hareket edecek, bir başkasına bağımlı olacak ve isteklerinde sınırlılıklar bulunacaktır. Hasta benlik saygısında azalma ve çevresindekilerden uzaklaşma eğilimindedir. Bu aşamada en önemli faktör zamandır. Zaman geçtikçe hastanın çabası kaybın onarılmasına yönelir. Hasta kaybı gerçek anlamda kabul etmeye başlar.

3. Aşama (Benimseme): Hasta sonunda değişim geçirdiğini ve yetersizliğini görür. Geçmişteki durumunu hatırlar. Kendisi hakkında konuşmaya istekli olması sağlıklı adaptasyonun göstergesidir. Hasta sunulan yaşamı kabul eder. Hasta, ailesi ve sağlık ekibi arasında karşılıklı destek çok önemlidir. Hastanın bu dönemde ailesinden, arkadaşlarından ve sağlık ekibinden aldığı sosyal destek çok önemlidir. Burada amaç çalışmaya yöneltmek değildir. Kişinin kapasitesini en iyi şekilde kullanmasına yardımcı olacak bir denge kurmaktır. Sevilen bir kişinin, bir vücut bölümünün, bir vücut fonksiyonunun veya bir objenin kaybında bu dönemin başarı ile çözümlenmesi için keder sürecinin tamamlanması gerekir.

2.2.2.2. Adaptif Olamayan Tepkiler

Hasta kendi durumunu kabul etmezse adaptif olmayan tepkiler oluşur. Keder çözümlenemez hastada değişimden önceki beden imajını sürdürme isteği vardır. Çevreden uzaklaşma, gülme veya şaka yapma hastanın yalanlama içinde olduğunu gösterir. Hasta mental olarak kaybı bilir. Fakat yalanlar. Kendi sorumluluklarında kaçır, önceden öğrendiği savunma mekanizmalarını kullanır. Sosyal, seksüel ve emosyonel yaşama yeniden başlama zor olabilir. Hasta yetersizliği gizlemeye çalışabilir. Boş uğraşlarla zaman ve para harcayabilir. Hastanın bu dönemde sağlık ekibine karşı aşırı bağımlılık ile bağımsızlık göstermeleri sonucu yüzeysel iletişime girmekte yardım etme isteklerini kabul etmemektedirler^(75,76, akt.77).

2.2.3. Beden İmajının Yeniden Oluşturulması

Fiziksel veya fonksiyonel değişimin özelliği ve ağırlığının kişiden kişiye farklılık göstermesine rağmen fiziksel değişimlere adapte olmak ve bunları kabullenmek yaklaşık olarak bir yılı bulmaktadır. Çeşitli komplikasyonlar ve çok sayıda kriz bu süreyi uzatabilir. Bu süreç doğrusal

değil inişli çıkışlıdır. Hastaların çoğu bir yıldan sonra değişikliklere olumlu bakmaya ve onları bu değişiklikleri normal hayatın bir parçası olarak kabul etmeye başlayabilirler. Kabul süreci üç safhayı içermektedir. Bunlar vücut şeklinin bozulması, iyileşmeyi arzu etmek, kendini yeniden şekillendirmek olarak sıralanmaktadır⁽²⁴⁾.

2.2.3.1. Vücut şeklinin bozulması

İnsanlar değişimin acı bir şekilde farkına varmak ve bundan kaçınmak, bunu inkar etmek, mizaha almak veya olumlu düşünmek suretiyle en aza indirmek için bu seçenekler arasında tereddütler yaşar. Fiziksel değişimden sonra hastalar mağaza vitrinleri ve camlarında kendilerini tanıyamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu hastaları gözlemleyenler hastaların yaşadıkları kayıptan sonra bu kayıptan duyuları üzüntü ile beraber sahte bir olumlu ifadeyi de gözlemleyebilirler⁽²⁴⁾.

Bu safhada üzüntünün yerini önceki fiziksel benliğe kavuşmaya duyulan arzu ve buna yönelik çabalama almaktadır. Hastaların bunun için daha fazla fiziksel çaba sarf ettikleri, önerilenden daha fazla egzersiz yaptıkları gözlenmiştir. Bu hastaların çoğu daha önceki vücut şeklini yeniden kazanmak için çalışmaktadırlar. Bu durumda bazı hastalar yerine getirmeleri gereken görevler karşısında pasif veya çaresiz kalabilirler. Yürümeyi veya çeşitli aktivitelere yeniden başlamayı ne kadar istediklerini anlatabilirler, ama gösterdikleri çabalara bakıldığında bu yetenekleri tekrar kazanmaları için verilen profesyonel tavsiyeleri yerine getirmek için ne kadar az çaba gösterdikleri açıktır⁽²⁴⁾.

2.2.3.2. İyileşmeyi arzu etmek

Fiziksel değişimin ve hali hazırdaki tıbbi teknolojinin niteliğine bağlı olarak bazı hastaların sınırlı seçenekleri olabilir. Bazıları ise iyileşme

abalarında daha başarı olabilirler. Ancak bu hastalar hiçbir şeyin asla eskisi gibi olmayacağından dolayı daha fazla hayal kırıklığına uğralar. Örneğin protezlerin etkin bir şekilde kullanılması yetenek ve sabır ister. Kolay hareket serbestliği tekrar kazanılmayabilir. abalar sürdükçe ilerlemenin derecesinde kaçınılmaz bir yavaşlama olur ve nihayetinde hastalar sağlanan faydaya karşı zaman çaba veya para yönünden zararları üstlenmeye başlarlar. Fiziksel değişimin etkilerinin ‘artık olduğu kadar!’ şeklinde değerlendirilmesiyle bir dönüm noktasına ulaşılmaktadır⁽²⁴⁾.

2.2.3.3. Kendini yeniden şekillendirmek

Bu safhada adaptasyon ve arzu edilen sonuçlar bir uzlaşa ve normalizasyon içinde cereyan eder. Uzlaşa dış görünüşteki veya fonksiyonel kabiliyetlerdeki değişiklikleri kabullenmeyi ve değişiklikleri yeni vücut imajına katmayı içerir. Normalizasyon gerektiği kadar normal hayata uyumu gerektirmektedir. Bazı kişiler için bu; bir iş değişikliği için eğitimi, değişen rol beklentilerini veya sıkıntının üstesinden gelmeyi ve sosyal olabilmeyi gerektirebilir⁽²⁴⁾.

“Bu şimdiki benliğim değiştim ve bununla yaşayacağım”.veya “daha kötüsü de olabilirdi” gibi ifadeler veya bir fiziksel zorluğu sorun etmemeye yönelik ince bir mizah hastanın kendisiyle barışmasını sağlayabilir. Ancak tamamiyle kendisiyle barışma mümkün olmayabilir ve kadercilik, kötümserlik, depresyon veya durumlarının gerektirdiği şeylerin altında ezilme gibi sebeplerden dolayı daha az bir derecede kendileriyle barışma sağlayabilirler⁽²⁴⁾.

Normalizasyon, hastanın okula geri dönme veya iş değiştirme, eski ilgi alanlarına ve geçmişine geri dönme, sosyal temaslar ve desteği sürdürme veya inşa etme gibi çabalarıyla gözlemlenebilir.

Hasta bireyin ne yapabileceği üzerine yoğunlaşması ve diğer bazı işleri yerine getirebilmek için çeşitli yollar bulması normalizasyonun kanıtıdır. Vücutlarında hayatlarındaki değişikliklere uyum sağlarken, aynı zamanda kendilerine ilişkin algılamalarını yenileyen kişiler, normalizasyonun belirtilerini gösterirler⁽²⁴⁾.

2.3. Uğraşı Tedavisi

Uğraşı tedavisinin tarihsel gelişimi oldukça eskilere dayanmaktadır. Hipokrat'ın medikal öğretilerinde, yunan masallarında, kutsal kitaplarda uğraşı tedavisinden bahsedilmektedir. Antik çağda psikiyatrik hastalıkların tedavisinde müzik, tiyatro, eğlence, hidroterapiye yer verilmiş, hümanistik dönemde ise Pinel, hastaların ilgi alanları, becerileri ve ihtiyaçlarına yönelik aktivitelerin kullanılmasını önermiştir. Bu dönemde hastalar, marangozluk, ayakkabı onarımı, çiftçilik, dikiş, çorap örme gibi, aktivitelere yönlendirilmişlerdir. Aynı dönemde Amerika'da ise "moral tedavi" adı altında aktivitelere sadece istekli hastalar katılmıştır. Bu dönemde aktiviteler yoluyla, sakinleştirme, hoşla gitmeyen düşüncelerden uzaklaştırma, el becerisi kazandırma, daha iyi alışkanlıklara teşvik etmenin yanı sıra toplumda terapötik düzenlemeler önerilmiştir⁽³⁵⁾. İkinci Dünya Savaşında, yaralılara uygulanan rehabilitasyon programları uğraşı tedavisini desteklemiştir. Bu uygulama bulguları ışığında fiziksel sakatlıkta da uğraşı tedavisinin bağımsız rolü savunulmuştur⁽³⁷⁾.

Üretme ve yaratmanın kişinin tedavisindeki yararlarının fark edilmesi, olumlu kişiler arası iletişimin öğretilmesi, fiziksel aktivitelere yönlendirmeler, gereksinimler ve bireysel farklılıkları dikkate alan yaklaşımlar uğraşı tedavisinde çağdaş modelin gelişimine katkıda bulunmuştur^(akt.38). Uğraşı tedavisinde aktiviteler; günlük yaşam aktivitelerine cesaretlendirme, yetenekleri ortaya çıkarma ve daha da güçlendirme, kendini ifadeye teşvik etme, otokontrol sağlama, problem

özme, hastalıklarda etki ve nedenleri açıklayabilme yeteneğini geliştirme ve bunun içinde uygun duygusal ve fiziksel uyarıyı sağlamaya yöneliktir. Aktiviteler sırasında kişiler arası ilişkiler, yetenek, ilgi, gereksinim ve deneyimler önemlidir^(25,36). Modern uğraşı tedavisi yaklaşımında uğraşı tedavisi üç alanı kapsamaktadır. Bunlar: özbakım, iş ve uğraşıdır⁽⁴⁵⁾.

Tarihsel gelişim çerçevesinde oluşturulan uğraşı tedavisi ile ilgili başlıca modeller şunlardır:

1. Rehabilitasyon kavramları ve psikodinamiğin kompleks bileşimini yansıtan uyum “uyum kabiliyeti gösteren performans modeli”,
2. Sosyal ve çevresel yönden yeterli rol performansı için ilgi alanları ve işi birlikte ele alan, uygun bir aktivite ile dikkat ve performansı arttırmayı amaçlayan “davranışsal model”,
3. Biyolojik fonksiyonlar temelinde aktivite performansına odaklanan, “nörodavranışsal model”.

Her üç modelde de amaçlı eylem ve bireysel performansa uygunluk önemlidir. Modellerin başarıya ulaşmasında hastanın işbirliği ve istekliliği etkili olmaktadır^(akt.38).

Uğraşı tedavisinde profesyonelliğin temellerinin atıldığı 19.yy başlarında boş vakitleri değerlendirmeye yönelik olarak oyun ve hobi, ilk kez İngiltere’de William Morris ve John Ruskin tarafından yaşam kalitesini arttırmak amacıyla kullanılmıştır. Daha sonra uğraşı terapistlerince bilimsel ve teknik desteğin artması ile birlikte pratik kullanımda oyun ve hobi bilimsellikten uzak ve alakasız görülmüş ancak 20.yy ’dan sonra araştırmacılar uğraşı tedavisinde oyun ve boş vakit aktivitelerine yeniden önem verilmiştir. Son dönemde boş vakitleri değerlendirmek gibi amaçlarla yapılan uğraşı tedavisi aktiviteleri giderek önem kazanmaktadır^(35,37).

Uğraşı tedavisinde; sorumluluk alma ve yerine getirme, özbakım, sorun çözme, hastalık hakkında bilgilendirme, bir işe yoğunlaşma, enerji ve zamanı amaçlı kullanma, kişiler arası ilişkileri düzenleme, boş vakitleri çeşitli uğraşlarla değerlendirme gibi aktiviteler birlikte veya ayrı ayrı kullanılmaktadır. Boş zaman değerlendirmeye yönelik olarak, ağaç oymacılığı, resim, müzik, spor, dokuma, dans, seramik, deri işçiliği gibi uğraşlar planlı ve amaçlı olarak kullanılabilir⁽³⁵⁾.

Literatürde uğraşı tedavisinde “boş vakit” aktiviteleri pek çok kez tanımlanmış olmakla birlikte bu terimler üzerinde tam anlamıyla uzlaşma sağlanamamıştır. Uğraşı, kişinin istekleri ve amaçları doğrultusunda, boş vakitlerinde para kazanma amacı güdülmeden yapılan çalışmalardır. Uğraşı anksiyeteyi azaltarak iyilik durumunu arttırmaktadır^(akt.35).

Boş vakitleri değerlendirme amacıyla yapılan aktiviteler, fiziksel, kognitif, psikolojik, sosyal ve spirütüel faydalar sağlamaktadır. Hobi aktiviteleri uğraşı tedavisinde, el becerilerini arttırmak, sosyal ilişkilerini geliştirmek, dikkati bir noktada odaklamayı arttırmak, kendilik saygısı ve öz güveni geliştirmek amacıyla kullanılmaktadır⁽⁵⁶⁾. Hobi aktivitelerinin sağlığı geliştirme, koruma ve toplum sağlığı ile direkt ilişkisi vardır⁽³⁹⁾. Yaşam doyumu ile boş vakitlerin değerlendirilmesinden alınan doyum arasında yüksek korelasyon olduğu belirtilmektedir^(35,36,38). Oyun ve boş vakit aktiviteleri hastaları terapötik aktivitelere katılmaya motive ederek onlar tedaviye katıldıkları için ödüllendirebilmektedir^(45,47).

Coleman ve Iso-Ahola (1993) tarafından boş vakitlerde uygun şekilde insanın kendini şımartmasının, kaygıyı yatıştırma ve huzuru artırmayı kapsayan pek çok yararı bulunduğu belirtilmektedir. Kinney and Coyle (1992) ise boş zamanlarda yapılan aktivitelerin eksikliği insan

sağlığı üzerinde çeşitli yıkıcı etkilere yol açabildiğini hatta bu eksikliğin depresyon için hazırlayıcı bir faktör olduğunu bildirmektedir⁽⁴⁵⁾.

SKY'li bireyler çoğunlukla iş kaybı yaşamakta, bu nedenle sosyoekonomik düzeyleri genellikle düşmektedir. Bunun sonucunda bu bireyler uğraşı aktivitelerini yapmaları için gerekli koşullardan yoksun kalmaktadırlar. Bu yoksunluğu diğer insanların onların motivasyonlarını kırması, mimari ve ilişkisel engeller arttırmaktadır⁽³⁶⁾. Uğraşı aktivitelerinin fiziksel, psikolojik, mental sağlık ve yaşam kalitesi üzerine engelli bireylerde pozitif etkisi vardır⁽⁴⁵⁾

Uğraşı tedavisinde; hastanın rolleri, günlük yaşam aktivitelerine ait gereksinimleri, zaman kullanımı, boş vakitlerin değerlendirilmesi, eğitimi ve hastalık konusunda bilgi düzeyi, aktivite performansı vb. konularla ilgili bilgi toplamak ve hastanın performansını, gereksinimlerini, ilgi alanlarını belirlemek için standart testler ve görüşme yoluyla bilgi toplanarak, gerçekçi hedefler saptanmakta, değerlendirme yapılmaktadır. Uğraşı tedavisinin her aşamasında tedavi ekibi ile sürekli bilgi ve düşünce alışverişinde bulunulması gerekmektedir. Bireyin rol beklentileri, ilgi alanları, gereksinimleri, deneyimleri, kapasitesi, aldığı tanı, bireysel ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin hastanın kapasitesini aşan bir aktivite hastanın özgüvenini sarsabilir, kapasitesinin altındaki bir aktivite ise can sıkıcı olabilir^(35,37,47).

Uğraşı aktivitelerinin başarılı olmasında hastaya ait özellikler yanında ortamın koşulları da oldukça önemlidir ve bu konuda tedavi ekibine önemli roller düşmektedir. Tedavi ekibi tedavi sorumluluğunu yerine getirirken, bireyin sağlıklı yönünün desteklenip geliştirilmesi, kendi kendisini yönetmesi, aktivitelerde rol almasının sağlanması, her bireyin kendine özgü özellikleri olduğunun kabullenilmesi konusunda ortak tutum içinde olmalıdır⁽³⁵⁾.

Son yıllarda geliştirilen “aktivite sağlığı” kavramı; “bireyin rahat, doyumlu ve sosyokültürel açıdan kabul edilebilir şekilde günlük aktivitelerini yerine getirebildiği durum” olarak tanımlanmaktadır. Geleneksel yaklaşımda semptomların düzelmesi ana hedef iken aktivite sağlığı yaklaşımında semptomlara hastaların aktivitelerini bozduğu ölçüde önem verilir. Hastanın günlük yaşantısındaki roller tanımlanır ve klinikteki aktiviteleri de bu roller paralelinde düzenlenmeye çalışılır. Hastanın yattığı süre için hedeflenen aktivite düzeyine ulaşıldıktan sonra, daha üst bir düzeye ulaşmak amacı ile daha ileri bir program geliştirilir^(akt.38).

Uğraşı tedavisinde boş vakit aktiviteleri hastalarla yapılan pratik uygulamalara dayanmaktadır. Bu nedenle pragmatik bakış açısıyla kayda değer metaryeller olarak kabul edilmektedir. Uğraşı tedavisinde boş vakit aktiviteleri tanımlamak için, dikkat edilecek hususlar şunlardır, zamanı, içeriği, gözlenebilir bir davranış, aktivitenin varlığı, bireyin deneyimi veya eğilimi⁽³⁵⁾.

Zamana göre uğraşı aktivitelerinin tanımı: Uğraşı tedavisinde boş vakit aktiviteleri zorunlu aktivitelerden arta kalan zaman birimi (verilen görevler, yapılması gereken işler) olarak tanımlanmaktadır. İş veya okul aktiviteleri bu aktivitelerden sayılmamaktadır. Uğraşı aktiviteleri tanımlanırken hastalarının zamanlarını nasıl kullandıkları ve boş vakitlerin onların sağlığı ve iyilik hali ile olan ilişkisinin olduğu kadar içeriğinin nasıl oluştuğunu, hastaların aktivitelerini ve bu aktivitelerden elde ettikleri deneyimleri de bilinmesine ihtiyaç duyulmaktadır⁽³⁵⁾.

İçeriğe göre uğraşı aktivitelerinin tanımı: Bu aktivitelerin hangi koşullar altında oluştuğuna göre tanımlanmaktadır. Dostane, güvenli, konforlu, çeşitli materyalleri, objeleri ve kişileri içeren çevre ve kültürel kabulü gösteren aktiviteleri tanımlamak için kullanılmaktadır.

Spesifik bir kültüre mensup bireylerin sahip oldukları inanışlar oluştukları koşullara göre bu aktivitelerini tanımlamak için kullanılmaktadır⁽³⁵⁾.

Gözlenebilir bir davranış aktivitenin varlığına göre uğraşı aktivitelerinin tanımı; Bu kategori boş vakit aktivitelerini gözlenebilir veya isimlendirilebilir aktiviteler olarak tanımlamaktadır. Boş zaman aktivitelerini tanımlamak için bazı sınıflandırmalar kullanılmaktadır. Örneğin; Primeau ve Ferguson (1999) çocukların oyunlarını birbirini izleyen şu maddeleri kullanarak sınıflandırmışlardır: Duyusal motor oyun, nesne oyunu, sosyal oyun, motor oyun, hayal içerikli oyun, eğlence oyunu. Bu ve benzeri sınıflandırmalar işe yarar sınıflandırmalardır. Çünkü hastanın ilgilerini de içeren oyun ve boş zaman davranışlarını değerlendirilmesi ve gözlemi için tanımlayıcı bir kriter sağlamaktadır. Bu bakış açısı oyun ve boş zamana bir aktivite olarak kolaylıkla ölçülerek ve değerlendirilebilmektedir⁽³⁵⁾.

Deneyime göre uğraşı aktivitelerinin tanımı: Bireyin boş zaman aktivitelerine, bağlılığı ve deneyimi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler tarafından boş zaman aktivitelerinde sahip olunan tavır, tutum ve zihinsel durum birincil derecede önemlidir(İso Aloha 1979; Tinsley and 1982). Oyun ve boş zamana ilişkin kişisel anlamlar bu subjektif deneyimlerden doğmaktadır(Primeau 1996). Literatürde bir deneyim olarak oyun ve boş zamanının çeşitli nitelikleri tanımlanmaktadır. Bunlar; sınırlılıklardan bağımsızlığa, seçme özgürlüğüne, eğlenceye, keyif almaya, içsel motivasyona, düşük iş ilişkisine, kendini ifade etme biçimine, rahatlamaya kadar bir çok terimi içermektedir(Bundy 1997). Tüm bu nitelikler içerisinde en çok bağımsızlık ve seçme özgürlüğü boş zaman ve oyun aktivitelerinin bir deneyim olarak özelliklerinin tanımlanmasında kullanılmaktadır. Uygulayıcılar bir deneyim olarak boş zaman aktivitesini değerlendirirken hasta ile görüşme yapma, katılımcı gözlem, spesifik değerlendirme yöntemleri ile veri toplamaktadırlar^(akt.35).

Bir deneyim olarak boş zaman aktiviteleri yaklaşımı uğraşı terapisi uygulamasının en önemli noktasıdır(Bundy 1993). Her ne kadar boş zaman aktivitelerini zaman, içerik, aktivite olarak tanımlamak önemli olsa da hastanın boş zaman aktivitelerine katılımını anlamak için yeterli değildir.

Uğraşı tedavisi programları günümüzde oldukça geniş uygulama alanları bulmaktadır. Günlük bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri, psikiyatri klinikleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, grup evleri, okullar, huzurevleri, işyerleri, adli servisler veya zihinsel özürliülerin eğitim merkezlerinde uygulanabilmektedir^(akt.38).

2.3.1 Beden İmajı Bozulan SKY'li Bireye HemşirelikYaklaşımı, Uğraşı Tedavisi ile Sağlanabilecek Yararlar

Hemşireler; poliklinik, rehabilitasyon, klinik ve evde bakım hizmetlerinde önemli rollere sahiptir. Bu nedenle hastalara ve ailelerine vücut şekil bozukluğuna adaptasyon için manevi destek verme ve ilerisi için yol gösterme durumundadırlarBeden imajı bozulan bireye hemşirelik yaklaşımları şunları kapsamaktadır^(79,80,81,82,83);

1. Hemşireler, hastalardaki depresyon yetersiz çabalama göstergelerini ölçerek müdahale etmelidir.
2. İnkâr etme, mizah ve olumlu düşünmenin önemli başa çıkma mekanizmaları olduğunu bilerek ve hastanın bu yöndeki davranışlarını olumlu olarak değerlendirmelidir.
3. Hastanın fiziksel ihtiyaçlarına etki etmediği sürece inkâr ve kaçınma davranışlarına karşı olunmamalıdır.
4. Sahte güven tazelemekten kaçınılmalıdır.
5. Duygusal tepkileri, değişikliklerle ilgilenmenin normal bir parçası olarak tanımaya yardımcı olunmalıdır.
6. Ruhsal duruma ilişkin konuşulan şeyleri, bu tür

yorumların anlamlarını açığa kavuşturmak için dikkatle dinlenmelidir.

7. Davranışların ve sözlerin değerlendirilmesinden faydalanarak depresyonu izlenmelidir.

8. Hastaların vücut şekli değişiklikleriyle uzlaşmaya işaret eden açıklamaları ve işaretleri hemşireler tarafından izlenmelidir (hareketler adapte etme, yeniden iş eğitimi, rolleri yeniden düzenleme)^(81,82,83).

9. Uygun protez ve yardımları kullanarak kendi kendine yeterliliğe ve adaptasyona yönelik teşebbüsleri desteklenmelidir.

10. Depresyonun erken tedavisi için: antidepresan tedavisi, ruh halini güçlendirmek, enerjiyi ve katılımı yükseltmek ve acıyı azaltmak gibi önlemler alınmalıdır.

11. Fiziki terapi, kozmetik ve çevre değişiklikleri içeren rehabilitasyon çalışmalarını desteklenmelidir.

12. Fiziksel değişiklikleri gizleyen en aza indirgeyen veya bu değişikliklerden dikkati başka yöne çeken uyum stratejileri desteklenmelidir.

Uğraşı tedavisinden sağlanabilecek yararlar ile beden imajı bozulan bireye hemşirelik yaklaşımları incelendiğinde bu iki alanın bir çok açıdan ortak amacı taşıdığı ve beden imajının yeniden şekillendirilmesinde uğraşı tedavisinden faydalanılabileceği görülmektedir. Uğraşı tedavisi ile;

1. Bireyde anksiyete, saldırganlık gibi duygularının aktivitelere aktarımı ile rahatlık yaratılabilir⁽³⁵⁾,

2. Aşırı hareketli hastaların enerjileri aktivitelere kanalize edilerek yatıştırıcı etki sağlanabilir^(akt.38),

3. Birey özellikle boş zamanlarına yönelik aktivitelerde, duygu ve düşüncelerini, hayallerini ortaya koyarak bir iletişim olanağı bulur. Böylece bireyin tedavi ekibiyle ve diğer hastalarla iletişim kurması sağlanabilir^(37,47).

4. Rahat bir ortamda hoşlanılan bir aktiviteye odaklanma

ile bireyin rahatsız edici düşüncelerinden uzaklaşmasına ve dikkati bir işe yoğunlaştırma yeteneğinin artmasına yardım edilir.

5. Ortaya ürün çıkması ile bireyin yeni ilgi alanları keşfetmesi, yaratıcılığını geliştirmesi, bireyin kendine olan güveni ve başarı duygusu sağlanabilir.

6. Uğraşı tedavisine yönelik aktiviteler, hastanın gerçeklerden kaçmak yerine dış dünya ile bağlantı kurmasını sağlayabilmektedir.

7. Uğraşı aktiviteleri fiziksel ve mental gerilemeyi önleyici, hatta geliştirici etki sağlayabilir.

8. Uğraşı tedavisi sırasında bireyin kendi tedavi sürecini gözlemleme fırsatı elde edilebilir.

9. Özellikle grup aktiviteleri, bireyin sosyalleşmesi ve ilişkilerini düzenlemesi yönünde katkı sağlayabilir.

10. Birey uygun bir programla, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi için cesaretlendirilebilir^(akt.38).

Coleman ve Iso-Ahola (1993) tarafından boş vakitlerde uygun şekilde insanın kendini şımartmasının, kaygıyı yatıştırma ve huzuru artırmayı kapsayan pek çok yararı bulunduğu belirtilmektedir. Kinney and Coyle (1992) ise boş zamanlarda yapılan aktivitelerin eksikliği insan sağlığı üzerinde çeşitli yıkıcı etkilere yol açabildiğini hatta bu eksikliğin depresyon için hazırlayıcı bir faktör olduğunu bildirmektedir⁽⁴⁵⁾. Beden imajında bozulma nedeniyle ortaya çıkan psikolojik, emosyonel, sosyal tepkiler ile bu tepkilere karşı yetersiz başetmeye yönelik olarak uğraşı tedavisi kullanılabilir. Hemşirelik bakımının amacı, bireyin hastalığından kaynaklanan sorunlarında ve yaşam güçlüklerinde çözüm gücü kazandırmaktır. Bu amaç; hastanın en üst düzeyde işlev görmesini amaçlayan rehabilitasyon hizmetleri ile örtüşür. Rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir kısmını kapsayan uğraşı tedavisi hemşireliğin bağımsız işlevleri ile yakından ilgilidir⁽¹¹⁾.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli:

Araştırma, paraplejik bireylerde uğraşı tedavisinin beden imajına etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara İli Belediye sınırları içinde yer alan TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Omurilik Hasarı Rehabilitasyonu Ünitesi, Devamlı Bakımevi ve Meşguliyet Tedavisi ve Mesleki Rehabilitasyon Kısımında yapılmıştır.

Omurilik Hasarı Rehabilitasyonu Ünitesi 41 yataklıdır. Ünite de çoğunluğu SKY'li hastalar olmak üzere çeşitli nedenlerle nörolojik defisiti olan hastalar rehabilite edilmektedir. Ünite de 11 hemşire, 3 doktor, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 1 psikolog görev yapmaktadır.

Devamlı Bakımevi 50 yataklı olup ampute, travmatik beyin hasarı olan ve SKY'li hastalar yatmaktadır. Bakımevinde 2 hemşire, 2 doktor, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 1 psikolog görev yapmaktadır.

Ünitelerde yatan hastalar rehabilitasyon programı dahilinde Meşguliyet tedavisi ve Mesleki Rehabilitasyon Kısımına gönderilmektedirler. Mesleki Rehabilitasyon Kısmı Meşguliyet (Uğraşı) Tedavisi ünitesinde ise 1 hemşire, 1 sosyolog ve uğraşı kurslarını yürüten 13 öğretmen, 9 tekniker/teknisyen görev yapmaktadır. Meşguliyet (Uğraşı) tedavisi kapsamında Seramik, El Sanatları, Resim, Ebru, Ahşap Boyama, Örgü Dokuma, Biçki Dikiş ve Yakma Resim aktiviteler yürütülmektedir. Aktiviteler 09:00 ve 16:00 saatleri arasında

planlanmaktadır. Aktivitelere katılacak olan hastalar ilgi alanları, fiziksel durumu ve fonksiyonları göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirme sonucunda ilgili atölyelere yönlendirilmektedir. Aktivitelere SKY'li hastalar dışında Ampute Rehabilitasyonu Kliniği, Romatolojik Rehabilitasyon Kliniği ve Beyin Hasarı Rehabilitasyonu Kliniğinde yatan hastalarda katılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezinde 10 Mayıs 2008- 10 Ağustos 2008 tarihleri arasında yatan SKY'li tüm paraplejik hastalar oluşturmaktadır.

Araştırma yöntemi ile ilgili kaynaklarda, deneysel ve yarı deneysel araştırmalarda evren ve örneklemin belirlenmesinde yalnızca belirlenen kriterler doğrultusunda çalışma grubu oluşturulmasının yeterli olduğunu, evren ve örneklemin belirlenmesinin vazgeçilmez olmadığını belirtilmektedirler^(84,85). Bu doğrultuda araştırma grubunu oluşturan deney ve kontrol grubu olguların seçiminde, aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır:

1. Travmatik SKY'li,
2. ASİA sınıflandırmasına göre ASİA-A, ASİA-B, ASİA-C sınıfında yer alan,
3. En az üç hafta süre ile hastanede yatışı devam edecek olan,
4. 18-65 yaş arasında yer alan,
5. Oturma dengesi olan,
6. Bası yarası olmayan,
7. Uğrası tedavisindeki aktiviteleri anlayabilecek ve uygulayabilecek düzeyde iletişim becerisine sahip,
8. Çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerdir.

Ayrıca deney ve kontrol grubu için eşleştirme kriteri ise cinsiyet ve yaştır (beş yıllık yaş aralığı önemsiz kabul edilmiştir^(36,40,41,44,46). Araştırmaya 20 deney, 20 kontrol grubu olmak üzere toplam 40 birey alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması:

Araştırmanın verileri; hastaların demografik verilerini içeren Kişisel Bilgi Formu (EK-1), hastalığına ilişkin verilerini içeren Hastalığına İlişkin Bilgi Formu (EK-2), Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği (EK-3) ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu: ilgili literatür taranarak hazırlanan form araştırmaya katılan hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu gibi bazı sosyodemografik bilgilerini içeren 17 sorudan oluşmaktadır.

Hastalığa İlişkin Bilgi Formu: araştırmaya katılan hastaların hastalıklarına ilişkin tıbbi durumlarını belirlemek amacıyla literatür taraması sonucu oluşturulmuştur. Toplam soru sayısı 18'dir.

Çok Yönlü Beden- Self ilişkileri ölçeği: beden imajı yapısının tutumsal yönlerini değerlendirmek için geliştirilen ve 69 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Orjinali Winstead ve Cash (1984) tarafından 140 maddeli olarak geliştirilmiş, daha sonra 54 maddelik kısa formu düzenlenmiştir⁽³¹⁾. Kısa formuna Beden Alanları Doyum Skalası'nı (Body Areas Satisfaction Scale) oluşturan 9 madde ve ağırlıkla ilgili 6 madde eklendiğinden kısa formun toplam madde sayısı toplam 69'dur^(31,76).

1993 yılında Doğan tarafından ülkemize uyarlanan MBRSQ randomize örnekleme yöntemiyle seçilen 200 kişiye uygulanmış; ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilmiş, geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Kapsam geçerlik çalışması daha önce ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Hovardaoğlu (1990) tarafından yapılmış olan Beden İmajı Ölçeği (Body Cathexis Scale) ile karşılaştırılarak yapılmış her iki ölçeğin toplam puanları arasında korelasyon olduğu görülmüştür($r=0.58$). Ölçeğin güvenirlik çalışması test tekrar test yöntemi ile yapılmış, ölçeğin tümü için Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur.alt gruplarının iç tutarlılıklarının 0.75-0.91 arasında değiştiği bulunmuştur⁽⁷⁶⁾.

Ölçek; bilişsel, duygusal ve davranışsal özellikler taşıyan üç ruhsal yönle, fiziksel görünüş, fiziksel yeterlilik ve biyolojik bütünlüğü içeren üç bedensel boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel ve davranışsal yönler “yönelim başlığı altında birleştirilmiş, beden alanlarından doyum skalası eklenmiştir. Sonuçta ölçek 7 alt gruptan oluşmuştur⁽³¹⁾. Bunlar;

1. Fiziksel görünüşü değerlendirme (dikkat etme-önem verme),
2. Görünüşe oryantasyon,
3. Fiziksel yeterliliği değerlendirme,
4. Fiziksel yeterliliğe oryantasyon (dikkat etme-önem verme),
5. Sağlığı değerlendirme,
6. Sağlığa oryantasyon (dikkat etme-önem verme),
7. Beden alanlarından doyum.

Ölçek alt gruplarına ayrılmadan bir bütün halinde deneklere verilir. Ancak deneklerde beden imajının bir yönü araştırılmak isteniyorsa, ilgili alt grup maddeleri verilebilir ve değerlendirilebilir. Deneklerden ölçekte

yer alan her anlatımın kendilerine ne kadar uyduğunu veya uymadığını verilen beş seçenekten birini işaretleyerek belirtmeleri istenir. Bu seçenekler; “kesinlikle katılıyorum”, “çoğunlukla katılıyorum”, “kararsızım”, “çoğunlukla katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” dur. Bu seçenekler doğru anlatımlarda sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 puan; ters anlatımlarda ise sırasıyla 5, 4, 3, 2, 1 puan olarak değerlendirilir⁽⁷⁶⁾.

Bir gruptaki deneklerin toplam puanı toplam denek sayısına bölünerek ölçek ortalama puanı, bir deneğin tüm maddelerden aldığı puanlar toplanarak ölçek toplam puanı ve bir deneğin ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek madde ortalama puanı bulunmaktadır⁽⁷⁶⁾.

MBRSQ'yu geliştirenler beden imajı bozukluğu için bir madde ortalama puanı alt sınırı vermemişlerdir. Değerlendirme çalışılan grupla bir başka grubun veya kontrol grubunun madde ortalama puanlarının karşılaştırılmasıyla yapılmaktadır. Sonuçlar bu değerlendirmeye göre yorumlanmaktadır^(76,86).

Bu puanlara göre madde sayısıx1, bir deneğin ölçekten alabileceği en düşük toplam puan en yüksek toplam puan madde sayısıx5'e eşittir. Madde ortalama puanı en düşük 1, en yüksek 5 olabilir⁽⁷⁶⁾.

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FİM): FİM genel bir sakatlık (disabilite) indeksidir. FİM, rehabilitasyon sürecindeki hastaların fiziksel, kognitif ve fonksiyonel durumlarını belirlemek, değerlendirmek ve izlemek amacıyla ABD'de Uniform National Data System'in bir parçası olarak Hamilton ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve yayınlanmıştır^(86,87,88,89). Kendine bakım, sfinkter kontrolü, transferler, mobilizasyon, iletişim sosyalleşme gibi alanları içermektedir. Beden imajını etkileyen faktörler arasında bireyin fonksiyon kaybı yaşayıp yaşamadığı,

fonksiyonel durumunun etkili olduğu bildirilmektedir^(24,75,76,80,81,82,83). Bu nedenle bu araştırmada ölçek araştırmaya dahil edilen bireylerin fonksiyonel durumlarının ölçölmesi amacıyla uygulanmıştır.

FİM, Küçükdeveci ve ark. tarafından 2001 yılında ölkemize uyarlanmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak kullanılmaya başlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan ise 126'dır^(87,88).

FİM'in diğeri fonksiyonel bağımsızlık ölçeklerinden üstün ve ayrıcalıklıdır. Çünkü rehabilitasyon sürecindeki hastaların kognitif fonksiyonları da değerlendirilebilmektedir⁽⁸⁷⁾.

FİM ile sakatlığı olan bir bireyin fonksiyonel anlamda ne yaptığı ve neler yapabileceğı değerlendirilebilir. FİM rehabilitasyon ekibinin bütün üyeleri tarafından kullanılabilir⁽⁸⁶⁾. FİM 6 alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar; 1. Kendine bakım, 2. Sfinkter kontrolü (Mesane, Bağırsak)3. Mobilite,4. İletişim,5. Sosyal algılama, 6. Lokomotor fonksiyon'dur.

Her bir alt grupta iki veya daha fazla spesifik aktivite değerlendirilmektedir. Gruplar kendi aralarında motor (13 fonksiyonel aktivite) ve kognitif (5 aktivite) olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. FİM toplam 18 sorudan oluşmaktadır^(87,88,89).

FİM, uygulanması ve değerlendirmesinde, madde puanlaması 7 puan üzerinde yapılmaktadır. Bunlar; tam bağımsız (7 puan), Modifiye Bağımsız (6 puan), gözlem (5 puan), minimal yardım (4 puan), orta dereceli yardım (3 puan), maksimal yardım (2 puan), tam yardım (1puan)'dır.

Tam bağımsız, hiç bir yardıma gerek duymadan, belirli bir aktiviteyi gereken zamanda, cihazsız olarak, emniyetli şekilde yapar.

Modifiye bağımsız: bir aktiviteyi yardımcı bir cihazla yada uzun sürede modifikasyona gerek duyarak emniyetsiz bir şekilde yapar.

Gözlem: Fiziksel yardım almadan, sözel yardım ile aktiviteyi tamamlar ancak gerekli eforun en az %75'ini harcamalıdır.

Minimal yardım: hafif bir fiziksel temas dışında yardıma ihtiyacı yoktur.

Orta dereceli yardım: aktiviteyi başarmak için gereken eforun %50-75'ini harcar.

Maksimal yardım: aktiviteyi başarmak için gereken eforun %25-50'ini harcar.

Tam yardım: aktiviteyi başarmak için gereken eforun %0-25'ini harcar. Kriterleri göz önünde bulundurularak her bir aktivite için puanlama yapılır⁽⁸⁾.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

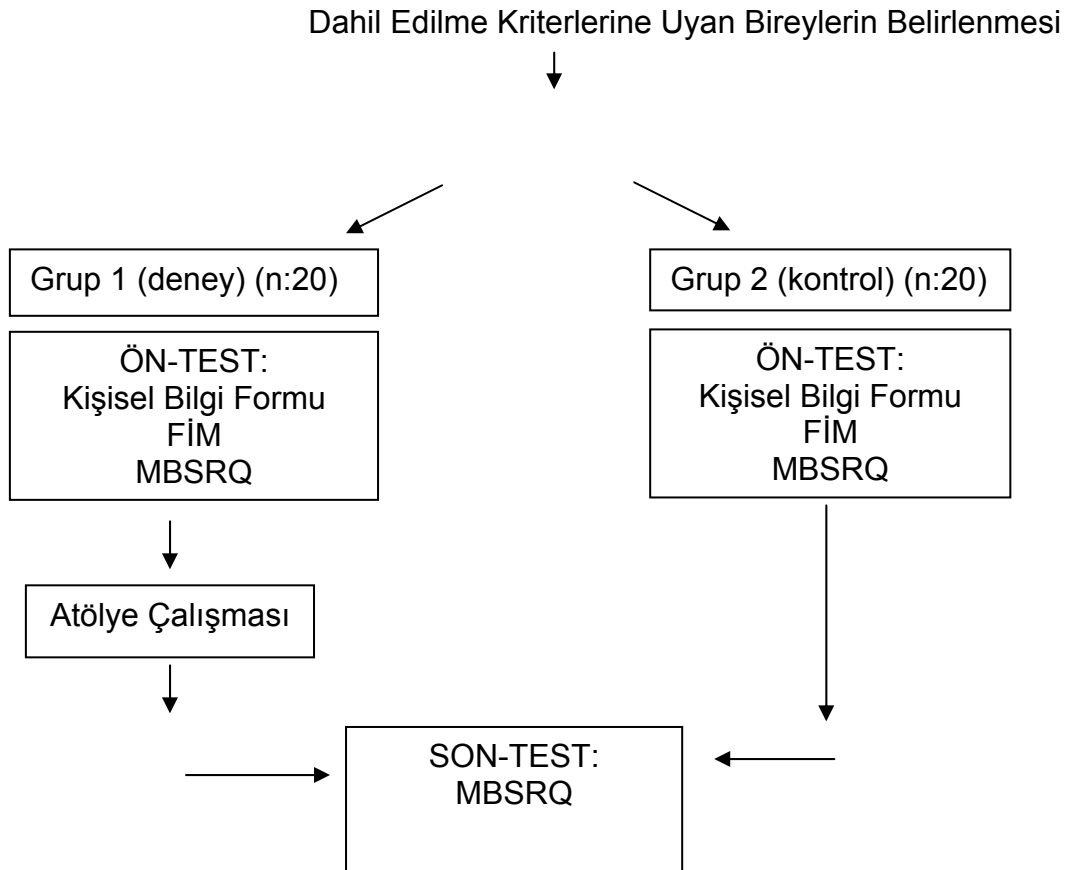
Kişisel Bilgi Formu ve Hastalığına İlişkin Bilgi Formunun ön uygulaması 18-22 şubat 2008 tarihleri arasında TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezinde yatan SKY'li 10 hasta üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda formlarda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uğraşı tedavisine katılmayı kabul eden bireyler deney grubuna, araştırmaya katılmayı kabul eden ancak uğraşı tedavisine katılmayı reddeden bireyler ise kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubuna alınan bireylerden uğraşı tedavisi aktivitelerine haftada en az iki gün, 45'er dk. ve 3 hafta süre ile katılmaları^(37,38,40,41) ve çalışmaları sonucunda en az bir adet ürün oluşturmaları istenmiştir. Araştırmaya dahil edilen

grubun tanımlayıcı özelliklerini saptamak üzere FİM, Kişisel Bilgi Formu, Hastalığına İlişkin Bilgi Formu uygulanmıştır. Ayrıca araştırmaya dahil edilen bütün bireylere çalışma öncesinde ve sonrasında; MBSRQ uygulanmıştır. Araştırma sırasında bireylerin hangi faaliyete katılacağı, mesleki rehabilitasyon kısmı meslek danışmanı tarafından bireylerin ilgi alanına göre belirlenmiş, araştırmaya katılan bireyler ahşap boyama, resim, takı ve seramik çalışmalarından herhangi birine katılmışlardır.

Akış Diyagramı:



3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımlı Değişkeni MBSRQ (Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeğidir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri beden imajına etki edebilecek yaralanma yaşı, süresi, seviyesi, yaralanma şekli, kalıcı

beden değişikliği olup olmaması, komplikasyon durumu, SKY dışında başka kronik hastalığın varlığı, hastanede yatış süresi, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde değişme durumu, fonksiyonel bağımsızlık durumu gibi hastalığına ilişkin özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma statüsü, gelir durumu, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sosyal destek durumu gibi sosyodemografik değişkenler olarak alınmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin kodlama ve değerlendirme işlemleri araştırmacı tarafından SPSS for Windows 11.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirmesinde yüzdeler hesapları, Fisher Tam olasılıklı/Kesin Ki-Kare testi ve Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi testi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Hastalara gönüllü onam formu okunarak yazılı izinleri alınmıştır. (EK-5) Araştırma için ve araştırmanın uygulanacağı hastane birimleri sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilerek GATA Etik Kurul Başkanlığından gerekli izin yazılı olarak alınmıştır(EK-6).

4. BULGULAR

Tablo 2. SKY'li bireylerin sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		Toplam (n=40)		
	n	%	n	%	N	%	
Yaş							
27 ve altı	12	60	11	55	23	57.5	$\chi^2=0.202$ p=0.904
28 ve üstü	8	40	9	45	17	42.5	
Cinsiyet							
Kadın	4	20	4	20	8	20	*p =1.000
Erkek	16	80	16	80	32	80	
Medeni durum							
Evli	4	20	6	30	10	25	$\chi^2=0.133$ p = 0.715
Bekar	16	80	14	70	30	75	
Eğitim durumu							
İlköğretim ve altı Orta öğretim Üniversite ve Üzeri	5	25	4	20	9	22.5	$\chi^2=0.202$ p=0.904
	10	50	10	50	20	50	
	5	25	6	30	11	27.5	
Çalışma statüsü							
Emekli	10	50	6	30	16	40	**
Memur	2	10	3	15	5	12.5	
Öğrenci	1	5	5	25	6	15	
İşsiz	1	5	0	0	1	2.5	
Ev Hanımı	0	0	2	10	2	5	
Diğer***	6	30	4	20	10	25	
Ailenin gelir gider durumu							
Geliri gideri karşılamıyor	1	5	2	10	3	7.5	**
Geliri gideri karşılıyor	19	95	18	90	37	92.5	
Bakmakla yükümlü olduğu kişiler							
Yok	16	80	15	75	31	77.5	**
Anne baba	2	10	0	0	2	5	
Eş çocuk	2	10	5	25	7	17.5	
Yaralanma öncesinde çalışma durumu							
Çalışıyor	15	75	14	70	29	72.5	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Çalışmıyor	5	25	6	30	11	27.5	
Yaralanma sonrası çalışma durumu							
Evet	2	10	1	5	3	7.5	**
Hayır	16	80	16	80	32	80	
Belirsiz	2	10	3	15	5	12.5	
Çalıştığı işi nasıl tanımladığı							
Ağır fizik. akt. gerektirir	14	70	13	65	27	67.5	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Ağır fizik.akt. gerektirmez	6	30	7	35	13	32.5	
Sosyal Destek Alma Durumu							
Yeterli	18	90	19	95	37	92.5	**
Yetersiz	2	10	1	5	3	7.5	
Toplam	20	100	20	100	40	100	

* Bu ölçümlerde, Fisher'in Tam Olasılık/Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

** Yüzdelere deney ve kontrol grupları içinde hesaplanmıştır. Gruplardaki denek sayıları test koşullarını sağlamadığından istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

***Bu başlık altında işçi, serbest meslek, emekli olup başka bir işte çalışma gibi diğer durumlar belirtilmektedir.

Tablo 1’de deney ve kontrol grubuna alınan SKY’li paraplejik bireylerin demografik özellikleri gösterilmiştir. 27 yaş ve altında olan hasta sayısı deney grubunda (%60), kontrol grubunda (%55)’tir. Deney ve kontrol grubunda (%20) kadın, (%80) erkek yer almaktadır. Deney grubundaki hastaların (%80)’i, kontrol grubundaki hastaların ise (%70)’i bekaardır. Deney grubundaki hastaların %25’i ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %50’si orta öğretim düzeyinde eğitim almış olup, %25’i üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların %20’i ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde, %50’si orta öğretim düzeyinde eğitim almış olup, %30’sı üniversite mezunudur.

Deney grubunda; %50 emekli, %10 memur, %5 öğrenci, %5 işsiz, 30 diğer mesleklerde çalışan, kontrol grubunda ise %30 emekli, %15 memur, %25 öğrenci, %10 ev hanımı, %20 oranda diğer mesleklerde çalışan hasta bulunmaktadır. Ailenin gelir gider durumu incelendiğinde deney grubunda yer alan hastaların %5’inin gelirinin gideri karşılamadığı, kontrol grubunda yer alan hastaların ise %10’unun gelirinin gideri karşılamadığı saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların %75’inin, kontrol grubundaki hastalardan %70’inin yaralanmadan önce çalıştığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol hastalardan %80’i yaralanmadan sonra aynı işte çalışmadıklarını, %7.5’i çalıştıklarını, %12.5’i ise çalışıp çalışamayacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. Yaralanmadan önce yaptıkları veya yapmayı planladıkları işi deney grubundaki hastalardan %70’i, kontrol grubundaki hastalardan %65’i ağır fiziksel aktivite gerektirir olarak tanımlamışlardır. Araştırmaya katılan hastalardan %92.5’i sosyal desteğin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bakmakla yükümlü olduğu kişiler incelendiğinde, deney grubunda yer alan

hastaların%80'inin, kontrol grubunda yer alan hastaların %75'inin bakmakla yükümlü olduğu kimsenin olmadığı tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalar demografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaralanma öncesi çalışma durumu ve iş tanımı açısından benzer oldukları ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu arasında yaralanmadan önce çalışma durumu ve iş tanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$). Yaralanma sonrası çalışma durumu, sosyal destek algısı, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, çalışma statüsü ve ailenin gelir gider durumu açısından gruplardaki denek sayıları test koşullarını sağlayamadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 3. SKY'li Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

Özellikler	Deney Grubu(n=20)		Kontrol Grubu(n=20)		Toplam (n=40)		
	n	%	n	%	N	%	
Yaralanma Şekli							
Komplet	14	70	9	45	23	57.5	$\chi^2=3.683$ p=0.055
İnkomplet	6	30	11	55	17	42.5	
Asia Sınıflandırmasına Göre Yaralanma Durumu							
ASIA-A	15	75	9	45	24	60	**
ASIA-B	4	20	4	20	8	20	
ASIA-C	1	5	7	35	8	20	
Yaralanma Yaşı							
21 yaş ve altı	14	70	9	45	23	57.5	$\chi^2=1.637$ p=0.201
22 yaş ve üzeri	6	30	11	55	17	42.5	
Yaralanma Süresi							
0-1 yıl	6	30	7	35	13	32.5	$\chi^2=0.278$ p=0.870
1-2 yıl	3	15	2	10	5	12.5	
2 yıl ve üzeri	11	65	11	55	22	65	
Yaralanma Nedeni							
Motorlu taşıt kazası	7	35	7	35	14	35	$\chi^2=6.283$ p=0.099
ASY	9	45	3	15	12	30	
Yüksekten düşme	2	10	7	35	9	22.5	
Diğer***	2	10	3	15	5	12.5	
Yaralanma Seviyesi							
Torakal (T1-12)	18	90	3	15	21	52.5	*p=0.182
Lumbo-Sakral (L1-4)	2	10	17	85	19	47.5	
SKY Nedeni Hastanede Yatış Süresi							
12 ay ve altı	11	55	13	65	24	60	$\chi^2=0.104$ p=0.947
12 ay ve üzeri	9	45	7	35	16	40	
Kalıcı Beden Değişikliği Durumu							
Var	13	65	12	60	25	62.5	$\chi^2=0.427$ p=0.514
Yok	7	35	8	40	15	37.5	
SKY Dışında Başka Hastalık Olma Durumu							
Var	1	5	5	25	6	15	*p=0.182
Yok	19	95	15	75	34	85	
Düzenli İlaç Kullanma Durumu							
Var	8	40	11	55	19	47.5	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Yok	12	60	9	45	21	52.5	
Yaralanmaya Eşlik Eden Başka Yaralanma Durumu							
Var/Devam Ediyor	1	5	0	0	1	2.5	$\chi^2=4.601$ p=0.100
Var/İyileşti	8	40	7	35	15	37.5	
Yok/Hiç Olmadı	11	55	13	65	24	60	
Spastisite Durumu							
Var	11	55	12	60	23	57.5	$\chi^2=0.000$ p=1.000
Yok	9	45	8	40	17	42.5	
Mobilizasyon Durumu							
Tekerlekli Sandalye	19	95	15	75	34	85	*p=0.182
Yardımcı Cihaz	1	5	5	25	6	15	
Psikolojik Destek Alma Durumu							
Alan	2	10	1	5	3	7.5	p=1.000
Almayan	18	90	19	95	37	92.5	
Boşaltım Durumu (Mesane/Bağırsak)							
Devamlı Katater	0	0	1	5	1	2.5	**
TAK	20	100	14	70	34	85	
Normal Mesane	0	0	5	25	5	12.5	
Refleks Bağırsak	17	85	14	70	31	77,5	
Arefleks Bağırsak	2	10	1	5	3	7,5	
Normal Bağırsak	1	5	5	25	6	15	
Toplam	20	100	20	100	40	100	

*Bu ölçümlerde, Fisher'in Tam Olasılık/Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

**Yüzdelere deney ve kontrol grupları içinde hesaplanmıştır. Gruplardaki denek sayıları test koşullarını sağlayamadığından istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

***Bu başlık altında spor yaralanmaları, kesici alet yaralanmaları, sıg suya dalma gibi etiyolojik faktörler yer almaktadır.

Tablo 3'de deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastalıklarıyla ilgili özellikleri gösterilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %65'inin 12 aydan az, %35'inin 12 aydan fazla, deney grubundaki hastaların ise %55'inin 12 aydan az %45'unun 12 aydan fazla süre SKY nedeniyle hastanede yattığı; deney grubundaki hastaların %70'ünün 21 yaşında ve daha genç, kontrol grubundaki hastaların ise %45'inin 21 yaşında ve daha genç olduğu, bu değişkenler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir($p>0.05$).

Yaralanma etiyolojisi incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki hastalarda motorlu taşıt kazaları %35 en sık karşılaşılan faktör olarak karımıza çıkmaktadır. Deney grubunda ateşli silah yaralanmaları %45, yüksekten düşme %10 ve diğer %10 etiyolojik faktörler izlenmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında yaralanma etiyolojisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur($p>0.05$).

Yaralanma seviyeleri incelendiğinde deney grubundaki hastaların %90'ının torakal (T1-12), kontrol grubundaki hastaların %15'inin olduğu görülmektedir. ASİA sınıflandırma sistemine göre deney grubundaki hastaların %75'i ASİA-A, %20'si ASİA-B, kontrol grubundaki hastaların %45'i ASİA-A, %20'si ASİA-B sınıfında yer almaktadır. Deney grubundaki hastaların yaralanma şekli incelendiğinde %70'i kontrol grubundaki hastaların ise %45'i komplet yaralanmalıdır. Deney kontrol grubu arasında hastaların yaralanma seviyesi ve yaralama şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). ASİA sınıflandırmasına göre yaralanma durumu açısından gruplardaki denek

sayıları test koşullarını sağlayamadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Hastaların başka hastalığının olup olmadığı incelendiğinde deney grubunda %5'inin, kontrol grubunda %25'inin başka hastalığın olduğu görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %40'ı kontrol grubundaki hastaların %55'i düzenli ilaç kullanmaktadır. Araştırmaya katılan hastalardan yalnızca %2.5'inde yaralanmaya eşlik eden herhangi bir yaralanma halen devam etmektedir. Bu hasta deney grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastalardan %37.5 multiple yaralanma geçirmiş ve eşlik eden diğer yaralanmaları şu anda iyileşmiştir. Deney ve kontrol grubu başka hastalığın varlığı, düzenli kullanılan ilacın olup olmaması ve yaralanmaya eşlik eden başka yaralanma durumu açısından karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Deney grubundaki hastalardan %55'inde spastisite vardır., Ayrıca deney grubunda ki hastalardan %95'i tekerlekli sandalye kullanırken, kontrol grubunda %75 hasta tekerlekli sandalye kullanmaktadır. Deney ve kontrol grubu arasında spastisite durumu ve mobilizasyon durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların tamamı mesane drenajı için TAK, %5'i devamlı kateter yöntemini kullanırken, kontrol grubundaki hastalardan %25'inin mesane fonksiyonları normaldir. Deney ve kontrol grubundaki hastalardan çoğunluğu refleks bağırsağa sahiptir. Deney grubundaki hastalardan %5'i, kontrol grubundaki hastalardan 5 %25'inde normal bağırsak boşaltımı vardır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların mesane ve bağırsak durumları bakımından gruplardaki denek sayıları yetersiz olduğundan istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu profesyonel psikolojik destek almamaktadırlar. Deney grubunun %90'ı kontrol grubunun ise %95'i psikolojik destek almamaktadır. Deney grubundaki hastalardan %65'inde, kontrol grubundaki hastalardan %60'ında kalıcı beden değişikliği vardır. Deney ve kontrol grubu arasında psikolojik destek alma durumu ve kalıcı beden değişikliği durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 4. SKY'li Bireylerin Mevcut Durumlarının Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi.

Günlük Yaşam Aktiviteleri		Deney Grubu(n=20)		Kontrol Grubu(n=20)		Toplam (N=40)		
		Var/ %	Yok/ %	Var/ %	Yok/ %	Var/ %	Yok/ %	
Beslenme	n	0	20	4	16	4	36	*p=0.106
	%	0	100	20	80	10	90	
Boşaltım	n	17	3	10	10	27	13	*p=0.006
	%	85	15	50	50	67.5	32.5	
Giyinme	n	11	9	8	12	19	21	$\chi^2=1.604$ p=0.205
	%	55	45	40	60	47.5	52.5	
Hareket	n	19	1	18	2	37	3	*p=1.000
	%	95	5	90	10	92.5	7.5	
Kişisel Hijyen	n	7	13	5	15	12	28	$\chi^2=0.119$ p=0.730
	%	35	65	25	75	30	70	
Toplam	n	20	100	20	100	40	100	
	%							

* Bu ölçümlerde, Fisher'in Tam Olasılık/Kesin Ki-KareTesti kullanılmıştır.

* * Yüzdelere deney ve kontrol grupları içinde hesaplanmıştır. Gruplardaki denek sayıları test koşullarını sağlayamadığından istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

SKY'nin günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu incelendiğinde, deney grubundaki hastaların tümü beslenmeyi etkilemediği, kontrol grubundaki hastalardan %20'si beslenmenin etkilendiğini, kontrol grubundaki hastalardan yarısı, deney grubundaki hastalardan %85'i boşaltımın etkilendiğini, deney grubundaki hastaların %95'i kontrol grubundaki hastalardan %90'ı hareketin etkilendiğini, deney grubundaki hastalardan %55'i, kontrol grubundaki hastalardan %40'ı giyinmenin ve deney grubundaki hastalardan %55'i, kontrol grubundaki hastalardan %25'i kişisel hijyenin yaralanma nedeniyle etkilendiğini

belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubu arasında boşaltım dışında ($p < 0.05$), günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilebilme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin FIM Değerleri.

	Deney Grubu(n=20)			Kontrol Grubu(n=20)			t**	p
	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max.	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max.		
FIM Puanı	5,20±0,83	4	6	5,50±1,19	4	7	-0,922	0.363

Tablo 5'te deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesindeki fonksiyonel FIM ortalama puanları, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin FIM, ortalama puanlarına bakıldığında deney grubunda ortalama FIM 5,20±0.83, kontrol grubunda ortalama FIM 5.50±1.19 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 6 Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Toplam MBSRQ Değerleri.

		Deney Grubu(n= 20)			Kontrol Grubu(n= 20)			p
		$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max.	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max.	
MBSRQ	Ön-Test	205.25±30.36	132.00	248.00	210.55±22.12	182.00	265.00	*0.011
	Son-Test	216.20±27.54	153.00	254.00	212.25±23.32	182.00	266.00	
		*p=0,932						

*Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi

Tablo 6'da deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk gün ve uygulama sonrasındaki MBSRQ ölçümleri grupların kendi içlerindeki değişim ve iki grubun karşılaştırılması gösterilmiştir. Deney grubundaki

hastaların MBSRQ ölçümlerinin ortalaması ilk ölçümde 205.25±30.36, ikinci ölçümde 216.20±27.54, kontrol grubunun ilk ölçümde 210.55±22.12, ikinci ölçümde 212.25±23.32 bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların MBSRQ birinci ve ikinci ölçümleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların MBSRQ Alt Ölçek Değerleri.

MBSRQ Alt Ölçekleri		Deney Grubu(n= 20)			Kontrol Grubu(n= 20)			p
		$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max.	$\bar{X} \pm ss$	Min.	Max.	
MBSRQ (Görünüşü Değerlendirme)	Ön-Test	21.10±5.60	10.00	30.00	21.55±4.38	15.00	30.00	0.001
	Son-Test	23.65±4.91	10.00	29.00	21.90±4.05	16.00	38.00	
		p=0,648						
MBSRQ (Görünüş Yönelimi)	Ön-Test	38.10±8.11	16.00	50.00	40.00±5.03	27.00	46.00	0.053
	Son-Test	40.70±5.93	30.00	50.00	40.35±5.38	28.00	49.00	
		p=0.674						
MBSRQ (Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme)	Ön-Test	20.30±4.18	13.00	28.00	21.70±2.71	17.00	26.00	0.695
	Son-Test	20.75±2.55	16.00	25.00	21.55±2.94	16.00	26.00	
		p=0.242						
MBSRQ (Fiziksel Yeterlilik Yönelimi)	Ön-Test	31.65±5.83	22.00	42.00	29.80±7.06	13.00	45.00	0.461
	Son-Test	32.15±6.13	22.00	41.00	30.15±6.95	15.00	45.00	
		p=0.337						
MBSRQ (Sağlık Değerlendirmesi)	Ön-Test	20.20±3.62	14.00	26.00	21.15±5.92	11.00	30.00	0.749
	Son-Test	20.45±4.39	14.00	29.00	21.20±5.65	12.00	30.00	
		p=0.576						
MBSRQ (sağlık Yönelimi)	Ön-Test	40.30±5.83	31.00	51.00	40.40±5.82	29.00	51.00	0.072
	Son-Test	42.00±4.85	32.00	50.00	40.65±5.89	30.00	51.00	
		p=0.715						
MBSRQ (Beden Alanlarından Doyum)	Ön-Test	33.60±7.57	14.00	45.00	35.95±5.23	27.00	45.00	0.015
	Son-Test	36.50±7.41	16.00	45.00	36.45±4.74	28.00	45.00	
		p=0.549						

*Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi

Tablo 7’de deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk gün ve uygulama sonrasındaki MBSRQ alt ölçek değerleri gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların MBSRQ görünüşü değerlendirme alt ölçeği ölçümlerinin ortalaması ilk ölçümde 21.10 ± 5.60 , ikinci ölçümde 23.65 ± 4.91 , kontrol grubunun ilk ölçümde 21.55 ± 4.38 , ikinci ölçümde 21.90 ± 4.05 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ancak deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastaların MBSRQ görünüşü yönelimi alt ölçeği ölçümlerinin ortalaması ilk ölçümde 38.10 ± 8.11 , ikinci ölçümde 40.70 ± 5.93 , kontrol grubunun ilk ölçümde 40.00 ± 5.03 , ikinci ölçümde 40.35 ± 5.38 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci ölçümler arasındaki fark ve deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastaların MBSRQ fiziksel yeterliliği değerlendirme alt ölçeği ölçümlerinin ortalaması ilk ölçümde 20.30 ± 4.18 , ikinci ölçümde 20.75 ± 2.55 , kontrol grubunun ilk ölçümde 21.70 ± 2.71 , ikinci ölçümde 21.55 ± 2.94 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci ölçümler arasındaki fark ve deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastaların MBSRQ fiziksel yeterlilik yönelimi alt ölçeği ölçümlerinin ortalaması ilk ölçümde 31.65 ± 5.83 , ikinci ölçümde 32.15 ± 6.13 , kontrol grubunun ilk ölçümde 29.80 ± 7.06 , ikinci ölçümde 30.15 ± 6.95 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci ölçümler arasındaki fark ve deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastaların MBSRQ sağlığı değerlendirme alt leği lmlerinin ortalaması ilk ölçümde 20.20 ± 3.62 , ikinci ölçümde 20.45 ± 4.39 , kontrol grubunun ilk ölçümde 21.15 ± 5.92 , ikinci ölçümde 21.20 ± 5.65 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci lmler arasındaki fark ve deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastaların MBSRQ sağlık yönelimi alt leği lmlerinin ortalaması ilk ölçümde 40.30 ± 5.83 , ikinci ölçümde 42.00 ± 4.85 , kontrol grubunun ilk ölçümde 40.40 ± 5.82 , ikinci ölçümde 40.65 ± 5.89 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci lmler arasındaki fark ve deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p > 0.05$).

Deney grubundaki hastaların MBSRQ beden alanlarından doyum alt leği lmlerinin ortalaması ilk ölçümde 33.60 ± 7.57 , ikinci ölçümde 36.50 ± 7.41 , kontrol grubunun ilk ölçümde 35.95 ± 5.23 , ikinci ölçümde 36.45 ± 4.74 bulunmuştur. Grup içi ilk ve ikinci lmler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA:

Çalışmamızda SKY'li paraplejik hastalarda uğraşı tedavisinin beden imajına etkisi incelenmiştir.

Yapılan bazı araştırmalar beden imajı bozukluğu ve doyumsuzluğunun; SKY'li bireylerde ve amputelerde yaygın olduğunu göstermektedir^(24,25,26,27,28). Literatürde organ ve fonksiyon kaybı yaşayan hastalarda beden imajını etkileyen sosyodemografik değişkenlerinden yaş, cinsiyet, ırk ve egzersiz düzeyinin önemli olduğu bildirilmektedir^(24,25,26,akt.28).

Doğan (1993) tarafından yapılan; organ ve fonksiyon kaybı olan hastaların beden imajındaki değişikliğin ve beden imajı üzerinde etkili olabilecek bazı değişkenlerle ilişkisinin, 60 birey üzerinde incelendiği çalışmada ileri yaşta olanların, evlilerin, sosyoekonomik düzeyi düşük ve aile reisi olanların beden imajı ortalama puanlarının; genç yaşta, bekar, sosyoekonomik düzeyi orta-yüksek olanlar ve aile reisi olmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca cinsiyet ve eğitim düzeyinin beden imajına direkt etkisi olmadığı bildirilmektedir⁽²⁸⁾.

Araştırmamızda beden imajı üzerine etkili olduğu düşünülen, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ailenin sosyoekonomik düzeyi, meslek, çalışma durumu gibi sosyoekonomik faktörler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Bu nedenle; bu değişkenler, uygulamaya katılan bireylerin uygulama sonucunda elde edilen MBSRQ ölçümlerini etkilememektedir(Tablo 2).

SKY sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle bireyin sağlığı algılaması olumsuz yönde değişmektedir. Özellikle bası yaraları, spastisite, kontraktürler, mesane ve barsak problemleri SKY'li bireylerin

topluma entegrasyonlarını geciktirmekte ve bireyde psikososyal distrese neden olmaktadır. Bu komplikasyonlar nedeniyle SKY'li bireyler daha uzun süre hastanede yatmakta ve çeşitli günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılık yaşamaktadırlar. Ayrıca seksüel disfonksiyon nedeniyle bireylerde benlik saygısında azalma meydana gelmektedir. Bu durum bu bireylerin beden imajlarını olumsuz yönde etkilemektedir^(14,15,20,24,25).

Araştırmamızda klinik prosedür gereği bası yarası olan bireylerin uğraşı tedavisine katılmamaları nedeniyle bu bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Seksüel disfonksiyon ise değerlendirilememiştir. Kontraktürler ve spastisite kalıcı beden değişikliği durumu başlığı altında incelenmiştir. Bu değişken açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Mesane barsak durumu ise denek sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.(Tablo 3)

Beden imajını etkileyen faktörler arasında bireyin fonksiyon kaybı yaşayıp yaşamadığı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu ve fonksiyonel durumunun etkili olduğu bildirilmektedir^(20,75,76,81,82,80). Araştırmamızda FİM ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu açısından deney ve kontrol grubu arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.(Tablo 4-5)

Prost (1992) SKY'li bireylerin uğraşı aktivitelerine ilişkin durumlarını "SKY'ye sahip pek çok birey sürekli olarak ve gelişi güzel bir şekilde boş boş durur ve şartlar o kadar moral bozucudur ki genelde uğraşı aktivitelerinin peşini bırakmaları gerektiğine inandırılmışlardır" şeklinde ifade etmektedir. Bununda ötesinde, genelde bu boşluk nedeniyle bireyler, toplumun geri kalan kısmı için var olan boş zaman aktivitelerinden keyif almaktan yoksun bırakılmaktadırlar. Ayrıca bu yoksunluğa motivasyon eksikliği, davranışsal engeller ve mimari engeller gibi diğer pek

çok kişisel ve çevresel faktör de eklenmektedir^(39,42). Bu durum bireyde emosyonel distres ve sosyal problemleri beraberinde getirmektedir^(38,43,45). Öte yandan uğraşı aktiviteleri pek çok insan tarafından önemsiz ve sıradan görülmektedir. Bu nedenle fonksiyon bozukluğuna sahip bireyler bu aktivitelerin kendilerine herhangi bir katkısı olmayacağını düşünmektedirler^(akt.35,43,44).

Tinsley ve Coleman (1993) uğraşı tedavisinde boş vakit aktiviteleri üzerindeki araştırma bulgularının, bu aktivitelerin sağlıklı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığı, yaşam doyumu ve psikolojik gelişimi üzerinde önemli pek çok etkisi olduğunu bildirmektedir⁽³⁹⁾. Genel olarak boş vakit aktivitelerinin fonksiyon kaybı bulunmayan bireylerde olduğu kadar engelli bireyler üzerinde de benzer yararlar gösterdiğini bildirmektedirler^(42,90,91).

Ayrıca literatürde fiziksel aktivite, boş vakitleri değerlendirme, hobilerle uğraşma, dinlenme, dikkati başka yöne çekme ve özgüveni geliştirmenin beden imajı üzerine pozitif etkisi olduğu belirtilmektedir^(27,35,41,57,70,90,88). Fiziksel aktivite ve uğraşı aktiviteleri, beden sınırlılıklarının daha doğru tanımlanması, olumlu tutum ve davranış geliştirilmesine yardım etmektedir⁽⁹¹⁾. Yüksek kapasitede çeşitli aktiviteleri yapan engelli bireylerin, bu aktiviteleri çoğunlukla beden imajlarını olumlu yönde değiştirmek amacıyla yapıyor olabileceklerini bildirmektedir⁽²⁵⁾.

Araştırmamızda ise uğraşı aktivitelerinin beden imajı üzerine etkisini inlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma bulgularımızda MBSRQ ortalama puanlarının deney ve kontrol grubunda ki hastaların birinci ve ikinci ölçümleri arasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Ancak iki grup karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0.05$)(Tablo 6). Bu sonuç uğraşı tedavisinin, istatistiksel olarak anlamlı olmasa dahi aktivitelere katılan

hastaların beden imajı algılarında olumlu bir değişikliğe neden olduğunu göstermektedir. Ancak kontrol grubundaki hastaların rehabilitasyon sürecinde olmaları, rehabilitasyon programı kapsamında fonksiyonel bağımsızlıklarını geliştirmeleri ve fiziksel egzersiz yapmaları, fonksiyonel ve fiziki durumları kendilerine benzerlik gösteren bireylerle aynı ortamda bulunmaları nedeniyle her iki grupta da beden imajı ortalama puanlarında artış meydana gelmiştir.

Yuen ve Honson tarafından engelli (amputasyonlu ve SKY'li) ve sağlıklı bireylerde fiziksel egzersizin beden imajına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada MBSRQ alt gruplarından sadece sağlıklı değerlendirme ve görünüşe oryantasyon puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Sakat bireylerin sadece görünüşe oryantasyon ortalama puanları yüksek bulunmuştur⁽²⁵⁾. Bu bulguları araştırmamız sonucunda elde edilen veriler desteklemektedir. (Tablo 6) Bu durum sakat bireylerin görünüşlerine daha fazla ilgi ve özen göstermeleri ile açıklanabilir. Genç engelli bireyler görünüşlerinin daha iyi olması için daha fazla çaba sarf etmektedirler. Kıyafetlerinin güzel görünmesi, atrofili beden parçalarının gizlenmesi, üriner inkontinansın engellenmesi amacıyla sıvı alımının kısıtlanması bu stratejiye örnek olarak gösterilebilir. Engelli bireyler bu stratejileri kendilerini daha normal hissetmek amacıyla kullanmaktadırlar. Görünüşe daha fazla çaba harcamaları nedeniyle görünüşe oryantasyon puanları daha yüksektir.

Doğan (1993) MBSRQ birinci alt grubu olan “Görünüşü Değerlendirme” ortalama puanı fonksiyon kaybı olanlarda 20,58, sağlıklı bireylerde 22,44 olarak bildirilmiştir⁽²⁸⁾. Puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Araştırmamızda ise “Görünüşü Değerlendirme” ön test ortalama puanları deney grubunda 21.10 ± 5.60 , kontrol grubunda 21.55 ± 4.38 olarak bulunmuştur. (Tablo 7) Bu sonuç bu araştırma bulguları ile uyumludur. Ancak yapılan uygulama sonrasında deney grubunda

yapılan ölçümde beden imajı ortalama puanları 23.65 ± 4.91 yükselmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). “Görünüşü Değerlendirme” alt grubunda “Bedenim cinsel yönden çekicidir”, “Diğer insanların gördükleri halimden hoşnudum”, “Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir”, “Giysisiz görünüşümü beğeniyorum” gibi maddeler yer almaktadır. SKY’de bireylerin beden bütünlüklerinin bozulmamış olmasının bu bireylerin beden imajlarının organ kaybı olanlara oranla daha pozitif olduğu bildirmektedir⁽⁹⁴⁾. Bu nedenle bu durumun alt ölçek ortalama puanlarını olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. Ancak uygulamamıza katılan bireylerden (%65)’ü kendilerinde kalıcı beden değişikliği olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum beden imajı ortalama puanlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Literatürde dış görünüşün istenmeyen yönde değişmesinin beden imajını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir^(24,26,27,28,29,).

Araştırmamızda aynı “Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme” alt grubu ortalama puanı ön teste deney grubunda 20.30 ± 4.18 , kontrol grubunda 21.70 ± 2.71 olarak bulunmuştur. Fonksiyon kaybı beden imajını olumsuz olarak etkilemektedir. Uğraşı tedavisi, bu alt ölçek ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır. Bu alt ölçekte “Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim”, “Fizik yapımı beğenmiyorum”, “Fiziksel görünüşüm uyumludur” gibi maddeler yer almaktadır. Bu alt ölçek puanları değerlendirilirken, araştırmaya katılan bireylerin FİM ortalama puanları dikkate alınmalıdır. Deney grubunda ortalama $5,20 \pm 0,83$, kontrol grubunda ise $5,50 \pm 1,19$ ’dir. (Tablo 5) Deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Bu sonuç; iki grupta da araştırmaya katılan bireylerin daha önce en az bir kere rehabilitasyon sürecinden geçmesi ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu sonuç hastalar tarafından, akut yaralanma sürecini geçirilmesi, invaziv girişimlere katlanılması ve hala hayatta kalabilmelerini olumlu olarak değerlendirmeleri ile açıklanabilir⁽²⁸⁾.

Araştırmamızda “Sağlığı Değerlendirme” alt ölçeğinde, deney ve kontrol grubu, ilk ve son ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yuen ve Hanson tarafından yapılan bir araştırmada ise bu alt ölçek ortalama puanları fonksiyonel kayıp yaşayanlarda 20,70, sağlıklı bireylerde ise 22,68 olarak bildirilmiştir. Bu sonuç Yuen ve Hanson tarafından yapılan araştırma sonuçları ile uyumludur. Araştırmamızda ise deney grubunda 20.20 ± 3.62 , kontrol grubunda ise 21.15 ± 5.92 'dir.(Tablo 7) Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastane deneyimi, fonksiyonel kayıplar ve bağımsızlığın kısmen dahi olsa kaybedilmesi sonucunda bireylerin sağlık algılamalarının olumsuz yönde olağan olarak kabul edilebilir⁽²⁸⁾.

Araştırmamızda, ölçekte yer alan “Beden Alanlarından Doyum” alt grubunda deney grubu ön test ortalama puanı 33.60 ± 7.57 , kontrol grubu ön test ortalama puanı 35.95 ± 5.23 olarak bulunmuştur. araştırmamızda en yüksek artış bu alt grupta görülmektedir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır($p < 0,05$). Uğraşı tedavisi destekleyici bir çevre sağlamaya, bireyler arasındaki etkileşimi güçlendirmeye, yalnızlık hissini azaltmaya ve ruhani gelişimi artırmaya yardımcı olmaktadır^(35,56,89,90). Bireyler uğraşı aktiviteleri sırasında kendilerini daha rahat ifade edebilir, aktivite sonucunda bir ürün yaratarak başarıma duygusunu yaşayabilir, hastane ortamından ve tedavi programlarından kaynaklanan stresörlerden uzaklaşma olanağı bulabilirler.

Görünüş, fiziksel yeterlilik ve sağlık yönelimi daha çok bireylerin genel davranış örüntülerini içermektedir. Fonksiyon kaybı yaşayan hastalarda; hastalığın ve hastalığın beraberinde getirdiği engelliğin uzun sürmesi nedeniyle, bu davranış örüntüleri değişmektedir.

Ölçeğin alt gruplarından fiziksel yeterlilik yönelimi alt ölçeğinde “Yıl boyu düzenli spor yaparım”, “Fiziksel gücümü arttıracak şeyler yaparım” gibi maddeler yer almaktadır. Bu özellikler toplumlara ve sosyoekonomik düzeye göre farklılıklar göstermektedir. Bu doğrultuda ülkemizde bireylerin bu tür etkinliklere fazla dikkat etmedikleri söylenebilir. Ancak son yıllarda toplumun engelli sporlarına olan ilgisinin artmasıyla birlikte engelli bireyleri spor ve egzersiz aktivitelerinde daha fazla yer almaktadırlar. Bu durum engelli bireylerin daha fazla fiziksel aktivitede bulunarak beden imajı doyumlarını arttırmaktadır^(43,44,91).

Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda uğraşı aktivitelerinin beden imajını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir⁽⁴⁴⁾. Araştırmalar fiziksel aktivite, sanat uğraşları, ev içi aktiviteler, spor aktiviteleri, müzik ve eğlence aktivitelerinin adölesanlarda, engellilerde ve yeme bozukluğu olan bireylerde beden imajı ile pozitif ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. SKY’li bireylerin boş vakitlerini bir amaç doğrultusunda değerlendirmesi ile benlik saygısı, beden imajı arasında pozitif, depresyon ile negatif ilişkisi vardır. Uğraşı tedavisi benlik saygısını desteklerken depresyonun çözümlenmesi ve önlenmesine yardımcı olmaktadır^(38,39,40,41,42,43,44). Ayrıca Megledew ve Sullivan (2002) tarafından uğraşı aktivitelerinin sosyal anksiyeteyi azalttığı bildirilmektedir. Sosyal anksiyete beden imajı bozukluğu ile yakından ilgilidir⁽⁴¹⁾.

Araştırmamızda beden imajı ortalama puanlarında deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da bu durum örneklem sayısının küçük olması, deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama yapıldığı süre içerisinde gereksinim duydukları oranlarda profesyonel sağlık bakım desteği alıyor olmaları, fizyoterapi ve egzersiz programlarına katılmaları, benzer fonksiyonel kayıp yaşayan bireylerle birlikte olmanın getirdiği sosyal destek algısından kaynaklanıyor olabilir. Ancak uygulama öncesinde ve sonrasında elde edilen puan

ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır.

Yeni ve olumlu bir beden imajına geçiş için kullanılan stratejiler arasında, uğraşı aktiviteleri, sosyal destek programları, fiziksel egzersiz yer almaktadır. Ancak beden imajı ile ilgili araştırmalar genellikle beden imajının psikososyal sağlık ve bireysel tutum ve davranışlarla ilişkisine odaklanmıştır. Beden imajının uğraşı tedavisi ile ilişkisine yönelik çalışmalara çok az sayıda rastlanmaktadır. Bu yönde yapılacak çalışmalar ihtiyaç duyulmaktadır^(38,43).

Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir kısmını kapsayan uğraşı tedavisinin olumlu bir beden imajı amacıyla strateji olarak kullanılabileceği söylenebilir^(40,41,42,43,44,45,46,47). Ülkemizde uğraşı tedavisi beden imajı bozulan SKY'li bireye hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde hemşireler tarafından rehabilitasyon ekibi ile işbirliği içerisinde, bireylerin bu aktivitelere katılımı için cesaretlendirilmesi, desteklenmesi, yönlendirilmesi sağlanabilir ve direk olarak kullanılabilir⁽³⁸⁾.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Deney ve kontrol grubundaki hastalar demografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve iş tanımı açısından benzer oldukları ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$). (Tablo 2)

Deney ve kontrol grubu arasında yaralanma yaşı, etyolojisi, yaralanma şekli, yaralanmaya eşlik eden başka yaralanma durumu, komplikasyonların varlığı, kalıcı beden değişikliği gibi hastalığına ilişkin değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir($p>0.05$). (Tablo 3)

FIM ölçümleri açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark yoktur($p>0.05$). (Tablo 5) Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdadır;

1. Yaralanma etiyolojisi incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki hastalarda ASY oranı (%35)'tir. (Tablo 2)

2. Mevcut durumun günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumuna ilişkin olarak boşaltım hariç tüm aktiviteler açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur($p>0.05$). (Tablo 4)

3. Çalışma bulgularımızda MBSRQ ortalama puanlarının deney ve kontrol grubunda ki hastaların birinci ve ikinci ölçümleri arasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). (Tablo 6)

4. Deney ve kontrol grubu MBSRQ ortalama puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir($p<0.05$). (Tablo 6)

5. MBSRQ'nun sadece "Beden Alanlarından Doyum" ve "Görünüşü Değerlendirme" alt ölçeklerinde deney ve kontrol grubu birinci ve ikinci ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur($p<0,05$). En yüksek artış "Beden Alanlarından Doyum" alt grubunda görülmektedir($p>0.05$). (Tablo 7)

6.2. Öneriler:

Araştırma bulguları doğrultusunda;

1. Bireyde olumlu beden imajı geliştirilmesi amacıyla uğraşı tedavisinin aktivitelerini kullanması,

2. Egzersiz ve spor aktivitelerinin beden imajı, benlik saygısı, yaşam kalitesine etkisinin incelendiği deneysel çalışmaların yapılması,

3. Beden imajında bozulmaya yönelik müdahalelerin etkinliğinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların planlanması,

4. Benzer araştırmaların daha büyük gruplarda tekrarlanması,

5. Benzer çalışmaların servikal seviyeli SKY'li ve amputasyonlu bireylerde de yapılması önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma paraplejiklerde uğraşı tedavisinin beden imajına etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Mayıs-ağustos 2008 tarihleri arasında TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığında yatan, dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Uğraşı tedavisine katılan hastalar deney grubuna, katılmayan hastalar ise kontrol grubuna alınmıştır. Veriler kişisel bilgi formu, hastalığına ilişkin bilgi formu, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FİM) ve Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği (MBSRQ) ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler; SPSS istatistik programı kullanılarak, Fisher Tam Olasılıklı/Kesin Ki-Kare Testi ve Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi istatistiksel testleri ile analiz edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre deney ve kontrol grubunda uygulama sonrası MBSRQ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olarak artış olduğu bulunmuştur. Ancak deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Deney ve kontrol grubunda MBSRQ ölçek beden alanlarından doyum ve görünüşü değerlendirme alt gruplarında anlamlı bir artış oluşmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda bozulan beden imajının düzeltilmesinde uğraşı tedavisinden faydalanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Beden İmajı, Spinal Kord Yaralanması, Uğraşı Tedavisi, Boş Vakit Aktiviteleri.

SUMMARY

This research was conducted experimentally to identify the effect of occupational therapy (leisure activities) on body image in paraplegic patients. The universe of the research is comprised of paraplegic inpatients who are treated in Turkish Armed Forces (TAF) Rehabilitation Center between May-August 2008, and the sample of the research is comprised of patients who match the inclusion criteria of the research. The experimental group consisted of patients who participate in leisure activities and the control group consisted of who do not participate in those activities. The data was conducted by Personel Information Form, Illness Information Form, Functional Independence Measure (FIM) and The Multidimensional Body Self Relations Questionary (MBSRQ). MBSRQ was reused after intervention. Data was analyzed by Fisher's chi square test and the test for variance analysis with repeated measurements using the SPSS programme. There are no statistically significant differences between experimental and control groups in terms of personel features like age, gender, education level; illness features like the age of injury, the way of injury, the cause of injury, complication level; and FIM. According to research results a significant increase is found between pre test and post tests of MBSRQ. But the difference between experimental and control group is not statistically significant. Significant increase is found between experimental and control groups in terms of MBSRQ Body Areas Satisfaction and Appearance Evaluation subscales. According to the gathered data it was suggested that, serving in rehabilitation areas like hospitals should use leisure activities for patients to develop positive body image.

Key Words: Nursing, Body Image, Spinal Cord Injury, Occupational Therapy, Leisure Activities.

KAYNAKLAR

1. Yorkos N. Travma [internette] 2008 [14.09.2008'de okundu] URL: <http://www.ku.edu.tr/files/counseling/brochures/tr/travma.pdf>
2. Sipski ML, Richards JS. Spinal Cord Injury, Am J Phsy Med Rehabil, 2006; 85: 310-342.
3. Pickett G.E, Keller J., Duggal N. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Canada. Spine 2006; 31(7): 799-805.
4. Yıldırım K, Şengel K. Spinal kord yaralanmaları ve rehabilitasyonu, Klnk Akt Tıp Derg, 2004; (4): 26-38.
5. Gündüz Ş. Spinal kord yaralanmasında seksüel disfonksiyonlara rehabilitatif yaklaşım. Türk Fizik Tıp ve Reh Derg 2003; 49 (3): 28-31.
6. Gur A, Kemaloğlu S, Cevik R, Sarac A.J, Nas K. Characteristics of traumatic spinal cord injuries in south-eastern Anatolia, Turkey: a comparative approach to 10 years' experience. İnternational Journal Of Rehabilitation Research, 2005; 28(1): 57-62.
7. Sekhon L, Fehlings M. Epidemiology, demographics, and pathophysiology of acute spinal cord injury. Spine, 2001; 26; 24:2-12.
8. NSCISC, Spinal cord injury facts and figures at a glance (online). Brimingam (AL) National Spinal Cord Injury Statistical Center. 2006 [cited 2008Jan].Avaiblefrom:URL:<http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=116979>
9. NSCISC.: Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Galance, Brimingam (AL) National Spinal Cord Injury Statistical Center, (2008). NSCISC@uab.edu
10. Karamehmetoğlu Ş. Spinal Kord Yaralanması Patofizyolojisi, Türkiye Fiziksel Tıp ve Reh Derg 1998; 44(2).

11. Arpacioğlu O. Omurilik yaralanmaları rehabilitasyonu. Ankara: GATA Basımevi; 1997; 88-105.
12. Durmuş G, Kaya İ, Kamaş A. Distribution of inpatients by diseases at the hospitals in Turkey, health statistics, Republic of Turkey, Ministry of Health Research, Planin and Coordination Council;2002: 53-58.
13. Bayramoğlu M, Sözü S, Kemiksizoğlu A, Leblebici B, Akınbingöl M, Karataş M, Spinal kord hasarlı hastaların demografik özellikleri, Romatolojik Tıp Reh 2000: 13 (3); 179-181.
14. Paker N, Soy D, Kesiktaş N, Bardak AN. Reasons for rehospitalization in patients with spinal cord injury:5 years' experience, İnt J Rehabil Researc, 2006; 26,29:71-76.
15. Hitzg SL, Tonack M, Campbell KA.Secondary health complications in an aging Canadian spinal cord injury sample, Am J Phys Med Rehabil, 2008; 87: 545-555.
16. Richards J.S, Kogos S.C, Richarson E.J, Psychosocial measures for clinical trials in spinal cord injury: Quality of life, depression, and anxiety. Topics in Spinal Cord İnjury Reh 2006; 11 (3): 24-35.
17. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon. Cilt 2, Ed. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. Ankara: Güneş Kitabevi; 2000; 1915-1935.
18. Çağlar N, Çetinkaya K, Esenyel M, Gündüz B, Spinal kord yaralanmalı hastalarımızın taburcu olduktan sonra karşılaştıkları sosyal ve tıbbi problemler, Türkiye Fizik Tıp ve Reh Derg 1998; 44: (2).
19. Özgül A, Yazıcıoğlu K, Peker F, Cayrat E, Arpacioğlu O. Yaralanma sonucu organ kaybı olup olmamasına göre rehabilitasyon sürecindeki hastaların sosyal ilişkilerinin etkilenimi, Fiziksel Tıp 1999; 2 (1): 39-44.

20. Reitz A, Tobe V, Knapp P.A, Schurc B. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life, *Int. J of Imp Rsrch* 2004; 16: 167-174.
21. Loanna T, Kleftaras G. Paraplegia from spinal cord injury, Self-esteem, loneliness, and life satisfaction, occupation, participation and health, *Health and Medical Complete* 2002; 22; (3): 96-103.
22. Arpacioğlu O. Rehabilitasyon hemşireliği. Ankara: GATA Basımevi; 1997.
23. Beyazova M. Sakatların mesleki rehabilitasyonu. 4. Baskı. Ankara: SHYO H.Ü. Basımevi; 1986. s.197-203.
24. Norris J, Spelic S.S, Supporting adaptation to body image disruption. *Reh Nurs* 2002; 27 (1; Proquest Medical Library); 8.
25. Yuen H.K, Hanson C, Body image and exercise in people with and without accured mobility disability, *Disability and Rehabilitation* 2002; 24; 6: 289-296.
26. Cash T.F, Body image: A handbook of theory, research and clinical practice. Guilford Publications Incorpated; 2002. p.387-38.
27. Cash T.F, Body image: Past, present, and future, body image. Elsevier 2004; 1:1-5.
28. Doğan S., Organ ve Fonksiyon kaybı Yaşayan Hastaların Beden İmajlarında ki değişmeler ve hemşirelerin yaklaşım güçlükleri, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1993.
29. Potgieter C.A, Khan G. Sexual self- esteem and body image of South African spinal cord injured adolacents, *Sexuality and Disability* 2005; 23 (1).
30. Newel R. J, Altered body image: A fear–avoidance model of psycho-social difficulties following disfigurement, *J of Adv Nur* 1999; 30 (5): 1230-1238.

31. Gallagher P, Horgan O, Giordano A, Maclachlan M, Body image in people with lower limb amputation: A rash analys of the ampute body image scale, Am J Phys Med and Reh 2007; 86: 205-215.
32. Gürsoy G. Adölesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2003
33. Gülçat Z, Cinsel İşlev Bozukluklarından Empotansın Psikolojik Boyutları Üzerine Bir Araştırma. Doktora. Ankara; Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Anabilim Dalı; 1995.
34. Hancı M, Aydingöz Ö. Medulla spinalis yaralanmalarında yapılacaklar ve yapılmayacaklar, medulla spinalis yaralanmaları, Ed. Hancı M. İstanbul: Logos; 2000; 519-529.
35. Crepau EB, Cohn ES, Boyt Schell BA. Willard and Spackman's Occupational Therapy. Tenth ed. Phedelphia: Lippicott Williams and Wilkins Aolter Kluwer Company; 2003.
36. Raj J.T, Manigandanc Jacob K.S. Leisure satisfaction and psychiatric morbidity among informal carers of people with spinal cord injury. Int Spinal Cord Society 2006; 44: 676-679.
37. Turner A, Foster M, Johnson SE. Occupational therapy and psysical dysfunction, principles, skills and practice. Fourth ed. Newyork: Churchill Livingstone; 1996.
38. Coşkun S. Majör Depresif Bozuklukların Tedavisinde Uğraşı Terapisinin Rolü. Yüksek Lisans. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 1998.
39. Vernon L. Spinal Cord Medicine: Principles and Practice. Ed.L.Vernon,.New York, NY, USA: Demos Medical Publishing,

Incorporated, 2003; 705-708.

40. Hutchinson S.L, Loy D.P, Leisure as a coping resource: Variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Scie* 2003; 25: 143-161.
41. Youngkhill L, Mittelstaedt R, Impact of injury level and self-monitoring on free time boredom of people with spinal cord injury, *Disability & Rehabilitation* 2004; 26; 19:1143–1149.
42. Loy D.P, Dattilo J, Kleiber D.A, Exploring the influence of leisure on adjustment: Development of the leisure and spinal cord injury adjustment model. *Leisure Scie* 2003; 25:231-255.
43. Frederick J, Shaw S. Body image as a leisure constraint: Examining the experience of aerobic exercise classes for young women. *Leisure Scie* 1995; 17: 57-73.
44. Silva J. M, KlatskyJ. Body image and physical activity, *Phys and Occu Therp in Pedi* 1984; 4: 85-92.
45. Daniel A, Manigandan C, Efficacy of leisure intervention groups and their impact on quality of life among people with spinal cord injury. *Int J of Reh Rsrch*; 2005; 28 (1): 43-48.
46. Waterhahn K.A, Hanson C, Levy C.E, Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *Am J Phys Med and Reh* 2002; 81: 194-201.
47. Duvdevany I, Arar E, Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: foster homes vs community residential settings. *Int J of Reh Res* 2004; 27 (4):289-296.
48. Barbin JM, Ninot G, Outcomes of a skiing program on level and stability of self-esteem and physical self in adults with spinal cord injury. *Int J of Reh Res* 2008; 31: 59–64
49. Kalyon T.A, Tan K, Özgül A. *Fiziksel tıp ve rehabilitasyon*. Ed. T.A.Kalyon, Ankara: G ATA Basımevi; 2005; 395-415.

50. Özcan O, Arpacioğlu O, Turan B. Nörrehabilitasyon, Ed. Özcan O, Arpacioğlu O, Turan B. Bursa: Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi; 2000; 101-115.
51. Fries J.M. Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. Critical Care Nurs 2005; 28(2): 179-187.
52. Delp S.M, Ruth-Shad L.A. The disease process of spinal cord injury, Dim of Cr Care Nurs 2005; 24 (2): 57-63
53. Düzgünçelik H. Omurilik felçlilerinde engellilik durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
54. Karacan İ, Karamahmetoğlu Ş. Spinal kord yaralanması patofizyolojisi. Türkiye Fizik Tıp ve Reh Derg 1998; 44 (6).
55. Gibson K. Caring for a patient who with spinal cord. Nurs 2003; 33 (7) : 36-41.
56. Fries JM. Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. Crit Care Nurs Quar 2005; 28 (2): 179-187.
57. Fox C. Living with a pressure ulcer: A descriptive study of patients' experiences. Prof Nurs 1994; 9 (5): 298-300, 302-3.
58. Mitcho K, Yanko J, Acute care management of spinal cord injuries. Crit Care Nurs Quart 1999; 22: 60-79.
59. Langemo DK, Melland H, Hanson D, Olson B, Hunters. The lived experience of having a pressure ulcer: A Qualitative analysis. Br J Com Nurs 2000; 7; 6 Supply: 10,12,14,16,20,22.
60. Burchiel K.J, HSU, F.P.K, Pain and spasticity after spinal cord injury. Spine 2001; 26; 24: 146-160.
61. KU, J.H, The management of neurogenic bladder and quality of life in spinal cord injury. BJU International 2006; 98: 739-745.
62. Zommick J.N, Simoneau A.R, Skinner D.G, Ginsberg D.A, Continent lower urinary tract reconstruction in the cervical spinal cord injury population. The J of Urology 2003; 169: 2184-2187.

63. Gündüz B, Erhan B, Omurilik yaralanması sonrasında gelişen nöropatik mesanenin fizyopatolojisi. Türk Fizik Tıp Ve Reh Derg 2003; 43; 3: 3-5.
64. Çetinkaya H. Beden İmgesi, Beden Organlarından Memnuniyet, Benlik Saygısı, Yaşam Doyumu ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyinin Demografik Verilere Göre Farklılaşması. Yüksek Lisans. Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2004.
65. Reas D.L, Grilo C.M, Cognitive- behavioral assessment of body imge disturbances. J of Psyc Prac 2004; 10; 5: 314-322.
66. Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. 2. Baskı. İstanbul: Yüce Yayınları; 1999.
67. Orsel S, Canpolat B.L, Akdemir A, Ozbay H, Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Derg 2004; 15; 1: 5-15.
68. Bilgin I. Erken ve Geç Dönem Medulla Spinalis Yaralanmalı Hastaların Anksiyete ve Depresyon Yönünden Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 1996.
69. Mutlu S. Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2006.
70. Yoshida K.K, Instituonal impact on self concept among persons with spinal cord injury. Int J of Reh Res 1994; 17: 95-107.
71. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği, 6. Baskı,Ankara: Koç Vakfı, 1997:422.
72. Radoplu G. Mastektomi ve histerektomi ameliyatı sonrası beden bütünlüğü bozulmuş hastaların beden imajı konusunda hissettiklerinin incelenmesinde hemşirenin rolü, İstanbul

- Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği, İstanbul, 1992.
73. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği, Sistem Ofset, 2000.
74. Bilgin, H. Baş ve Boyun Kanseri Nedeni ile Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Beden İmajı, Benlik Saygısı, Depresyon Durumları ile Bakımda Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlüklerin Araştırılması. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 1996.
75. Öz. F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, 2004, s:94-100.
76. Doğan O, Doğan S. Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları; 1992.
77. McFarland G, Thomas MD, Psychiatric Mental Health Nursing, J.B.Lippincott Company, 1994, 414-417.
78. Gündoğan F. Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı; 2006.
79. Tan M, Karabulutlu E. Sürekli Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajlarını Algılayışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 7; 3: 63-67.
80. Becnony H, Daloz L, Bungener C, Chahraoui K, Frenay C, Auvin J, Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries. Am J Phys Med Reh 2002; 81: 437-445.
81. Pek H, Erkal S. Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü, Hemşirelik Bülteni, 1993,III(30):61-70.
82. Özaltın G. Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar, İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi; 9(51):2-14.

83. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı Ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı; 2007.
84. (Emiroğlu ON: Yarı deneysel tasarımlar, Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemler, Erefe İ, İstanbul: Odak Ofset, 2002: 96-103.,
85. Akdur R: Sağlık bilimlerinde araştırma ve tez yapma rehberi. Ankara: 1996: 17-61).
86. Thompson J.K, The (Mis)measurment of Body Image Ten Strategies to Improve Assessment for Applied and Research Purposes, Body Image. 2004. p.7-14.
87. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennant A, Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey 2001. Clin. Reh 2001; 15 3: 311-319.
88. Şenay Ş. Fonksiyonel bağımsızlık ölçütünün gözlemsel olarak rehabilitasyon hemşiresi tarafından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı; 2005.
89. Maynard FM, Bracken MB, Creasy G, Ditunno JF, Donovan WH, Ducker TB, Garber LS, Marino RJ, Stover SL, Tolar CH, Waters RL, Wilberger JC, Young W, International standarts for neurological functional classification of spinal cord injury. Spinal Cord 1997; 35: 266-274.
90. Konstanski M, Gulleno E, Adolacent body image dissatisfuction: Relationship with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. J.Child Psychol Psychiatry 1998; 39 :255-263.
91. Beringer A, Spinal cord injury and outdoor experiences. Int J Of Reh Res 2004; 27: 7-15.

92. Brillhart B, A Study of spirituality and life satisfaction among persons with spinal cord injury. Rehab Nurs 2005; 30; 1: 31-34.
93. Cill M, Psycosocial implications of spinal cord injury. Crit Care Nurs Quar 1999; 22; 2: 1-7.
94. Harding-Okimoto MB, Pressure ulcers, Self concept and body image in spinal cord injury patients. SCI Nursing 1997; 14;4: 111-7.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

PROTOKOL NO :

KLN./POLİKLİNİK :

1. Yaşınız (bitirdiğiniz yaş) :
2. Cinsiyetiniz :
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Eğitim durumunuz :
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlk öğretim
 - d. Ortaöğretim
 - e. Üniversite ve üzeri
4. Medeni durumunuz :
 - a. Evli
 - b. Sözlü/Nişanlı
 - c. Bekar
 - d. Boşanmış
 - e. Dul
5. Bu hastalığınızla ilgili toplam yatış süresiniz:gün.
6. Çalışma statünüz/İşiniz/Mesleğiniz :
 - a. İşsiz
 - b. Emekli
 - c. Ev Hanımı
 - d. Memur
 - e. Öğrenci
 - f. Diğer
7. Yaralanmadan önce çalışma durumunuz :
 - a. Çalışıyor
 - b. Çalışmıyor
8. Çalışıyorsanız tedavi sonrası aynı işte çalışabilecek misiniz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum
9. Çalışıyorsanız çalıştığınız işi nasıl tanımlarsınız?
 - a. Ağır fiziksel aktivite gerektirir
 - b. Ağır fiziksel aktivite gerektirmez
10. Ailenizin gelir durumu gider durumuna göre nasıl?
 - a. Gelir gideri karşılıyor
 - b. Gelir gideri karşılamıyor
 - c. Gelir giderden fazla

11. Bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler varmı?
- a. Yok
b. Var (Açıklayınız).....
12. Sosyal güvenceniz
- a. SSK b. BAĞKUR c. Em.Sandığı
d. Yeşil Kart e. Sosyal Güvencesi Yok.
13. Destek kaynakları;
- a. Eş b. Anne – Baba c. Arkadaş
d. Çocuk e. Sağlık Personeli
14. Sosyal desteğin yeterliliği;
- a. Yeterli b. Yetersiz (ise 15nci soruyu cevaplayınız)
15. Desteğin nasıl olmasını istersiniz?(Açıklayınız)
16. Hastalığınızla ilgili bilgi aldınız mı?
- a. Hayır b. Evet (17.soruyu cevaplayınız)
17. Bilgiyi kim verdi?
- a. Hemşire b. Doktor c. Diğer hastalar
d. Basın yayın e. Diğer:(açıklayınız):.....

HASTANIN HASTALIĞINA İLİŞKİN BİLGİ FORMU:

PROTOKOL NO :
KLN./POLIKLINİK :

1. Yatış tarihi ;
2. Yaralanma yaşı;
3. Yaralanma tarihi;
4. Hastanın hastalığına ilişkin olarak hastaneye kaçınıcı yatışı;
5. Yaralanma nedeni;
 - a) Motorlu taşıt kazaları
 - b) Ateşli silah yaralanması
 - c) Yüksekten düşme
 - d) Sığ suya dalma
 - e) Spor yaralanmaları
 - f) Tümörler
 - g) Konjenital hastalıklar
 - h) diğer
6. Başka hastalıklarının olup olmadığı; (var ise neler)
 - a) Var:.....
 - b) Yok
7. Düzenli kullandığı ilacı olup olmadığı; (var ise neler)
 - a) Var :.....
 - b) Yok
8. Yaralanma Seviyesi;
 - a) Torakal (T1 - T12)
 - b) Lumbo-Sakral (L1 – L5)
9. ASİA Sınıflandırmasına Göre Yaralanma Durumu;
 - a) ASİA-A
 - b) ASİA-B
 - c) ASİA-C
10. Yaralanma şekli;
 - a) Komplet
 - b) İnkompel
11. Spastisite;
 - a) Var
 - b) Yok

12. Yaralanmaya eşlik eden başka yaralanma durumu;
a) Var - Devam ediyor
b) Var - İyileşti
c) Yok - Hiç olmadı
13. Mesane durumu;
a) Devamlı Kateterizasyon
b) TAK (Temiz Aralıklı Kateterizasyon)
c) Kondom Kateter
d) "Kaçak" *
e) Normal Mesane
f) Diğer
14. Bağırsak durumu;
a) Refleks Bağırsak
b) Arefleks Bağırsak
c) Kaçak
d) Normal Bağırsak
15. Psikolojik destek alıp almadığı;
a) Alıyor (ilaç, psikolog, diğer)
b) Almıyor
17. Kalıcı beden değişikliği durumu;
a) Var (ise neler):.....
b) Yok
18. Mevcut durumun günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeyi etkilemesi;
a) Beslenme
b) Boşaltım
c) Giyinme
d) Hareket etme
e) Kişisel hijyen
f) Diğer (Açıklayınız).....

A	B	C	D	E
Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.	()	()	()	()
2. Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.	()	()	()	()
3. Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.	()	()	()	()
4. Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.	()	()	()	()
5. Bedenim cinsel yönden çekicidir.	()	()	()	()
6. Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.	()	()	()	()
7. Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.	()	()	()	()
8. Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.	()	()	()	()
9. Diğer insanların gördükleri halimden hoşnudum.	()	()	()	()
10. Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.	()	()	()	()
11. Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.	()	()	()	()
12. Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.	()	()	()	()
13. Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel bir çaba harcamıyorum.	()	()	()	()
14. Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.	()	()	()	()
15. Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.	()	()	()	()
16. Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.	()	()	()	()
17. Birçok kişi benim iyi görüldüğüm düşüncesindedir.	()	()	()	()
18. Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.	()	()	()	()
19. Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.	()	()	()	()
20. Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım.	()	()	()	()
21. Nadiren hastalanırım.	()	()	()	()
22. Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.	()	()	()	()
23. Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.	()	()	()	()
24. Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.	()	()	()	()
25. Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.	()	()	()	()
26. Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.	()	()	()	()
27. Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.	()	()	()	()
28. Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışıyorum.	()	()	()	()
29. Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.	()	()	()	()
30. Hasta olduğumda hastalık belirtilerime fazla dikkat etmem.	()	()	()	()
31. Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.	()	()	()	()
32. Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.	()	()	()	()
33. İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırmam.	()	()	()	()
34. Saçlarımın güzel görünmesi için özel	()	()	()	()

çaba harcarım.	()	()	()	()	()
35. Fizik yapımı beğeniyorum.	()	()	()	()	()
36. Fiziksel yönden aktif (hareketli olmaya çalışırım.	()	()	()	()	()
37. Sıklıkla Hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.	()	()	()	()	()
38. Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.	()	()	()	()	()
39. Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.	()	()	()	()	()
40. Fiziksel yönden çekici değilim.	()	()	()	()	()
41. Nasıl göründüğümü hiç düşünmem.	()	()	()	()	()
42. Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
43. Fiziksel görünüşüm uyumludur.	()	()	()	()	()
44. Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.	()	()	()	()	()
45. Yıl boyunca düzenli bir spor yaparım.	()	()	()	()	()
46. Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.	()	()	()	()	()
47. Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.	()	()	()	()	()
48. Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.	()	()	()	()	()

49-57 maddeler sizin aşağıdaki beden alanlarınızdan ne ölçüde hoşnut olduğunuzu araştırmaktadır. Uygun seçeneği (x) biçiminde işaretleyiniz.

<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>
Hiç hoşnut Değilim	Çoğunlukla hoşnut değilim	Kararsızım	Çoğunlukla hoşnudum	Çok hoşnudum
49. Yüz (yüz şekli, görünüşü, cilt)	()	()	()	()
50. Saç (rengi, sıklığı, yapısı)	()	()	()	()
51. Alt gövde (kalçalar, bacak, uyluk)	()	()	()	()
52. Orta gövde (mide, bel)	()	()	()	()
53. Üst gövde (göğüsler, omuz, kollar)	()	()	()	()
54. Kas yapısı (tonusu)	()	()	()	()
55. Ağırlık (kilo)	()	()	()	()
56. Boy	()	()	()	()
57. Tüm görünüş	()	()	()	()

FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ -FBÖ

S E V İ Y E L E R	Bağımsız 7-Tam Bağımsız 6-Kısmi Bağımsız (yardımcı cihaz gereklidir)	Yardımsız		
	Kısmi Bağımlı 5-Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir. 4-Minimal yardım (Hasta = % 75-99) 3-Orta derecede yardım (Hasta = % 50-)	Yardım Gereklidir		
	Tam Bağımlı 2-Maksimal yardım (Hasta = % 25-50) 1-Tam yardım (Hasta = % 0-25)			

		TÖ	TS	K
KENDİNE BAKIM				
A-Yemek yeme				
B-Kendine bakım (traş, makyaj v.s.)				
C-Yıkanma				
D-Üst taraf giyimi				
E-Alt taraf giyimi				
F-Tuvalet kullanımı				
SFİNKTER KONTROLÜ				
G-Mesane bakımı				
H-Bağırsak bakımı				
MOBİLİTE				
I-Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye				
J-Tuvalet				
K-Banyo, duş				
YER DEĞİŞTİRME (Lokomasyon)				
L-Yürüme / tekerlekli sandalye				
M-Merdiven Y/T				
İLETİŞİM				
N-Anlatma (işitsel veya görsel) İ/G				
O-İfade edebilme (sözel veya değil) S/D				
SOSYAL ALGILAMA				
P-Sosyal katılım				
R-Problem çözme				
K-Hafıza				
Total FBÖ				

Tarih : Hasta Adı :
Tedavi Öncesi (TÖ)
Tedavi Sonrası (TS)
Kontrol (K)

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Araştırmanın konusu :	Spinal Kord Yaralanmalı (SKY) Paraplejik Hastalarda Uğraşı Tedavisinin Beden İmajına Etkisi
Araştırmanın amacı :	SKY'lı paraplejik hastalarda uğraşı tedavisinin beden imajına etkisinin belirlenmesi
Araştırmaya katılma süresi :	3 hafta süre ile haftada iki gün 45 dk.
Araştırmaya katılacak sayısı :	yaklaşık gönüllü : 40 kişi.

Beden imajı; bireyin kendi fiziksel görünüş ve kabiliyetlerini subjektif olarak algılamasını belirtir. Beden imajı kişinin kendini gözlemlemesi, başkalarının tepkisi ve çeşitli hayat tecrübeleriyle gelişir. Omurilik yaralanması nedeniyle dış görünüşte ve beden fonksiyonlarında pek çok değişiklik meydana gelir. Bu değişiklikler beden imajında değişiklik meydana gelmesine neden olur. Beden imajı değişikliğine kişinin uyum sağlaması; bireyin karşılaşılabileceği sosyal ve psikolojik sorunlar ile baş etmesine ve rehabilitasyon sürecinin başarılı olmasına destek sağlar. Bu çalışmada SKY hastaların beden imajlarının belirlenmesi ve olumlu olarak yeniden geliştirilmesine yardımcı olunması amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarının SKY bireylere bakım veren hemşirelere ve diğer sağlık personeline rehabilitasyon sürecinde ve bakım stratejilerinin planlanmasında yol gösterici olması beklenmektedir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana yukarıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	
	İmza:

Tarih:
Elif Gökçe TENKECİ
Tel: 291 20 00

EK- 6

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

Kasım 2008

Y. ETİK KRL. : 1491 - 721 - 08/1539
KONU : GATA Etik Kurulu

Sağ. Kd. Ütğm. Elif Gökçe TENKECI

“Paraplejik Hastalarda Uğraşı Tedavisinin Beden İmajına Etkisi” başlıklı tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma projeniz ile ilgili, GATA Etik Kurulu'nun kararı EK'tedir.

Rica ederim.



Deniz SAĞDIÇ
Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb.
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK _____ :
1 Adet Etik Kurul Raporu

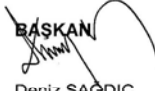
HİZMETE ÖZEL

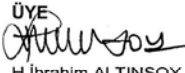
T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 122
OTURUM TARİHİ : 04 Kasım 2008
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 04 Kasım 2008 günü yapılan 122. oturumunda, TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı'ndan Sağ. Kd. Ütüm. Elif Gökçe Tenekeci'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Paraplejik Hastalarda Uğraşı Tedavisinin Beden İmajına Etkisi" başlıklı tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

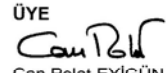
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

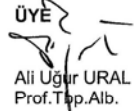
BAŞKAN

Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.

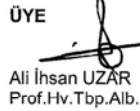
ÜYE

H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Cem TAYFUN
Prof.Tbp.Alb.

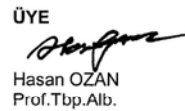
ÜYE

Can Polat EYİĞÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

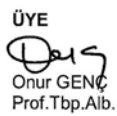
ÜYE

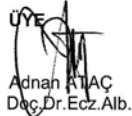
Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

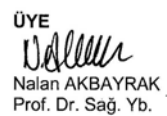
Serik GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Mükerrrem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof. Dr. Sağ. Yb.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleşmesinde; tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasındaki katkılarından dolayı Sayın Doç.Dr.Hatice FESCI'ye,

Araştırmanın TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı'nda yapılmasına izin verdiği için hastane başhekimliğine,

Araştırmanın uygulanmasına verdiği destek için Sayın Prof.Dr.Kamil YAZICIOĞLU'na,

Omurilik Rehabilitasyonu Ünitesi, Meşguliyet Tedavisi ve Mesleki Rehabilitasyon Kısmı ve 50 Yataklı Bakımevi çalışanlarına teşekkür ederim.

E.Gökçe ARIK TENKECI

2008

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Kayseri'nin Sarız ilçesinde doğan E. Gökçe (ARIK) TENKECEİ ilk ve orta öğrenimini burada tamamladıktan sonra 1997 yılında Sarız Lisesinden mezun olmuştur. Aynı yıl GATA Hemşirelik Yüksek Okuluna başlayarak lisans eğitimini 2001 yılında tamamlamıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.

2002 yılından beri Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Başhemşirelik Eğitim Koordinatörlüğü ve Meşguliyet Tedavisi ve Mesleki Rehabilitasyon Kısım Sorumluluğu görevlerini yürütmektedir.