

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN AMPÜTE BİREYLERİN
BEDEN İMAJİ ALGILARININ, DEPRESYON
DURUMLARININ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emine AKGÜN ERBAKIRCI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilek AYGİN**

İSTANBUL, 2019

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN AMPÜTE BİREYLERİN
BEDEN İMAJİ ALGILARININ, DEPRESYON
DURUMLARININ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emine AKGÜN ERBAKIRCI

164003064

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilek AYGİN**

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

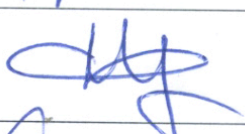
ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Emine AKGÜN ERBAKIRCI
Danışman : Doç.Dr. Dilek AYGİN

Tez Savunma Tarihi : 02.08.2019
Tez Savunma Saati :11.30

Tez Konusu : "Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Beden İmajı Algılarının, Depresyon Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr. Dilek AYGİN (Sakarya Üniversitesi) (Danışman)	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ		

ÖZET

Bu araştırma, amputé bireylerin sosyal yaşamlarına dönüş sürecinde ve sonrasında yaşadıklarını, hissettiklerini, deneyimlerini, karşılaştıkları güçlükleri ve başa çıkma yöntemlerini anlatabilmelerini sağlamak, uyum sürecinde yaşanan zorlukları, yaşam kalitelerini ve depresyon düzeylerini ortaya çıkarmak, bulunan bilimsel sonuçları yayınlarak bu konuda farkındalığı arttırmak amacını gütmektedir. Araştırma 1-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında Erzurum ilinde Evde Sağlık Hizmeti alan, çalışmaya katılmayı kabul eden 4'ü kadın 7'si erkek 11 kişi ile gerçekleştirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Araştırma, tanımlayıcı tipte nicel desende tasarlandı. Araştırmanın yöntemi, tarama yöntemi olarak belirlenmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik özellikleri içeren Hasta Tanıtım Formu, 'Amputé Vücut İmaj Skalası-Revize (AVIS-R)', 'Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' ve 'Beck Depresyon Ölçeği' kullanıldı. Araştırma için elde edilen veriler, betimsel istatistik yöntemleri ve Mann Whitney-U analizi ile incelendi. Veriler SPSS 22.0 paket programı ile analiz edildi. Amputasyonlu bireylerin yaşam kalitesini arttırabilmek çok yönlü değerlendirme, bilgi, çaba ve zaman istemektedir. Psikolojik faktörler asla göz ardı edilmemelidir. Ameliyat sonrası evde bakım sürecinde hastaların sağlık profesyonellerine ulaşım imkânları arttırılarak evde bakım kalitesi yükseltilebilir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, Amputasyon, Yaşam kalitesi, Depresyon.

ABSTRACT

EVALUATION OF BODY IMAGE PERCEPTIONS, DEPRESSION SITUATIONS AND QUALITY OF LIFE OF AMPUTED INDIVIDUALS AT HOME CARE SERVICES

The aim of this study is to provide amputee individuals telling about their experiences, difficulties and coping methods during and after returning to their social lives, to reveal the quality of life and depression levels, and to raise awareness on this issue by publishing scientific results. The study was carried out with 11 people (4 female, 7 male) receiving home health service in Erzurum province between 1-30 May 2019 who agreed to participate in the study. After the necessary explanations were made by the researcher, the questionnaires were filled in by face-to-face interview method for the patients who agreed to participate in the study. The research was designed in a quantitative design. The research method was determined as the screening method. Data were collected by using the Patient Identification Form which included sociodemographic characteristics developed by the researcher in the lighth of literature, Amputated Body Image Scale-Revised (AVIS-R) form, 'Short Form SF-36 Quality of Life Scale' form and 'Beck Depression Scale' form. Descriptive statistics and Mann Whitney-U analysis were used for data analysis. All data were processed into SPSS 22.0 package program and analyzed through SPSS program. Improving the quality of life of amputated individuals requires multi-faceted evaluation, knowledge, effort and time. Psychological factors should never be ignored. The quality of home care can be improved by increasing the accessibility of patients to health professionals during the postoperative home care process.

Keywords: Home care, Amputation, Quality of life, Depression.

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimimde ve araştırmamın planlanmasında bilgi, tecrübe ve akademik desteğini her zaman benimle paylaşan ve beni destekleyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Dilek AYGİN'e, teşekkürlerimi sunarım. Hayatta en büyük şansım ve destekçim olan, karşılaştığım her zorluğu benimle birlikte göğüsleyen aileme ve eşime de müteşekkirim.

Saygılarımla.

Emine AKGÜN ERBAKIRCI

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Emine AKGÜN ERBAKIRCI



BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Emine AKGÜN ERBAKIRCI



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ampütasyon	3
2.1.1. Ampütasyon Nedenleri.....	3
2.1.1.1. Periferik Vasküler hastalıklar.....	3
2.1.1.2. Travmalar.....	4
2.1.1.3. Kronik enfeksiyonlar.....	4
2.1.1.4. Tümörler.....	4
2.1.1.5. Doğumsal Anomaliler.....	4
2.1.2. Ampütasyon Seviyeleri.....	5
2.1.3. Ampütasyon Komplikasyonları.....	5
2.1.3.1. Hematom	5
2.1.3.2. Nekroz.....	5
2.1.3.3. Enfeksiyon	6
2.1.3.4. Kontraktür	6
2.1.3.5. Ödem.....	6
2.1.3.6. Ağrı	7
2.1.4. Ampütasyon Yapılan Hastaların Yaşadıkları Sorunlar	7
2.1.4.1. Ampütasyon Yapılan Hastaların Yaşadıkları Sorunlarda Etkili Faktörler.....	7
2.1.5. Sosyodemografik Faktörler	8
2.1.6. Kişisel Faktörler.....	8

2.2.	Yaşam Kalitesi	9
2.2.1.	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	10
2.2.1.1.	Genel (Jenerik) Ölçekler	10
2.2.1.2.	Hastalığa Özgü Ölçekler	11
2.3.	Beden İmajı	11
2.4.	Evde Bakım	14
2.5.	Evde Bakımda Hemşirenin Rolü.....	15
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.1.1.	Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	16
3.2.	Araştırmanın Katkıları	16
3.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	16
3.5.	Veri Toplama Araçları.....	17
3.5.1.	Hasta Tanıtım Formu	17
3.5.2.	Ampüte Vücut İmaj Skalası-Revize (AVİS-R):	17
3.5.3.	Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	17
3.5.4.	Beck Depresyon Ölçeği:	18
3.6.	Verilerin Toplanması	18
3.7.	Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.8.	Verilerin Analizi	18
3.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	19
3.10.	Araştırmanın Etik İlkeleri	19
4.	BULGULAR	20
4.1.	Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Bireysel Ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	20
4.2.	Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	22
4.3.	Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Yaşam Kalitelerinin, Beden İmajı Algılarının, Depresyon Durumlarının Bireysel ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özellikleri İle İlişkisine İlişkin Bulgular	23
4.3.1.	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasında İlişkilerin Dağılımı.....	23
4.3.2.	Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Beden İmajı Algılarının Bireysel Ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özellikleri İle İlişkisine İlişkin Bulgular	29
4.3.3.	Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Depresyon Durumlarının Bireysel Ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özellikleri İle İlişkisine İlişkin Bulgular	29

5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
KAYNAKLAR	38
Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Onay Formu	46
Ek 2: Hasta Tanıtım Formu.....	47
Ek 3: Türkçe Ampüte Vücut İmaj Skalası-Revize	48
Ek 4: Sf 36 Kısa Form	49
Ek 5: Beck Depresyon Envanteri	51
Ek 6: Etik Kurul Kararı.....	54
ÖZGEÇMİŞ	55

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Ampüte Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=11)	21
Tablo 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	22
Tablo 3. Hastaların Kişisel Özellikleri ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı (N=11)	24
Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı (Tablo 3'ün Devamı).....	25
Tablo 5. Hastaların BKİ ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı.....	26
Tablo 6. Hastaların Tıbbî Durum Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı	27
Tablo 7. Beck Depresyon Puan Ortalamaları İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki.....	31
Tablo 8. Amputasyon Süresi, Beck Depresyon Puanı ve BMI Karşılaştırması	31

KISALTMALAR

AVİS-R	: Ampüte Vücut İmaj Skalası-Revize
BMI	: Vücut Kitle Endeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DM	: Diabetes Mellitus
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
SF-36	: Kısa Form-36
YKÖ	: Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ampütasyon, rekonstrüktif (onarıcı) bir ameliyat olup hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinin amaçlandığı pozitif bir yaklaşımdır. Buna rağmen ampütasyon kelimesinin insan beyninde negatif bir anlamı bulunmaktadır (1). Ampütasyon; “*travma, kronik enfeksiyon, vasküler rahatsızlık ya da tümöral bir durum nedeniyle işlevsel kayba uğrayan vücut parçasının cerrahi müdahale ile çıkarılması*” olarak tanımlanır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerine göre 7 Nisan 2011 tarihinde *Ulusal Özürllüler Veri Tabanı*’na kayıtlı vatandaşlarımızın %8,8’i ortopedik engeli olan ampute bireylerdir.

Evde bakım kavramı genel olarak; “*bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulması*” dır (2,3).

Sağlık Bakanlığının “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Yönetmelik ile, evde bakım hizmetlerinin tanımı; “*hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere ve ailelerine yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulması*”dır.

Ampütasyon yapılmasına neden olan birçok durum ya da hastalık bulunmaktadır. Bunlar arasında; *travma, enfeksiyon, tümör, yanma-donma, Kompartman Sendromu, geri dönüşümsüz iskemi ve periferik vasküler hastalıklar* sayılabilir (4).

Ampütasyon sonrası hastaların sağlık durumlarının değişmesi, yaşam şekillerinin de değişmesine neden olmakta; kendini algılama, beden imgesinde bozulma, protez kullanımı zorlukları, gelecek planlarının değişmesi ve sosyal ortama katılıma ilişkin sorunlar olmak üzere birçok alanda problem yaşanmaktadır (5).

Günümüz teknolojisi ile hazırlanan protezler, ampütasyonu olan hastalarda bozulan beden imajını düzeltmede önemli bir yere sahiptir (6). Protezden duyulan memnuniyet arttıkça kişinin yaşadığı diğer biyopsikososyal sorunlarda azalma olması beklenen bir sonuçtur (7,8).

Yaşam kalitesi; kişilerin kendilerini geliştirebilme derecesi, kendi yaşamlarını zenginleştirebilmesi ve istedikleri statüde bulunabilmesiyle ilişkilendirilmektedir. Kaliteli yaşam ise, *“kişinin kendi kapasitesini bilmesi ve ona göre hareket etmesi, bunu kabullenmesi, yaşamını dengeli ve uyumlu kılabilmesi”*dir (9). Yaşam kalitesinin özelleşen bir formu olan *“Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi”* kavramı, *“fiziksel, psikolojik, sosyal alan ve klinik sonuçlarla ortaya çıkan bireyin deneyimleri, inançları ve beklentilerinden etkilenen sağlık algılarını”* içermektedir (10).

İnsanların kendilerince anlamlandırdığı işlevler ve bu işlevlerin bozulması sonucu ortaya çıkan düşünce, konuşma ve davranış bozukluklarının giderek ön plana çıkması çok karmaşık ve üst düzeyde bir ‘ben’ kavramının varlığını ortaya koymuş ve beden imajı denilen bir algılar bütünü ele alınmıştır (11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre *Yaşam Kalitesi* tanımı *“kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde; amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması”* olarak tanımlanır (9,12,13).

Evde bakım hizmeti alan ampüte hastaların yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesine ilişkin yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle *“Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Beden İmajı Algılarının, Depresyon Durumlarının Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”* amacıyla bu çalışma planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ampütasyon

Bedenin eşsiz ve mükemmel uzuvları olan kollar, bacaklar, eller ve ayaklar çevreyi yönetme, hissetme ve dokunmaya yarayan organlarıdır. Bir uzvun bir kısmının veya tamamının kaybı; hareket, dokunuş, çalışma ve eğlence şeklini sürekli olarak değiştirir. Bir uzvunu kaybeden birey çok büyük duygusal, psikolojik ve fiziksel bir yıkımla karşı karşıyadır (16).

Latince ‘amputatio’ (çevresini kesmek) kelimesinden köken alan ampütasyon; genel anlamda, travma, kronik enfeksiyon, vasküler rahatsızlıklar ya da tümöral bir durum nedeniyle işlevsel kayba uğrayan vücut parçasının cerrahi müdahale ile çıkarılması olarak tanımlanır (14).

Ampütasyon kelimesi insan beyninde negatif bir anlam bıraksa da gerçekte pozitif bir adımdır. Ampütasyon rekonstrüktif (onarıcı) bir ameliyattır ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (1).

2.1.1. Ampütasyon Nedenleri

Ampütasyon yapılmasına neden olan birçok durum ya da hastalık bulunmaktadır. Ampütasyon nedeni olan durumlar aşağıda açıklanmıştır. Türkiye’deki bir çalışmada 1974-1999 yılları arasında protezleri yapılan ampüteler değerlendirilmiş, alt ve üst ekstremitelerde en sık ampütasyon sebebinin travmalar olduğu kaydedilmiştir. Yine aynı çalışmada alt ekstremitelerde trafik kazalarının, üst ekstremitelerde ise iş kazalarının en sık travma sebebi olduğu belirtilmiştir (15).

Bireylerin yaşlarına göre ampütasyon sebepleri ise genel bir ifade ile 60 yaş üzerinde kazanılmış hastalıklar; genç ve aktif bireylerde travma; pediatrik grupta ise konjenital uzuv eksiklikleri, travma ve malign hastalıklardır (4).

2.1.1.1. Periferik Vasküler hastalıklar

Periferik vasküler hastalıklar, alt ekstremité ampütasyonlarının en sık yapılma nedenlerindendir. Periferik vasküler sorunların en temel nedeni olan Diyabetes mellitus (DM) non-travmatik ampütasyonların %50’den fazlasını oluşturmaktadır. Diyabetik ayak enfeksiyonları, alt ekstremité ampütasyonlarının üçte ikisinden sorumludur (17). Periferik

vasküler hastalığa sebep olan diğer nedenler; periferik arter hastalıkları (PAH) [(aterosklerotikobliterans (ASO), tromboanjitikobliterans (Burger Hastalığı)] gibi hastalıklardır (18).

2.1.1.2. Travmalar

Travmalar, alt ekstremitte amputasyonlarının sıklıkla yapılma nedenlerindendir. Travma nedenli amputasyonlar, özellikle genç ve orta yaşlı erkeklerin çalışma ortamlarında meydana gelmektedir (14).

Türkiye’de özellikle terörle bağlantılı ateşli silah yaralanmalarına ve mayın patlamasına bağlı amputasyonlarla Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sık karşılaşılmaktadır (19).

Travma nedenlerinden olan elektrik yanıkları genellikle sinir, damar, kas gibi derin dokuları kapsayan termal yaralanmaların en tahrip edicilerindendir. Bunun sonucu ekstremitte dekompartman sendromu meydana gelebilir. Erken müdahale yapılamayan durumlarda ise amputasyon kaçınılmazdır (20).

2.1.1.3. Kronik enfeksiyonlar

Kronik osteomyelit, tüberküloz, maduramikozis (deri sıyrıklarından bulaşan bir tür mantar), gazlı gangren, tetanoz ve nekrotizan fasiit gibi enfeksiyonlar amputasyona neden olurlar (14).

2.1.1.4. Tümörler

İhmal edilmiş tümörler, kemoterapi ve radyoterapi tedavileri altında ilerleyen tümörler ve tedavi komplikasyonları (kontrol edilemeyen derin enfeksiyon, lokal tümör nüksü, vasküler yetmezlik sonucu oluşan gangren gibi) amputasyonun en önemli endikasyonlarından. Genel olarak, ekstremitte bölgesel tümör kontrolünün sağlanmasının mümkün olmadığı lezyonlarda amputasyon endikasyonu ortaya çıkmaktadır (21). 2003 yılına kadar alt ekstremitte amputasyonlarının yaklaşık %5’i tümör nedeniyle yapılmaktaydı (22).

2.1.1.5. Doğumsal Anomaliler

Doğumsal anomaliler, amputasyonların küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bebeğin bir ya da birden fazla uzvunda kısalık, şekil bozukluğu ya da uzuv eksikliği gibi

değişik şekillerde anomaliler bulunduğunda var olan sorunların şiddetine göre cerrahi yöntemler devreye girebilmektedir (14).

Doğan ve arkadaşlarının (2008) Van bölgesinde yaptığı bir çalışmada, doğumsal anomali nedenli amputasyonların, travma ve diyabet nedenli amputasyonlardan sonra üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir (19).

2.1.2. Amputasyon Seviyeleri

Amputasyon seviyesinin belirlenmesinde ana ilke hastanın rahat protez kullanabileceği seviye ile yara iyileşmesinin iyi ve yeterli olacağı seviye arasındaki dengenin korunmasıdır (18). Ancak literatürde, amputasyonu izleyen rehabilitasyonun başarısının doğrudan ekstremité kaybının seviyesine bağlı olduğu belirtilmektedir. Diz altı amputasyonlu hastaların en az %90'ı başarılı bir protez kullanabilirken bunun tersine diz üstü amputasyonlu olanlarda başarı oranı %25 veya daha azdır. Rehabilitasyonda başarı sağlayabilmek için alt ekstremité amputasyonlarının mümkün olan en distal seviyeden yapılması önerilmektedir (17).

2.1.3. Amputasyon Komplikasyonları

Ameliyat sonrası amputasyon izleminde öncelikli hedefler; komplikasyonsuz yara iyileşmesi, ödem kontrolü, ameliyat sonrası ağrı kontrolünü sağlamak, eklem kontraktürünü önlemek ve uygun aktivite seviyesi için hızlı rehabilitasyon sağlamak gibi konuları içermektedir (16).

2.1.3.1. Hematom

Hematom; kanın doku, organ veya özellikle operasyon yerindeki boşluklarda birikmesidir. Enfeksiyon, yara yeri nekrozu, yara ayrılması gibi durumlara ortam hazırlayabileceği için özellikle dikkat edilmesi gereken bir komplikasyondur. Önlemek için yara yeri kapatılmadan önce iyi bir hemostaz sağlanmalı ve gerekirse dren uygulanmalıdır. Bandaj ve sargılar, yara yerinin ve durumunun izin verdiği ölçüde sıkı yapılmalıdır (14,23).

2.1.3.2. Nekroz

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

bozulması olduğu için gelişme ihtimali daha fazladır. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ortaya çıkabilir ve tekrar amputasyona kadar gidebilir (16).

2.1.3.3. Enfeksiyon

Ameliyat sonrası komplikasyon olarak diğerk operasyonlarla benzer oranlarda ortaya çıkmakla birlikte diyabete bağı amputasyonlarda görölme sıklığı daha fazladır. Enfeksiyon gelişen hastaya kültür sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisine hemen başlanmalıdır (10,23).

2.1.3.4. Kontraktür

Kontraktür; uygun olmayan yatak kullanımı, bacak arasına yastık konulması, erken mobilizasyon yapılmaması ve tekerlekli sandalyenin dizler fleksiyonda şeklinde kullanımı gibi durumlarda çok çabuk gelişebilir (14,24). Hafif ve orta derecede güdüğey uygun pozisyonlar verilerek, ampute bacağın eklemine aktif ve pasif egzersizler yaptırılarak ve erken mobilizasyon sağlanarak tedavi edilebilir. Daha şiddetli kontraktürlerde ise cerrahiye gerek duyulabilir (14,23,25).

2.1.3.5. Ödem

Vasküler hastalıklar veya benzeri dolaşım problemi nedeniyle amputasyon yapılan hastalarda, gelişme riski daha yüksek olduğundan yakından takip edilmelidir. Ek bir hastalık nedeniyle olmayıp doğrudan amputasyon nedeniyle oluşan ödemde bölgenin elevasyonu sağlanabilir ve çeşitli sargılar kullanılabilir (14).

2.1.3.6. Ağrı

Ampütasyon ameliyatı sonrası ortaya çıkan durumlar içerisinde birbiriyle bağlantılı olan fantom ağrısı, fantom hissi ve güdük ağrısı da vardır. Fantom hissi, olmayan vücut parçasının varlığını hissetme; fantom ağrısı da bu parçanın ağrısı olarak tanımlanmaktadır. Fantom ağrısı veya hissi ameliyatın hemen sonrasında görülebildiği gibi günler ya da haftalar içinde de ortaya çıkabilmektedir. Güdük ağrısı ise geriye kalan vücut parçasının ağrısıdır. Bu nedenle diğer komplikasyonlarla alakalıdır. Çünkü enfeksiyon, ödem gibi durumlar yara yerinde oluşan sorunlar ağrıyı arttırıcı etki yaparlar (26).

2.1.4. Ampütasyon Yapılan Hastaların Yaşadıkları Sorunlar

Ampütasyonu diğer cerrahi girişimlerden ayıran önemli bir özellik de beden imajında; aile, iş vb. ilişkilerde; mesleki yeterlilikte bozulma gibi durumlara yol açmasıdır. Bireylerin yaşadıkları olaylar karşısında gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olduğundan ampütasyon gibi bir durum karşısında da tutumlar, tepkiler ve sorunlar değişiklik göstermektedir. Ampütasyon sonrasında hastalarda yaşam şekillerinde ve sağlık durumlarında değişim olmakta; protez kullanımı, kendini algılama, geleceğe ilişkin plan yapma ve sosyal ortamlara katılımında sorunlar yaşanmaktadır (5). Bu sorunların oluşumunda ve şiddetinde etkili faktörlerden aşağıda bahsedilmiştir.

2.1.4.1. Ampütasyon Yapılan Hastaların Yaşadıkları Sorunlarda Etkili Faktörler

2.1.4.1.1. Ampütasyonla İlgili Faktörler

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

Travma nedeniyle bacağını kaybeden hastalar ile vasküler hastalık nedeniyle bacağını kaybeden bireylerin verdikleri tepkiler arasındaki farklılıklar bir çalışmada tanımlanmıştır. Bu çalışmaya göre, travma nedeniyle ampütasyon olan bireylerde ameliyat sonrasında inkar davranışı görülme ihtimali daha fazla iken, vasküler hastalık nedeniyle ampütasyon olan bireylerde öfke ve nefret davranışı görülme ihtimali daha fazladır (27). Bunun yanında ampütasyon sebebi ve psikososyal sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada ise, ampütasyon sebebinin psikiyatrik semptomlara (anksiyete, depresyon, vb.), aktivite kısıtlamasına ve sosyal izolasyona

etkisinin olmadığı bulunmuştur (6).

Ampütasyon sonrası geçen süre ile ampute hastaların yaşadıkları sorunların ele alındığı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bunların bir kısmı sürenin uyumla ilgili olduğu (6) diğer kısmı da uyumla ilgili olmadığı sonucuna ulaşmıştır (28). Ampütasyon sonrası geçen sürenin uyumu etkilediği sonucu çıkan araştırmalarda; zaman geçtikçe ampute hastaların yaşadıkları kaygı, psikolojik sorunlar ve benzeri durumların azaldığı görülmüştür (6,8).

Güçük ağrısının ameliyat sonrası dönemde depresyon ve aktivite seviyesiyle alakalı olduğu düşünülmektedir. Ağrı ve psikososyal uyumu inceleyen çalışmalar, ağrı ile depresyonun sıklıkla birlikte görüldüğü üzerinde durmuşlardır (6,8).

Protez kullanımı, amputasyonu olan hastalarda bozulan beden imajını düzeltmede önemli bir faktördür. Protezden duyulan memnuniyet arttıkça kişinin yaşadığı diğer sorunlarda da azalma olması beklenen bir sonuçtur (6,7,8).

2.1.5. Sosyodemografik Faktörler

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

Ampütasyon sonrası uyum sürecinde cinsiyet farkını inceleyen çalışmalarda, kadın ve erkek arasında fark bulunmamıştır. Farklılık bulan az miktarda çalışma sonucunda ise kadınların depresyona daha yatkın oldukları ortaya çıkmıştır (8,28). Horgon ve Maclachlan'ın yaptığı bir çalışmada ise; kadınlarda protez memnuniyetinin beden imajının olumlu çıkmasında daha etkili olduğu görülmüştür (6).

Genel anlamda yaşın iyi olmayı etkilediğini bulan çalışmalarda, ileri yaştaki insanların gençlere oranla iyi olmaya daha yatkın oldukları belirtilmiştir. Genç yaşta hayattan beklentinin daha yüksek olduğu göz önüne alındığında, amputasyonun insan hayatında yaptığı değişiklik sonucu genç olan ampute hastalarda yaşanan sorunlar yaşlılara oranla daha fazla görülmektedir (6,8,28).

2.1.6. Kişisel Faktörler

Bireylerin kişisel özellikleri ve karakterleri amputasyon sonrası dönemde yaşanan sorunları ve derecesini etkilemektedir. Örneğin amputasyon öncesinde dışa

dönük ve risk almayı seven biri olmanın düşük depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, amputasyon öncesinde sosyal olarak aktif ve dışa dönük olmak amputasyon sonrası sosyal uyumun seviyesi ile ilişkilidir. Dahası, kişinin iyimserliğinin ve sakatlık üzerinde algılanan kontrol seviyesinin daha yüksek olmasının yüksek benlik saygısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (6).

2.2. Yaşam Kalitesi

Kalite kelime anlamı olarak, beklentileri ya da belirli bir ihtiyacı karşılayabilme derecesini ortaya koyan özelliklerin tümüdür. Yaşamda kalite ise; yaşamdan alınan doyum, mutluluk, fiziksel yeterlilik, sosyal iyilik hali, öznel iyilik hali gibi özelliklerin toplamıdır (10). Yaşam kalitesi, kişilerin kendini geliştirebilme derecesi, kendi yaşamlarını zenginleştirmesi ve istediği statüde bulunabilmesi ile ilgilidir. Kaliteli yaşam, kişinin kendi kapasitesini bilmesi ve ona göre hareket etmesi, bunu kabullenmesi, yaşamını dengeli ve uyumlu kılabilmesidir (9).

Yaşam kalitesi, her ne kadar bilinen basit bir terim gibi görünse de oldukça geniş bir kavramdır. Hayatın birçok boyutunu içermesi konusunda hemfikir olunmakla birlikte tanımı fikir birliğine ulaşmamış bir konudur (9). Son yıllarda daha sık kullanılmaya başlayan dolayısıyla önemi artan yaşam kalitesinin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre tanımı *“kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması”* şeklindedir (9,12,13).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımında yaşam kalitesi; fiziksel sağlık (ağrı, enerji, uyku vb.), psikolojik durum (düşünme, konsantrasyon, kendine güven, beden imajı), bağımsızlık düzeyi (günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel bağımlılık/bağımsızlık, çalışma kapasitesi), sosyal ilişkiler (kişisel ilişkiler, sosyal destek), çevresel özellikler (ev çevresi, fiziksel çevre, finansal kaynak, sağlık hizmetlerine ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik) ve maneviyat (kişisel/ruhsal/dinsel inançlar) gibi özelliklerden oluşan altı alanı kapsamaktadır (9).

Yaşam kalitesi, sosyal bilimler alanında kullanıldığı zaman yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal iyilik hali boyutlarının ele alınması tercih edilir. Sağlık alanında kullanıldığında ise biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçların ele alınmasının daha doğru sonuçlar getireceği görüşü tercih edilir (12,13,29).

Hayat tecrübeleri, kişilik değişkeni ve adaptasyon da yaşam kalitesi ölçümlerini etkileyen faktörlerdir (12).

2.2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Son yıllarda kalite kavramının daha çok konuşulduğu hizmet sektörlerinden biri de sağlık sektörüdür. Çünkü sağlık personeli, kişinin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden birisi olan sağlık kavramı ile ilgilenmektedir (30).

Yaşam kalitesi; çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavramdır. Çok boyutluluk, fiziksel, sosyal ve mental alanlardaki birçok durumdan bahsedilmektedir. Fiziksel alan, bireyin enerjisini harcayarak günlük olarak yerine getirmesi gereken iş ve uğraşları ne derece yerine getirebildiğidir. Sosyal alan; kişinin ailesi, komşuları, iş arkadaşları ve diğer bireylerle kurabildiği ilişki derecesidir. Mental alan ise; depresyon, anksiyete, korku, kırgınlık, mutluluk gibi hissettiği durumlardır. Öznellik; bireyin duyguları, düşünceleri, beklentileri ve algılamaları ile yakından ilişkilidir. Dinamiklik ise; fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançlarından etkilenen dinamik bir kavramdır (31).

Yaşam kalitesinin özelleşen bir formu olan ‘Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi’ kavramı, fiziksel, psikolojik, sosyal alan ve klinik sonuçlarla ortaya çıkan bireyin deneyimleri, inançları ve beklentilerinden etkilenen sağlık algılarını içermektedir (10).

Genel anlamda yaşam kalitesini “*iyi olma durumunun bir derecesi*” olarak tanımlamak mümkündür. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ise, kişinin iyilik derecesini göstermekten daha geniş bir yelpazeye sahiptir. İyilik halinin yanında bu yelpazeye sosyal rolü yerine getirmeyi de içine alan fonksiyonel yetenekler, toplumsal iletişim derecesi ve niteliği, ruh sağlığı, ağrı ve kişinin yaşamından duyduğu memnuniyet gibi durumlar da dahildir (32).

Yaşam kalitesini değerlendirebilmek için geliştirilen ölçeklerin; uygulanacağı toplumun diline çevrilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

2.2.1.1. Genel (Jenerik) Ölçekler

Farklı hastalıklarda kullanılabilen, sağlıklı bireyleri de değerlendirme olanağı

veren ölçeklerdir. Bu sayede hastalarla toplum arasında karşılaştırma yapılabilir. Herhangi bir hastalığa özgü olmadıklarından bazı hastalık grupları için duyarlılıkları görece düşük olabilir. Kısa Form-36 (SF-36) yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (33,34,35).

2.2.1.2. Hastalığa Özgü Ölçekler

Spesifik hastalık gruplarının, bazı işlevsel bozukluklarının ya da hastanın mevcut bazı bulgularının yaşam kalitesine etkilerini ortaya koyan ölçeklerdir.

2.3. Beden İmajı

Geçmiş dönemlerde çok farklı tanımların yapıldığı, farklı teorilerin ortaya atıldığı beden imajı kavramı günümüzde en yalın anlamıyla kişinin kendi bedeni ve görünüşüne ilişkin hissettikleri ve düşündükleridir (36).

İlk olarak beden imajı kavramı Schilder ve Head'in çalışmasında, amputasyon sonucu bacakta fantom ağrısının görülmesiyle fark edilmiştir. Schilder'in beden imgesini beden zihindeki resmi, yani bedenin kişide görüldüğü biçimi olarak tanımlandığı bildirilmektedir (37). Beden imajı kavramı, tamamen psikolojik bir durum olmaktan ziyade fiziksel ve sosyolojik olarak kişinin kendi görünüşüyle de ilişkilidir. Geçmiş ve şimdiki deneyimler kadar hayali deneyimleri de içerebilir. Beden imajı, bedenin gerçek görünüşüne gerçekten benzeyip benzemediğine ilişkin zihinde yer alan algılarla ilişkilidir (36).

İnsanların kendilerince anlamlandırdığı işlevler ve bu işlevlerin bozulması sonucu ortaya çıkan düşünme, konuşma ve davranış bozukluklarının giderek ön plana çıkması çok karmaşık ve üst düzeyde bir 'ben' kavramının varlığını ortaya koymuş ve beden imajı denilen bir algılar bütünü ele alınmıştır (11).

Başka bir ifadeyle beden imajı, kişinin bedeniyle ilgili bireysel algısıdır ve çok boyutlu dinamik bir süreçtir. Beden imajı yaş, cinsiyet, fiziksel koşullar gibi iç faktörlerden ve bunun yanında çevre veya sosyal faktörleri içeren dış faktörlerden etkilenir. Beden imajı bozukluğu yaşama gücünü, fiziksel görünüş ve sağlığı vurgulayan sosyal değerlerin sonucudur (38).

Beden imajı genel olarak kişinin bedensel özellikleriyle ilişkili ortaya çıkan

durumlar şeklinde ele alınabileceği gibi kişinin bedenini nasıl gördüğü ile alakalı olan algılanan bölüm ve bu algısı ile şekillenen duyguları, inançları ve değerlendirmesi ile oluşan düşsel bölüm olmak üzere iki ögeden oluştuğu görülmektedir. Çetinkaya'nın bildirdiğine göre, Cash ve Gren'in beden imajının düşünsel boyutu davranışsal, bilişsel ve duysal öğelerden oluşmaktadır. Duysal boyut kişinin kendi dış görünüşüne ve bedenine karşı olan hislerinin tümü olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel boyut ise daha çok kişinin dış görünüş ve beden şekli ile ilgili düşünce ve inançlarını içermektedir. Beden imajının davranışsal boyutu da yeme ve egzersiz davranışı olarak kendini göstermektedir (39). Normal beden imajının oluşumu ve sürdürülmesi için üç bileşen gereklidir:

1. Beden gerçekliği: Bedenin yapısı yani gerçekte olandır. Sadece genetik kodlara bağlı değildir, doğa ve beslenme gibi koşullara da bağlıdır. Vücut şekli, vücudun var olan motor kapasitesi ile ilgilidir (40).

2. Beden ideali: Kişinin kendisinin nasıl görünmesi gerektiği ile ilgili düşüncesidir. Başkalarının nasıl görünmesi gerektiği ile ilgili düşüncelerini de etkileyen kişisel bir beden ideali vardır. Beden ideali kişinin bilinçli ya da bilinçsiz beden gerçekliğini ve beden sunumunu bir norm veya standartla kıyaslamasını içerir. Kişinin beden idealleri eğitim, yetiştirme şekli ve kültür gibi birçok etmene bağlıdır. Her insanın kendi norm ve standardı vardır ve bunlar hemen hemen her gün değişebilir. Kişinin standartları gerçekçi değilse mutsuzluk ya da depresyonla sonuçlanabilir (41).

Kişinin vücudunun görüntüsü “kendini nasıl hissettiği” konusunun kritik bir unsurdur. Bireyin beden deneyimi diğer tüm yaşam deneyimlerine temel oluşturur, dolayısıyla kendisiyle olan iletişiminden çevresiyle olan iletişime geniş bir etkileşim alanı vardır (41).

Robinson'a göre, beden ideali aynı zamanda beden işlevi ile de ilişkilidir ve birey için bu idealin ne kadar gerçekçi olduğu açık değildir. Bazıları için beden gerçekliğinin bozulması derin bir şoktur, beden idealine bir saldırıdır. Bazıları ise kişisel beden işlevine daha gerçekçi standartlar koyar (36).

3. Beden sunumu: Kişinin sosyal dünyaya beden görünüşünü (giysi, duruş, eylem) nasıl sunduğuyla ilgilidir. Bedeni algılama biçimi, bedenin çeşitli sosyal ortamlarda nasıl bir performans gösterdiğinden de etkilenir. Beden sunumu belli sınırlar

içinde kontrol edebilir ve başkalarının nasıl algılandığı konusunda etkin biçimde düşünülebilir. Beden görüntüsündeki değişim beden imajı anksiyetesini ortaya çıkarabilir (41).

Kişi yaşamı boyunca bu üç bileşen arasında bir denge sürdürmeye çalışır. Beden imgesi bileşenlerinden biri değiştiğinde diğer iki bileşen de yeni duruma uyum sağlar. Beden imajı; sağlık, hastalık, yaralanma gibi durumlarda sürekli değişmektedir (36). Beden imajı bozukluğu, vücut ya da vücudun algılanmasındaki bir değişiklikten köken alan benlik algısı bozukluğudur (42).

Beden imajı bozulmalarına yol açan değişiklikler:

- Fizyolojik değişiklikler; gençlik dönemi, yaşlılık dönemi, hamilelik, doğum
- Yavaş giden değişiklikler; yaralanma, akut hastalıklar, yanıklar
- Geçici değişiklikler; traksiyon, bandaj
- Kalıcı değişiklikler; amputasyon, mastektomi, nefrektomi, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları
- Bunaltı artırıcı durumlar; hastanede yatma, bazı invaziv girişimler
- Ruhsal bozukluklar; depresyon, şizofreni vb. şeklinde sıralanabilir (43).

Fiziksel hastalık ya da organ kayıplarını yaşayan kişi, yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hisseder. Kişinin beden imajı ve özgüveni zedelenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır. Bunun sonucunda bir takım bozukluklar görülür. Kişinin bedenine, beden parçalarına ve işlevlerine verdiği anlam ve değer farklıdır. Benzer şekilde bireyin kendi beden imajı kavramı ile başkalarının onun bedeniyle ilgili değerleri de farklı olabilir (42). Beden imajında bozulmaya karşı gösterilen tepkiler iki şekilde gelişir. Bunlar:

Adaptif tepkiler: Kaybın kabul edilmesiyle ilgili tepkilerdir. Kriz sürecinde reddetme, yavaş bir şekilde kabul ve problemin azalması gibi aşamalar yaşanır. Tepkiler stresin yoğunluğuna, sosyal desteğin derecesine ve kişinin tutumuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Kaybı kavrama aşamasında, şok ve inanamama görülür. Bu durum dakikalar veya günler alabilir. Bu dönemin uzunluğu iyileşme sürecini de etkiler.

Hastanın tüm ilgisi kayıp üzerine yoğunlaşmıştır. Ağlama normal bir tepkidir. Bu aşamada hasta depresif olabilir. Başa çıkma aşamasında, hastalar hem kendilerinin hem de çevresindekilerin üzüntü, kızgınlık ve anksiyete içinde olduklarını bilirler. Hasta yaşamının eskiye göre farklı olacağını bilir; belki de hareketleri sınırlanacak, başka birine bağımlı kalacak ve isteklerinde sınırlılıklar bulunacaktır. Hasta benlik saygısında azalma ve etrafındakilerden uzaklaşma eğilimindedir. Zaman geçtikçe hastanın çabası kaybın onarılmasına yönelir ve yavaş yavaş kaybı kabul etmeye başlar. Benimseme aşamasında hasta en sonunda değişim geçirdiğini ve yetersizliğini görür. Kendisi hakkında konuşmaya istekli olması sağlıklı adaptasyonun göstergesidir ve kabullenmeler başlar. Hastanın bu dönemde ailesi, arkadaşları ve sağlık ekibinden aldığı sosyal destek son derece önemlidir. Burada amaç, kişinin kapasitesini en iyi şekilde kullanmasına yardımcı olacak bir denge kurmak olmalıdır (37).

Adaptif olmayan tepkiler: Hasta kendi mevcut durumunu kabul etmediğinde adaptif olmayan tepkiler oluşur. Keder çözümlenemez. Hastada değişimden önceki beden imajını sürdürme isteği vardır. Çevreden uzaklaşma, gülme veya şaka yapma hastanın kabullenemediğini gösterir. Hasta aslında kaybı bilir ancak yalanlamaktadır. Sorumluluklarından kaçarak önceden öğrendiği savunma mekanizmalarını kullanır. Sosyal, seksüel ve emosyonel yaşama yeniden başlaması zordur. Durumunu gizlemeye çalışabilir (37).

2.4. Evde Bakım

Evde bakım genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (2,3).

Bir başka tanıma göre de; bireylerin sağlık problemi nedeniyle hastanede yatışın gerekmediği durumlarda, uygun ortam sağlanarak, hastalıkların erken dönemde tanı, tedavi ve rehabilitasyonunun, bireylerin sağlık eğitimlerinin profesyonel kişi, kurum ve kuruluşlar tarafından bireyin evinde gerçekleştirilmesidir (44).

Evde bakım, kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, ilaç uygulamaları, parenteral beslenme ve daha pek çok gerçek ya da olası sağlık problemlerine yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlar (45). Fiziksel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan birey

ve ailelere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sürekli ve etkili bir biçimde sunumu da evde bakımın amaçları içerisindedir. Bu çok boyutlu amaçların gerçekleştirilmesi için disiplinler arası hizmet işbirliğine gereksinim vardır (46,47,48). Bu disiplinler arası ekip yeleri, bireyin ihtiyaına göre hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, konuşma terapisti, sosyal hizmet uzmanı, eczacı ve ev hizmeti yardımcılarında oluşur (45,48,49,50). Evde bakımın diğer sağlık alanlarına göre farkı sağlık çalışanlarının hasta ya da engelli bireye evinde hizmet vermesidir (50). Evde bakımın, bakımın sürekliliğinin sağlanması, hastanın hastanede kalış süresini azaltması, disiplinler arası çalışmayı desteklemesi, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırması ve bakım vericilerdeki olumsuz psikolojik sorunları engellemesi gibi yararları vardır (51).

Sağlık Bakanlığının evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmeliğine göre, Evde Bakım Hizmetinin tanımı; Hekimlerin nerileri doğrultusunda hasta kişilere ve ailelerine yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulmasıdır (52).

2.5. Evde Bakımda Hemşirenin Rolü

Kronik hastası olan aile bireyleri bakım verme süreci içinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden pek çok sorun yaşar. Aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak destek hizmetlerinin oluşturulması önemlidir ve bu tür hizmetler bakım vericinin ve ailenin motivasyonunu artırır ve aileyi güçlendirir (46).

Engeli nedeniyle fiziksel, sosyal ve duygusal yönden başkalarına bağımlı olan bireylerin bakımı, hastanın kendi bakımını devam ettirebilmesi, ailenin eğitimi ve aile üyelerinin bu süreçte desteklenmesi hemşireliğin temel alanlarındandır (79).

Evde bakım hemşiresi hastanın ve ailenin sorabileceği; engellilik durumuyla ve hastanın diğer sağlık problemleriyle ilgili konularda bilgi verebilmelidir (80).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın yöntemi, tipi, veri toplama araçlarının uygulanması ve elde edilen verilerin çözümlenmesi konularına yer verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Kesitsel tipte olan bu araştırma, evde bakım hizmeti alan ampüte bireylerin beden imajı algılarının, depresyon durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- ✓ Evde bakım hizmeti alan ampüte bireylerin beden imajı algıları nasıldır?
- ✓ Evde bakım hizmeti alan ampüte bireylerin depresyon durumları nasıldır?
- ✓ Evde bakım hizmeti alan ampüte bireylerin yaşam kaliteleri nasıldır?

3.2. Araştırmanın Katkıları

Evde sağlık hizmeti alan ampüte bireylerin uyum süreçlerinde yaşadıkları zorluklar, yaşam kaliteleri ve depresyon düzeylerini belirleyerek ortaya çıkan sonuçları bilimsel olarak yayınlayarak bu konudaki farkındalığı artırmayı hedeflemektedir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

1-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında Erzurum ili Evde Sağlık Hizmeti alan ampütasyon yapılmış 16 hastanın alınması hedeflenmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 16 hasta, örneklemi çalışmaya katılmayı kabul eden 4'ü kadın 7'si erkek 11 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde, Erzurum ilinde evde bakım hizmeti alan hastalardan gönüllü olanlar tercih edilmiştir. Erzurum ili evde bakım hizmetleri araştırmacının erişiminin kolay olduğu için seçilmiş; diğer bir ifadeyle seçkili örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Uygun örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmacı için uygun bir ortam kullanılmıştır. Böylece, araştırmanın yapılabilirliği ve ekonomikliği arttırılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Hasta Onam Formu (EK-1), araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik özelliklerini içeren Hasta Tanıtım Formu (EK-2), Ampüte Vücut İmaj Skalası-Revize (AVİS-R) formu (EK-3), Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4) ve Beck Depresyon Ölçeği (EK-5) kullanılarak toplandı.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık güvencesi, boy-kilo ve amputasyon ile ilgili toplam 13 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Ampüte Vücut İmaj Skalası-Revize (AVİS-R):

Ampüte hastalarda vücut imaj bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiş orijinali İngilizce olan bu ölçek, İ. Safaz ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ampüte Vücut İmaj Ölçeği (AVİS) toplam yirmi maddeden oluşan, amputenin vücudu hakkında algıladığı ve hissettiği durumları değerlendiren bir ölçektir. Elde edilen puan 20 ile 100 arasındadır. Yüksek puan vücut imajının kötü olduğunu göstermektedir. 5 basamaklı orijinal ölçek (1=hiçbir zaman, 2= nadiren, 3= bazen, 4= çoğu zaman, 5= her zaman) şeklinde puanlanmaktadır. 3 soru (3,12 ve 16) ters puanlanır. Bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,88 bulunmuştur (53).

Revize edilmiş Ampüte Vücut imaj Anketi (14 madde, 0–2 arasında puanlama) güvenilirliği için ilgili çalışmaya göre yeniden puanlama yapılmıştır. Orijinal ve revize edilmiş Ampüte Vücut imaj Anketi'nin Türkçe versiyonu içsel olarak tutarlı ve güvenilir bulunmuştur. Cronbach's Alpha değeri orijinal versiyon için 0.88, revize edilmiş versiyon için 0.86 olarak bulundu (53).

3.5.3. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kısa Form–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olan, 36 maddeden ve sekiz alt boyuttan oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel rol (4 madde), emosyonel rol (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık (6 madde)'dir. Ölçek alt

boyutları, 0-100 arasında değerlendirilmektedir ve 0 puan “kötü” sağlık durumunu gösterirken, 100 puan “iyi” sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36 fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri istenilen şekilde ölçekbilirken, cinsel işlevleri sınırlı şekilde değerlendirmektedir. Türkçe geçerliliği, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (33).

3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği:

Beck ve arkadaşları (55) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (58) tarafından yapılmıştır. Depresyon belirlenmesinde kullanılmaktadır (55,56,57). Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğinde, alınacak en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri toplanmadan önce İstanbul Okan Üniversitesi etik kurul onayı ve Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü’nden resmi izinler alınıp çalışmaya başlandı. Evde Bakım Hizmetleri yöneticileri ile görüşülerek çalışma hakkında gerekli bilgilendirme yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan ve sözlü/yazılı izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplandı. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: AVİS-R, Beck Depresyon Ölçeği ve Kısa Form SF-36.

Bağımsız değişkenler: Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyleri, medeni durumu, mesleği, yaşadığı yer, gelir durumu, sağlık güvencesi, boyu, kilosu ve amputasyon ile ilgili sorulara yanıtları.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma için elde edilen veriler, betimsel istatistik yöntemleri ve Mann Whitney-U analizi ile incelenmiştir. Verilerin tamamı SPSS 22.0 paket programına işlenerek analizleri SPSS programı aracılığı ile yapılmıştır. Veri analizi sonuçları bulgular bölümünde sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yapıldığı ilde takip edilen hasta sayısının az olması, tez çalışmasının zamanında teslim edilmesi gerektiği için tek görüşme ile çalışmanın sonlandırılması sınırlılığı olarak görülmüştür.

Hastaların herbiri ile telefon ile randevu alınarak ziyaretler planlandı, çalışmaya katılmak istemeyenler ile telefon sonrası yüz yüze görüşüldü ve ikna edilmeye çalışıldı. Hastaların geniş bir coğrafyada birbirlerinden uzak olmaları görüşme sayımızı teke düşürmemize neden oldu.

Ampüte bireylerin güvenini kazanmak, iyi iletişimi sürdürmek, etkin geri bildirim alabilmek için onların biyo-psiko-sosyal sorunlarının sürekli olarak takip edilmesi, yaşam kalitelerinin hangi düzeyde olduğunun belirlenmesi önemlidir. Bu konuda yapılacak araştırmaların yaygınlaştırılması, Türkiye verisi oluşturabilmek için araştırma verilerinin birleştirilmesi toplumsal bir bakış açısı kazandıracaktır. Dolayısıyla, ampüte bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi, depresyon oranlarının azaltılması için sağlık profesyonellerinin ve kurumların bu konuya önem vermesi, metodolojisi iyi kurgulanmış çalışmaların yapılması gerekmektedir.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Kararı ve Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Birimi'nden onay alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum onayı sonrasında, çalışmaya başlamadan önce sözlü/yazılı onayları alınan ve gönüllü olarak çalışmaya katılan ampüte bireylere, araştırma ile ilgili tüm bilgiler verildi ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklandı.

4. BULGULAR

Bu araştırmada nicel veri toplama yöntemleri ile elde edilen bulgular ve yorumları yer almaktadır. Bu kapsamda öncelikle katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi, ardından araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen başlıklar altında, bulgulara ilişkin analiz sonuçları ilgili tabloya ait yorumlarla birlikte sunuldu.

- Evde bakım hizmeti alan amputé bireylerin bireysel ve ameliyata özgü tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular,
- Evde bakım hizmeti alan amputé bireylerin yaşam kalitelerinin, beden imajı algılarının, depresyon durumlarının bireysel ve ameliyata özgü tanıtıcı özellikleri ile ilişkisine ilişkin bulgular

4.1. Evde Bakım Hizmeti Alan Amputé Bireylerin Bireysel Ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmamıza evde sağlık hizmeti alan 11 hastanın 4'ü kadın (%36,4), 7'si erkek (%63,6) olup yaş ortalaması $61,45 \pm 15,87$ idi (Tablo 1). Hastalardan %36,4'ü okuryazar değil, %54,5'i ilkokul mezunuydu. Hastaların %45,5'i emekli, %18,2'si ev hanımı, %18,2'si işçidir. Yarıya yakını (%45,5) köyde yaşadığını ve giderlerinin gelirlerinden fazla olduğunu belirtti. Tamamının (%100) sağlık güvenceleri bulunmaktaydı (Tablo 1).

Hastaların beden kitle indeksleri araştırmacı tarafından hesaplandığında ise hastaların %27,3'ünün normal, %27,3'ünün fazla kilolu, %45,5'inin ise şişman olduğu görüldü (Tablo 1).

Hastaların kronik hastalıkları sorulduğunda %45,5'inin hem hipertansiyon hem de diyabetinin olduğu tespit edildi. Hastaların 2 (%18,2)'sinin ise kronik hastalıklarının olmadığı görüldü. Amputasyona götüren neden araştırıldığında 'periferik damar hastalıkları'nın (%45,45) ilk sırada yer aldığı ve bunların da %80'inin erkek olduğu belirlendi. Diğer amputasyon nedenleri sırasıyla; diyabet (%36,36), trafik kazası (%9,1) ve iş kazası (%9,1) olarak tespit edildi. Sadece iki hastamızın kronik bir hastalığı ve

düzenli kullandığı ilaç olmadığı görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Ampüte Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=11)

	n	%*
Yaş (61,45±15,87)		
Cinsiyet		
Kadın	4	36,4
Erkek	7	63,6
Medeni durum		
Evli	8	72,7
Bekâr	3	27,3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	4	36,4
İlkokul	6	54,5
Lise	1	9,1
Mesleği		
Ev hanımı	2	18,2
Emekli	5	45,5
İşçi	2	18,2
Diğer (bunlar dışında)	2	18,2
Yaşadığı yer		
Köy	5	45,5
İlçe	2	18,2
İl	4	36,4
Gelirdurumu		
Geliri az	5	45,5
Gelir ve gider eşit	5	45,5
Gider fazla	1	9,1
Sağlık güvencesi		
Var	11	100
Yok	-	-
BMI		
Zayıf	-	-
Normal	3	27,3
Fazla kilolu	3	27,3
Şişman	5	45,5
Amputasyon nedeni		
Periferik damar hast	5	45,5
Trafik kazası	1	9,1
Dişabet	4	36,4
Diğer (kansere, ateşli silahla yaralanma, iş kazası)	1	9,1
Amputasyon süresi (10,54±16,12 ay)		

*11 kişi içindeki yüzde verilmiştir

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları

	Medyan	Ort.	S. Sapma	Min	Maks
Sf-36 Fiziksel fonksiyon	10,0	18,18	25,522	-	75,0
Sf-36 Fiziksel Rol güçlüğü	-	22,73	32,509	-	75,0
Sf-36 Emasyonel rol güçlüğü	34,0	36,73	27,825	-	67,0
Sf-36 Enerji/Canlılık	45,0	36,36	22,033	-	60,0
Sf-36 Ruhsal Sağlık	44,0	44,36	18,885	8,0	72,0
Sf-36 Sosyal İşlevsellik	38,0	36,73	23,268	13,0	75,0
Sf-36 Ağrı	33,0	38,55	21,304	10,0	68,0
Sf-36 Genel Sağlık Algısı	25,0	33,82	17,713	17,0	67,0

Tablo 2’de yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; 18,18±25,5 (min.=0; max.=75) fiziksel fonksiyon; 36,73±23,27 (min.=13; max.=75) sosyal fonksiyon; 22,73±32,51 (min.=0; max.=75) fiziksel rol; 36,73±27,83 (min.=0; max.=67) emosyonel rol; 44,36±18,89 (min.=8; max.=72) mental sağlık; 36,36±22,03 (min.=0; max.=60) enerji; 38,55±21,30 (min.=10; max.=68,0) ağrı; 33,82±17,71 (min.=17; max.=67,0) genel sağlık ortalaması olarak bulundu (Tablo 2).

AVİS-R puan ortalaması 21±3,60 (min.=17, max.=24) olarak hesaplandı.

Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ise 25,45±13,40 (min.=11, max.=51) olarak saptandı. Depresyon derecesi;

- ☐ Minimal depresyon 0-9 puan,
- ☐ Hafif depresyon 10-16 puan,
- ☐ Orta depresyon 17-29 puan,
- ☐ Şiddetli depresyon 30-63 puan olduğu düşünüldüğünde hastalarımızın “orta düzeyde” depresyonda oldukları görüldü.

4.3. Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Yaşam Kalitelerinin, Beden İmajı Algılarının, Depresyon Durumlarının Bireysel ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özellikleri İle İlişkisine İlişkin Bulgular

4.3.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasında İlişkilerin Dağılımı

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



Tablo 3. Hastaların Kişisel Özellikleri ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı (N=11)

Kişisel Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol güclüğü	Emosyonel Rol Güclüğü	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)
Cinsiyet								
Kadın	5 (0-20)	0 (0-50)	34 (34-67)	42,5 (5-50)	48 (8-72)	31,5 (13-63)	16,5 (10-68)	25 (17-42)
Erkek	10 (0-75)	0 (0-75)	34 (0-67)	45 (0-60)	44 (20-68)	38 (13-75)	45 (23-68)	25 (21-67)
z/p	,695/,527	,771/,527	-,400/,788	,475/,648	-,096/,927	,292/,788	1,335/,230	,862/,412
Yaş Grubu								
65 altı	10 (0-30)	0 (0-0)	34 (0-34)	50 (10-60)	44 (40-56)	38 (25-63)	33 (10-68)	29 (21-42)
65 üstü	0 (0-75)	50 (0-75)	67 (0-67)	37-5 (0-60)	42 (8-72)	13 (13-75)	39 (10-68)	25 (17-67)
z/p	-,576/,662	2,128/,082	1,838/,082	-1,009/,329	-,278/,792	-1,033/,329	,184/,1,000	-,278/,792
Eğitim Durumu								
Okur yazar değil	5 (0-20)	0 (0-50)	34 (34-67)	42,5 (5-50)	48 (8-72)	31,5 (13-63)	16,5 (10-68)	25 (17-42)
İlkokul ve üstü	10 (0-75)	0 (0-75)	34 (0-67)	45 (0-60)	44 (20-68)	38 (13-75)	45 (23-68)	25 (21-67)
z/p	,695/,527	,771/,527	-,400/,788	,475/,648	-,096/,927	,292/,788	1,335/,230	,862/,412

Uygulanan Mann Whitney U testine göre, cinsiyet, yaş ve eğitim durumları arasında SF-36 alt boyut medyanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4. Hastaların Kişisel Özellikleri ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı (Tablo 3'ün Devamı)

Kişisel Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol güclüğü	Emosyonel Rol Güclüğü	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)
İş Durumu								
Çalışan	0 (0-30)	0 (0-0)	0 (0-34)	55 (0-60)	44 (20-56)	38 (13-38)	33 (23-45)	25 (21-33)
Emekli	10 (0-75)	25 (0-75)	50,5 (0-67)	42,5 (5-60)	42 (8-72)	37,5 (13-75)	43 (10-68)	27 (17-67)
z/p	,644/,630	1,427 /,279	1,838/,085	-,513 /,630	,207/1,000	,525/,630	,412 /,776	,517/,630
Yaşadığı yer								
Köy	0 (0-55)	50 (0-75)	67 (0-67)	45 (0-50)	44 (20-72)	13 (13-63)	45 (10-68)	25 (21-67)
İl/ilçe	10 (0-75)	0 (0-75)	34 (0-67)	47,5 (5-60)	42 (8-68)	38 (13-75)	28 (10-58)	29 (17-67)
z/p	,576/,662	-1,170 /,329	-1,161/,329	,734/,537	-,370/,792	,657 /,537	-,921/,429	,000/1,000
Gelir Durumu								
Gider fazla	0 (0-30)	0 (0-50)	34 (0-67)	45 (0-60)	40 (20-72)	13 (13-50)	23 (10-45)	25 (21-67)
Eşit veya gelir fazla	15 (0-75)	0 (0-75)	34 (0-67)	40 (5-60)	44 (8-68)	50,5 (13-75)	55,5 (23-68)	27 (17-67)
z/p	1,056 /,329	,213/1,000	-,387/,792	,092/1,000	,093/1,000	1,502/,177	2,027/,052	,093/1,000

Uygulanan Mann Whitney U testine göre, yaşanan yer, iş ve gelir durumları arasında SF-36 alt boyut medyanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 5. Hastaların BKİ ile SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı

BKİ	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)
Şişman	0 (0-30)	0 (0-50)	34 (0-67)	40 (0-60)	40 (8-72)	13 (13-50)	23 (10-45)	21 (17-42)
Fazla kilolu ve normal	15 (0-75)	25 (0-75)	50,5 (0-67)	47,5 (10-60)	44 (40-68)	50,5 (13-75)	55,5 (33-68)	31 (25-67)
z/p	1,056/,329	1,170/,329	,387/,792	,917/,429	,648/,537	1,502/,177	2,395/,017	1,851/,082

Uygulanan Mann Whitney U testine göre, BKİ durumları arasında ağrı alt boyut medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, fazla kilolu ya da normal olanların ağrı medyanı şişman olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 6. Hastaların Tıbbî Durum Özellikleri İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin Dağılımı

Kişisel Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Enerji	Ağrı	Genel Sağlık
Kronik Hastalık	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması	Ortalama Sıralaması
Yok	6	6,5	4	3,75	7,5	9,75	4,5	5,25
Ht	8	7,67	9,83	9,5	9,17	7	7	6
DM	3	2,5	8,5	9,5	4	6,5	5,5	10,5
Ht + DM	5,4	5,5	4	4,1	3,9	3,8	6,1	5,4
p	,514	,542	,022	,049	,129	,165	,868	,539
Ampütasyon								
Nedeni								
Periferik Damar Hast.	7,2	6,4	8,4	8,7	8	7,6	6	6,2
Trafik Kazası	8	9,5	4	5,5	8,5	8	10,5	7
DM	4,75	4,5	4	3,75	2,75	2,75	5	5
Diğer	3	6,5	4	2	6,5	9	5,5	8
p	,121	,462	,056	,056	,121	,121	,547	,371

Hastaların kişisel özellikleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; cinsiyet ve eğitim seviyesi ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) sonucuna ulaşıldı (Tablo 3).

Hastaların mesleği ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında da anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görüldü (Tablo 4).

Çalışma durumu ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görüldü. (Tablo 4).

Ayrıca, hastaların yaşadıkları yerin SF-36 YKÖ alt boyut ortalamalarını etkilemediği ($p>0,05$), köy ya da diğer yerleşim yerlerinde yaşaması ile SF-36 YKÖ ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 4).

Hastaların gelir durumları ise gider fazla ve eşit ya da gelir fazla olmak üzere iki kategoriye ayrıldı ve gelir durumlarının SF-36 YKÖ ölçeğinin alt boyutlarını istatistiksel açıdan etkilemediği sonucuna ulaşıldı (Tablo 4).

Beden kitle indeksi ile SF-36 YKÖ ölçeğinin alt boyutları arasında ilişki incelendiğinde; BKİ ile ağrı alt boyutu puan medyanı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), fazla kilolu ya da normal hastaların ağrı alt boyut puan medyanı şişman hastalardan daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

Kronik hastalıklarıyla ilgili özellikleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; kronik hastalıkları ile fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), kronik hastalıkları hipertansiyon ve diyabet olan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının hipertansiyon, diyabet ve kronik hastalığı olmayan hastalardan daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Yine kronik hastalıkları ile emosyonel rol alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$), kronik hastalıkları hipertansiyon ve diyabet olan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının, hipertansiyon, diyabet ve kronik hastalığı olmayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6).

Hastaların amputasyon nedenleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; amputasyon nedenleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görüldü (Tablo 6).

4.3.2. Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Beden İmajı Algılarının Bireysel Ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özellikleri İle İlişkisine İlişkin Bulgular

Sadece üç hastanın protez kullanması nedeniyle AVİS-R anketi puanına göre karşılaştırma analizi yapılamamıştır. Ortalama ölçek puanı $21\pm3,60$ (min.=17, max.=24) olarak hesaplandı ve protez kullanan hastaların vücut imajlarını kötü algılamadıkları tespit edildi.

4.3.3. Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Depresyon Durumlarının Bireysel Ve Ameliyata Özgü Tanıtıcı Özellikleri İle İlişkisine İlişkin Bulgular

Hastaların Beck depresyon puanları ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; Beck depresyon puanı ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) sonucuna ulaşıldı (Tablo 7).

Beden kitle endeksi (BKİ) değerleri ile amputasyon süresi ve amputasyon süreleri karşılaştırıldığında; şişman olarak bulunan beş kişinin ortalama sıralaması 5,60, fazla kilolu olarak bulunan üç kişinin ortalama sıralaması 6,33 ve normal olarak bulunan üç kişinin ortalama sıralaması 6,33 olarak bulundu (Tablo 8). Bu sıralamalara bakıldığında amputasyon süresi ortalaması normal ve fazla kilolu kişilerde yüksek sırada, şişman kişilerde ise daha aşağı bir ortalama değerdedir. Fakat şişman, fazla kilolu ve normal kişilerin amputasyon süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,928>0,05$). Kişilerin BKİ'lerinin amputasyon sürelerine anlamlı bir etkisi bulunmadı (Tablo 8).

BKİ değerleri ile amputasyon süresi ve Beck depresyon skorları karşılaştırıldığında, şişman beş hastanın ortalama sıralamaları 7,6 bulundu. Fazla kilolu üç hastanın ortalama sıralaması 3,83 ve normal üç hastanın ortalama sıralaması ise 5,17 olarak analiz edildi (Tablo 8). Beck depresyon puanlarının ortalama sıralamaları yüksekten düşüğe şişman (7,8), normal (5,17) ve fazla kilolu (3,83) olarak tespit edildi. BMI değerleri ile Beck depresyon skorları arasında anlamlı fark ($p=0,192>0,05$)

bulunmamıştır (Tablo 8).

Ampütasyon sürelerine bakıldığında; en uzun 4 yıl 9 ay, en kısa bir aylık ampütasyon süreleri belirlendi. Ortalama süresi 10,5 ay medyan değer 6 ay olarak tespit edildi.

Beck depresyon skoru ile ampütasyon süreleri karşılaştırıldığında ampütasyon süreleri ortalamasının altında olan hastaların hafif depresyon oranı %44,4, orta depresyon oranı %33,3 ve şiddetli depresyon oranı %22,3 olarak bulundu. Ampütasyon süresi ortalamasının üzerinde olan sadece iki hastamızın da depresyon durumları %100 orta düzey depresyon olarak bulundu.



Tablo 7. Beck Depresyon Puan Ortalamaları İle SF-36 YKÖ Alt Boyutları Arası İlişki

Beck Depresyon Puanı	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji	Ruhsal Sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)
1-16	0 (0-55)	50 (0-75)	67 (0-67)	45 (30-55)	44 (40-72)	25 (13-63)	33 (10-68)	29 (21-67)
17 ve üzeri	10 (0-75)	0 (0-75)	34 (0-67)	40 (0-60)	40 (8-68)	38 (13-75)	45 (10-68)	25 (17-67)
z/p	,994/,412	-1,652/,164	-1,301/,230	-,380/,788	-,766/,527	,583/,648	,191/1,000	-,383/,788

Uygulanan Mann Whitney U testine göre, Beck Depresyon grupları arasında SF-36 alt boyut medyanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8. Amputasyon Süresi, Beck Depresyon Puanı ve BMI Karşılaştırması

Amputasyon Süresi					Beck Dep. Puanı			
BMI	N	Ortalama Sıralaması	Ki-Kare	p	N	Ortalama Sıralaması	Ki-Kare	p
Şişman	5	5,60			5	7,80		
Fazla kilolu	3	6,33	,150	,928	3	3,83	3,303	,192
Normal	3	6,33			3	5,17		

Uygulanan Mann Whitney U testine göre, BMI grupları arasında amputasyon süresi ve beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Evde bakım hizmeti alan ampüte bireylerin beden imajı algılarının, depreyon durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, yaşadıkları sorunların incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışıldı.

Sağlık Bakanlığının 26 Şubat 2015’de resmi gazetede yayınlanan, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin sunulmasına yönelik maddede açık bir şekilde evde bakım hizmetinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanması gereği dile getirilmiştir (52).

“**MADDE 1- (1)** Bu Yönergenin amacı; evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.” (S.B, 7/5/1987 tarih ve 3359; 663 sayılı kanun).

Literatürde evde bakım hizmeti ile ilgili Karataş’ın 2011 yılında, Gündoğdu’nun 2014 yılında Rize ilinde yaptıkları yüksek lisans araştırmaları ile Erdoğan’ın 2013 yılında Konya ilinde gerçekleştirdiği yüksek lisans araştırması dışında alanla direkt ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır (64,65,66). Evde bakım hizmeti alan ampüte bireyler ile ilgili araştırmanın ise olmadığı görülmüştür.

Tanlı tarafından 1996 yılında öne sürülen “evde bakım hizmetinin amacı; engelliliğin etkilerini en aza indirgeyerek aynı zamanda yaşam ve yaşama koşullarının niteliğini yükseltmektir” (67) tezi araştırmamızda yaptığımız görüşmeler sonucunda sözel olarak tüm katılımcılar tarafından onaylanmış ve evde bakım hizmetine minnettarlıklarını belirtmişler.

Bu araştırmada hastaların eğitim durumları ile ölçek alt boyutları puan

ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Bayramova ve Karadakovan'ın (2004) araştırmasında eğitim durumu yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin arttığı saptanmıştır (68). Literatür sonucu araştırma bulgumuzu desteklememektedir.

Özer ve ark. (2009) ile Bayramova ve Karadakovan'ın (2004) araştırmalarında gelir düzeyinin umutsuzluk düzeyini etkilediği sonucu bulunmuştur (68,69). Araştırmamızda ise bu iki literatürün tersine hastaların gelir durumlarının SF-36 YKÖ ölçeğinin alt boyutlarını istatistiksel açıdan etkilemediği sonucuna ulaşıldı. Ancak bulgularımız ile benzer araştırma Okanlı ve ark. (2009) tarafından yapılmış olup gelir durumunun hastaların umutsuzluk düzeylerini etkilemediği belirtilmiştir (70).

Doğan ve Kelleci (2004) ile Kaya'nın (1999) yapmış oldukları araştırmalarda; sosyal destek alma durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (71,72). Araştırmamızdaki tüm bireylerin sağlık güvencesi vardı ve evde bakım hizmetini almaktan memnundular. Sosyal desteği olmayan hasta grubumuz olmadığı için karşılaştırma yapılmadı.

Evde bakım hizmeti sunulan hastalarda stresin ölçülmesi ile ilgili çalışma yapan Karabulut'un (2015) araştırmasında, bakıma muhtaç engellilerin %57,3'ünün kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir (73). Araştırmamızda sadece amputé bireyler alındığı ve sınırlı sayıda vaka olduğu için (4 kadın 7 erkek) cinsiyet oranı bu araştırma sonucu ile benzer değildir. Hastaların kişisel özellikleri ile SF-36 YKÖ alt boyutları arası ilişki incelendiğinde; cinsiyet ile SF-36 YKÖ alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Knezevic ve ark. (2015) araştırmalarında, SF-36 YKÖ alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulmamışlar (60) ve bu sonuçlar araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda yaş ortalaması $61,45 \pm 15,87$, amputasyonun üzerinden geçen süre 6 ay- 3 yıl arasındaydı. SF-36 YKÖ alt boyut puan ortalamaları ise; fiziksel fonksiyon $18,18 \pm 25,5$; sosyal fonksiyon $36,72 \pm 23,26$; fiziksel rol $22,72 \pm 32,50$; emosyonel rol $36,72 \pm 27,82$; mental sağlık $44,36 \pm 18,88$; enerji $36,36 \pm 22,03$; ağrı $38,54 \pm 21,30$; genel sağlık $33,81 \pm 17,71$ olarak bulundu. Yani bu araştırmada SF-36 YKÖ sekiz alt boyutundan ruhsal sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi en yüksek puanı aldı. Bunu ağrıyla ilgili yaşam kalitesi ve sosyal fonksiyon ile ilgili yaşam kalitesi takip etti. SF-36 YKÖ ile yapılan araştırmalardan çıkan sonuçlar değişiklik göstermektedir. Bu değişikliğin yaşam

kalitesi bağımlı değişkenini etkileyen yaş, süre, hasta sayısı gibi bağımsız değişkenlerin her araştırmada farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Özellikle Türkiye’de yapılan araştırmaların hasta grubunun tamamına yakınının askerlik görevi sırasında mayın patlaması ya da ateşli silah yaralanması sebebiyle ampüte olduğu görülmüştür (8,58,59).

Ampüte bireyler ile yapılan araştırmalarda yaşam kalitesi ölçek alt boyut puan ortalamalarını ele alan araştırma örnekleri incelendiğinde; Akarsu ve ark. (2012) tek taraflı ve çift taraflı ampüte hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları araştırmada, yaş ortalaması $27,3\pm6,6$ olan ve ortalama 108 aydır (9 yıl) askerlik görevi sırasında mayın patlaması veya ateşli silah yaralanması sebebiyle tek taraflı ampüte on beş hastanın SF-36 YKÖ alt boyutları ortalamaları; fiziksel fonksiyon 48,8; sosyalfonksiyon 46,3; fiziksel rol 56,2; emosyonel rol 55,3; mental sağlık 43,6; enerji 53,8; ağrı 51,6; genel sağlık 50,9 bulunmuştur (58).

Tekin’in (2007) tek taraflı ampütasyon olan hastalar ile kurtarılmış ayaklı hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırdığı araştırmada, yaş ortalaması $27,70\pm5,31$, ortalama 50 aydır (4,2 yıl) askerlik görevi sırasında mayın patlaması veya ateşli silah yaralanması sebebiyle tek taraflı ampüte 10 hastanın SF-36 YKÖ alt boyutları sonuçları: fiziksel fonksiyon $66,50\pm17,33$, sosyal fonksiyon $68,95\pm18,00$, fiziksel rol $55\pm28,38$, emosyonel rol $53,10\pm39,13$, mental sağlık $65,20\pm8,65$, enerji $74,50\pm15,35$, ağrı $59,40\pm20,85$ ve genel sağlık $72,70\pm15,12$ olarak hesaplanmıştır (59).

Demirdel’in (2012) araştırmasında yaş ortalaması $34,52\pm6,91$ olan, %60’ının ateşli yaralama nedeni, ortalama 13 yıldır ampüte 120 hastanın sonuçları ise; fiziksel fonksiyon $62,49\pm20,81$, sosyal fonksiyon $75,30\pm23,86$, fiziksel rol $59,37\pm38,08$, emosyonel rol $60,28\pm39,20$, mental sağlık $60,27\pm20,21$, enerji $63,51\pm22,28$, ağrı $63,77\pm26,15$ ve genel sağlık $63\pm22,28$ şeklinde bulunmuştur (8).

Sırbistan’da yaş ortalaması $65,36\pm13,64$ olan 28 hasta ile yapılan bir araştırmada, SF-36 YKÖ alt boyutları ortalamaları; fiziksel fonksiyon $40,18\pm24,47$, sosyal fonksiyon $62,05\pm26,67$, fiziksel rol $25,89\pm39,37$, emosyonel rol $38,08\pm41,29$, mental sağlık $56,92\pm26,43$, enerji $48,57\pm23,37$, ağrı $49,46\pm22,99$ ve genel sağlık $50,14\pm23,89$ olarak bildirilmiştir (60).

Sinha ve ark. (2014) yaş ortalaması $43,7 \pm 15$ olan ve ortalama dokuz yıldır amput e yaklaşık 600 hasta ile yaptığı araştırmada, fiziksel fonksiyon $67,43 \pm 32,60$, sosyal fonksiyon $67,62 \pm 32,44$, fiziksel rol $48,68 \pm 45,18$, emosyonel rol $50,03 \pm 46,02$, mental sağlık $70,38 \pm 21,42$, enerji $66,59 \pm 21,82$, ağrı $85,58 \pm 27,15$ ve genel sağlık $71,38 \pm 23,58$ saptanmıştır (61).

Yukarıda belirtilen araştırma sonuçlarına göre bu araştırmadaki yaşam kalitesi alt boyut puanlarının daha düşük değerlere sahip olmasını, yani yaşam kalitelerinin daha düşük olmasını yaş ortalamasının daha yüksek olmasının yanı sıra amputasyon sebebinin genellikle vasküler hastalıklar ve diyabet olmasına bağlayabiliriz. Ayrıca araştırmaların çoğuna göre hasta sayımız daha az ve amputasyon üzerinden geçen süre daha kısadır.

Yine bu araştırmada alt boyutlar arasında en düşük puana sahip fiziksel role bağlı yaşam kalitesi incelenen beş araştırmanın   nde de en düşük puana sahip olarak son sırada yer almaktadır (8,60,61). SF-36 YK  alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde fiziksel rol ve fiziksel fonksiyonla ilgili yaşam kalitesi en düşük puana sahip alt boyutlardır. Hastaların alışma durumu ile fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$), çalışan hastaların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar SF-36 YK 'nin, genel olarak her ne kadar düşük puana sahip olsa da, alt boyut sıralaması açısından bu araştırmanın incelenen literatürle benzer olduğunu göstermektedir.

Beden imajı, kişinin bedeniyle ilgili bireysel algısıdır ve çok boyutlu dinamik bir süreçtir. Beden imajı yaş, cinsiyet, fiziksel koşullar gibi i faktörlerden ve bunun yanında evre veya sosyal faktörleri içeren dış faktörlerden etkilenmektedir. Beden imajı bozukluğu yaşama gücünü, fiziksel görünüş ve sağlığı vurgulayan sosyal değerlerin sonucudur (38).

Bayramlar ve ark. (2007) yaş ortalaması 43 olan 50 diz altı amput e ile yaptıkları araştırmada, AVİS toplam puan ortalamasını $51 \pm 17,6$ olarak bulunmuş (62). Gilg'in 2016'da toplam 207 hasta ile yaptığı tez çalışmasında tek taraflı amput e 194 hastanın AVİS puan ortalaması $48,95 \pm 16,59$ olarak bulunmuştur (63). İki araştırmadan çıkan sonuçta da beden imajı bozukluğu bozulmakla bozulmamak arasındaki ara seviyededir. Literatürün tersine bu araştırmada protez kullanan   hastamızın AVİS-R anketi skoru $21 \pm 3,60$ bulundu ve vücut imajlarını kötü algılamadıkları belirlendi.

Literatüre baktığımızda amput  hastalarda depresyon prevalansı ayaktan hastalarda %28-35 arasında değişmektedir (74,75). Bu araştırmada Beck depresyon puanı ile amputasyon süreleri ortalamanın altında olan hastaların depresyon oranları; % 44,4 hafif, %33,3 orta ve % 22,3 şiddetli olarak bulundu. Sonucumuza benzer şekilde Horgan ve ark. (2004) depresyon ve anksiyetenin amputasyonun ilk iki yılında daha yüksek oranlarda görüldüğünü tespit etmişlerdir (78). Asanso ve ark. (2008) yaptığı bir araştırmada amputasyon süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış, ancak amputasyon süresi açısından sadece ilk üç yıl içinde anlamlı bir fark olduğunu, daha uzun süreli amputasyonlu bireylerde ise bu farkın ortadan kalktığını belirlemişlerdir (76). Rybarczyk ve ark. (1995) yaptığı bir araştırmada ise amputasyon sonrası geçen süre sosyal destekle birlikte yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör olarak tespit edilmiştir (77). Amputasyon sonrası geçen süre bireylerin fiziksel ve psikolojik sorunlarla başa çıkabilmek açısından önemli bir faktör olarak göz önüne alınmalı ve hastalara rehabilitasyonun zaman ve sabır gerektiren bir uğraş olduğu açıklanmalıdır.

Rybarczyk ve ark. (1995) yaptığı aynı araştırmada yaşam kalitesi ve depresyona etki eden faktörler arasında cinsiyetin bulunmadığı tespit edilmiştir (77). Bu araştırmada Beck depresyon puanının kadınlarda ortalaması 27,5, erkeklerde 24,2 çıkmasıyla kadın hastaların şiddetli depresyona daha yakın olduğu söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; amput  11 hastanın yaşam kaliteleri iyi düzeyde değildi. Depresyon durumları ise orta düzey depresyon olarak bulundu. Hastalarımızın     protez kullanmaktaydı ve vücut imajlarını kötü algılamadıkları belirlendi.

Beden imajını değerlendiren anketler protez ile ilgili sorular içerdiği için her amput  hastada işe yaramamaktadır. Protezi olmayan ama amputasyon yaşamış hastalar için başka anketler d ş n lmelidir.

Amp tasyonlu bireylerin yaşam kalitesini arttırabilmek çok yönlü değerlendirme, bilgi, çaba ve zaman istemektedir. Psikolojik faktörler asla göz ardı edilmemelidir.

Ampüte hastalar genel topluma bakıldığında özel bir popülasyondur. Ampütasyonun getirebileceği psikolojik sorunlar düşünüldüğünde hastayı tek başına fiziksel problemleri ile ele almak bütüncül bir yaklaşım olmamaktadır. Depresif belirtilerin iyileştirilmesiyle, bu bireyler için yaşam kalitesindeki iyileşmenin de sağlanabileceği düşünülebilir.

Ampütasyonu planlı yapılacak hastaların ameliyat öncesi dönemde, plansız olanların ameliyat sonrası mümkün olduğunca erken dönemde psikolojik destek almaları zorunlu hale getirilebilir.

Ameliyat sonrası evde bakım sürecinde hastaların sağlık profesyonellerine ulaşım imkanlarını arttırarak evde bakım kalitesi yükseltilebilir. Hasta eğitiminin konusunda uzmanlaşmış hemşireler tarafından verilmesini sağlayarak daha etkin eğitimler verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Yavuz M. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana; 2010, s:1351-1356.
2. Oğlak S. (2008). Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası. Color Ofset, İskenderun, s.13-36.
3. Oğlak S. (2007). Uzun süreli evde bakım ve bakım sigortası. Türk Geriatri Dergisi, 10 (2):100-108.
4. Esquenazi A. Digiacomo R. Rehabilitation After Amputation J Am Podiatr Med Assoc. 2001 Jan;91(1):13-22.
5. Senra H, Oliveira R A, Leal I, Vieira C. Beyond The Body Image: A Qualitative Study On How Adults Experience Lower Limb Amputation. Clinical Rehabilitation. 2011; 26(2): 180-191.
6. Horgan O, Machlachlan M. Psychosocial Adjustment To Lower-Limb Amputation: A Review. Disability And Rehabilitation. 2004; 26(14/15): 837–850.
7. Oğul M, Erden G. Amputasyonun Psikososyal Boyutu. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2005; 7(1): 27-33.
8. Demirdel S. Amputasyondan Sonra Normal Yaşama Yeniden Katılım Sürecinin Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Düzey İle İlişkisinin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
9. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007.
10. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
11. Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. Yüce Yayın, İstanbul; 1999, s:50-98.

12. Çıtıl, R. Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2009.
13. Güven N. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
14. Öğce F. Alt Ekstremitte Amputasyonu Gündük Bakımı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir; 2009, s: 1-50.
15. Şener, G., Güven, Ö., Yiğiter, K., Erbahçeci, F. (1999). H.Ü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Protez Ve Biyomekanik Ünitesinde 1974-1999 Yılları Arasında Protezleri Yapılan Ampütelerin Değerlendirilmesi. 2. Ulusal Protez Ortez Kongresi.
16. Douglas G S, Lynne V M, Bruce J S, Gayle E, Joseph MC. Postoperative Dressing And Management Strategies For Transtibial Amputations: A Critical Review. Journal Of Rehabilitation Research & Development. 2003; 40(3): 213-224.
17. Açar G K. Diyabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları Ve Wagner Sınıflamasının Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
18. Demiralp B, Ateşalp A S, Bek D, Baykal B. Alt Ekstremitte Kronik Periferik Arter Tıkanıklıklarında Amputasyon Prensipleri. Journal Of Arthroplasty & Arthroscopic Surgery. 2003; 14(4): 241-247.
19. Doğan A, Sungur İ, Bilgiç S, Uslu M, Atik B, Tan Ö, Özgökçe S, Uluç D, Çoban H, Türkoğlu M, Akpınar F. Van bölgesindeki amputasyonlar: Çokmerkezli epidemiyolojik çalışma. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica. 2008; 42(1): 53-58.
20. Kerimov R, Seküçoğlu T, Gencel E, Kesiktaş E, Dalay C. Elektrik yanığı, Derleme. Türkiye Klinikleri Plastik Cerrahi Özel Sayısı. 2010; 2(1): 66-70.

21. İlbeyli H. Alt Ekstremitte Primer Malign ve Metastatik Kemik Tümörlerinde Rezeksiyon Artroplastisi Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2005.
22. Ferrapie A L, Brunel P, Besse W, Altermatt E, Bontoux L, Richard I. Lower Limb Proximal Amputation For A Tumour: A Retrospective Study Of 12 Patients. Prosthetics and Orthotics International. 2003; 27: 179-185.
23. Cankul J. Kliniğimizde Yapılan Erişkin Alt Ekstremitte Amputasyonlarının Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, 2006.
24. El Ö, Peker Ö. Alt Ekstremitte Amputasyonları Ve Rehabilitasyonu. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi. 2001; 47(2): 28-37.
25. Şaban B. Diabetik Ayakta Tedavi Yaklaşımları ve HbA1c'nin Tedaviyi Yönlendirmedeki Rolü. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
26. Jackson M A, Simpson K H. Pain After Amputation. Continuing Education İn Anaesthesia, Critical Care & Pain. 2004; 4(1): 20-23.
27. Whyllie B. Social And Psychological Problems Of The Adult Amputee. İçinde: Kostuik JP, Gillespie R, eds. Amputation Surgery and Rehabilitation: The Toronto Experience. Churchill Livingstone. New York; 1981.
28. Coffey L. Goals, Adaptive Self-Regulation, And Psychosocial Adjustment To Lower Limb Amputation: A Longitudinal Study. Dublin City University, School Of Nursing And Human Sciences, Phd Thesis, 2012, Dublin.
29. Yıldız N. Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
30. Taşçı S. Yaşam kalitesi kavramı ve hemşireliğe yansımaları. 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Şanlıurfa; 2011, s:22-31.

31. Aytar, A. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Bağlı Kronik Ağrıların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
32. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalimetri. Başkent Üniversitesi, Ankara; 2005, s:1-26.
33. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF- 36)'Nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği Ve Geçerliliği, Romatizmal Hastalığı Olan Bir Grup Hasta İle Çalışma. İlaç Ve Tedavi Dergisi 1999;12(2):102-6.
34. Oğuz H, Dursun E, Dursun N: Spinal Kord Yaralanmaları, Tıbbirehabilitasyon, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri : Ankara 2004, 627-644.
35. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short Form 36 (SF 36) Health Survey Questionnaire: Normative Data For Adults Of Working Age. BMJ 1993; 306:1437-40.
36. Özaltın G. Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar. İ. Ü. F. N. H. Y. O. Hemşirelik Dergisi. 2003; 13(51): 3-14.
37. Erkal S, Pek H. Beden İmajında Değişimler Ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Bülteni, 1993, 7(30): 61-71.
38. Holzer L A, Sevelde F, Fraberger G, Bluder O, Kicking W, Holzer G. Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. Plos One. 2014; 9(3): 1-8.
39. Çetinkaya H. Beden İmgesi, Beden Organlarından Memnuniyet, Benlik Saygısı, Yaşam Doyumu Ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2004.
40. Öngören B. Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2015; 34: 25-45.
41. Desmond DM, Coffey L, Gallagher P, MacLachlan M, Wegener ST, O'Keeffe F. Limb Amputation. In The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. Oxford University Press. 2012, s:1-53.

42. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı Ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Düzce, 2007.
43. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara; 2004, s: 94-100
44. Ocağcı A. (2006). Çocuğun Aile Merkezli Bakımı. Dökel Matbaası, Zonguldak, s.136-144.
45. Aksayan S, Cimete G. (1998). Evde Bakım Kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, İstanbul, s.1-6.
46. Akdemir N, Yurtsever S, Özer Z. (2004). Evde bakım gereksinimi olan hastalara bakım verenlerin karşılaştıkları güçlükler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 3:272-281.
47. Kayıhan H. (2008). Engelliler İçin Evde Bakım Hizmetleri. Engelli Dostu Belediye Sempozyum Kitabı, Ankara, s.40-46.
48. Varlık M. (2008). Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal sistemimize entegrasyonu için stratejiler. II. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, İstanbul, s.43-53.
49. Gürol H. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Ve Türkiye’deki Potansiyeli İle İlgili Görüşlere Yönelik Bir Araştırma. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul, 2002.
50. Kar G. Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmetlerde Yaşadıkları Güçlükler Ve İş Doyumu Düzeyleri. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
51. Cimete G. (2007). Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri. 4. Uluslar arası 11. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Ankara, s.39-41.
52. SB sunulan evde bakım yönetmeliği (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik.<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html>

53. Ismail Safaz , Bilge Yilmaz , Ahmet Salim Goktepe & Kamil Yazicioglu (2010) Turkish Version of The Amputee Body Image Scale and Relationship with Quality of Life, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 20:1, 79-83.
54. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory For Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-4.
55. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening For Major Depression Disorders İn Medical İnpatients With The Beck Depression Inventory For Primary Care. Behav Res Ther 1997; 35:785-90.
56. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use Of The Beck Depression Inventory For Primary Care To Screen For Major Depression Disorders. Gen Hosp Psychiatry. 1999;21(2):106-9.
57. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlik ve güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1988; 6:118-122.
58. Akarsu S, Tekin L, Safaz İ, Göktepe A S, Yazicioglu K. Quality of life and functionality after lower limb amputations: comparison between uni- vs. bilateral amputee patients. Prosthetics and Orthotics International. 2012; 37(1): 9-13.
59. Tekin L. Tek Taraf Diz Altı Ampute Hastalarla Kurtarılmış Ayaklı Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2007.
60. Knezevic A, Salamon T, Milankov M, Ninkovic S, Jeremic Knezevic M, Tomasevic Todorovic S. Assessment Of Quality Of Life In Patients After Lower Limb Amputation. Medicinski Pregled Journal. 2015; LXVIII 3-4: 103-108.
61. Sinha R, Van Den Heuvel W J A, Arokiasamy P, Van Dijk J P. Influence Of Adjustments To Amputation And Artificial Limb On Quality Of Life İn Patients Following Lower Limb Amputation. International Journal of Rehabilitation Research. 2014; 37: 74–79.

62. Bayramlar K, Bumin G, Yakut Y, Şener G. Ampüte Vücut İmajı Ölçeği (Amputee Body Image Scale – Abıs) Türkçe Uyarlamasının Geçerliği. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007; 18(2): 79-83.
63. Gilg A. C. The Impact of Amputation on Body Image. The University of Southern Mississippi, Nursing, Honors Theses, 2016, Mississippi (First Advisor Elizabeth Tinnon, Ph.D.).
64. Karataş Z. Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rize, 2011.
65. Gündoğdu Y. Ağır düzeyde ortopedik engelli bireylere evde bakım hizmeti sunan bakıcıların sorunları ve dini değerlerinin bakım hizmeti sunumundaki katkısı, Yüksek Lisans Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rize, 2014.
66. Erdoğan B. Evde bakım hizmeti alan özürlü bireye sahip ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının incelenerek, umutsuzluk ve yaşam doyum düzeylerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2013.
67. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
68. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7(2): 39-47.
69. Özer F, Beydağ D, Cengiz Ş. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 10/4: 132-133.
70. Okanlı A, Erdem N, Yılmaz EK. Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler, Anatolian Journal of Psychiatry, 2009; 9: 156-161.

71. Doğan S, Kelleci M. Fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 13(52): 23-37.
72. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon tanı değerlendirme, Geriatri Dergisi, 1999; 2(2): 76-82.
73. Karabulut S. Evde bakım hizmeti sunulan hastalarda stresin ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.
74. Rybarczyk B, Nyenhuis DL, Nicholas Jj, Schulz R, Alioto Rj, Blair C. 1992. Social Discomfort And Depression In A Sample Of Adults With Leg Amputation. Arch Phys Med Rehabil 73:1169–1173.
75. Darnall Bd, Ephraim P, Wegener St, Dillingham T, Pezzin L, Rossbach P, Mackenzie Ej. 2005. Depressive Symptoms And Mental Health Service Utilization Among Persons With Limb Loss: Results Of A National Survey. Arch Phys Med Rehabil 86(4):650–658.
76. Asano M, Rushton P, Miller Wc, Et Al. Predictors Of Quality Of Life Among Individuals Who Have A Lower Limb Amputation. Prosthet Orthot Int 2008;32:231e43.
77. Rybarczyk B, Nyenhuis DL, Nicholas Jj, Cash S, Kaiser J. 1995. Body Image, Perceived Social Stigma, And The Perception Of Psychological Adjustment To Leg Amputation. *Rehabil Psychol* 40:95–110
78. Horgan, O. And Maclachlan, M. (2004) Psychosocial Adjustment To Lower- Limb Amputation: A Review. *Disability And Rehabilitation*, 26(14-15), 837-850.
79. Özdiğer S. Nöromusküler Hastalıklı Çocukların Evde Bakım Gereksinimleri, Ailelerin Evde Bakımda Yaşadığı Güçlükler Ve Olanakları. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
80. Özyağcıoğlu N, Akansel N, Buran G. (2008). Fiziksel/zihinsel engelli çocuk ve evde bakım. II. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, İstanbul, s.178.

EKLER

Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Onay Formu

GİRİşİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİş ONAY FORMU

Sizi Hemşire Emine Akgün Erbakırcı tarafından yürütölen “Evde bakım hizmeti alan ampöte bireylerin beden imajı algılarının, depresyon durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı evde bakım hizmeti alan ampöte bireylerin beden imajı algılarının, depresyon durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllölük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya hemine34@hotmail.com e-posta adresine ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmamasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Katılımcının

Adı:.....Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Araştırmacının

Adı:.....Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Ek 2: Hasta Tanıtım Formu

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: **a)**Kadın **b)** Erkek

3. Medeni Durumu: **a)**Evli **b)** Bekâr

4. Eğitim durumu: **a)**Okur-yazar değil **b)** Okur-yazar **c)** İlköğretim **d)** Lise **e)** Üniversite

5. Mesleği: **a)** Ev hanımı **b)** Emekli **c)** Memur **d)** İşçi **e)** Diğer

6. Yaşanılan Yer: **a)** İl **b)** İlçe **c)** Köy\Kasaba

7. Gelir Durumu: **a)** Gelir giderden az **b)** Gelir gidere eşit **c)** Gelir giderden fazla

8. Sağlık Güvencesi: **a)**Var **b)** Yok

9. Kilo:10. Boy:

11. Beden Kitle İndeksi:(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır)

a) 0 - 18.4: Zayıf

b) 18.5 - 24.9: Normal

c) 25.0 - 29.9: Fazla Kilolu

d) 30.0 ve üstü: Şişman

12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

(Hipertansiyon, Kalp Hastalığı, Enfeksiyon, Astım, Diyabet, Böbrek Hastalığı, Romatizma vb.)

a) Var ise**b)**Yok

13.Amputasyon ameliyatı geçirme nedeniniz?

a)Trafik kazası

b)Periferik damar hastalığı

c)Kanser

d)Şeker hastalığı (Diyabet)

e)Ateşli silahla yaralanma

f) Diğer

14. Amputasyon süreniz? (.....ay,yıl)

Ek 3: Türkçe Ampüte Vücut İmaj Skalası-Revize

AMPÜTE VÜCUT İMAJ SKALASI-REVİZE (AVIS-R)	0= Hiçbir zaman	1= Bazen	2= Çoğu/ Her zaman
1. Amputasyonlu olduğum için, fiziksel görünümüm hakkında sosyal ortamlarda yalnız olduğum zamanlardan daha fazla huzursuz oluyorum.			
2. Protezimi taktığım zaman tüm fiziksel görünümümü beğeniyorum.			
3. Bir uzvumun olmamasının, çeşitli günlük faaliyetlerim esnasında vücudumun fonksiyonel yeteneklerini azalttığını düşünüyorum.			
4. Protezimi görmemek için boy aynasına bakmaktan kaçınıyorum.			
5. Amputasyonlu olduğum için, fiziksel görünümümü beni her gün huzursuz ediyor.			
6. Uzwumu kaybettiğim zamandan beri toplumun ideal görünüş biçiminde olmamak beni rahatsız ediyor.			
7. Uzwumu kaybetmiş olmam nedeniyle kendimi tehlikelerden koruma yeteneğimin azalmış olması beni rahatsız ediyor.			
8. Protezimi takmadığım zamanlarda fiziksel görünümümün başkaları tarafından değerlendirilebileceği ortamlardan kaçınıyorum. (sosyal ortamlar, plaj, yüzme havuzu gibi ortamlardan kaçınmak)			
9. Protezimi takmadığım zamanlarda fiziksel görünümümü beğeniyorum.			
10. İnsanlar yürürken topalladığımı fark ediyorlar			
11. Protezimi taktığım zamanlarda fiziksel görünümümün başkaları tarafından değerlendirilebileceği ortamlardan kaçınıyorum. (herhangi bir sosyal ortam ve/veya yüzme havuzu, plaj gibi ortamlardan kaçınmak)			
12. İnsanlar bana ‘engelli, özürlü’ gibi davranıyor.			
13. Fiziksel olarak çekici olabilmek için dört uzvumun da normal olması gerektiğini hissediyorum.			
14. Güdüğümün anatomisini görmemek için boy aynasına bakmaktan kaçınıyorum.			

*İki soru (2. ve 9. sorular) ters puanlanır.

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel ☐₁ Çok iyi ☐₂ İyi ☐₃ Orta ☐₄ Kötü ☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden ☐₁ Çok daha iyi ☐₂ Biraz iyi ☐₃ Hemen hemen aynı ☐₄ Biraz daha kötü ☐₅ Çok daha kötü ☐₆

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ware JE Jr1, Sherbourne CD (1992) Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83



www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2017

Ek 5: Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
3. Kendimi tümtüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilirliğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görtüntüştüğüm çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Ek 6: Etik Kurul Kararı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 24.04.2019

Toplantı Sayısı: 107

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye) (Katılmadı)
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye) (Katılmadı)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 24.04.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Emine Akgün ERBAKIRCI'nın "Evde Bakım Hizmeti Alan Ampüte Bireylerin Beden İmajı Algılarının, Depresyon Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



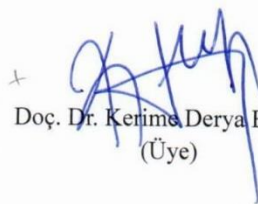
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye) (Katılmadı)



Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye) (Katılmadı)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EMİNE	Soyadı:	AKGÜN ERBAKIRCI
Doğ. Yeri	KÜTAHYA	Doğ. Tar:	31.08.1987
Uyruğu	T.C.	Tel:	
E-mail:	hemine34@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu	2009
Lise	Kütahya Lisesi	2004

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Tekman Şht. Piy. Çvş. Muh. Binici Devlet Hastanesi-Erzurum	5 ay -Devam
Endoskopi Birimi Sorumlu Hemşire	Sarıyer İsmail Akgün Devlet Hastanesi-İstanbul	2016-2018
Ameliyathane Hemşirisi	DPÜ Evliya Çelebi EAH-Kütahya	2013-2016
Ameliyathane Hemşiresi	Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi-Kütahya	2013(3ay)
Ameliyathane Hemşiresi	Haseki EAH-İstanbul	2011-2013
Ameliyathane Hemşiresi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-İstanbul	2009-2011



