

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DIYABETİK AYAK NEDENİYLE AMPÜTASYON GEÇİRMİŞ BİREYLERİN BEDEN ALGISI VE TRAVMATİK STRES BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Seda ÖZBEK

**HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Doç. Dr. Sunay FIRAT**

ADANA-2021

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DİYABETİK AYAK NEDENİYLE AMPÜTASYON GEÇİRMİŞ BİREYLERİN BEDEN ALGISI VE TRAVMATİK STRES BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Seda ÖZBEK

**HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Doç. Dr. Sunay FIRAT**

**Tez No:.....
ADANA-2021**

KABUL ve ONAY



ETİK BEYANI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim./...../20....

İMZA
Seda ÖZBEK

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans
Tezin Konusu : Diyabetik Ayak Nedeniyle Ampütasyon Geçirmiş Bireylerin Beden Algısı ve
Travmatik Stres Belirtilerinin İncelenmesi

Tezin Türü : ☒ Yüksek Lisans : ☐ Doktora:

Danışmanın Adı-Soyadı : Doç. Dr. SUNAY FIRAT
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon :
E-Posta :

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon :
E-Posta :
Adresi :
:

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteğini ve sabrını hiç esirgemeyen, tez yazım sürecinde bilimsel desteğinden yararlandığım, değerli hocam ve saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Sunay FIRAT’a,

Eğitim sürecim boyunca çalışma programım konusunda yardımını esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği sorumlu hemşiresi Neslihan EMLİK’e ve sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hiç esirgemeyen arkadaşlarım Mehmet KARAKUŞ’a, Naime OCAĞ’a ve Remziye KÜÇÜKKAYA’ya,

Bu yoğun süreçte bana olan desteklerini her zaman sürdüren, her zaman yanımda olduklarını bildiğim aileme,

Güvenini ve sevgisini hayatıma girdiği ilk günden itibaren hissettiğim eşim Ali Ozan ÖZBEK’e,

Tez yazım sürecim boyunca benimle olan, varlığı ile bana güç veren ve beni hiç yormayan, bir ay sonra aramıza katılacak olan kızıma minnettarım..

SEDA ÖZBEK

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
ETİK BEYANI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Diabetes Mellitus	7
2.1.1. Tanımı	7
2.1.2. Diabetes Mellitus Sınıflandırması	7
2.1.2.1. Tip-1 Diabetes Mellitus.....	7
2.1.2.2. Tip-2 Diabetes Mellitus.....	8
2.1.2.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus	8
2.1.2.4. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri:	8
2.1.3. Diabetes Mellitus Semptomları	9
2.1.3.1. Klasik Semptomlar.....	9
2.1.3.2. Daha Az Görülen Semptomlar.....	9
2.1.4. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi	9
2.1.5. Diabetes Mellitus Komplikasyonları	10
2.1.5.1. Akut Komplikasyonlar	10
2.1.5.2. Kronik Komplikasyonlar	11
2.1.6. Diyabetik Ayak Hastalığı.....	11
2.1.6.1. Diyabetik Ayak Hastalığı Epidemiyolojisi.....	12
2.1.7. Diyabetik Ayak Ampütasyonları	13
2.1.7.1. Alt Ekstremitte Ampütasyonları	14
2.1.7.3. Üst Ekstremitte Ampütasyonları.....	14
2.1.7.3. Diyabetik Ayak Sınıflandırması	14

2.2. Akut Travmaya Bağlı Gelişen Ampütasyonlar.....	15
2.3. Ampütasyonun Ruhsal Boyutu	16
2.3.1. Akut Travmaya Bağlı Gelişen Ampütasyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	18
2.3.2. Ampütasyonda Beden Algısı.....	20
3. MATERYAL ve METOD	22
3.1. Araştırmanın Amacı.....	22
3.2. Araştırmanın Hipotezi.....	22
3.3. Araştırmanın Modeli	22
3.4. Araştırmanın Türü.....	22
3.5. Evren ve Örneklem	22
3.5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.6. Verilerin Toplanması	23
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	24
3.6.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	24
3.6.1.2. Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği (TSBÖ)	24
3.6.1.3. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)	25
3.7. Verilerin Analizi	25
3.8. Araştırmanın sınırlılıkları	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR	67
EKLER	75
Ek-1: Etik Kurul İzni	75
Ek-2: Kurum İzni.....	76
Ek-3: Enstitü Akademik Kurul İzni	77
Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu.....	78
Ek-5: Beden Algısı Ölçeği	79
Ek-6: Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	81

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 4.1. Ampütasyon geçirmiş bireylere ait sosyodemografik değişkenler.....	27
Çizelge 4.2. Ampütasyon geçirmiş bireylere ait sosyodemografik değişkenler.....	29
Çizelge 4.3. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarına göre karşılaştırılması	31
Çizelge 4.4. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarına göre cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması.....	32
Çizelge 4.5. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının yaş değişkeni açısından karşılaştırılması.....	34
Çizelge 4.6. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının eğitim düzeyleri değişkeni açısından karşılaştırılması.....	37
Çizelge 4.7. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının çalışma durumu değişkenine göre karşılaştırılması	40
Çizelge 4.8. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının ampütasyonun üzerinden geçen süre değişkenine göre karşılaştırılması.....	42
Çizelge 4.9. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının ampütasyon bölgesi değişkenine göre karşılaştırılması	44
Çizelge 4.10. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının bireylerin ampute bölgeyi gördükleri gün sayısı değişkenine göre karşılaştırılması.....	46

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DM	: Diabetes Mellitus
ADA	: Amerikan Diyabet Derneği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
TURDEP	: Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışma Grubu
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
HHD	: Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
LA	: Laktik Asidoz
PEDIS	: Perfüzyon, Kapsam, Derinlik, Enfeksiyon, Duyu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
TSBÖ	: Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği
BAÖ	: Beden Algısı Ölçeği
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DB	: Depresyon Bozukluğu
MBD	: Majör Depresif Bozukluk

ÖZET

Diyabetik Ayak Nedeniyle Ampütasyon Geçirmiş Bireylerin Beden Algısı ve Travmatik Stres Belirtilerinin İncelenmesi

Ampütasyon öncelikle fiziksel olup, aynı zamanda bireyi ruhsal olarak etkileyen bir durumdur. Diyabet, dolaşım bozuklukları, enfeksiyonlar ve travmalar ampütasyon nedenleri arasındadır.

Diyabetik ayak nedeniyle ampütasyon geçirmiş bireylerin, travmatik nedenlerle ampütasyon geçirmiş bireylere göre, beden algılarının ve travmatik stres belirtilerinin bazı değişkenler açısından farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle araştırmanın amacı diyabetik ayak nedeniyle ampütasyon geçirmiş bireylerde beden algısı ve travmatik stres belirtilerinin incelenmesi olmuştur.

Araştırmanın örneklemini Eylül-2019,Mart-2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde ampütasyon geçirmiş 98 birey oluşturmuştur. Bireylerin tanıtıcı özellikleri için 'Sosyodemografik Veri Formu', travmatik stres belirtilerini değerlendirmek için 'Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği', beden algılarını değerlendirmek için ise 'Beden Algısı Ölçeği' kullanılmıştır.

Çalışmamızın sonucuna göre, kronik hastalık nedeniyle ampütasyon geçirmiş bireylerin yaş ortalamasının, travmatik nedenli ampütasyon geçirmiş bireylerin yaş ortalamasından daha yüksek olduğu, çalışma grubundakilerin %72,1'inin majör ampütasyon geçirdiği saptanmışken karşılaştırma grubunda bu sayı %26,7'dir. Kronik hastalık nedeniyle ampütasyon geçirmiş bireylerin beden algılarının, travmatik ampütasyon geçiren bireylere göre daha olumsuz olduğu, travmaya bağlı nedenlerle ampütasyon geçirmiş bireylerin travmatik stres belirtilerinin, diyabetik ayak nedeniyle ampütasyon geçirmiş bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ampütasyon sonrasında hastalara uygulanacak rehabilitasyon ve psikiyatrik desteğin, kişinin kaybının etkisini azaltacağını, toplumdaki yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitesinin artmasını sağlayacağına inanıyoruz.

Anahtar Sözcükler: Ampütasyon, beden algısı, diyabetik ayak, rehabilitasyon, travma

ABSTRACT

Investigation of Body Image and Traumatic Stress Symptoms of Individuals Who Had Amputation Due to Diabetic Foot

Amputation is a condition that is primarily physical, but also affects the individual psychologically. Diabetes, circulatory disorders, infections and traumas are among the causes of amputation.

It is known that the body perceptions and traumatic stress symptoms of individuals who have undergone amputation due to diabetic foot differ in terms of some variables compared to individuals who have undergone amputation due to traumatic reasons. For this reason, the aim of the study was to examine body image and traumatic stress symptoms in individuals who had amputation due to diabetic foot.

The sample of the study consisted of 98 individuals who underwent amputation at Çukurova University Medical Faculty Balcalı Hospital between September-2019 and March-2020. "Sociodemographic Data Form" was used for descriptive characteristics of individuals, "Traumatic Stress Symptoms Scale" was used to evaluate traumatic stress symptoms, and "Body Perception Scale" was used to evaluate body perceptions.

According to the results of our study, it was determined that the average age of individuals who had undergone amputation due to chronic disease was higher than the average age of individuals who had undergone amputation due to traumatic reasons, 72.1% of those in the study group had major amputations, while this number was 26.7% in the comparison group. It has been determined that the body perceptions of individuals who have had an amputation due to chronic disease are more negative than those who have had a traumatic amputation, and that the traumatic stress symptoms of individuals who have had an amputation due to trauma are higher than those who have had an amputation due to diabetic foot.

We believe that rehabilitation and psychiatric support to be applied to patients after amputation will reduce the impact of the loss of the person and increase the quality of life and functional capacity of the society.

Keywords: Amputation, body image, diabetic foot, rehabilitation, trauma

1. GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), insülin hormonunun veya insüline karşı doku cevabının mutlak veya azalması sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklara sebep olan hiperglisemiyle seyreden metabolik bir hastalıktır (1,2).

Diabetes mellitus gelişmesinde pankreasın beta hücrelerinin otoimmün azalması, insülin düzeninde bozukluk sonucu gelişen insülin direnci gibi çeşitli patojenik durumlar görülür (3,4).

DM'nin, akut komplikasyon gelişme riskini azaltmak ve daha uzun dönemde görülen kronik ve tedavi maliyetini artıran komplikasyonlarını önlemek için sağlık profesyonellerinin ve hastaların sürekli eğitimi şarttır (5).

DM sınıflandırılırken; Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarının tanı ve sınıflamasında önemli değişiklikler olmuştur. Öncelikle 1997 yılında, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) yeni tanı ve sınıflama kriterlerini yayımlamış ve hemen ardından 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu kriterleri çeşitli değişikliklerle kabul etmiştir. Daha sonra 2003 yılında, bozulmuş açlık glukozu (BAG) tanısı için ADA tarafından küçük bir değişiklik daha yapılmıştır. Buna karşılık WHO ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2006 yılında yayımlanan raporda 1999 yılındaki kriterlerin korunması benimsenmiştir (6).

Tip-1 DM; Mutlak insülin eksikliğine neden olan otoimmün β -hücre yıkımı görülür. Otoimmün diyabet olarak da adlandırılabilir. Tip 1 DM, hiperglisemiye neden olan kronik metabolik bir bozukluktur. Genellikle 30 yaşından önce başlayıp, Tip 2 DM aksine belirtilerinin başlangıcı çoğunlukla çocukluk ve ergenlik dönemleridir. Tip-1 DM'de hiperglisemide görülen (ağız kuruluğu, polidipsi, açlık hissi, poliüri, kilo kaybı ve yorgunluk gibi) belirti ve bulgular aniden ortaya çıkmaktadır (6,7,8).

Tip-2 DM; Genellikle 30 yaş sonrasında görülür. Fakat artan obezite sonucunda özellikle son 10-15 yılda çocukluk veya ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan Tip-2 DM vakaları artmaya başlamıştır. Tip-2 DM'de güçlü bir genetik yatkınlık vardır. Ailedeki genetik yoğunluk arttıkça, bir sonraki nesilde DM görülme riski artar ve DM daha küçük yaşlarda görülmeye başlar. Hasta bireyler genellikle obez veya kiloludur. Tip-1 DM'nin aksine genellikle sinsi başlangıçlı olup, çoğu bireyde başlangıçta hiçbir belirti görülmez. Bazı bireylerde ise bulanık görme, el ve ayak uyuşması ve karıncalanma,

ayak ağrıları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme gibi belirtiler görülebilir (8,10).

Gestasyonel DM; Gebelik döneminde ortaya çıkıp genellikle doğum sonrasında düzelen DM tipidir. Gebelik öncesi açıkça teşhis edilmemiştir. Genellikle asemptomatik seyreder. Doğum sonrasında sıklıkla düzelir, fakat sonraki gebeliklerde tekrarlar. Tip-2 DM için önemli bir risk faktörüdür. Gebeliğin 24-28. haftaları arasında tarama testi yapılarak tespit edilir (7,11).

Diğer spesifik DM tipleri; İnsülin etkisinde genetik defektler, ekzokrin pankreasın doku hastalıkları, endokrin sistemin çeşitli hastalıkları β -hücre fonksiyonlarının genetik defekti, ilaç ve kimyasal ajanlar nedeniyle oluşan diyabet, enfeksiyonlara sekonder diyabet, immün aracılı sık olmayan diyabet formları, diyabetle ilişkili olabilen diğer genetik sendromlar, neonatal diyabet (12,13,14)

DM semptomları; Poliüri (belirli bir zaman aralığında fazla miktarda idrarın üretilip atılması), polidipsi (susama duymaksızın sürekli veya alışkanlık haline gelen normalden fazla su içme), polifaji veya iştahsızlık (aşırı yemeye yol açan anormal derecede güçlü bir açlık hissi), noktüri (idrar yapma ihtiyacı ile gece bir veya daha fazla uyanma) halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu (6,14,15).

Epidemiyoloji Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre Aralık 2015 tarihi itibarıyla DM olan 415 milyon yetişkin birey bulunmaktadır. Bu sayının 2040 yılında 642 milyona ulaşması öngörülmektedir. Ayrıca analizlere göre dünyada her 6 saniyede 1 kişi DM nedeniyle ölmektedir (16).

DM, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın görülür fakat az gelişmiş ülkelerde yaygın değildir (17). En fazla DM hastası Çin, Hindistan, ABD, Brezilya ve Rusya'da yaşamaktadır. (18).

Hiperglisemi kontrolü sağlanamadığında DM, vücudumuzda tüm organlara hasar verir. Çoğunlukla dolaşım ve sinir sistemini etkileyen durumların alt ekstremitayı özellikle de ayakları etkilediği bilinmektedir (23).

Diyabetik ayak tanımlaması, doğrudan DM sebebiyle veya DM'nin kronik komplikasyonlarına bağlı olarak dolaylı yoldan gelişen ve ayakta oluşan tüm patolojik durumları kapsar. Periferik damar hastalığı, ayak deformiteleri, nöropati, travma ve/veya düşük bağışıklık sistemi gibi çeşitli durumların karmaşık bir sonucu olarak karşımıza çıkar (24,25).

Diyabetik ayak, DM'nin neden olduğu en yaygın ve en önemli kronik komplikasyonlarından biridir ve tüm DM tanılı bireylerin %15'ini etkiler (28).

DM'de diyabetik ayak prevalansı %4-10, insidansı ise %2.2 -5.9 civarındadır (29).

Diyabetik ayak prevalansı %4-10 arasında bildirilirken, diyabet tanısı alan bireylerde hayatı boyunca diyabetik ayak gelişme oranı %25 kadar yüksek bir değerdedir (30).

Hastaneye başvuran DM tanılı hastaların %15'inde hayatlarının bir döneminde diyabetik ayak hastalığı gelişmektedir. Yine diyabetik ayak oluşumunu izleyen 3 yıl içerisinde hastaların %50'sinde nüks gözlenmektedir (33).

Vücudun bir uzvunun ameliyatla kesilerek alınması, diyabetik ayakta mortaliteyi etkileyen en önemli girişimdir.

DM tanılı bireylerde alt ekstremitte amputasyon sayıları DM tanısı olmayanlarla kıyaslandığında 10-20 kat daha fazladır. Dünya geneline bakıldığında zaman diyabetik ayak hastalığı sebebiyle her 30 saniyede bir alt ekstremitte amputasyonu yapıldığı tahmin edilmektedir. Amputasyon geçiren bireylerde ilk amputasyon sonrası 3-5 yıl içerisinde amputasyon tekrarlama oranının %30-50 arasında olduğu ve diğer ekstremitte için %50 amputasyon riski olduğu da bilinmektedir. Ayrıca, amputasyonu sonrası ilk 5 yıl içinde morbidite oranı %50 şeklindedir (24,36,37).

Travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonlarının %40-60'ı DM'ye bağlıdır (10).

Günümüzde artan motorlu araç kullanımı ve teknolojinin bir sonucu olarak travmatik nedenli amputasyonlar, ilk sırada yer almaktadır. Akut travmaya bağlı olarak gelişen amputasyon, ekstremitte, kulak, burun, penis gibi vücuttaki bir organın bir kısmını ya da tamamının, kaza (trafik kazaları, ev kazaları, iş kazaları), travma veya yüksekten düşme sonucu zarar görmesiyle bireyin hayatını kurtarmak amacı ile vücuttan ayrılması anlamına gelmektedir (42).

Ekstremitte amputasyonları öncelikle fiziksel olup ama aynı zamanda da bireyi ruhsal olarak etkileyen bir durumdur. Diyabet, dolaşım bozuklukları, enfeksiyonlar, kanser veya doğuştan gelen hastalıklar amputasyon nedenleri arasında sayılabilir. Bu durumlarda, amputasyonun gerekliliği konusunda beklenilir. Bunun aksine, trafik

kazası, iş kazası gibi durumlarda amputasyon acil bir ihtiyaç olarak ortaya çıkabilir (43).

Akut travmaya bağlı gelişen amputasyon en sık alt ekstremitede görülür. Alt ekstremitte amputasyonlarının vücuttaki tüm amputasyonlar içerisindeki oranı %80-85'tir (40).

TSSB, kronik hale gelebilen, ortaya çıkmasından 10 yıl sonra bile %40 oranında hastalık belirtileri hala aktif olarak görülebilen, diğer psikiyatrik bozukluklarına yatkınlığı 2-6 kat arttıran ve sağlık sisteminde diğer anksiyete bozukluklarına göre daha fazla ekonomik yük olan bir hastalıktır (45).

Ekstremitte amputasyonunun tıbbi boyutu dışında bireyin tepkilerini belirleyen ruhsal boyutu da vardır. Bireyin hastalığa, amputasyona yüklediği anlam ve bunu nasıl algıladığı bireydeki tepkileri belirlemede büyük önem taşır. Hastanın tepkileri ve durumuna uyumu üzerinde etkili olan tıbbi, ruhsal ve psikososyal faktörler vardır. Bu faktörler hastalığın kendisi, ampute edilen organı, tıbbi girişimlere karşı deneyim ve düşünceler, kişinin yas döneminde olması, işi, ailesi, amaçları üzerinde tehdit olarak algılanması, bireyin çevresinden gördüğü sosyal destek, hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar, kişinin fiziksel ve ruhsal potansiyeli, kişilik özellikleri ve baş edebilme süreçleri şeklinde sıralanabilir (46).

Travmaya bağlı olarak gelişen amputasyonlara eşlik eden çoklu organ hasarı, tedavi sürecinin genellikle multidisipliner yürütülmesini zorunlu hale getirmektedir. Etkilenen organa göre değişmekle birlikte sıklıkla ortopedi, genel cerrahi, plastik, göğüs ve kalp damar cerrahisi ve fizik tedavi servislerinin birlikte çalışması gerekmektedir. Ancak, travmatik amputasyona psikiyatrik sorunların sıklıkla eşlik etmesi beden ve ruh sağlığını birlikte gözetken bütüncül tedavi yaklaşımını gerektirmektedir. Sadece, travma sonrası stres bozukluğunun eşlik etme oranları dikkate alındığında bile konunun önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Amputasyon sonrası dönemde %22,7 olan etkilenme oranı süreç içinde %77,2'ye çıktığı söylenebilir (47).

Travmatik bir olay sonrası travma sonrası stres bozukluğuna yakalanma oranına bakıldığında; bireyin hayatındaki daha önceki travmatik olayların varlığı, ailesel psikiyatrik bozukluk geçmişi, algılanan yaşam tehdidi seviyesi, zayıf sosyal destek varlığı ve travmatik olay anında yaşanan duygusal tepkilerin etkili olduğu söylenebilir (58).

Ampütasyon geçiren bireyin yaşının genç olması, kronik bir hastalığa bağlı olmadan gerçekleşen ampütasyon, ampütasyon geçiren bireyde yaşadığı durumla başa çıkma yeteneğinin, duygusal ve sosyal desteğin yeterli olmaması da ampütasyon sonrası uyum sürecini zorlaştırmaktadır (48).

Genel olarak bakıldığında, bireylerin iyileşeceklerine ilişkin gerçekçi olmayan beklentileri tedavi süreçlerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bireyin beklentilerinde dengenin kurulması, tedavi ekibinin ortak yaklaşımları ve doğru bilgilendirmeleriyle mümkündür. Bunun yanında, tedavi ekibinin profesyonel ve ümit dolu yaklaşımları, iş birliğinin oluşturulmasına ve daha iyi tedavi sonuçları elde edilmesine de fayda sağlayacaktır.

Ek olarak, ampütasyon geçirmiş bireyin tedavisinde ve ampütasyon seviyesini belirleme de dâhil olmak üzere karar verme sürecine katılımının sağlanması çok önemlidir. Böylelikle içerisinde bulunduğu zorlu durumu, sağlık ekibi ve varolan sosyal desteğiyle birlikte aldığı kararlarla, baş edebileceğini keşfedebilir. Bu sayede, bireyin yaşadığı travma ile ilişkili olarak olumsuz duygularının yerini daha olumlu düşüncelerinin tekrar alabilmesi mümkün olabilir (49).

Ampütasyon geçirmiş bireyin tedavi ve bakımında bütüncül (biyo-psiko-sosyal) bir bakış açısının sağlamak için ruh sağlığının da dahil edilmesi önemlidir. Ampütasyon sonrasındaki erken dönemde, askerlerde bütünlük algısının kaybolması, özsaygıda azalma ve gelecek korkusu yaşama, sık karşılaşılan ruhsal tepkilerdir. Ampütasyon sonrasında bu duyguların neden olduğu “sosyal izolasyon” yürümekte olan rehabilitasyon ve uyum sürecini ve bireyin ruhsal destek sistemlerini olumsuz etkileyebilir (50).

Bireylerin birbirleri ile ilişkilerinde öncelikle dış görünüş gelmektedir. Günümüzde, dış görünüşün önemi konusunda hızla artan bir akım vardır. Toplum içerisinde belirli bir beden algısına uymak konusunda bireylere yapılan bir baskı vardır ve bundan dolayı beden algısının geliştirilmesi ve sürdürülmesi önem kazanır (53).

Travmatik bir olay sonrası travma sonrası stres bozukluğuna yakalanma oranına bakıldığında; bireyin hayatındaki daha önceki travmatik olayların varlığı, ailesel psikiyatrik bozukluk geçmişi, algılanan yaşam tehdidi seviyesi, zayıf sosyal destek varlığı ve travmatik olay anında yaşanan duygusal tepkilerin etkili olduğu söylenebilir (58).

Başka bir deyişle, travmaya bağlı olarak gelişen amputasyonlar başta TSSB olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olmaktadır, TSSB'nin varlığı da başka fizyolojik hastalıkların ve bunların komplikasyonlarının görülme sıklığını arttırmakta ve amputasyonun iyileşme, rehabilitasyon ve bireyin uyum sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. TSSB ile alakalı bu durum, amputasyon geçirmiş bireylerde TSSB'nin gelişimine yönelik, erken tanı ve tedavilerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (61).

Geçirilmiş amputasyon nedeniyle beden algısında olan farklılıklar hem fiziksel hem de psiko-sosyal yönden bireyin tüm hayatını etkileyebilmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı hayat şartlarından memnun olması ve yaşama sevincine sahip olmasıdır. Başka bir deyişle, bireyin kendi seçimlerine göre yaşamının niteliği hakkındaki genel değerlendirmesi olarak ele alınır (64).

Literatüre bakıldığında amputasyon geçirmiş bireylerin aktivitelere katılımında azalma, öz-benlik algısında yetersizlik, beden algısında ve yaşam kalitesinde bozulmalar olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (65,66,67).

Bireylerin birbirleri ile ilişkilerinde öncelikle dış görünüş gelmektedir. Günümüzde, dış görünüşün önemi konusunda hızla artan bir akım vardır. Toplum içerisinde belirli bir beden algısına uymak konusunda bireylere yapılan bir baskı vardır ve bundan dolayı beden algısının geliştirilmesi ve sürdürülmesi önem kazanır (53).

Diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin, akut travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylere göre, beden algılarının ve travmatik stres belirtilerinin bazı değişkenler açısından farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle araştırmanın amacı diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerde beden algısı ve travmatik stres belirtilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

2.1.1. Tanımı

Diabetes Mellitus (DM), insülin hormonunun veya insüline karşı doku cevabının mutlak veya azalması sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklara sebep olan hiperglisemiyle seyreden metabolik bir hastalıktır (1,2).

Diabetes mellitus gelişmesinde pankreasın beta hücrelerinin otoimmün azalması, insülin düzeninde bozukluk sonucu gelişen insülin direnci gibi çeşitli patojenik durumlar görülür (3,4).

DM'nin, akut komplikasyon gelişme riskini azaltmak ve daha uzun dönemde görülen kronik ve tedavi maliyetini artıran komplikasyonlarını önlemek için sağlık profesyonellerinin ve hastaların sürekli eğitimi şarttır (5).

2.1.2. Diabetes Mellitus Sınıflandırması

Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarının tanı ve sınıflamasında önemli değişiklikler olmuştur. Öncelikle 1997 yılında, Amerikan Diyabet Derneği (ADA) yeni tanı ve sınıflama kriterlerini yayımlamış ve hemen ardından 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu kriterleri çeşitli değişikliklerle kabul etmiştir. Daha sonra 2003 yılında, bozulmuş açlık glukozu (BAG) tanısı için ADA tarafından küçük bir değişiklik daha yapılmıştır. Buna karşılık WHO ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2006 yılında yayımlanan raporda 1999 yılındaki kriterlerin korunması benimsenmiştir (6).

Diabetes Mellitus, aşağıdaki gibi kategorize edilmektedir (7).

2.1.2.1. Tip-1 Diabetes Mellitus

Mutlak insülin eksikliğine neden olan otoimmün β -hücre yıkımı görülür. Otoimmün diyabet olarak da adlandırılabilir. Tip 1 DM, hiperglisemiye neden olan kronik metabolik bir bozukluktur. Genellikle 30 yaşından önce başlayıp, Tip 2 DM aksine belirtilerinin başlangıcı çoğunlukla çocukluk ve ergenlik dönemleridir. Tip-1

DM’de hiperglisemide görülen (ağız kuruluğu, polidipsi, açlık hissi, poliüri, kilo kaybı ve yorgunluk gibi) belirti ve bulgular aniden ortaya çıkmaktadır (6,8).

2.1.2.2. Tip-2 Diabetes Mellitus

İnsülin direnci veya insülin yetersizliğine bağlı olarak gelişmektedir. İnsülin direnciyle birlikte insülin sekresyonunda azalma olmaktadır. Pankreas β hücrelerinin bozulması ve hedef organlarda insülin direncinin yol açtığı insülin eksikliği ile meydana gelir. Etiyolojisinde genetik, çevresel faktörlerin rol aldığı, sürekli bakım ve tedaviye gereksinim duyulan, kronik bir metabolik bozukluktur (9).

Genellikle 30 yaş sonrasında görülür. Fakat artan obezite sonucunda özellikle son 10-15 yılda çocukluk veya ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan Tip-2 DM vakaları artmaya başlamıştır. Tip-2 DM’de güçlü bir genetik yatkınlık vardır. Ailedeki genetik yoğunluk arttıkça, bir sonraki nesilde DM görülme riski artar ve DM daha küçük yaşlarda görülmeye başlar. Hasta bireyler genellikle obez veya kiloludur [beden kitle indeksi (BKİ) $>25 \text{ kg/m}^2$]. Hastalık Tip-1 DM’nin aksine genellikle sinsi başlangıçlı olup, çoğu bireyde başlangıçta hiçbir belirti görülmez. Bazı bireylerde ise bulanık görme, el ve ayak uyuşması ve karıncalanma, ayak ağrıları, tekrarlayan mantar enfeksiyonları veya yara iyileşmesinde gecikme gibi belirtiler görülebilir (8,10).

2.1.2.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus

Gebelik döneminde ortaya çıkıp genellikle doğum sonrasında düzelen DM tipidir. Gebelik öncesi açıkça teşhis edilmemiştir. Genellikle asemptomatik seyreder. Doğum sonrasında sıklıkla düzelir, fakat sonraki gebeliklerde tekrarlar. Tip-2 DM için önemli bir risk faktörüdür. Gebeliğin 24-28. haftaları arasında tarama testi yapılarak tespit edilir (7,11).

2.1.2.4. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri:

- İnsülin etkisinde genetik defektler
- Ekzokrin pankreasın doku hastalıkları
- Endokrin sistemin çeşitli hastalıkları
- β -hücre fonksiyonlarının genetik defekti
- İlaç ve kimyasal ajanlar nedeniyle oluşan diyabet

- Enfeksiyonlara sekonder diyabet
- İmmün aracılı sık olmayan diyabet formları
- Diyabetle ilişkili olabilen diğer genetik sendromlar
- Neonatal diyabet (12,13,14)

2.1.3. Diabetes Mellitus Semptomları

2.1.3.1. Klasik Semptomlar

Poliüri (belirli bir zaman aralığında fazla miktarda idrarın üretilip atılması), polidipsi (susama duymaksızın sürekli veya alışkanlık haline gelen normalden fazla su içme),

polifaji veya iştahsızlık (aşırı yemeye yol açan anormal derecede güçlü bir açlık hissi), noktüri (idrar yapma ihtiyacı ile gece bir veya daha fazla uyanma) halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu (6,14,15).

2.1.3.2. Daha Az Görülen Semptomlar

Bulanık görme, hızlı kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntıdır (7).

2.1.4. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre Aralık 2015 tarihi itibarıyla DM olan 415 milyon yetişkin birey bulunmaktadır. Bu sayının 2040 yılında 642 milyona ulaşması öngörülmektedir. Ayrıca analizlere göre dünyada her 6 saniyede 1 kişi DM nedeniyle kaybedilmektedir (16).

DM, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın görülür fakat az gelişmiş ülkelerde yaygın değildir (17).

En fazla DM hastası Çin, Hindistan, ABD, Brezilya ve Rusya'da yaşamaktadır. (18).

Türkiye'de nüfusa dayalı ilk DM taraması 1997-1998 yıllarında yapılmıştır. Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışma Grubu (TURDEP) tarafından 24.788 kişinin katılımıyla yapılmış olan TURDEP-1 çalışmasında, yetişkin yaş nüfusta (≥ 19 yıl) Tip-2

DM prevalansının % 7.2 ve bozulmuş glukoz toleransının prevalansı % 6.7 olarak saptanmıştır (19).

2010 yılında yapılmış olan TURDEP-2 çalışmasında ise 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve Tip-2 DM prevelansı %13.7 bulunmuştur. Aradan geçen yıllarda önemli derecede artış olduğu görülmüştür. Bozulmuş glukoz toleransının ise artarak % 7.9'a ulaştığı görülmüştür. Sonuç olarak, 1998'de yapılan TURDEP-1'e göre, yenilenen TURDEP-2 çalışmasında Türkiye'de DM sıklığının 12 yılda % 90 arttığı görülmüştür (20).

Yine Türkiye'de kronik böbrek hastalarına hastalarına yönelik 2006'da yapılmış ve 5 yıllık dönemdeki değişim oranlarını gösteren insidans çalışmasına göre, 2006 yılında % 12,7 olan DM prevelansı, 2011'de ise % 18,3 olarak saptanmıştır (19).

2.1.5. Diabetes Mellitus Komplikasyonları

2.1.5.1. Akut Komplikasyonlar

- Diyabetik ketoasidoz (DKA)
- Hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD)
- Laktik asidoz (LA)
- Hipoglisemi

Takip ve tedavideki tüm ilerlemelere karşın DM'nin akut komplikasyonları ölüm nedeni olabilmektedir. Diyabetin acil durumları 4 ana başlık altında incelenebilir (10).

Diyabetik ketoasidoz ve hiperozmolar hiperglisemik durum, insülin azlığı ve ağır hiperglisemiden kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır. Laktik asidoz daha nadir görülmekle birlikte, DM'ye eşlik eden diğer ciddi sağlık problemleri sebebiyle ölüm oranı çok yüksek olan bir durumdur. Son olarak ise diyabetin acilleri içinde hızlıca müdahale edilmesi gereken ve en fazla yaşamsal önem taşıyan durum hipoglisemidir (21).

2.1.5.2. Kronik Komplikasyonlar

a. Mikrovasküler Komplikasyonlar

- Retinopati; Diyabetik Retinopati, gözleri etkileyen bir diyabet komplikasyonudur. Gözün arkasındaki ışığa duyarlı dokudaki kan damarlarının hasar görmesinden kaynaklanır.
- Nefropati; Kan şekerinin kontrol altına alınamaması sonucu DM tanılı bireylerde böbrek hasarı oluşmasına nefropati denir.
- Nöropati; Diyabetik nöropati, vücudun farklı yerlerinde hiperglisemi nedeniyle hasar görmüş sinirlerin farklı sendromlarını kapsamaktadır. Sinirler tarafından kontrol edilen beden fonksiyonlarından bazıları artık çalışmamaktadır.

Tip 2 DM'li hastaların %25'inde tanı anında mikrovasküler komplikasyonlar görülmektedir (10)

b. Makrovasküler Komplikasyonlar

- Aterosklerotik Kalp Hastalıkları
- Periferik Arter Hastalığı
- Serebrovasküler Hastalıklar

c. Diğer Komplikasyonlar

- Diyabetik Ayak
- Demans
- Alzheimer Hastalığı
- Psikolojik sorunlar
- Seksüel sorunlar (22).

2.1.6. Diyabetik Ayak

Hiperglisemi kontrolü sağlanamadığında DM, vücudumuzda tüm organlara hasar verir. Çoğunlukla dolaşım ve sinir sistemini etkileyen durumların alt ekstremitayı özellikle de ayakları etkilediği bilinmektedir. Neredeyse 100 yıl önce DM ve diyabetik ayak ülserleri arasındaki ilişki olduğu ilk kez, “Diyabet, perforans ülserlerin

oluşumunda etkin olabilir” şeklinde ifade edilmiştir. Diyabetik ayağa yaklaşım son 20 yılda şekillenmiştir (23).

Diyabetik ayak tanımlaması, doğrudan DM sebebiyle veya DM’nin kronik komplikasyonlarına bağlı olarak dolaylı yoldan gelişen ve ayakta oluşan tüm patolojik durumları kapsar. Periferik damar hastalığı, ayak deformiteleri, nöropati, travma ve/veya düşük bağışıklık sistemi gibi çeşitli durumların karmaşık bir sonucu olarak görülebilir. Genellikle mikroorganizmaların dokulara girişi ve dokularda üremesiyle birlikte görülen, çoğu zaman travma ya da ülser oluşumu ile başlayan doku hasarının eşlik ettiği bir durumdur. DM komplikasyonları uzun sürede ortaya çıkar ve yavaş bir seyir izler. Ancak, diyabetik ayakta ülser gelişimi aniden ortaya çıkar ve hızlı bir ilerleme gösterir. Ve yalnızca ayağı değil, bireyin hayatını da tehdit eden bir boyuta ulaşır. Özellikle DM’nin kronik komplikasyonlarından biri olan retinopati nedeniyle hastaların görme durumu azalır ve ilerlemiş ayak lezyonları geç fark edilir. Literatüre bakıldığında ve diğer komplikasyonlarla karşılaştırıldığında ayak problemi olan DM tanılı bireylerin hastanelere daha çok yük bindirdiği bildirilmiştir (24,25).

Diyabetik ayak gelişmesinde iki temel durum olan anjiyopati ve nöropati vardır. Bu iki durum kemik ve eklemlerde beslenme bozukluğuna sebep olmaktadır. Ayrıca ayaklardaki kas ve sinir dokusunun beslenme bozukluğu sonucunda bireyde nöropati görülmektedir. Bu durum zamanla sıcak soğuk his kaybı, eklemlerde hareket kısıtlılığı, ağrı hissi azalması ve ayakta postural bozukluğa neden olmaktadır. Deforme olan ayakta, cilt kuruluğu nedeniyle de mikroorganizmaların neden olduğu ayak ülserleri, yara ve osteomyelit gelişmektedir. Bu durumda kangrene sebep olmaktadır (26).

Diyabetli hastaların en sık hastaneye yatış ve en uzun süre hastanede kalış nedenidir (27).

2.1.6.1. Diyabetik Ayak Epidemiyolojisi

Diyabetik ayak hastalığı, DM’nin neden olduğu en yaygın ve en önemli kronik komplikasyonlarından biridir ve tüm DM tanılı bireylerin %15’ini etkiler (28). DM’de diyabetik ayak prevalansı %4-10, insidansı ise %2.2 -5.9 civarındadır (29).

Diyabetik ayak prevalansı %4-10 arasında bildirilirken, diyabet tanısı alan bireylerde hayatı boyunca Diyabetik Ayak gelişme oranı %25 kadar yüksek bir değerdedir (30).

Tüm dünyada diyabetik ayak ülser gelişme prevalansı % 6,3 olarak bildirilmiş olup tip 2 diyabetli hastalarda bu oran % 6,4, tip 1 diyabetli hastalarda %5,5 olarak bildirilmiştir. Türkiye de prevalansın %3,1 olduğu bildirilmiş olup, erkek hastalar %4,5 kadın hastalarda %3,5 olarak belirtilmiştir (31).

Diyabetik ayak hastalığı gelişiminde yıllık insidans, nöropatisi olmayan bireylerde % 1 iken, nöropatisi olan bireylerde bu oran % 7'ye çıkmaktadır (32).

Hastaneye başvuran DM tanılı hastaların %15'inde hayatlarının bir döneminde diyabetik ayak hastalığı gelişmektedir. Yine diyabetik ayak oluşumunu izleyen 3 yıl içerisinde hastaların %50'sinde nüks gözlenmektedir (33).

Amerika'da yapılan bir araştırmada hastaneye yatırılan DM tanılı bireylerin % 6'sının yatma nedeninin diyabetik ayak olduğu saptanmıştır. Diyabetik ayak hastalarının hastanede kalma süresi, yatış nedeni diyabetik ayak olmayan DM tanılı bireylere oranla % 59 daha fazla olduğu görülmüştür (34).

2.1.7. Diyabetik Ayak Ampütasyonları

Vücudun bir uzvunun ameliyatla kesilerek alınması, diyabetik ayak hastalığında mortaliteyi etkileyen en önemli girişimdir. Hastanın topuk seviyesini geçen ampütasyonlara majör yani büyük ampütasyon denir. Topuk seviyesinin altında kalan bölümlerde yapılan ampütasyonlara ise minör ampütasyon adı verilir. Ampütasyon seviyesi belirlenirken, ampütasyon sonrasında hastanın kazanacağı fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi göz önünde alınarak yapılır (35).

DM tanılı bireylerde alt ekstremitte ampütasyon sayıları DM tanısı olmayanlarla kıyaslandığında 10-20 kat daha fazladır. Dünya geneline bakıldığında zaman diyabetik ayak hastalığı sebebiyle her 30 saniyede bir alt ekstremitte ampütasyonu yapıldığı tahmin edilmektedir. Ampütasyon geçiren bireylerde ilk ampütasyon sonrası 3-5 yıl içerisinde ampütasyon tekrarlama oranının %30-50 arasında olduğu ve diğer ekstremitte için %50 ampütasyon riski olduğu da bilinmektedir. Ayrıca, ampütasyonu sonrası ilk 5 yıl içinde morbidite oranı %50 şeklindedir (24,36,37).

Travmatik olmayan alt ekstremitte ampütasyonlarının %40-60'ı DM'ye bağlıdır (10).

Diyabetik bireylerin % 1' inde ampütasyon yapılmaktadır (38).

DM tanılı bireylerin yaklaşık %14-24'ünde amputasyona karar verilir. Bunun anlamı ise DM nedeniyle her 30 dakikada bir alt ekstremitte kaybedilmektedir. Ölüm oranının ise bir yıl sonra %13-40, üç yıl sonra %35-65 ve %39-80'e yükseldiği düşünülmektedir (39).

2.1.7.1. Alt Ekstremitte Amputasyonları

- Ön ayak amputasyonu (parmak amputasyonları, ray amputasyonu, transmetatarsal amputasyonları)
- Orta ayak amputasyonları (Lisfrank amputasyonu, Chopart amputasyonu),
- Arka ayak amputasyonları (Syme amputasyonu, Boyd amputasyonu, Pirogoff amputasyonu),
- Transtibial (diz altı) amputasyonlar,
- Diz dezartikülasyonu,
- Transfemoral (dizüstü) amputasyonlar,
- Kalça dezartikülasyonu
- Hemipelvektomi (35).

2.1.7.3. Üst Ekstremitte Amputasyonları

- Parmak
- El (Transmetakarpal)
- El bileği dezartikülasyonu
- Önkol
- Dirsek dezartikülasyonu
- Kol
- Omuz dezartikülasyonu (40).

2.1.7.3. Diyabetik Ayak Sınıflandırması

Diyabetik ayak hastalığında sınıflandırma, tedavi standardizasyonu için önemlidir. Günümüzde yaygın olarak kabul gören bir sınıflama sistemi yoktur. Kullanılmakta olan sınıflandırmalardan en basiti, Wagner sınıflamasıdır.

Wagner Sınıflaması

- **Evre 0** Sağlam deri ile birlikte kemik çıkıntısı ve/veya kallus oluşumu (ülserasyon için riskli)
- **Evre 1** Derin dokulara yayılımı olmayan yüzeysel ülser
- **Evre 2** Tendon, kemik, ligaman veya eklemleri tutan derin ülser
- **Evre 3** Abse ve/veya osteomyeliti içeren derin ülser
- **Evre 4** Parmakları ve/veya metatarsları tutan gangren
- **Evre 5** Kurtarılmayacak düzeyde ve amputasyon gerektiren topuk veya ayağın bütününe gangreni (41).

Wagner sınıflamasına ek olarak PEDIS (perfusion, extent, depth, infection, sensation) sınıflaması kullanılır. Diyabetik ayak hastalığını perfüzyon, yaygınlık, derinlik, enfeksiyon ve duyu kaybı açısından değerlendirilip tedavi kararı verilir (10).

2.2. Akut Travmaya Bağlı Gelişen Ampütasyonlar

Günümüzde artan motorlu araç kullanımı ve teknolojinin bir sonucu olarak travmatik nedenli amputasyonlar, ilk sırada yer almaktadır. Akut travmaya bağlı olarak gelişen amputasyon, ekstremiteler, kulak, burun, penis gibi vücuttaki bir organın bir kısmını ya da tamamının, kaza (trafik kazaları, ev kazaları, iş kazaları), travma veya yüksekten düşme sonucu zarar görmesiyle bireyin hayatını kurtarmak amacı ile vücuttan ayrılması anlamına gelmektedir (42).

Ekstremiteler amputasyonları öncelikle fiziksel olup ama aynı zamanda da ruhsal bir hastalıktır. Diyabet, dolaşım bozuklukları, enfeksiyonlar, kanser veya doğuştan gelen hastalıklar amputasyon nedenleri arasında sayılabilir. Bu durumlarda, amputasyonun gerekliliği konusunda beklenilir. Bunun aksine, trafik kazası, iş kazası gibi durumlarda amputasyon acil bir ihtiyaç olarak ortaya çıkabilir (43).

Akut travmaya bağlı gelişen amputasyon en sık alt ekstremitelerde görülür. Alt ekstremiteler amputasyonlarının vücuttaki tüm amputasyonlar içerisindeki oranı %80-85'tir. Travmatik amputasyonlar, periferik vasküler hastalıklara bağlı amputasyonlardan sonra 2. sırada yer alır (40).

2.3. Ampütasyonun Ruhsal Boyutu

Bireyi korku, ümitsizlik içinde bırakan, beklenmediği bir zamanda aniden gelişmiş, kendisinin ya da bir başkasının fiziksel ve psikolojik sağlığını kötü yönde etkileyen her türlü duruma ruhsal travma adı verilir. Olağandışı ve bireyin kontrolü dışında oluşu, bireyi endişe, ümitsizlik içinde bırakması, yok olma tehdidi yaşatması ve yaşanan olaydan kaçma imkanının olmaması ile birlikte amputasyon geçirmiş olması, birey için bir ruhsal travma nedenidir. Amputasyon birey için sadece bir organ kaybı değil, bunun yanında; bireyin hem fiziksel hem de ruhsal anlamda kayıplar yaşadığı bir durumdur. Kayıp durumunda birey yas süreci denilen bir süreçten geçebilir. Yas, yaşanan kaybın herhangi bir çeşidine karşı verilen psikolojik yanıt veya iç dünya ile gerçeklik arasında uyum sağlamak için yapılan uzlaşma olarak tanımlanabilir. Yasın normal süreci içerisinde tamamlanmadığı durumlarda, yaşam sürecinde karşılaşılanlara bağlı olarak tekrar ağır ve daha uzun süren yas tepkileri ortaya çıkabilir. Bu nedenle amputasyon geçiren bireylerde yas süreci yaşaması beklenen bir durumdur (44).

Kişinin fiziksel sağlığı ruhsal durumu üzerinde ne kadar etkiliyse, amputasyona olan uyum, bireyin ruh sağlığı üzerinde o derece etkili olmaktadır. Yeni duruma uyum sağlamada kişisel sağlımlıkları ve onlara bakım veren kişilerin yoğun çaba ve etkili yaklaşımlarının payı büyüktür. Bu süreçte; fizyoterapist, ortopedist, protez ya da biyomekanik uzmanı, hemşire, cerrah, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve aile yer almalıdır. Sağlığın bozulması gibi zorlayıcı bir yaşam deneyimi ile başa çıkma sürecinde birçok insan duygusal bir gerginlik yaşar. Ancak kişilik özelliklerine, geçmiş deneyimlere ve çevreden alınan desteğe bağlı olarak hastalığa tepkiler değişebilir (45).

Amputasyonun organik süreçleri kapsayan tıbbi boyutu dışında bireyin tepkilerini belirleyen ruhsal boyutu da vardır. Bireyin hastalığa, amputasyona yüklediği anlam ve bunu nasıl algıladığı bireydeki tepkileri belirlemede büyük önem taşır. Hastanın tepkileri ve durumuna uyumu üzerinde etkili olan tıbbi, ruhsal ve psikososyal faktörler vardır. Bu faktörler hastalığın kendisi, hastalığın olduğu organ, tıbbi girişimlere karşı deneyim ve düşünceler, kişinin yas döneminde olması, işi, ailesi, amaçları üzerinde tehdit olarak algılanması, bireyin çevresinden gördüğü sosyal destek, hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar, kişinin fiziksel ve ruhsal potansiyeli, kişilik özellikleri ve baş edebilme süreçleri şeklinde sıralanabilir (46).

Travmaya bağlı olarak gelişen amputasyonlara eşlik eden çoklu organ hasarı, tedavi sürecinin genellikle multidisipliner yürütülmesini zorunlu hale getirmektedir. Etkilenen organa göre değişmekle birlikte sıklıkla ortopedi, genel cerrahi, plastik, göğüs ve kalp damar cerrahisi ve fizik tedavi servislerinin birlikte çalışması gerekmektedir. Ancak, travmatik amputasyona psikiyatrik sorunların sıklıkla eşlik etmesi beden ve ruh sağlığını birlikte gözetin bütüncül tedavi yaklaşımını gerektirmektedir. Sadece, travma sonrası stres bozukluğunun eşlik etme oranları dikkate alındığında bile konunun önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Amputasyon sonrası dönemde %22,7 olan etkilenme oranı süreç içinde %77,2' ye çıkmaktadır (47).

Amputasyon sonrası en fazla karşılaşılan zorluklardan bireylerin tedavi yöntemlerine yönelik olumsuz tavırlarıdır. Bunun nedenleri ise hastaların kaybettikleri uzuv nedeniyle kendilerini eksik ve işe yaramaz olarak görmeleri ve azalmış benlik saygılarıdır. Tedavi ekibinin bu süreçler hakkında bilgili olması ve empatik yaklaşımları sorunun çözümünü kolaylaştıracakı düşünölmektedir (45).

Amputasyon geçiren bireyin yaşının genç olması, kronik bir hastalığa bağlı olmadan gerçekleşen amputasyon, amputasyon geçiren bireyde yaşadığı durumla başa çıkma yeteneğinin, duygusal ve sosyal desteğinin yeterli olmaması da amputasyon sonrası uyum sürecini zorlaştırmaktadır (48).

Genel olarak bakıldığında, bireylerin iyileşeceklerine ilişkin gerçekçi olmayan beklentileri tedavi süreçlerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bireyin beklentilerinde dengenin kurulması, tedavi ekibinin ortak yaklaşımları ve doğru bilgilendirmeleriyle mümkündür. Bunun yanında, tedavi ekibinin profesyonel ve ümit dolu yaklaşımları, iş birliğinin oluşturulmasına ve daha iyi tedavi sonuçları elde edilmesine de fayda sağlayacaktır.

Ek olarak, amputasyon geçirmiş bireyin tedavisinde ve amputasyon seviyesini belirleme de dâhil olmak üzere karar verme sürecine katılımının sağlanması çok önemlidir. Böylelikle içerisinde bulunduğu zorlu durumu, sağlık ekibi ve varolan sosyal desteğiyle birlikte aldığı kararlarla, baş edebileceğini keşfedebilir. Bu sayede, bireyin yaşadığı travma ile ilişkili olarak olumsuz duygularının yerini daha olumlu düşüncelerinin tekrar alabilmesi mümkün olabilir (49).

Amputasyon geçirmiş bireyin tedavi ve bakımında bütüncül (biyo-psiko-sosyal) bir bakış açısının sağlamak için ruh sağlığının da dahil edilmesi önemlidir. Amputasyon

sonrasındaki erken dönemde, askerlerde bütünlük algısının kaybolması, özsaygıda azalma ve gelecek korkusu yaşama, sık karşılaşılan ruhsal tepkilerdir. Ampütasyon sonrasında bu duyguların neden olduğu “sosyal izolasyon” yürümekte olan rehabilitasyon ve uyum sürecini ve bireyin ruhsal destek sistemlerini olumsuz etkileyebilir (50).

Sağlık ekibinin empatik yaklaşımı, organ kaybına neden olan travmatik olayın izlerinin daha kolay ifade edilmesini sağlayarak, ampütasyonun duraksattığı bilişsel süreçlerin yeniden işlenmesini sağlayacaktır (51).

Ampütasyondan sonra çoğunlukla görülen biyo-psiko-sosyal sorunlar şöyle özetlenebilir; Beden görüntüsü endişeleri, bütünlük hissi kaybı, benlik saygısında azalma, bozulmuş beden imajı ile etiketlenmiş şekilde yaşamak, boşluk ve değersizlik hissi, farklı davranılmasından dolayı sosyal uyumda zorlanma, sosyal izolasyon, azalmış cinsel aktivite, anksiyete, depresyon, sosyal rahatsızlık ve buna bağlı aktivite kısıtlaması, samimi ilişkiler ve evlilikte başarısızlık, iş kaybı ya da iş değişikliği yüzünden maddi sıkıntılara neden olabilmektedir (52).

Bu duygusal tepkilerin birçoğu geçici olmakla beraber, bazıları ise aslında yapıcı ve yararlıdır, bazıları ise psikolojik destek gerektirecek boyuta gelebilir. Bu nedenle ampütasyona verilen tepkilerin birey, yakın çevresi ve sağlık ekibi tarafından bilinmesi ve hazırlıklı olunması önemlidir (53).

Literatüre bakıldığında ampütasyondan sonraki ilk aylarda başatma sürecine eş desteğinin az olması depresyon riskini artırırken, güçlü sosyal destek varlığı tam tersi etki yaratır (54).

Yine yapılan bir çalışmada alt ekstremitte ampütasyonlarında depresyon ve anksiyete oranları değişken olmakla beraber %64 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda, sosyal desteği olmayanlarda, işsizlerde, travma sonrası ampütasyon geçiren bireylerde ve kısa süre önce ampütasyon geçiren bireylerde psikolojik belirtilerin oranları daha yüksek çıktığı saptanmıştır (55).

2.3.1. Akut Travmaya Bağlı Gelişen Ampütasyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

DSM V’te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) Travma ya da stres oluşturan bir olay ile karşılaştıktan sonra stres veya kaygıdaki artış ile dikkat

çeker. Travma ya da tetikleyici etken, şiddet içerikli bir kaza ya da suça, askeri bir çatışmaya ya da saldırıya, kaçırılmaya ya da kaçırılmaya şahit olmaya, doğal bir afet yaşamaya, yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almaya ya da sistemik bir şekilde fiziksel veya ruhsal istismara bağlı olabilir. Kişi bu tecrübeye korku ve çaresizlik duygularıyla yanıt verebilir. Olayı sürekli olarak yeniden yaşar ve hatırlatılması durumundan kaçınmaya çalışır. Olay rüyalarda ya da uyanıklık sırasındaki düşüncelerde yeniden yaşanabilir (56).

Yapılan bir çalışmaya göre, bedensel yaralanmanın travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkışını iki kat arttırdığı bilinmektedir (57).

Travmatik bir olay sonrası TSSB' ye yakalanma açısından bakıldığında; daha önceki travmatik olayların varlığı, ailesel psikiyatrik bozukluk geçmişi, algılanan yaşam tehdidi seviyesi, zayıf sosyal destek varlığı ve travmatik olay anında yaşanan duygusal tepkilerdir (58).

TSSB, kronik hale gelebilen, ortaya çıkmasından 10 yıl sonra bile %40 oranında hastalık belirtileri hala aktif olarak görülebilen, diğer psikiyatrik bozukluklarına yatkınlığı 2-6 kat arttıran ve sağlık sisteminde diğer anksiyete bozukluklarına göre daha fazla ekonomik yük olan bir bozukluktur (45).

Travma sonrası stres bozukluğunda, yüksek intihar ve boşanma oranları bildirilmektedir (59).

TSSB ile diabetes mellitus, obezite, sigara kullanımı, kronik yorgunluk, demans, madde kullanım bozuklukları, kalp hastalıkları, gastrointestinal-dermatolojik ve kas iskelet sistemi hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır. Fazla miktarda sigara kullanımının amputasyon geçirmiş bireyin yara iyileşmesinde ve rehabilitasyon sürecinde olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (60).

Başka bir deyişle, travmaya bağlı olarak gelişen amputasyonlar başta TSSB olmak üzere çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olmaktadır, TSSB'nin varlığı da başka fizyolojik hastalıkların ve bunların komplikasyonlarının görülme sıklığını arttırmakta ve amputasyonun iyileşme, rehabilitasyon ve bireyin uyum sürecini olumsuz etkilemektedir. TSSB ile alakalı bu durum, amputasyon geçirmiş bireylerde TSSB'nin gelişimine yönelik, erken tanı ve tedavilerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (61).

Psikiyatrik deęerlendirmenin ilk basamaęı, travmatik nedenli amputasyon sonrası TSSB yatkınlıęı olan bireylerin erken tespit edilmesi olmalıdır. Yüksek yatkınlıęa sahip olduęu dūşūnūlen bireylerle daha sık psikiyatrik gōrūşme yapmak gerekebilir (61).

Ampütasyon geęirmiş bireylerle yapılan psikiyatrik deęerlendirmelerin temel hedefi, travma sonrası stres bozukluęu ve dięer psikiyatrik bozuklukların erken tanı ve tedavisi olmalıdır. TSSB'nin dięer fizyolojik ve psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışında önemli bir risk faktōrū olduęu ve rehabilitasyon sūrecini olumsuz etkiledięi bilinmektedir. Ampütason geęirmiş bireylere yōnelik psikiyatrik deęerlendirmelerde empatik yaklaşımlar gōsterilmeli ve gōrūşme sıklıęı hastanın bireysel ihtiyaęlarına gōre dūzenlenmelidir. Psikiyatrik bozukluęun ařamalarına gōre yapılması gereken psikoterapōtik mūdahaleler deęiřim gōsterebilir.

2.3.2. Ampütasyonda Beden Algısı

Bireyin fiziksel gōrūnūmūnū nasıl algıladıęına beden algısı adı verilir (62).

Bir bařka tanımlamaya gōre ise beden algısı, bireyin fiziksel benlięinin zihinsel bir resmi ve bařkalarının onun fiziksel durumunu nasıl gōrdūęūnūn algısıdır (53).

Ampütasyon geğirmiş bir bireyin yaşam tarzındaki değişiklikler, fiziksel durumundaki bozuklukların varlığı bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir. Alt ekstremiteler fonksiyonel olarak bireyin yaşamındaki tūm performans alanları üzerinde etkilidir (63).

Geğirilmiş amputasyon nedeniyle beden algısında olan farklılıklar hem fiziksel hem de psiko-sosyal yōnden bireyin tūm hayatını etkileyebilmektedir. Yařam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı hayat şartlarından memnun olması ve yaşama sevincine sahip olmasıdır. Bařka bir deyişle, bireyin kendi seçimlerine gōre yaşamının niteliği hakkındaki genel değerlendirmesi olarak ele alınır (64).

Literatūre bakıldığında amputasyon geğirmiş bireylerin aktivitelere katılımında azalma, öz-benlik algısında yetersizlik, beden algısında ve yaşam kalitesinde bozulmalar olduğunu gōsteren çalışmalar bulunmaktadır (65,66,67).

Bireylerin birbirleri ile iliřkilerinde öncelikle dıř gōrūnūř gelmektedir. Gūnūmūzde, dıř gōrūnūřūn önemi konusunda hızla artan bir akım vardır. Toplum içerisinde belirli bir beden algısına uymak konusunda bireylere yapılan bir baskı vardır ve bundan dolayı beden algısının geliřtirilmesi ve sūrdürölmesi önem kazanır (53).

Beden algısı kavramı, bedeninin şeklinin, işlevinin ve görünüşü ile ilgili bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenen bireyin psikososyal uyumu, duygularının ve tutumlarının bir bütünlüğü olarak tanımlanabilir. Beden algısı, insanların kendilerini nasıl gördüklerine ilişkin farklı sosyopsikolojik bileşenleri içerisinde bulunduran geniş bir kavramdır (52,69)

Bu yüzden bireyin nasıl görüldüğüne ilişkin beden algısı, öznel iyi oluş durumunu etkileyecektir. Bir bireyin var olan beden görüntüsünü kabul edemediği ve mevcut gerçeklikle farklı olan eski beden imajına takılı kaldığı zaman beden algısı bozukluğu belirgin olarak görülmektedir (70).

Diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin, akut travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylere göre, beden algılarının ve travmatik stres belirtilerinin bazı değişkenler açısından farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle araştırmanın amacı diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerde beden algısı ve travmatik stres belirtilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3. MATERİYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin, beden algısı ve travmatik stres belirtilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

Diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin, travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylere göre beden algıları ve travmatik stres belirtilerinin arasında bazı değişkenler açısından değerlendirildiğinde farklılık göstermesi araştırmanın hipotezini oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, kronik hastalık veya travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylerin beden algılarının ve travmatik stres belirtilerinin sosyodemografik ve ruhsal faktörlerinin değerlendirildiği tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Eylül-2019 ile Mart-2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Eylül-2019 ile Mart-2020 tarihleri arasında, diyabetik ayak nedeniyle, Endokrinoloji ve Metabolizma, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Radyoloji Anabilim dallarından oluşan, diyabetik ayak konseyinde değerlendirilmiş 218 birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Eylül-2019 ile Mart-2020 tarihleri arasında, diyabetik ayak nedeniyle, Endokrinoloji ve Metabolizma, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Radyoloji Anabilim dallarından oluşan diyabetik ayak konseyinde değerlendirilmiş ve

ampütasyon kararı alınmış, herhangi bir iletişim engeli olmayan ve 18 yaş üzerindeki 70 bireyden, çalışmaya katılmayı kabul eden 68 birey oluşturmuştur. Araştırmanın karşılaştırma grubu evrenini, Eylül-2019 ile Mart-2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde intihar dışında, herhangi bir travmaya bağlı neden ile (iş kazası, trafik kazası, ev kazası vb) ampütasyon geçirmiş 33 birey oluşturmuştur. Araştırmanın karşılaştırma grubu örneklemini ise, Eylül-2019 ile Mart-2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde intihar dışında, akut travmaya bağlı gelişen sebeple (iş kazası, trafik kazası, ev kazası vb) ampütasyon geçirmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzerindeki 30 birey oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplama programı kullanılarak %99 güven aralığında $\alpha=0.05$ düzeyinde etki büyüklüğü 0,77 olacak şekilde 248 kişilik bir evren için gerekli örneklem büyüklüğü hem çalışma hem de karşılaştırma grubu toplamı için 66 olarak bulunmuştur. Örneklemin bu çalışma için evreni temsil gücü %95 olarak tespit edilmiştir.

3.5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bireyler çalışmaya dahil edilirken aşağıdaki şu kriterler dikkate alınmıştır.

- Ampütasyon işlemi üzerinden geçen sürenin 30 günden daha kısa olması
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda gönüllü olması
- 18 yaş ve üzerinde olması
- Herhangi bir iletişim engeli olmaması

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması aşamasında bireylerin tanıtıcı özellikleri için 'Sosyodemografik Veri Formu', travmatik stres belirtilerini değerlendirmek için 'Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği (TSBÖ)', beden algılarını değerlendirmek için ise 'Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)' kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından veriler Eylül-2019 ile Mart-2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde diyabetik ayak nedeniyle ampütasyon geçirmiş bireylerden araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri olan ve herhangi bir iletişim problemi olmayan

bireylerden toplanmıştır. Veriler, araştırmacının kendisi tarafından, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, bireyler amputasyon geçirdikten sonra uygun olan zamanlarda yüz yüze görüşme suretiyle toplanmıştır. Çalışma grubunda, diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş 70 bireyden, araştırmaya katılmayı kabul eden 68 birey, karşılaştırma grubunda ise intihar dışında herhangi bir travmaya bağlı nedenle amputasyon geçirmiş 33 bireyden, çalışmamıza katılmayı kabul eden 30 birey araştırmamıza katılmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

3.6.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Örneklem grubunun özelliklerini ve hastalık öykülerini belirlemek amacı ile bir 'Sosyodemografik Veri Formu' araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bireyin sosyodemografik (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, amputasyon sebebi, kan şekeri, komorbid durumlar, kullanılan ilaçlar vs.) bilgilerine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.6.1.2. Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği (TSBÖ)

Travmatik stres belirtilerinin varlığının ölçülmesi amacıyla Travmatik Stres Belirti Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Başoğlu ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiş, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Toplam 23 maddeden oluşan, kişilerin kendi kendilerini son bir ay için değerlendirdikleri, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir. İlk 17 maddesi DSM-IV'te belirtilen TSSB belirtilerini, son altı maddesi ise depresyon belirtilerini sorgular. Bu 17 maddeden elde edilen puanın 25 ve üzerinde olması muhtemel TSSB'ye işaret eder. Ölçeğin kesme noktası tüm maddeler dikkate alınarak yapıldığında 38, TSSB maddeleri dikkate alınarak yapıldığında 25, depresyon maddeleri dikkate alındığında 8'dir. Başoğlu ve arkadaşları TSSB için duyarlılık ve özgüllüğün %81 olduğunu bildirmişlerdir (71). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenilirlik kat sayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise TSBÖ için Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenilirlik kat sayısı 0,944 olarak bulunmuştur.

3.6.1.3. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Beden imajını ölçebilmek için “Beden Algısı Ölçeği” kullanılmaktadır. Ölçek 1953 yılında Secord ve Jouard tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçeğin her bir maddesi bir organı veya bedenın bir bölümünü ya da bir işlevini ifade eden 40 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için en olumlu ifadeden, en olumsuz ifadeye doğru 1’den 5’e kadar değişen puanlar almakta ve “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” şeklinde likert tipi uygulanan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek toplam puan 200’dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin artmasını, puanın azalması ise memnuniyetin azaldığını belirtmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır. Beden imajı ölçeğinin kullanılmasındaki amaç bireylerin dış görünüşlerine karşı geliştirmiş oldukları tutumu tespit edebilmektir. “Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin artmasını, puanın azalması ise memnuniyetin azalmasını belirtmektedir. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlık, katsayısı hesaplanmış ve Cronbach Alfa katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir.” (72). Yaptığımız çalışmada ise Cronbach Alfa değeri BAÖ için 0,976 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Analizi

Çalışmamızın verilerine ilişkin istatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 22) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada elde edilen tanımlayıcı istatistiklerden kategorik olanlar sayı ve yüzde olarak gösterilirken sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler dikkate alınarak tablolar oluşturulmuştur. Ayrıca kategorik değişkenler gruplar arasında karşılaştırılırken *Ki Kare* test istatistiği kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin grupta normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Birbirinden bağımsız iki grup karşılaştırılırken normal dağılımın görülmediği durumlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken ise sürekli değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlar için

Kruskall-Wallis H testi kullanılmıştır. İstatistiksel önem düzeyi, uygulanan tüm testlerde 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın sınırlılıkları

- Örneklemin genişliği; daha uzun süre içerisinde, daha fazla bireye ulaşılabilmesi ve karşılaştırma grubuyla değerlendirilmesi, amputasyon geçirmiş bireylerin beden algıları ve travmatik stres belirtilerinin daha detaylı değerlendirilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.
- Çalışmanın yapıldığı kurumda Covid-19 pandemisi nedeniyle acil olmayan bütün cerrahi ameliyatların durdurulma kararı alınmış olması
- Çalışmanın yapıldığı kurumda Yanık Ünite'sinin kapalı olması nedeniyle yanık nedeniyle amputasyon kararı alınmış bireylerin kuruma kabul edilemiyor olması



4. BULGULAR

Çalışmanın örneklemini oluşturan ve herhangi bir sebepten amputasyon müdahalesi uygulanmış olan bireylere ait sosyodemografik veriler arasından sürekli değişken durumunda olan veriler değerlendirildiğinde; bireylerin yaş ortalaması ve standart sapması $55,88 \pm 12,95$ olarak bulunmuştur.

Ampütasyon müdahalesi uygulanmış olan bireylerden elde edilen verilere göre, bireylerin BAÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması $148,02 \pm 29,23$ 'dir. Bireylerin travma sonrası stres belirtileri puan ortalamaları ve standart sapmaları $21,03 \pm 10,87$, depresyon belirtisi puan ortalamaları $6,91 \pm 4,06$ ve travma sonrası belirtiler ölçeği toplam puan ortalama ve standart sapmaları ise $27,94 \pm 14,31$ 'dir.

Çizelge 4.1. Ampütasyon geçirmiş bireylere ait sosyodemografik değişkenler

Değişken (N=98)	Çalışma Grubu (n=68)		Karşılaştırma Grubu (n=30)		p	
	N	%	N	%		
Yaş					<0,001	
	28-45 yaş	7	10,3	18		60
	46-63 yaş	35	51,5	9		30
	64 ve üzeri	26	38,2	3		10
Cinsiyet					0,394	
	Erkek	44	64,7	21		70
	Kadın	24	35,3	9	30	
Medeni durum					0,004	
	Evli	42	61,8	25		83,3
	Bekar	4	5,9	4		13,3
	Eşini kaybetmiş	22	32,4	1		3,3
Öğrenim durumu					0,001	
	Okur-yazar değil	18	26,5	0		0
	İlkokul	26	38,2	11		36,7
	Ortaokul	17	25	11		36,7
	Lise	7	10,3	8	26,7	
Meslek (Çalışma Durumu)					0,257	
	Tarım sektörü	4	5,9	4		13,3
	Kamu sektörü	3	4,4	2		6,7
	Ticaret sektörü	22	32,4	13		43,3
	Çalışmıyor	39	57,4	11	36,7	

Çizelge 4.1'e göre kronik bir hastalıktan dolayı amputasyon işlemi gören ve akut bir durumdan dolayı amputasyon işlemi gören bireyler yaş değişkenine göre değerlendirildiğinde çalışma grubundakilerin 35'i (%51,5) 46-63 yaş aralığında iken karşılaştırma grubundakilerin 9'u (%30) 46-63 yaş aralığındaydı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin 44'ünün (%64,7) erkek olduğu saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda 21'idi (%70). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile cinsiyet arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,394$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler medeni durum değişkenine göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin 42'sinin (%61,8) evli olduğu saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda 25'idi (%83,3). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile cinsiyet arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler öğrenim durumu değişkenine göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin yalnızca 7'sinin (%10,3) lise mezunu olduğu saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda 8'idi (%26,7). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile öğrenim durumu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Çizelge 4.2. Ampütasyon geçirmiş bireylere ait sosyodemografik değişkenler

Değişken (N=98)	Çalışma Grubu (n=68)		Karşılaştırma Grubu (n=30)		p
	N	%	N	%	
Kullanılan İlaçlar					
Oral Antidiyabetik İlaçlar	1	1,5	1	3,3	<0,001
İnsülin	55	80,9	5	16,7	
OAD+insülin	12	17,6	0	0	
İlaç kullanmıyor	0	0	24	80	
Ameliyat Öncesi Bilgi Alma					
Evet	62	91,2	30	100	0,104
Hayır	6	8,8	0	0	
Ampütasyon Niteliği*					
Majör ampütasyon	49	72,1	8	26,7	<0,001
Minör ampütasyon	19	27,9	22	73,3	
Ameliyat Öncesi Psikiyatrik Hastalık Durumu					
Anksiyete Bozukluğu	0	0	1	3,3	0,169
Depresyon	3	4,4	2	6,7	
Hayır	65	95,6	27	90	
Ampütasyon Sonrası Psikiyatrik Konsültasyon Durumu					
Evet	13	19,1	8	26,7	0,431
Hayır	55	80,9	22	73,3	
Konsültasyon Sonrası Başlanan Psikiyatrik Tedavi					
Anksiyolitik	6	8,8	3	10	0,925
Anti-depresan	6	8,8	2	6,7	
Yok	56	82,4	25	83,3	
Komorbid Durumlar					
Koroner Arter Hastalığı	23	33,8	0	0	-
Hipertansiyon	13	19,1	1	3,3	
Böbrek Hastalığı	13	19,1	1	3,3	
Nöropati	12	17,6	4	13,3	
Görme Kaybı	4	5,9	0	0	
Hastalık yok	3	4,4	24	80	
Ameliyat Sonrası Ampüte Bölgeyi İlk Görme					
İlk iki gün içerisinde	41	60,3	22	73,3	0,156
Üçüncü gün ve sonrası	19	39,7	8	26,7	
TSSB Tamı (Ölçek Cut-Off)					
Pozitif	13	19,1	15	50	0,003
Negatif	55	80,9	15	50	

(*Majör ampütasyon: El, ayak, bacak gibi ekstremiteleri ifade ederken minör ampütasyon el ve/veya ayak parmağının ampüte edilmesi anlamını taşımaktadır.)

Çizelge 4.2.'ye göre kronik bir hastalıktan dolayı amputasyon işlemi gören ve akut bir durumdan dolayı amputasyon işlemi gören bireyler kullanılan ilaç değişkenine göre değerlendirildiğinde çalışma grubundakilerin 55'i (%80,9) insülin kullanır iken karşılaştırma grubundakilerin yalnızca 5'i (%16,7) insülin kullanmaktaydı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile kullanılan ilaçlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler ameliyat öncesi bilgi alma durumlarına göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin 62'sinin (%91,2) bilgi aldığı saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda 30'idi. (%100). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile ameliyat öncesi bilgi alma durumu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,104$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler amputasyon bölgesi/ampütasyonun niteliği bakımından karşılaştırıldığında ise çalışma grubundakilerin 49'unun (%72,1) majör amputasyon geçirdiği saptanmışken karşılaştırma grubunda bu sayı 8'idi (%26,7). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile amputasyon niteliği arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler amputasyon sonrası psikiyatrik konsültasyon durumlarına göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin 13'ünün (%19,1) konsülte edildiği saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda 8'idi (%26,7). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile amputasyon sonrası psikiyatrik konsültasyon durumu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,431$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler ameliyat sonrası amputasyon bölgesi ilk defa görme durumlarına göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin 41'inin (%60,3) ilk iki gün içerisinde gördükleri saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda 22'idi. (%73,3). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile ameliyat sonrası amputasyon bölgesi ilk defa görme durumları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,156$).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler Travmatik Stres Belirtileri Ölçeğine bağlı kesme değeri bakımından karşılaştırıldığında çalışma grubundakilerin 55'inin (%80,9) negatif tanı aldığı saptanmışken karşılaştırma grubunda bu sayı 15'idi

(%50). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile amputasyon niteliği arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$).

Çizelge 4.3. Amputasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarına göre karşılaştırılması

Gruplar arası	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	P
	Ort ± S.s. Median [Min-Max]	Ort ± S.s. Median [Min- Max]	
Beden Algısı Ölçeği	143,16±28,03 137 [88-200]	159,03±29,33 160 [102-200]	0,016
Travma Sonrası Stres Belirtileri	17,60±10,36 18 [0-36]	28,80±7,57 27,50 [12-42]	<0,001
Depresyon Belirtileri	5,94±4,28 6 [0-15]	9,10±2,38 9 [5-15]	<0,001
TSBÖ TOPLAM	23,54±14,04 23,50 [0-49]	37,90±9,06 37,50 [17-57]	<0,001

Çizelge 4.3'e göre kronik bir sebepten veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı verilmiş bireyler Beden Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; çalışma grubunu oluşturan kronik hastalık sebebi ile amputasyon gören bireylerin ölçek puan ortalaması ve standart sapması 143,16±28,03 iken karşılaştırma grubunu oluşturan ve akut bir sebep ile amputasyon görenlerin puanları 159,03±29,33 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$).

Çalışma ve karşılaştırma grubunu oluşturan bireyler Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; çalışma grubundaki bireylerin Travma Sonrası Stres Belirtileri puan ortalaması ve standart sapması 17,60±10,36 iken karşılaştırma grubundaki bireylerin puanları 28,80±7,57 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Yine çalışma grubundaki

bireylerin Depresyon Belirtileri puan ortalaması ve standart sapması $5,94 \pm 4,28$ iken karşılaştırma grubundaki bireylerin puanları $9,10 \pm 2,38$ olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Çalışma ve karşılaştırma grubunu oluşturan bireyler Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; çalışma grubundaki bireylerin toplam puan ortalaması ve standart sapması $23,54 \pm 14,04$ iken karşılaştırma grubundaki bireylerin puanları $37,90 \pm 9,06$ olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Çizelge 4.4. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarına göre cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılması

	Cinsiyet	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		Ort $\pm$ S.s. Median [Min-Max]	Ort $\pm$ S.s. Median [Min-Max]	
Beden Algısı Ölçeği	Erkek	131,11 $\pm$ 25,02 131,50 [88-192]	167,10 $\pm$ 23,78 160 [114-200]	<0,001
	Kadın	152,42 $\pm$ 31,30 157 [93-200]	140,22 $\pm$ 33,73 125 [102-197]	0,272
p		0,075	0,040	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	Erkek	18,66 $\pm$ 10,22 19,50 [1-36]	28,09 $\pm$ 7,26 27 [12-41]	0,001
	Kadın	15,67 $\pm$ 10,56 17 [0-35]	30,44 $\pm$ 8,46 31 [17-42]	0,001
p		0,195	0,504	
Depresyon Belirtileri	Erkek	6,07 $\pm$ 3,98 6 [0-14]	9,24 $\pm$ 2,05 9 [5-12]	0,001
	Kadın	5,71 $\pm$ 4,86 6 [0-15]	8,78 $\pm$ 3,15 8 [5-15]	0,072
p		0,619	0,449	
TSBÖ TOPLAM	Erkek	24,73 $\pm$ 13,64 24,50 [1-49]	37,33 $\pm$ 8,45 37 [17-50]	<0,001
	Kadın	21,38 $\pm$ 14,78 23 [0-48]	39,22 $\pm$ 10,79 40 [23-57]	0,002
p		0,329	0,722	

Çizelge 4.4'e göre kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, cinsiyet grupları içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $131,11 \pm 25,02$ ve karşılaştırma grubu için $167,10 \pm 23,78$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Kadınlarda bu ortalamalar sırasıyla $152,42 \pm 31,30$ ve $140,22 \pm 33,73$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,272$).

Gruplar cinsiyetlere göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan erkeklerin ve kadınların BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,075$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde erkeklerin ve kadınların BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,040$).

Bireyler, cinsiyet grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $18,66 \pm 10,22$ ve karşılaştırma grubu için $28,09 \pm 7,26$ 'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Kadınlarda bu ortalamalar sırasıyla $15,67 \pm 10,56$ ve $30,44 \pm 8,46$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Bireyler, cinsiyet grupları içinde DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $6,07 \pm 3,98$ ve karşılaştırma grubu için $9,24 \pm 2,05$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Kadınlarda bu ortalamalar sırasıyla $5,71 \pm 4,86$ ve $8,78 \pm 3,15$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,072$).

Bireyler, cinsiyet grupları içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin TSBÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $24,73 \pm 13,64$ ve karşılaştırma grubu için $37,33 \pm 8,45$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Kadınlarda bu ortalamalar sırasıyla $21,38 \pm 14,78$ ve $39,22 \pm 10,79$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,002$).

Çizelge 4.5. Amputasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının yaş değişkeni açısından karşılaştırılması

	Yaş	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		$\bar{X} \pm S.D.$ Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.D.$ Median [Min- Max]	
Beden Algısı Ölçeği	28-45 yaş	116,29±17,69 124 [88-134]	158,39±28,77 160 [102-193]	0,003
	46-63 yaş	139,11±24,91 132 [110-192]	152,11±30,21 160 [105-193]	0,287
	64 ve üzeri	155,85±28,19 158 [93-200]	183,67±25,74 197 [154-200]	0,162
p		0,003	0,253	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	28-45 yaş	28,57±6,13 30 [21-36]	30,89±6,43 31 [21-42]	0,389
	46-63 yaş	19,17±9,36 19 [2-35]	28,33±7,37 27 [19-41]	0,012
	64 ve üzeri	12,54±9,79 10,50 [0-34]	17,67±6,03 17 [12-24]	0,315
p		<0,001	0,043	
Depresyon Belirtileri	28-45 yaş	11,14±3,24 12 [6-15]	9,83±2,31 10 [6-15]	0,297
	46-63 yaş	6,46±3,82 6 [0-14]	8,67±2 9 [5-12]	0,081
	64 ve üzeri	3,85±3,76 3 [0-14]	6±1 6 [5-7]	0,196
p		<0,001	0,030	
TSBÖ TOPLAM	28-45 yaş	39,71±7,87 39 [27-49]	40,72±7,56 41,50 [28-57]	0,883
	46-63 yaş	25,63±12,44 25 [4-47]	37±8,32 37 [27-50]	0,012
	64 ve üzeri	16,38±13,04 13 [0-48]	23,67±7,02 23 [17-31]	0,281
p		<0,001	0,023	

Çizelge 4.5'e göre kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, yaş grupları içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; 28-45 yaş grubu bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $116,29 \pm 17,69$ ve karşılaştırma grubu için $158,39 \pm 28,77$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). 46-63 yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla $139,11 \pm 24,91$ ve $152,11 \pm 30,21$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,287$). 64 yaş ve üzeri grupta ise bu ortalamalar $155,85 \pm 28,19$ ve $183,67 \pm 25,74$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,162$).

Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,253$).

Bireyler, yaş grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; 28-45 yaş grubu bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $28,57 \pm 6,13$ ve karşılaştırma grubu için $30,89 \pm 6,43$ 'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,389$). 46-63 yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla $19,17 \pm 9,36$ ve $28,33 \pm 7,37$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$). 64 yaş ve üzeri grupta ise bu ortalamalar $12,54 \pm 9,79$ ve $17,67 \pm 6,03$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,315$).

Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$).

Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,030$).

Bireyler, yaş grupları içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; 28-45 yaş grubu bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $39,71 \pm 7,87$ ve karşılaştırma grubu için $40,72 \pm 7,56$ 'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,883$). 46-63 yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla $25,63 \pm 12,44$ ve $37 \pm 8,32$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$). 64 yaş ve üzeri grupta ise bu ortalamalar $16,38 \pm 13,04$ ve $23,67 \pm 7,02$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,281$).

Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,023$).

Çizelge 4.6. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının eğitim düzeyleri değişkeni açısından karşılaştırılması

	Eğitim Düzeyi	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		$\bar{X} \pm S.D.$ Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.D.$ Median [Min- Max]	
Beden Algısı Ölçeği	Okur-yazar değil	157,61±29,74 160 [93-200]	-	-
	İlkokul	148,35 ±26,81 146,50 [116-195]	163,90±27,43 160 [120-200]	0,075
	Ortaokul	129,76±19,21 123 [110-175]	145,73±34,59 147 [102-192]	0,353
	Lise	119,28±19,34 125 [88-137]	170,63±17,62 172,50 [145-193]	<0,001
p		0,003	0,239	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	Okur-yazar değil	12,06±10,16 13 [0-34]	-	-
	İlkokul	17,50 ±9,67 17,50 [2-34]	24,09±6,95 23 [12-36]	0,060
	Ortaokul	19,12±9,50 18 [2-35]	31,73±6,74 31 [21-42]	0,001
	Lise	28,57±6,13 30 [21-36]	31,25±6,94 31 [22-41]	0,397
p		0,003	0,041	
Depresyon Belirtileri	Okur-yazar değil	4,56±4,58 4,50 [0-14]	-	-
	İlkokul	5,62±3,60 4 [0-12]	7,36±1,80 7 [5-10]	0,081
	Ortaokul	6,41±4,54 6 [0-15]	10,27±2,33 10 [7-15]	0,013
	Lise	9,57±3,69 9 [4-14]	9,88±1,89 10 [7-12]	0,955
p		0,062	0,009	
TSBÖ TOPLAM	Okur-yazar değil	16,61±14,56 17,50 [0-48]	-	-
	İlkokul	23,12±12,50 23 [4-46]	31,45±7,89 31 [17-44]	0,065
	Ortaokul	25,53±13 24 [5-47]	42±8,31 42 [28-57]	0,002
	Lise	38,14±9,63 39 [25-49]	41,12±7,02 42 [32-50]	0,613
p		0,007	0,014	

Çizelge 4.6'ya göre kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, eğitim düzeyleri içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul düzeyi bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $148,35 \pm 26,81$ ve karşılaştırma grubu için $163,90 \pm 27,43$ 'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,075$). Ortaokul düzeyinde bu ortalamalar sırasıyla $129,76 \pm 19,21$ ve $145,73 \pm 34,59$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,353$). Lise düzeyinde ise bu ortalamalar $119,28 \pm 19,34$ ve $170,63 \pm 17,62$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Gruplar eğitim düzeylerine göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,239$).

Bireyler, eğitim düzeyleri içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul düzeyi bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $17,50 \pm 9,67$ ve karşılaştırma grubu için $24,09 \pm 6,95$ 'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,060$). Ortaokul düzeyinde bu ortalamalar sırasıyla $19,12 \pm 9,50$ ve $31,73 \pm 6,74$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Lise düzeyinde ise bu ortalamalar $28,57 \pm 6,13$ ve $31,25 \pm 6,94$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,397$).

Gruplar eğitim düzeylerine göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,041$).

Bireyler, eğitim düzeyleri içinde DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul düzeyi bireylerin DB alt ölçek puan

ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $5,62 \pm 3,60$ ve karşılaştırma grubu için $7,36 \pm 1,80$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,081$). Ortaokul düzeyinde bu ortalamalar sırasıyla $6,41 \pm 4,54$ ve $10,27 \pm 2,33$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$). Lise düzeyinde ise bu ortalamalar $9,57 \pm 3,69$ ve $9,88 \pm 1,89$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,955$).

Gruplar eğitim düzeylerine göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,062$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$).

Bireyler, eğitim düzeyleri içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul düzeyi bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $23,12 \pm 12,50$ ve karşılaştırma grubu için $31,45 \pm 7,89$ 'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,065$). Ortaokul düzeyinde bu ortalamalar sırasıyla $25,53 \pm 13$ ve $42 \pm 8,31$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Lise düzeyinde ise bu ortalamalar $38,14 \pm 9,63$ ve $41,12 \pm 7,02$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,613$).

Gruplar eğitim düzeylerine göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$). Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerinin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$).

Çizelge 4.7. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının çalışma durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		Ort ± S.s. Median [Min-Max]	Ort ± S.s. Median [Min-Max]	
Beden Algısı Ölçeği	Çalışıyor	135,24±25 125 [88-192]	165,74±23,73 160 [114-193]	<0,001
	Çalışmıyor	149,05±29,02 152 [93-200]	147,45±35,34 154 [102-200]	0,851
p		0,046	0,195	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	Çalışıyor	20±9,44 20 [2-36]	28,89±6,59 27 [19-41]	0,001
	Çalışmıyor	15,82±10,77 17 [0-35]	28,63±9,37 29 [12-42]	0,002
p		0,089	0,914	
Depresyon Belirtileri	Çalışıyor	6,55±4,03 6 [0-14]	9,47±1,90 10 [6-12]	0,009
	Çalışmıyor	5,49±4,45 6 [0-15]	8,45±3,05 8 [5-15]	0,024
p		0,261	0,171	
TSBÖ TOPLAM	Çalışıyor	26,56±12,86 25 [5-48]	38,37±7,43 37 [27-50]	0,001
	Çalışmıyor	21,31±14,61 23 [0-49]	37,09±11,73 38 [17-57]	0,003
p		0,138	0,800	

Çizelge 4.7'ye göre kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, çalışma durumları içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir işe sahip bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için 135,24±25 ve karşılaştırma grubu için 165,74±23,73'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 149,05±29,02 ve 147,45±35,34 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,851$).

Gruplar çalışma durumlarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan çalışan ve çalışmayan bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde çalışan ve çalışmayan bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,195$).

Bireyler, çalışma grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; çalışan bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $20\pm9,44$ ve karşılaştırma grubu için $28,89\pm6,59$ 'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Çalışmayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $15,82\pm10,77$ ve $28,63\pm9,37$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$).

Gruplar çalışma durumlarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan çalışan ve çalışmayan bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,089$). Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde çalışan ve çalışmayan bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,914$).

Bireyler, çalışma grupları içinde DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; çalışan bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $6,55\pm4,03$ ve karşılaştırma grubu için $9,47\pm1,90$ 'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$). Çalışmayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $5,49\pm4,45$ ve $8,45\pm3,05$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,024$).

Bireyler, çalışma grupları içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; çalışan bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $26,56\pm12,86$ ve karşılaştırma grubu için $38,37\pm7,43$ 'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Çalışmayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $21,31\pm14,61$ ve $37,09\pm11,73$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$).

Çizelge 4.8. Ampütasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının ampütasyonun üzerinden geçen süre değişkenine göre karşılaştırılması

	Ampütasyonun Üzerinden Geçen Süre	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		Ort ± S.s. Median [Min-Max]	Ort ± S.s. Median [Min-Max]	
Beden Algısı Ölçeği	Bir hafta	145,34±28 143,50 [93-200]	164,24±30,37 160 [102-200]	0,019
	Bir haftadan daha uzun	140,40±28,31 132 [88-200]	146,89±23,99 152 [114-180]	0,635
p		0,520	0,077	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	Bir hafta	14,95±8,61 16,50 [0-32]	28 ±8,32 27 [12-42]	<0,001
	Bir haftadan daha uzun	20,97±11,51 22 [0-36]	30,31±5,36 31 [23-38]	0,027
p		0,023	0,304	
Depresyon Belirtileri	Bir hafta	4,92±4,12 4 [0-15]	8,90±2,36 9 [5-15]	<0,001
	Bir haftadan daha uzun	7,23±4,18 7,50 [0-14]	9,55±2,51 10 [5-12]	0,149
p		0,021	0,372	
TSBÖ TOPLAM	Bir hafta	19,87±11,83 21,50 [0-42]	36,90±9,67 36 [17-57]	<0,001
	Bir haftadan daha uzun	28,20±15,38 29 [0-49]	40,22±7,43 40 [28-50]	0,033
p		0,024	0,326	

Tablo 4.8 'e göre kronik veya akut bir sebepten dolayı ampütasyon kararı alınmış bireyler, ampütasyonun üzerinden geçen süre grupları içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir hafta içinde ampüte bölgeyi gören bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için 145,34±28 ve karşılaştırma grubu için 164,24±30,37'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,019). Bir haftadan daha uzun bir süre içinde ampüte bölgeyi gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 140,40±28,31 ve 146,89±23,99 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,635).

Bireyler, ampütasyonun üzerinden geçen süre grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir hafta içinde

ampüte bölgeyi gören bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $14,95 \pm 8,61$ ve karşılaştırma grubu için $28 \pm 8,32$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Bir haftadan daha uzun bir süre içinde ampüte bölgeyi gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $20,97 \pm 11,51$ ve $30,31 \pm 5,36$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,027$).

Gruplar amputasyonun üzerinden geçen süre gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,023$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ampüte bölgeyi bir hafta içerisinde ve bir haftadan daha uzun süre içerisinde gören bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,304$).

Bireyler, amputasyonun üzerinden geçen süre grupları içinde DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir hafta içinde ampüte bölgeyi gören bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $4,92 \pm 4,12$ ve karşılaştırma grubu için $8,90 \pm 2,36$ 'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Bir haftadan daha uzun bir süre içinde ampüte bölgeyi gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $7,23 \pm 4,18$ ve $9,55 \pm 2,51$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,149$).

Gruplar amputasyonun üzerinden geçen süre gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,021$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ampüte bölgeyi bir hafta içerisinde ve bir haftadan daha uzun süre içerisinde gören bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p = 0,372$).

Bireyler, amputasyonun üzerinden geçen süre grupları içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir hafta içinde ampüte bölgeyi gören bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $19,87 \pm 11,83$ ve karşılaştırma grubu için $36,90 \pm 9,67$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Bir haftadan daha uzun bir süre

içinde ampute bölgeyi gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $28,20 \pm 15,38$ ve $40,22 \pm 7,43$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,033$).

Gruplar amputasyonun üzerinden geçen süre gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,024$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde ampute bölgeyi bir hafta içerisinde ve bir haftadan daha uzun süre içerisinde gören bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,326$).

Çizelge 4.9. Amputasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının amputasyon bölgesi değişkenine göre karşılaştırılması

	Amputasyon Bölgesi	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		Ort $\pm$ S.s. Median [Min-Max]	Ort $\pm$ S.s. Median [Min-Max]	
Beden Algısı Ölçeği	Majör Amputasyon	146,49 $\pm$ 30,05 141 [88-200]	134,50 $\pm$ 33,87 120 [102-190]	0,190
	Minör Amputasyon	134,58 $\pm$ 20,22 134 [93-170]	167,95 $\pm$ 22,21 160 [120-200]	<0,001
	p	0,213	0,010	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	Majör Amputasyon	18,02 $\pm$ 11,08 18 [0-36]	31,13 $\pm$ 7,22 31 [21-41]	0,002
	Minör Amputasyon	16,53 $\pm$ 8,42 18 [2-28]	27,96 $\pm$ 7,67 27 [12-42]	<0,001
	p	0,697	0,368	
Depresyon Belirtileri	Majör Amputasyon	5,49 $\pm$ 4,17 4 [0-14]	9,75 $\pm$ 2,60 10,50 [5-12]	0,008
	Minör Amputasyon	7,11 $\pm$ 4,44 6 [0-15]	8,86 $\pm$ 2,32 9 [5-15]	0,164
	p	0,203	0,256	
TSBÖ TOPLAM	Majör Amputasyon	23,51 $\pm$ 14,75 23 [0-49]	40,88 $\pm$ 9,14 42,50 [28-50]	0,001
	Minör Amputasyon	23,63 $\pm$ 12,38 27 [4-42]	36,82 $\pm$ 9 36,50 [17-57]	0,001
	p	0,854	0,256	

Çizelge 4.9'a göre kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, amputasyon bölgeleri bakımından BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör amputasyon geçiren bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $146,49 \pm 30,05$ ve karşılaştırma grubu için $134,50 \pm 33,87$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,190$). Minör amputasyon geçiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $134,58 \pm 20,22$ ve $167,95 \pm 22,21$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Gruplar amputasyon bölgelerine göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan majör ve minör amputasyon geçiren bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,213$). Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$).

Bireyler, amputasyon bölgeleri bakımından TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör amputasyon geçiren bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $18,02 \pm 11,08$ ve karşılaştırma grubu için $31,13 \pm 7,22$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Minör amputasyon geçiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $16,53 \pm 8,42$ ve $27,96 \pm 7,67$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Bireyler, amputasyon bölgeleri bakımından DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör amputasyon geçiren bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $5,49 \pm 4,17$ ve karşılaştırma grubu için $9,75 \pm 2,60$ 'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$). Minör amputasyon geçiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $7,11 \pm 4,44$ ve $8,86 \pm 2,32$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,164$).

Bireyler, amputasyon bölgeleri bakımından TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör amputasyon geçiren bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $23,51 \pm 14,75$ ve karşılaştırma grubu için $40,88 \pm 9,14$ 'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p=0,001$). Minör amputasyon geçiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $23,63\pm12,38$ ve $36,82\pm9$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p=0,001$).

Çizelge 4.10. Amputasyon geçirmiş bireylerin BAÖ ve TSBÖ alt ölçek ve toplam puanlarının bireylerin ampute bölgeyi gördükleri gün sayısı değişkenine göre karşılaştırılması

	Ampute Bölgeyi Kaçınıcı Günde Gördünüz?	Çalışma Grubu (n=68)	Karşılaştırma Grubu (n=30)	p
		Ort $\pm$ S.s. Median [Min-Max]	Ort $\pm$ S.s. Median [Min-Max]	
Beden Algısı Ölçeği	İlk iki gün içerisinde	141,24 $\pm$ 28,95 132 [88-200]	161,32 $\pm$ 28,46 160 [102-200]	0,012
	Üçüncü gün ve daha sonrası	146,07 $\pm$ 26,86 147 [93-200]	152,75 $\pm$ 32,75 152,50 [114-193]	0,658
p		0,411	0,534	
Travma Sonrası Stres Belirtileri	İlk iki gün içerisinde	18,54 $\pm$ 10,85 19 [0-36]	28,91 $\pm$ 8,05 27,50 [12-42]	0,001
	Üçüncü gün ve daha sonrası	16,19 $\pm$ 9,60 18 [0-32]	28,50 $\pm$ 6,55 28 [21-38]	0,001
p		0,404	0,836	
Depresyon Belirtileri	İlk iki gün içerisinde	6,68 $\pm$ 4,68 6 [0-15]	8,95 $\pm$ 2,40 9 [5-15]	0,049
	Üçüncü gün ve daha sonrası	4,81 $\pm$ 3,36 4 [0-12]	9,50 $\pm$ 2,45 10 [5-12]	0,001
p		0,121	0,447	
TSBÖ TOPLAM	İlk iki gün içerisinde	25,22 $\pm$ 15,09 25 [0-49]	37,86 $\pm$ 9,42 38 [17-57]	0,002
	Üçüncü gün ve daha sonrası	21 $\pm$ 12,10 23 [0-38]	38 $\pm$ 8,60 37,50 [28-50]	<0,001
p		0,272	0,982	

Çizelge 4.10'a göre kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, ampute bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampute bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için 141,24 $\pm$ 28,95 ve karşılaştırma grubu için 161,32 $\pm$ 28,46'dır. Bu farklılık istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$). Ampüte bölgeyi üçüncü gün ve daha sonrasında gören bireyler için bu ortalamalar sırasıyla $146,07 \pm 26,86$ ve $152,75 \pm 32,75$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,658$).

Bireyler, ampüte bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampüte bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $18,54 \pm 10,85$ ve karşılaştırma grubu için $28,91 \pm 8,05$ 'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Ampüte bölgeyi üçüncü gün ve daha sonrasında gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $16,19 \pm 9,60$ ve $28,50 \pm 6,55$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Bireyler, ampüte bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampüte bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $6,68 \pm 4,68$ ve karşılaştırma grubu için $8,95 \pm 2,40$ 'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,049$). Ampüte bölgeyi üçüncü gün ve daha sonrasında gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $4,81 \pm 3,36$ ve $9,50 \pm 2,45$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Bireyler, ampüte bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampüte bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $25,22 \pm 15,09$ ve karşılaştırma grubu için $37,86 \pm 9,42$ 'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Ampüte bölgeyi üçüncü gün ve daha sonrasında gören bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $21 \pm 12,10$ ve $38 \pm 8,60$ bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Ekstremitte amputasyonları, bireylerin yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu etkileyebilecek önemli anatomik, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sonuçları olan cerrahi bir işlemdir. Yaptığımız bu çalışmada diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireyleri yaş değişkeni açısından değerlendirdiğimizde; kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin oluşturduğu çalışma grubumuzdaki bireylerin yaş ortalamasının, travmatik nedenli amputasyon geçirmiş bireylerin yaş ortalamasından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kurt (2020), 2010-2018 yılları arasında ayaktan veya yatarak tedavi gören, DM tanılı, tedavi süresince alt ekstremitte amputasyonu uygulanan 111 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada amputasyon geçirmiş bireylerin yaş ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (35).

Can (2017), diyabetik ayak ülseri tanısıyla takip edilen 400 birey üzerinde yaptığı çalışmada, amputasyon yapılmış bireylerin yaş ortalamasının amputasyon olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (20).

Utlı (2020), kronik yara ve enfeksiyon bakım ünitesinde tedavi gören 123 diyabetik ayak tanılı bireyin, geriye dönük olarak değerlendirdiği bir çalışmada, DM komplikasyonlarının daha fazla görüldüğü grubun yaş ortalamasının, DM komplikasyonlarının daha az görüldüğü gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür (73).

Eser (2019), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran diyabetik amputasyon öyküsü olan 72 birey üzerinde yaptığı çalışmasına göre, bireylerin %36,1'inin 60 yaşın altında, %63,9'unun ise 60 yaşın üzerinde olduğu görülmüştür (74).

Hüseyin ve arkadaşları (2014), Avicenna (İstanbul, Türkiye) hastane bilgi yönetim sisteminden elde edilen veriler kullanılarak, kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçiren 853 bireyden, 95 birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ileri yaşlardaki bireylerde amputasyon oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (75).

El-Rubean (2015), büyük bir veri tabanı kaynağı olan Suudi Ulusal Diyabet Kaydı verilerine dayanılarak 2000-2012 yılları arasında, diyabetle ilişkili ayak komplikasyonlarını ve ilgili risk faktörlerini incelemek için seçilmiş, 25 yaş ve üzeri

62.681 hastadan oluşan bir kohort çalışmasında, diyabetik ayak amputasyonlarının görülmesinin ağırlıklı olarak yaş ile beraber arttığı saptanmıştır (76).

Font-Jiménez (2016), travmatik olmayan alt ekstremitte amputasyonu geçiren 353 birey üzerinde yaptığı retrospektif bir çalışmada, yaş ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (77).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin %64,7'sinin erkek olduğu saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda %70 idi. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile cinsiyet arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Ancak literatürde çoğu çalışmada erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. DM tanısı alan bireylerde erkek cinsiyetin çoğunlukta olması bu duruma neden olduğu söylenebilir.

Al-Mahroos (2007) ve Bruun (2013), Bahreyn'de 1477 DM tanılı ve Danimarka'da 19 yıl boyunca takip edilen 1381 hasta üzerinde yapılan çalışmalarda, amputasyonun toplam ve yaşa özel prevalansının, erkeklerde kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (78,79).

Aziz (2020), Avusturya'da 507180 birey üzerinde retrospektif olarak yaptığı bir çalışmada bireylerin %62.9'u erkek ve %83.3'ünde tip 2 diyabet olduğu görülmüştür (80).

Al-Rubean (2015), Suudi Ulusal Diyabet Kaydı'nın diyabetle ilgili risk faktörleri ile ilişkili ayak komplikasyonlarını incelemek için seçilmiş, 25 yaş ve üzeri 62681 hastadan oluşan bir kesitsel bir çalışmasında, ayak amputasyon prevalansının da yaşla birlikte arttığı, ancak daha düşük bir oranda, erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır (81).

Fan (2021), PubMed, EmBase ve Cochrane kütüphanesi kullanılarak 22 çalışma üzerinde değerlendirdiği ve 686171 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, erkek DM tanılı bireylerde amputasyon riski, kadın DM tanılı bireylere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (82).

Çalışmamız ve karşılaştırma grubundaki bireyler ampute edilen bölge yani amputasyonun boyutu bakımından karşılaştırıldığında, çalışma grubundakilerin %72,1'inin majör amputasyon geçirdiği saptanmışken, karşılaştırma grubunda bu sayı %26,7'ydi. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile

ampütasyon boyutu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalık nedeniyle ampütasyon geçiren bireylerin daha çok majör ampütasyon geçirdiği görülürken, travmaya bağlı nedenlerle ampütasyon geçiren bireylerde ise daha çok minör ampütasyon uygulandığı saptanmıştır. Ancak literatüre bakıldığında geçen yıllarla beraber artık daha çok minör ampütasyon yapıldığı görülmektedir.

Kröger ve Berg (2017), Alman Federal İstatistik Ofisinden alınan verilerin analizini yapmışlardır. Yılda majör ampütasyon oranı düşerken, minör ampütasyon oranının yükseldiği saptanmıştır. Majör ampütasyon olgularının %63,7'si ve minör ampütasyon olgularının %85,6'sı DM tanılı bireylerden oluşmaktaydı. Bu nedenle bu hastalığın ampütasyon boyutu açısından önemli olduğu saptanmıştır (83).

Hussain (2019), kronik hastalıklara bağlı olarak alt ekstremitte ampütasyonu geçirmiş 40 yaş ve üzerindeki bireylerde yaptığı bir çalışmaya göre, 11 yılda toplam 20062 hastaya alt ekstremitte ampütasyonu uygulandığı ve bunların %63,7'sinin majör ampütasyon geçirdiği, ampütasyonun genel oranı, 2005-2010 yılı arasında düştüğü, ancak 2016'da tekrar yükseldiği saptanmıştır (84).

Musuuz ve arkadaşları (2020), retrospektif olarak yapılan 33 çalışmayı dahil ettikleri bir çalışmada, %94'ünde majör ampütasyonlarda azalma olduğunu saptanmıştır (85).

Londero ve arkadaşları (2019), Danimarka Ulusal Hasta Kayıt Defterinden alınan veriler doğrultusunda, kronik hastalığı olan ve majör ampütasyon geçiren, 50 yaş üzeri bireylerde, 1997–2014 yılları arasında yaptıkları bir çalışmada, toplam 24576 majör ampütasyon yapıldığı, majör ampütasyon insidansında ise, yıllar geçtikçe önemli bir düşüş gözlemlendiği bildirilmiştir (86).

Geiss ve arkadaşları (2019), alt ekstremitte ampütasyonlarındaki düşüş eğilimlerinin mevcut on yılda devam edip etmediğini belirlemek amacıyla, travmatik olmayan alt ekstremitte ampütasyonu geçirmiş, DM tanılı olan ve olmayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, DM tanılı bireylerdeki ampütasyon oranları 2000-2009 yılları arasında önce azalırken 2009-2015 yılları arasında yeniden artmıştır. 2009-2015 yılları arasında ampütasyonun artmasının sebebi majör ampütasyonlar azalırken, artan minör ampütasyonlar olduğu saptanmıştır. Majör ve minör ampütasyon oranlarındaki artışlar en çok genç ve orta yaşlı yetişkinlerde, erkeklerde daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (87).

Kamitani (2021), alt ekstremite amputasyonunun insidansını ve zamanla değişimini araştırmak için yaptığı bir çalışmada, majör ve minör amputasyon insidansının DM tanılı bireylerde, olmayanlara göre daha yüksek olduğu, toplam 59486 amputasyon yapıldığı, majör amputasyon oranında ise önemli bir düşüş olduğu ve minör amputasyon oranının gözlem süresi boyunca sabit kaldığı saptanmıştır (88).

Ozan ve Gürbüz (2017), amputasyon yapılan 107 birey üzerinde mevcut risk faktörlerini belirlemek amacıyla geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmaya göre, bireylerin 75'i minör amputasyon geçirmişken geri kalan 32 hastanın ise majör amputasyon geçirdiği saptanmıştır (89).

Gandhi (2020), Tip-2 DM nedeniyle amputasyon geçirmiş 18 yaş ve üzerindeki bireylerde yaptığı bir çalışmada, 14627 amputasyon yapıldığı bunların %72,8'i minör amputasyon, %27,2'sinin majör amputasyon geçirdiği saptanmıştır (90).

Lu (2021), hastaneye yatırılan 363 diyabetik ayak tanılı birey üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre, majör amputasyon grubunda 139, minör amputasyon grubunda ise 224 birey olduğu tespit edilmiştir (91).

Lopez-Valverde (2018), 203 birey üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin %57,1'si minör amputasyon geçirirken, %42,9'sinin majör amputasyon geçirdiği saptanmıştır (92).

Akinlotan ve Primm (2021), 2009-2017 yılları arasında yaptıkları bir çalışmada, minör amputasyon oranlarının, yıllar geçtikçe tüm gruplarda arttığı görülmüştür (93).

Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler Travmatik Stres Belirtileri Ölçeğine bağlı kesme değeri bakımından karşılaştırıldığında çalışma grubundakilerin 55'inin (%80,9) negatif tanı aldığı saptanmışken karşılaştırma grubunda bu sayı 15'idi (%50). Elde edilen bulgular incelendiğinde ise amputasyon nedenleri ile amputasyon niteliği arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Canavangh ve arkadaşları (2006), amputasyon sonrası, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı hakkında bilgi toplamak amacıyla yaptıkları bir çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu, kronik hastalıklar nedeniyle cerrahi amputasyon geçiren hastaların %5'inden azında görüldüğü, kronik hastalıktan kaynaklanan planlı cerrahi amputasyonların sıklıkla TSSB semptomlarına yol açmadığını göstermektedir. Buna karşılık, kaza sonucu yaralanmadan kaynaklanan amputasyonun, daha yüksek TSSB prevalansına yol açabileceğini göstermiştir (94).

Breslau (2001), yaptığı bir çalışmaya göre savaşlar ve kazalar gibi yaşamı tehdit eden durumlar nedeniyle amputasyon geçiren bireylerde TSSB'nin daha sık görüldüğü söylenebilir (95).

Çopuroğlu (2010), travmatik amputasyonlar sonrası, akut ve travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkma oranını bulmayı ve buna göre hastaların ameliyat sonrası dönemdeki psikiyatrik durumlarını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, travmatik ekstremitte amputasyonu olan 22 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiş. Travma sonrası erken dönemde bu hastaların %36,3'ü ortopedistlerin gözlemlerini takiben psikiyatri kliniğine başvurmuştur. Bu hastaların %22,7'i akut stres bozukluğu için psikiyatrik destek tedavisine ihtiyaç duymuştur. 6. aydan sonra %77.2'sinde kronik ve gecikmiş travma sonrası stres bozukluğu olduğu ve psikiyatrik destek tedavisine ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Travmatik amputasyon geçirmiş hastaların, travma sonrası geç dönemde psikiyatrik destek tedavisine ihtiyaç duyabileceği belirtilmiştir (96).

Mitchell (2019), Irak veya Afganistan görev yaparken majör uzuv travması yaşayan askerler üzerinde geriye dönük olarak yaptığı bir çalışmada, genel olarak, üst ekstremitte yaralanması olan katılımcılar, orta ila yüksek düzeyde fiziksel ve psikososyal engellilikten bahsederken, %19,4'ünün travma sonrası stres bozukluğu için pozitif tanı aldığı, %12,3'ünün ise depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır (97).

Şimşek (2020), travma sonrası alt ekstremitte amputasyonu olan toplam 12 kişiyle görüşülerek yapılan bir çalışmada, travma sonrası alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerin amputasyon sonrası duygu ve davranışlarını değiştirdiği, beden imajı ve benlik saygısının olumsuz etkilendiği, ailelerinin ve toplumun kendilerini farklılaştırdığı, gelecekleri hakkında olumsuz duygulara sahip oldukları belirlenmiştir. Baş etme becerilerini geliştirmek için zihinsel desteğe ihtiyaçları olduğundan bahsedilmiştir (98).

Baby ve Chaudhury (2018), yeni dönemde amputasyon geçirmiş 100 erkek asker üzerinde, amputasyon geçirmiş bireylerde uyum bozukluğu, anksiyete ve depresyon belirtilerini değerlendirmek üzere yapılan bir çalışmada, bireylerin %10'unda uyum bozukluğu, %5'inde hafif depresyon belirtileri, %7'sinde orta derecede depresyon belirtileri, %4'ünde şiddetli psikotik belirtileri olmayan depresyon belirtileri, %4'ünde

psikotik belirtileri olan şiddetli depresyon belirtileri ve %6'sında TSSB görüldüğü saptanmıştır (99).

Sahu ve Gupta (2017), yakın zamanda travmatik nedenli amputasyon geçirmiş 57 birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada, %71,2 ile majör depresif bozukluk en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk olarak bulunmuştur. Bireylerin %30,5'i intiharla ilgili düşüncelerini düşük, orta ve şiddetli yoğunlukta ifade etmiştir. Hastaların %20,3'ünde TSSB de görüldüğü saptanmıştır (100).

Mausavi (2017), Structured Clinical Interview for DSM Disorders-IV (SCID-IV) kullanılarak 327 birey üzerinde yapılan bir çalışmada ise, amputasyon geçirmiş bireylerin yaklaşık %39.1'i psikiyatrist görüşmesinde en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır. En sık görülen bozuklukların ise duygudurum bozuklukları %37.3 (%28.7'si depresyon bozukluğu) ve anksiyete bozuklukları %12.2 (%9,8'i obsesif kompulsif bozukluk) olduğundan bahsedilmiştir (101).

Pedras (2019), diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçiren bireylerde yaptığı bir çalışmada da travmatik stres belirtilerinin yaygın olduğu ve %13,9'unda olası TSSB gözlemlendiği saptanmıştır (102).

Yaptığımız çalışmanın sonucuna göre, kronik bir sebepten veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı verilmiş bireyler Beden Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; çalışma grubunu oluşturan kronik hastalık sebebi ile amputasyon gören bireylerin ölçek puan ortalaması, karşılaştırma grubunu oluşturan ve akut bir sebep ile amputasyon görenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara ters olarak, kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin beden algısının, karşılaştırma grubundaki travmatik nedenli amputasyon geçiren bireylere göre daha kötü olduğu söylenebilir. Bu sonucun nedeninin çalışma grubumuzdaki birey sayısının, karşılaştırma grubundaki bireylere oranla daha yüksek olması öngörülmektedir.

Öztürk (2021), alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerin vücut imajlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı bir çalışmada, Kadın olan, bekâr olan, herhangi bir işte çalışmayan ve travma nedeniyle alt ekstremitte amputasyonu olan bireylerin vücut imajının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Amputasyondan bu yana geçen yıl arttıkça

vücut imajı puanlarının orta düzeyde azaldığı, dolayısıyla vücut imajının düzeldiği belirlenmiştir (103).

Gökşenoğlu ve Yıldırım (2019), bireylerin amputasyon seviyelerinin, depresyon ve beden imajı algısı üzerindeki etkilerini değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları bir çalışmanın sonuçlarına göre, diz amputasyonu olan bireylerin vücut imajı diğer amputasyon geçirmiş bireylerin gruplarındaki bireylere göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Ancak depresyon belirtileri açısından gruplar arasında fark olmadığı söylenmiştir. Amputasyon düzeyinin, bireylerin hastanede kaldıkları süre boyunca ve ameliyat sonrası dönemde aldıkları fiziksel ve psikolojik tedaviler, normal yaşamlarına yeniden uyum sağlamaları ve fonksiyonel kazanımları açısından önemli olduğu saptanmıştır (104).

Atay ve arkadaşları (2014), alt ekstremitte amputasyonu geçirmiş 92 birey üzerinde geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmada, bireylerin beden algıları ve hastane anksiyete, depresyon belirtileri arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu saptanmıştır (105).

Kızılkurt (2020), amputasyon geçirmiş 65 birey üzerinde yaptığı bir çalışmada, depresyon ve anksiyete puanlarının, beden algısı, benlik saygısı, algılanan sosyal destek, problem odaklı ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin, birbirleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (106).

Yaptığımız çalışmada, çalışma grubumuzdaki bireylerin TSBÖ alt ölçeği Depresyon Belirtileri puan ortalaması, iken karşılaştırma grubundaki bireylerin puanları daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farklılık literatür ile uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Armstrong (2019), amputasyon geçirmiş 307 birey üzerinde yaptığı kesitsel bir çalışmada, örneklemin yarısından fazlasında depresyon, TSSB veya her ikisi için pozitif tanı aldığı saptanmıştır. 8 kişi yalnızca TSSB için pozitif tanı alırken, %34,5'inin yalnızca depresyon için pozitif tanı aldığı görülmüştür. %20,8'inde ise birlikte ortaya çıkan TSSB ve depresyon belirtileri görüldüğü saptanmıştır (107).

Pedras ve arkadaşları (2018), amputasyon geçirmiş bireylerin ameliyat öncesi ve sonrasındaki depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçmek amacı ile yaptıkları bir çalışmada, ameliyattan sonraki aylarda anksiyete önemli ölçüde azalmasına rağmen, ameliyat öncesi depresyon semptomlarından daha yüksek düzeyde anksiyete

gösterdikleri görülmüştür. Hem anksiyete hem de depresyon semptomlarının ise ameliyat sonrası dönemde önemli ölçüde arttığı saptanmıştır (108).

Sahu ve arkadaşları (2018), amputasyon sonrası psikiyatrik komorbiditeyi araştırdıkları bir çalışmada, majör depresif bozukluk en sık eşlik eden psikiyatrik tanı olarak bulunmuştur (109).

Uzvu kaybu, yalnızca vücudunun bir parçasının kaybından dolayı değil, aynı zamanda rol sınırlaması ve değişen yaşam tarzına uyum ihtiyacı nedeniyle de amputasyon geçirmiş bireylerde sıkıntıya neden olabilir. Bireyler, travmatik bir uzuv kaybını, tipik olarak eş kaybı, kişinin bütünlük algısının kaybı ve hatta ölümle eşdeğer bulabilirler. Bu, bireyin duygusal ve psikiyatrik olarak ciddi şekilde etkilenmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir.

Amputasyon geçiren birey, kayıp duygusu, kendini damgalama ve baş etmede güçlük gibi nedenlerle psikiyatrik hastalık geliştirme riski altında olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin beden algıları ve travmatik stres belirtilerinin değerlendirilmesi amacıyla olan yapılmış çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kronik bir hastalıktan dolayı amputasyon işlemi gören ve akut bir durumdan dolayı amputasyon işlemi gören bireyler yaş değişkenine göre değerlendirildiğinde çalışma grubundakilerin %51,5'i 46-63 yaş aralığında iken karşılaştırma grubundakilerin %30'u 46-63 yaş aralığındadır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin %60'ının 28-45 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçiren bireylerin yaş ortalamasının, karşılaştırma grubundaki travmaya bağlı sebeplerle amputasyon geçiren bireylere oranla daha yüksek olduğu söylenebilir.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiklerinde, çalışma grubundakilerin %64,7'sinin erkek olduğu saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda %70'tir. Her iki grupta da erkek cinsiyetin çoğunlukta olduğu söylenebilir.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler medeni durum değişkenine göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin %61,8'inin evli olduğu saptanmışken, karşılaştırma grubunun %83,3'ünün evli olduğu görülmüştür.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler öğrenim durumu değişkenine göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin yalnızca %10,3'ünün lise mezunu olduğu saptanmışken, karşılaştırma grubunun %26,7'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür.
- Kronik bir hastalıktan dolayı amputasyon işlemi geçirmiş ve akut bir durumdan dolayı amputasyon işlemi görmüş bireyler, kullanılan ilaç değişkenine göre değerlendirildiğinde, çalışma grubundakilerin %80,9 insülin kullanırken, karşılaştırma grubundakilerin yalnızca %16,7 insülin kullanmaktaydı.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler ameliyat öncesi bilgi alma durumlarına göre değerlendirildiklerinde çalışma grubundakilerin %91,2'inin

bilgi aldığı saptanmışken bu sayı karşılaştırma grubunda %100 olduğu görülmüştür.

- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler amputé edilen bölge/amputasyonun boyutu bakımından karşılaştırıldığında, çalışma grubundakilerin %72,1'inin majör amputasyon geçirdiği saptanmışken karşılaştırma grubunda bu sayı %26,7'ydı. Yani Amputasyon boyutu açısından incelendiğinde, çalışma grubunda daha çok majör amputasyon yapılırken, karşılaştırma grubunda daha çok minör amputasyon yapıldığı söylenebilir.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler amputasyon sonrası psikiyatrik konsültasyon alma durumlarına göre değerlendirildiklerinde, çalışma grubundakilerin %19,1'inin psikiyatri bölümüne konsülte edildiği saptanmışken, bu sayının karşılaştırma grubunda %26,7 olduğu görülmüştür.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler, Travmatik Stres Belirtileri Ölçeğine bağlı kesme değeri bakımından karşılaştırıldığında, kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçiren bireylerin %80,9'unun negatif tanı aldığı saptanmışken, travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylerde bu sayı %50'idi. Bu nedenle travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylerin, travmatik stres belirtilerini daha fazla gösterdiği söylenebilir.
- Bireyler, cinsiyet grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $18,66 \pm 10,22$ ve karşılaştırma grubu için $28,09 \pm 7,26$ 'dır. Kadınlarda bu ortalamalar sırasıyla $15,67 \pm 10,56$ ve $30,44 \pm 8,46$ bulunmuştur. Travmatik nedenli amputasyon geçirmiş olan karşılaştırma grubunda, TSSB alt ölçek puanları cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdiği söylenebilir.
- Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışma ve

karşılaştırma grubundaki bireylerin, TSSB alt ölçek puan ortalaması, yaş değişkeni açısından incelendiğinde, bireylerin yaş ortalaması arttıkça, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin azaldığı söylenebilir.

- Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Travmatik nedenli amputasyon geçirmiş bireylerin, her yaş grubunda, kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylere oranla daha fazla travmatik stres belirtileri gösterdiği söylenebilir.
- Çalışma grubundaki bireylerin travmatik stres belirtileri yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde, artan yaş ortalaması ile birlikte bireylerin travmatik stres belirtilerinin azaldığı söylenebilir.
- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; çalışma grubundaki bireylerin Travma Sonrası Stres Belirtileri puan ortalaması ve standart sapması $17,60 \pm 10,36$ iken karşılaştırma grubundaki bireylerin puanları $28,80 \pm 7,57$ olarak bulunmuştur. Çalışma ve karşılaştırma grubu travmatik stres belirtileri açısından değerlendirildiğinde, travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylerin, diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylere göre daha fazla travmatik stres belirtisi gösterdiği söylenebilir.
- Yine çalışma grubundaki bireylerin Depresyon Belirtileri puan ortalaması ve standart sapması $5,94 \pm 4,28$ iken karşılaştırma grubundaki bireylerin puanları $9,10 \pm 2,38$ olarak saptanmıştır. Çalışma ve karşılaştırma grubu depresyon belirtileri açısından değerlendirildiğinde ise travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylerin, kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylere göre daha fazla depresyon belirtisi gösterdiği söylenebilir.
- Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu

durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin depresyon belirtileri yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde, yaş ortalaması arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığı söylenebilir.

- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler Beden Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; çalışma grubunu oluşturan kronik hastalık sebebi ile amputasyon gören bireylerin ölçek puan ortalaması ve standart sapması $143,16 \pm 28,03$ iken karşılaştırma grubunu oluşturan ve akut bir sebep ile amputasyon görenlerin puanları $159,03 \pm 29,33$ olarak saptanmıştır. Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler beden algısı açısından değerlendirildiğinde, kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin beden algılarının, travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylere oranla beden algılarının daha fazla bozulmuş olduğu söylenebilir.
- Gruplar yaş gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak bu durum karşılaştırma grubu bakımından incelendiğinde 28-45, 46-63 ve 64 yaş ve üzeri grupların BAÖ puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Çalışma grubundaki bireylerin, yaş ortalaması arttıkça beden algılarının da iyi yönde arttığı söylenebilir.
- Kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, cinsiyet grupları içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $131,11 \pm 25,02$ ve karşılaştırma grubu için $167,10 \pm 23,78$ 'dir. Kadınlarda bu ortalamalar sırasıyla $152,42 \pm 31,30$ ve $140,22 \pm 33,73$ bulunmuştur. Yalnızca travmatik nedenli amputasyon geçiren bireylerin oluşturduğu karşılaştırma grubundaki bireylerin beden algıları, cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde kadın bireylerin beden algılarının, erkek bireylere oranla daha kötü olduğu söylenebilir.

- Çalışma ve karşılaştırma grubundaki bireyler, çalışma durumları içinde BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir işe sahip bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $135,24 \pm 25$ ve karşılaştırma grubu için $165,74 \pm 23,73$ 'tür. Karşılaştırma grubundaki çalışan bireylerin beden algılarının, çalışma grubundaki bireylere göre daha iyi durumda olduğu söylenebilir.
- Bireyler, çalışma grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; çalışan bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $20 \pm 9,44$ ve karşılaştırma grubu için $28,89 \pm 6,59$ 'dur. Çalışmayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $15,82 \pm 10,77$ ve $28,63 \pm 9,37$ bulunmuştur. Bu nedenle herhangi bir işte çalışan, travmatik nedenli amputasyon geçirmiş bireyler, herhangi bir işte çalışan ve kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylere oranla, daha fazla travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdiği söylenebilir.
- Bireyler, çalışma grupları içinde DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; çalışan bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $6,55 \pm 4,03$ ve karşılaştırma grubu için $9,47 \pm 1,90$ 'dır. Çalışmayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $5,49 \pm 4,45$ ve $8,45 \pm 3,05$ bulunmuştur. Bu sebeple karşılaştırma grubundaki tüm bireylerinde görülen depresyon belirtilerinin, çalışma grubundaki bireylerin depresyon belirtilerine göre daha fazla olduğu söylenebilir.
- Bireyler, çalışma grupları içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; çalışan bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $26,56 \pm 12,86$ ve karşılaştırma grubu için $38,37 \pm 7,43$ 'tür. Bu nedenle herhangi bir işte çalışan ve travmaya bağlı nedenlerle amputasyon geçirmiş bireylerin travmatik stres belirtileri, herhangi bir işte çalışan ve kronik hastalık nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylere oranla daha fazla görülebileceği söylenebilir.
- Bireyler, amputasyonun üzerinden geçen süre grupları içinde TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir hafta içinde amputé bölgeyi gören bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $14,95 \pm 8,61$ ve karşılaştırma grubu için

28±8,32'dir. Ampütasyon sonrası ilk bir hafta da karşılaştırma grubundaki bireylerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin, çalışma grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

- Gruplar ampütasyonun üzerinden geçen süre gruplarına göre kendi içlerinde incelendiğinde ise çalışma grubunu oluşturan bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Karşılaştırma grubundaki bireylerin çalışma grubundaki bireylere göre daha fazla depresyon belirtisi gösterdiği söylenebilir.
- Bireyler, ampütasyonun üzerinden geçen süre grupları içinde TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; bir hafta içinde ampute bölgeyi gören bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için 19,87±11,83 ve karşılaştırma grubu için 36,90±9,67'dir. Bu nedenle karşılaştırma grubunun çalışma grubuna kıyasla daha fazla travmatik stres belirtisi gösterdiği söylenebilir.
- Bireyler, ampütasyon bölgeleri bakımından TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör ampütasyon geçiren bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için 18,02±11,08 ve karşılaştırma grubu için 31,13 ±7,22'dir. Minör ampütasyon geçiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 16,53±8,42 ve 27,96±7,67 bulunmuştur. Karşılaştırma grubunda majör ampütasyon geçiren bireylerde, çalışma grubundaki majör ampütasyon geçirmiş bireylere göre, daha yüksek oranda travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdikleri söylenebilir. Bireyler kendi grupları içinde değerlendirildiğinde ise, her iki grupta da majör ampütasyon geçiren bireylerin, minör ampütasyon geçiren bireylere göre daha fazla travma sonrası stres bozukluğu belirtisi gösterdiği söylenebilir.
- Bireyler, ampütasyon bölgeleri bakımından DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör ampütasyon geçiren bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için 5,49±4,17 ve karşılaştırma grubu için 9,75±2,60'dır. Bu nedenle karşılaştırma grubundaki majör ve minör ampütasyon geçiren bireylerin depresyon belirtilerinin, çalışma grubundaki bireylere oranla daha yüksek olduğu söylenebilir.

- Bireyler, amputasyon bölgeleri bakımından TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; majör amputasyon geçiren bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $23,51 \pm 14,75$ ve karşılaştırma grubu için $40,88 \pm 9,14$ 'tür. Minör amputasyon geçiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla $23,63 \pm 12,38$ ve $36,82 \pm 9$ bulunmuştur. Bu yüzden karşılaştırma grubundaki tüm bireylerin, çalışma grubundaki tüm bireylere oranla daha fazla travmatik stres belirtisi gösterdikleri söylenebilir.
- Kronik veya akut bir sebepten dolayı amputasyon kararı alınmış bireyler, ampute bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından BAÖ puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampute bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin BAÖ puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $141,24 \pm 28,95$ ve karşılaştırma grubu için $161,32 \pm 28,46$ 'dır. Çalışma grubundaki ampute bölgeyi ilk iki gün içinde gören bireylerin beden algılarının, karşılaştırma grubundaki bireylere oranla daha kötü olduğu söylenebilir.
- Bireyler, ampute bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından TSSB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampute bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin TSSB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $18,54 \pm 10,85$ ve karşılaştırma grubu için $28,91 \pm 8,05$ 'tir. Bu nedenle karşılaştırma grubundaki ilk iki gün, ve ya daha sonrasında gören tüm bireylerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin, çalışma grubundaki bireylere oranla daha fazla görüldüğü söylenebilir.
- Bireyler, ampute bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından DB alt ölçek puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampute bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin DB alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması çalışma grubu için $6,68 \pm 4,68$ ve karşılaştırma grubu için $8,95 \pm 2,40$ 'dır. Bu yüzden karşılaştırma grubundaki ilk iki gün veya daha sonrasında gören tüm bireylerin depresyon belirtilerinin, çalışma grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.
- Bireyler, ampute bölgeyi ne zaman gördükleri bakımından TSBÖ toplam puanları çalışma ve karşılaştırma gruplarına göre karşılaştırıldığında; ampute bölgeyi ilk iki gün içerisinde gören bireylerin TSBÖ toplam puan ortalaması ve

standart sapması çalışma grubu için $25,22 \pm 15,09$ ve karşılaştırma grubu için $37,86 \pm 9,42$ 'dir. Karşılaştırma grubundaki ilk iki gün veya daha sonraki günlerde gören tüm bireylerin travmatik stres belirtileri, çalışma grubundaki bireylere oranla daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Herhangi bir uzuv amputasyonu birey için önemli ölçüde stresli bir olay olarak rapor edilmiştir. Bazen bir kaza sonrasında meydana gelen travma, veya kronik hastalıkların komplikasyonlarını önlemek için cerrahi olarak tamamlanması gereken kısmi bir amputasyonla sonuçlanabilir. Bu alandaki birçok araştırma, bir uzvun travmatik kaybının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilecek oldukça stresli hayati bir olay olduğunu bildirmektedir (110).
- Bu tür olaylara maruz kalmak, kayıp duygusu, kendini damgalama ve engeli aşmada zorluk gibi birçok faktörden dolayı travma sonrası stres bozukluğu ya da depresyon bozukluğu geliştirme riski yaratabilir (111).
- Amputasyona yol açan stresli olaylar, özellikle amputasyon kazaya veya patlamaya bağlıysa, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının görülmesine neden olabilir (112).
- Bu bağlamda, travma sonrası stres bozukluğu amputasyon geçirmiş bireylerde yaygın bir tanıdır ve şiddet içeren bir eylem veya kaza gibi travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkan zayıflatıcı bir hastalık olarak kabul edilir. Olayın tekrarlayan anıları nedeniyle, onu yaşayanlar, sinirlilik, öfke, suçluluk, kaçınma ve inkarın eşlik ettiği bir süreçten geçebilirler. (113).
- Amputasyonun, amputasyon vakalarıyla uğraşırken genellikle göz ardı edilen belirgin psikososyal ve psikolojik sonuçları olduğu kanıtlanmıştır. Amputasyon sadece vücudun bir parçasının kaybıyla değil, aynı zamanda bireyin psikolojik uyumunun da kaybıyla sonuçlanır. Genellikle strese, kaygıya, çaresizliğe, değersizlik duygusuna, düşük benlik saygısına ve benlik imajına, kontrolsüz duygulara ve nihayetinde sosyal izolasyona yol açar. Amputasyona başarılı uyum, bireyin sosyo-demografik özellikleri ile yakından ilişkilidir. Toplumsal beklenti nedeniyle, sosyal talepler ve aile sorumlulukları, erkekler kadınlardan

daha katı psikolojik uyumsuzluk belirtileri sergiler. Yaşlı yetişkinlere kıyasla genç yetişkinler, üretkenliklerini, hırslarını ve isteklerini de kaybettikleri için yaşlı yetişkinlere kıyasla daha fazla acı çekerler. Ayrıca, beklenmedik kaza sonucu amputasyonlar inkar, şok ve daha büyük yanlış uyum sorunlarını beraberinde getirir (114).

- Psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği kronik hastalığı olan bireyler, psikiyatrik hastalığı olmayan diğer hastalara göre önemli ölçüde daha yüksek amputasyon ve mortalite riskine sahiptir (115).
- Beden imajı ile psikososyal sonuçlar arasındaki güçlü ilişki, beden imajının diyabetli bireyler ve amputasyonlu bireyler için önemli bir müdahale hedefi olabileceğini düşündürmektedir. Beden imajı, depresyon, anksiyete, fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesinden oluşan psikososyal sonucun gizli değişkenindeki varyansın büyük oranlarını açıklamıştır. Açıkçası, modelin hastalıklar arasında genellenebilirliğini belirlemek için gelecekteki araştırmaların bu modeli diğer sağlık gruplarında test etmesi gerekebilir. Ek olarak, gelecekteki araştırmalar, vücut imajının sağlık grupları için psikososyal sonuçlarla nedensel bir ilişkiye sahip olup olmadığını belirlemek için ileriye dönük tasarımlar kullanılmalıdır. Ancak mevcut araştırmalar, vücut imajının gelecekteki depresyonu öngördüğünü doğrulamaktadır.
- Sağlık profesyonellerinin hedefi beden imajı için bu tür terapötik yaklaşımların etkinliğini incelemek olacaktır. Gelecekteki araştırmalara ihtiyaç duyulmasına rağmen, mevcut çalışmanın bulgularından vücut imajının diyabetli bireyler ve amputasyonlu bireyler için önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle vücut imajının gelecekteki sağlık araştırmalarının ve kliniklerin odak noktası haline gelmesinin önemli olduğu açıktır (116).
- Travmaya bağlı alt ekstremitte amputasyonu olan hastaların yaşam kalitelerini ve sağlık durumlarını iyileştirmek için rehabilitasyon programlarının planlanmasında yeni stratejilerin benimsenmesi için faydalı olabilir (117).
- Beklendiği gibi, DM tanılı bireylerin, minör amputasyonu takiben yürüme yeteneği ve bağımlılığı, majör amputasyondan sonra olanlardan daha iyidir. Minör amputasyon geçirmiş bireylerin yaşam kalitesi, majör amputasyonlu hastalardan daha iyidir. Bununla birlikte, minör amputasyon geçirmiş bireyler,

major amputasyon geçirmiş bireylere göre daha fazla ağrıya ve daha kötü sosyal fonksiyona sahiptir. Kalıcı enfeksiyon ve komplikasyon riskine rağmen, DM tanılı uygun bireylerde minör amputasyon denenmelidir (118).

- Uzun kaybı olan bireyler arasında sosyal destek ağlarını genişletmeyi ve geliştirmeyi amaçlayan önleme ve müdahale programlarının potansiyel faydası olduğu açıktır. Travmatik amputasyon geçirmiş bireyler travma sonrası geç dönemde psikiyatrik destek tedavisine ihtiyaç duyabilirler (119).
- Benlik saygısı ve beden imajı dış olaylardan, toplumun tepkilerinden ve hastalıklardan etkilenir. Özellikle amputasyon, kanser, kronik hastalıklar bireylerin kendileri hakkında olumsuz düşüncelere sahip olmalarına ve dolayısıyla benlik saygılarının azalmasına neden olabilir (120).
- Ortopedik engelli bireylerle yapılan çalışmalarda, dış görünüşlerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmesinin kendilerini kötü hissetmelerine neden olduğu ve kendilerine acıma duygusuyla yaklaşacaklarına inandıkları belirtilmiştir (121,122).
- Bu araştırmayla, yara bakımı uzmanlarına amputasyon riski altındaki hastaların eğitim ve tedavisine yaklaşımlarına fayda sağlayacak ve ayrıca kronik hastalarının duygusal ve psikolojik durumlarına ilişkin gelecekteki araştırmalara yol açacak bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir (123).
- Klinisyenler, yakın zamanda kaza sonucu amputasyon geçirmiş kişilerde TSSB olasılığının farkında olmalıdır. Gelecekteki araştırmalar, hem cerrahi/terapötik hem de kazara amputasyon geçirmiş, çok çeşitli yaşları ve geçmişleri temsil eden ve daha uzun bir süre boyunca, amputasyona uyumu belirlemek için daha fazla sayıda katılımcıyı değerlendirmelidir.
- Amputasyonun psikiyatrik ve duygusal sekellerini anlamak, amputasyon ve sonrasındaki psikolojik müdahalenin doğasını ve kapsamını büyük ölçüde iyileştirebilir.
- Bireylerin beden imajını korumak ve benlik saygısını artırmak için terapötik müdahaleler ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yapılmalıdır. Özellikle amputasyon sonrası kendilerini yetersiz hissetmelerini önlemek için üretken olmaları için fırsatlar sağlamak önemlidir.

- Ampütasyon gibi sağlık sorunları nedeniyle aile bireylerinin rollerini yerine getirememesi nedeniyle aile yaşamı olumsuz etkilenecektir. Bu bağlamda ampütasyon geçirmiş bireylerin aileleri de tedavi sürecine dahil edilmelidir. Böylece bu bireylerin neler yaşadıklarını daha iyi anlayacaklardır.
- Gelecekle ilgili duygu ve düşüncelerin değerlendirilmesi, bu konuda girişimlerde bulunulması, geleceğe yönelik kısa ve uzun vadeli planlarının belirlenmesinin ampütasyon geçirmiş bireylerin yaşam kalitelerini artıracakı düşünülmektedir.
- Ampütasyon sonrası sosyal desteğin varlığı ve etkili baş etme yöntemlerinin kullanılması ruh sağlığını koruyan faktörler arasındadır. Sosyal desteğin beden ve ruh sağlığını doğrudan olumlu etkilediği ve aileden gelen sosyal desteğin de bireylerin yaşamda karşılaştıkları zorluklarla baş etmelerinde önemli olduğu açıktır. Bu noktada ruh sağlığı uzmanının sadece bireyi değil aileyi de süreç hakkında bilgilendirmesi ve ailede bireyi nasıl destekleyebilecekleri veya hangi davranışların bireyi olumsuz etkilediği konusunda farkındalık yaratması önemlidir. Bununla birlikte ampütasyon geçirmiş bireylerin tedavi ve bakım sürecinde ruhsal destek hizmeti verebilmek için planlama yapılması da gerekmektedir.
- Ampütasyon sonrası bireylerin öfke, içe kapanma, çaresizlik ve özgüven azalması gibi ciddi ruhsal sorunlar yaşadığını göstermektedir. Bu dönemde destekleyici olması beklenen ailelerinin olumsuz tutumları, bireylerin uyum sürecini olumsuz etkilemektedir. Dikkate değer bir nokta, bireylerin bir ruh sağlığı uzmanına eriştikleri takdirde konuşabileceklerini, rahatlayabileceklerini ve destek alabileceklerini ifade etmeleridir. Bu sonuçlara göre ampütasyon sonrası bireyler fiziksel iyileşmelerinin yanı sıra rutin takiplerde ruhsal durumlarının kapsamlı bir değerlendirmesinden geçmeli, gerekli destek sağlanmalı, uygun aile bireyleri takiplere davet edilmeli ve paylaşımlarda bulunulmalıdır.
- Anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltmak ve uzuv kaybına psikolojik uyumu teşvik etmek için bir ampütasyon ameliyatından önce ve sonra destek sağlayan özel multidisipliner müdahaleler geliştirilmelidir. Ekstremité ampütasyonu sonrasında hastalara uygulanacak gerekli profesyonel rehabilitasyon ve psikiyatrik desteğin, kişinin kaybının etkisini azaltacağını, toplumdaki yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitesinin artmasına neden olacağına inanılmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1 **Alişan İ.** Diyabetik Ayak Ülseri Olan Hastalarda Osteoprotegerin Düzeyleri, Vasküler Kalsifikasyon ve Hastalığın Şiddeti Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana-Türkiye, **2019**.
- 2 **Yenigün M, Altuntaş Y.** Her Yönüyle Diabetes Mellitus. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2001**; 316-340.
- 3 **Zorlu T.** Diyabetik Ayak Tanılı Hastalarda Anckle-Brakial İndeksin Periferik Vasküler Akım Paterni, Vasküler çap oranı ve Metabolik Parametrelerle İlişkisinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ-Türkiye, **2021**
- 4 **American Diabetes Association.** Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. **2010**; 33: 62-69.
- 5 **American Diabetes Association.** Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care **1997**;20:1183-97.
- 6 Haziran 2020, TEMD yayınları, Ankara. ISBN 978-605-4011-40-7
- 7 Mart 2017, TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, ISBN 978-975-98038-2-7
- 8 **American Diabetes Association.** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care **2018** Jan; 41(Supplement 1): S13-S27.
- 9 **Akın F.** Tip-2 Diabetes Mellitus Hastalarında Kilo Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne-Türkiye, **2021**.
- 10 **TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu.** Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. ISBN 978-605-4011-38-4, Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, **2019**.
- 11 **American Diabetes Association.** Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care **2020** Jan; 43(Supplement 1): S183-S192.
- 12 **Sipahioğlu F, Sipahioğlu NT.** Diyabet Tanı Kriterleri ve Sınıflaması. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, **2015**;6(1):1-3.
- 13 **American Diabetes Association.** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. **2019** Jan; 42(Supplement 1): S13-S28.
- 14 **Ulusal Diyabet Konsensus Grubu.** TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019, ISBN 978-605-69309-0-4, Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş. İstanbul, **2019**, s.192.
- 15 **Gümüş E, Satman I, Yetkin İ, Hatun Ş, Çakır B.** Türkiye Diyabet Programı, https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf
- 16 **IDF Diabetes Atlas 2015**, 7th edition. International Diabetes Federation, Brussels, **2015**. Available from: www.diabetesatlas.org.
- 17 **Melmed S, Kronenberg HM, Polonsky KS, Larsen PR.** Williams Textbook of Endocrinology. 12th edition. Elsevier India, **2016**; p. 1371- 1435. 71.

- 18 **Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H.** Global Prevalence of Diabetes Estimates For the Year 2000 and Projections For 2030. *Diabetes Care*, **2004** Mayıs;27(5):1047-53.
- 19 **Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Karsıdag K.** Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of The Turkish Diabetes Epidemiology Study. *Diabetes Care*, **2002**; 25 (9): 1551-1556
- 20 **Can Fİ.** Diyabetik Ayak Ülseri ile Başvuran Hastalarda Alt Ekstremitte Ampütasyonu ile Bazı Klinik ve Bazı Laboratuvar Bulgularının İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep-Türkiye, **2017**.
- 21 **Kahn CR, Weir GC, King GL,** Çev. Ed. **Yumuk V.** Diyabet: Tanım, Genetik ve Patogenez. 14. Baskı, **2008** İstanbul Tıp Kitabevi, 331-341
- 22 **Işıl G.** Diyabetik Ayak Hastalığı Gelişiminde Etkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Tedavi Uyumunun Diyabetik Ayak Hastalığı ile İlişkisinin İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Eğitim ve İhtisas Hastanesi, Bursa-Türkiye, **2018**.
- 23 **World Health Organization.** Global Report on Diabetes. ISBN 978-92-4-156525-7, World Health Organization, France, **2016**, s.88.
- 24 **Atlas 2019.** IDF Diabetes Atlas Ninth Edition 2019. ISBN 978-2-930229-87-4, International Diabetes Federation, Brussels Belgium, **2019**, s.176.
- 25 **Gümüş E, Satman I, Yetkin İ, Hatun Ş, Çakır B.** Türkiye Diyabet Programı, https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.
- 26 **Beers MH,** Çev. Ed. Solakoğlu Z. Diabetes Mellitus ve Karbonhidrat Metabolizması Bozuklukları. The Merck Manual Tanı/Tedavi El Kitabı, On sekizinci baskı. İstanbul: Yüce Yayım, **2008**: 1277
- 27 **Açık Ş,** Diyabetik Ayak Hastalarında Gremlin-1 Düzeylerinin Wagner Sınıflaması ile İlişkisinin İncelenmesi ve Amputasyona Gidişte Bir Biyobelirteç Olarak Kullanabilirliğinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi. İzmir-Türkiye, **2021**.
- 28 **Saltoğlu N, Kılıçoğlu Ö, Baktıroğlu S, Oşar-Siva Z, Aktaş Ş, Altındaş M.** et al. Diyabetik Ayak Yarısı ve İnfeksiyonunun Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi: Ulusal Uzlaş Raporu. *Klinik Dergisi*, **2015**;28(June):2-34.
- 29 **TÜRKDİAB** Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Diyabet Vakfı, 6. Baskı, **2016** İstanbul
- 30 **Boulton AJM.** The Diabetic Foot. *Med* **2015**; 43 (1): 33-37.
- 31 **TÜRKDİAB** Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi **2019**; 101-192.
- 32 **Jeffcoate WJ, Harding KG.** Diabetic Foot Ulcers. *The Lancet*, **2003**; 361 (9368): p. 1545- 1551
- 33 **Oğuz A, Çuhacı N, Usluoğulları A, Caner S, Uğurlu M, Ersoy R, Çakır B,** Diabetik Ayaklı Hastalarımızda Amputasyon Oranları ve Demografik Veriler. *Ankara Medical Journal*, **2012**; 12(1):11-15
- 34 **Demir Y, Demir S, Gökçe Ç.** Diyabetik Ayak: Fiziopatolojisi, Tanısı ve Rekonstrüksiyon Öncesi Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2004**; 5 (3): s. 1- 12.
- 35 **Kurt C.** Diyabetik Ayak Ampütasyonlu Olguların Klinik ve Histopatolojik Bulgularının Analizi, Tıpta uzmanlık tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak-Türkiye, **2020**.

- 36 **Trieb K.** The Charcot Foot: Pathophysiology, Diagnosis and Classification. *Bone Jt J* **2016**; 98-B (9): 1155-1159.
- 37 **Oksuz E, Malhan S, Sonmez B, Tekin RN.** Cost of İllness Among Patients with Diabetic Foot Ulcer in Turkey. *World J Diabetes*, **2016**; 7 (18): 462-469.
- 38 **Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N, Reiber GE, Wagner EH.** Incidence, Outcomes, and Cost of Foot Ulcers in Patients with Diabetes. *Diabetes Care*, **1999**; 22(3), 382-387.
- 39 **Nural N, Hintistan S.** Diyabetik Hastaların Ayak Bakımıyla İlgili Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**;18:2
- 40 **Erdem Y, Yıldız C, Kürklü M.** Savaş ve Terör Yaralanmaları Sonrası Amputasyon. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **2017**; 33:92-100,
- 41 **Azar FM, Canale ST, Beaty JH.** Campbell's Operative Orthopaedics E-book. Elsevier Health Sciences; **2016**.
- 42 **Gür E.** Travmatik Nedenli Amputasyonlar. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2001**; 2(1): 0-0.
- 43 **Özsoy İ, Okyayuz ÜH.** Amputasyon Geçirmiş Kişilerin Baş Etme Becerileri: Olgu Sunumu, *Klinik Psikiyatri*, **2016**;19:45-51
- 44 **Okyayuz ÜH. (2013).** Sağlık Psikolojisi. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. ISBN: 9789756761205
- 45 **Öznur T.** Çatışmayla İlişkili Travmatik Ampütasyonların Fiziksel Rehabilitasyon Sürecinde Eşlik Eden Psikiyatrik Sorunlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2013**; 55:332-341.
- 46 **Özkan S.** Kolorektal Kanseri Hastaya Psikiyatrik ve Psikososyal Destek. *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği. İstanbul*, **2010**, s: 787-799
- 47 **Çopuroglu C, Özcan M, Yılmaz B, Gorgulu Y, Abay E, Yalniz E.** Acute Stress Disorder and Post-traumatic Stress disorder Following Traumatic Amputation. *Acta Orthop Belg* **2010**; 76(1): 90-93.
- 48 **Gözaydinoğlu Ş.** Diz Üstü Ampütelerde Vücut İmajı Algısının ve Proteze Uyumunun Kognitif Performansa Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul-Türkiye. **2017**
- 49 **Garcia EG.** Lower Limb Ampütation: Rehabilitation. Evidence Summaries, Joanna Briggs Institute, **2012**
- 50 **Demet K, Guillemin F, Martinet N, Andre JM.** Nottingham Health Profile: Reliability in a Sample of 542 Subjects with Major amputation of One or Several Limbs. *Prosthet Orthot Int.* **2002**; 26(2): 120-123
- 51 **Milad MR, Pitman RK, Ellis CB.** et al. Neurobiological Basis of Failure to Recall Extinction Memory in Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry* **2009**; 66(12):1075-1082.
- 52 **Mugo N.** The effect of amputation on body image and well-being: a systematic review. **2010**.
- 53 **Gilg AC.** The Impact of Amputation on Body Image. The University of Southern Mississippi, Department of Nursing Thesis. **2016**.

- 54 **Demirdel UFS, Bayramlar K.** Amputasyondan Sonra Normal Yaşama Yeniden Katılım Sürecinin Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Düzey İle İlişkisinin İncelenmesi. *Türk Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, **2014**; 25(3), 1-7
- 55 **Atay İ M, Turgay O, Atay T.** Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Profitez Kullanımının Sıklığı ile Beden İmajı, Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Üzerine Etkileri. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, **2014**.
- 56 **Kaplan & Sadock** Psikiyatri Davranış Bilimleri / Klinik Psikiyatri, Bozkurt A. , Editör, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss. 437, **2016**.
- 57 **Macgregor AJ, Tang JJ, Dougherty AL, Galarneau MR.** Deployment-related Injury and Posttraumatic Stress Disorder in US Military Personnel. *Injury* **2012**.
- 58 **Brewin CR, Andrews B, Valentine JD.** Meta-analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Traumaexposed Adults. *J Consult Clin Psychol*, **2000**; 68(5): 748-766.
- 59 **Hayes J, Wakefield B, Andresen EM,** Identification of Domains and Measures for Assessment Battery to Examine Well-being of Spouses of OIF/OEF Veterans with PTSD. *J Rehabil Res Dev*, **2010**; 47(9): 825-840.
- 60 **White R.** Delayed Wound Healing: in Whom, What, When and Why. *Primary Health Care*, **2008**; 18(2): 40-46.
- 61 **Kearns MC, Ressler KJ, Zatzick D, Rothbaum BO.** Early Interventions for PTSD: a Review. *Depress Anxiety*, **2012**; 29(10): 833-842.
- 62 **Tylka TL, Wood-Barcalow NL.** What is and What is not Positive Body Image? Conceptual Foundations and Construct Definition. *Body Image*, 14, 118-129. **2015**.
- 63 **Anderson DR, Roubinov DS., Turner AP, Williams RM, Norvell DC, Czerniecki JM.** Perceived Social Support Moderates the Relationship Between Activities of Daily Living and Depression After Lower Limb Loss. *Rehabil Psychol*, **2017**; 62(2), 214.
- 64 **Civitci A.** Perceived Stress and Life Satisfaction in College Students: Belonging and Extracurricular Participation as Moderators. *Procedia Soc Behav Sci*, **2015**; 205, 271-281.
- 65 **Holzer LA, Sevelde F, Fraberger G, Bluder O, Kicking W, Holzer G.** Body Image and Self Esteem in Lower-limb Amputees. *Plos One*, **2014**; 9(3), e92943.
- 66 **Peroni F, Cornaggia C, Cerri C, Perin C.** Distortion of Body Image Following Lower Limb Amputation: Implications for Comprehensive Rehabilitation. *Current Advances in Neurology and Neurological Disorders*, 1, 5-10. **2017**.
- 67 **Shields C, Thorp H, Hendry G, Jayakaran P.** Health-related Quality of Life in Persons with Dysvascular and Traumatic Lower Limb Amputation a Systematic Review. *Physiotherapy*, 101, e673. **2015**.
- 68 **Mugo N.** The effect of amputation on body image and well-being: a systematic review. **2010**.
- 69 **Demiralp M, Demiralp B, Sarıkoç G, İyigün E, Açikel C, Başbozkurt M.** Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2015**; 16(1), 82-90.
- 70 **Godlwana L.** The Epidemiology and Functional Outcomes After a Major Lower Limb Amputation, Doctoral Thesis Johannesburg, **2016**.

- 71 **Başıoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M.** et al. Türkiye'de Depremzedelerde Travmatik Stres Tarama Aracının Geçerliliği Üzerine Bir Araştırma. *J Trauma Stress*, **2001**; 14, 491–509.
- 72 **Hovardaoğlu S, Özdemir YD.** Vücut Algısı Ölçeği nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve majör depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1990**.
- 73 **Utlı Y.** Diyabetik Ayak Ülserlerinde Majör Ampütasyonun En Güçlü Öngörücüsü: Periferik Arter Hastalığı; Sıklık ve İlişkili Faktörler. *Jour Turk Fam Phy*, **2020**; 11 (1): 2-8.
- 74 **Eser HR.** Diyabetik Ampütasyonlu Bireylerde Standardize Edilen Hemşirelik Takibinin Tekrarlayan Ampütasyonlara Etkisi, Yüksek lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın-Türkiye, **2019**.
- 75 **Hüseyin S, Yüksel V, Halıcı Ü, Okyay A, Canbaz S, Ege T, Sunar H.** Periferik Arter Hastalığının Kaçınılmaz Sonu: Ekstremitte Amputasyonları. *Damar Cer Derg*, **2014**; 23(2), 79-82.
- 76 **El-Rubean H.** Diabetic Foot Complications and Their Risk Factors From a Large Retrospective Cohort Study. **2015**; 6;10(5):e0124446.
- 77 **Font-Jiménez I.** Retrospective Study of The Evolution of The Incidence of Non-traumatic Lower-extremity Amputations (2007-2013) and Risk Factors of Reamputation **2016**; 10(6):434-441.
- 78 **Al-Mahroos F.** Diabetic Neuropathy, Foot Ulceration, Peripheral Vascular Disease and Potential Risk Factors Among Patients with Diabetes in Bahrain:a Nationwide Primary Care Diabetes Clinic-Based Study. *Ann Saudi Med*, **2007**; 27: 25–31. pmid:17277500
- 79 **Bruun C.** Amputations and Foot Ulcers in Patients Newly Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus and Observed for 19 years. The Role of Age, Gender and Co-morbidity. *Diabet Med*, **2013**.
- 80 **Aziz F.** Epidemiology of Major Lower Extremity Amputations in Individuals with Diabetes in Austria, 2014-2017: A retrospective Analysis of Health Insurance Database. *Diabetes Res Clin Pract*. **2020**; 170:108477.
- 81 **Al-Rubeaan K.** Diabetic Foot Complications and Their Risk Factors From a Large Retrospective Cohort Study. *Plos One*, **2015**; 10(5): e0124446.
- 82 **Fan L.** Sex Difference for The Risk of Amputation in Diabetic Patients: A systematic Review and Metaanalysis. **2021**; 11;16(3):e0243797.
- 83 **Kröger K, Berg C.** Lower Limb Amputation in Germany, Holger Reinecke, **2017**; 24;114(7):130-136.
- 84 **Hussain MA,** Population-based Secular Trends in Lower-extremity Amputation for Diabetes and Peripheral Artery Disease, ve Charles de Mestral *CMAJ*, **2019**; 191 (35) E955-E961;
- 85 **Musuuza J, Sutherland BL, Kurter S, Balasubramanyan P, Bartels CM, Brennan MB.** A Systematic Review of Multidisciplinary Teams to Reduce Major Amputations for Patients with Diabetic Foot Ulcers. *J Vasc Surg*, **2020**;71(4):1433-1446.e3.
- 86 **Londero LS, Hoegh A, Houliind K, Lindholt J.** Major Amputation Rates in Patients with Peripheral Arterial Disease Aged 50 Years and Over in Denmark During the Period 1997–2014 and Their Relationship with Demographics, Risk Factors, and Vascular Services, *Eur J Vasc Endovasc Surg*, **2019**; 58(5):729-737.

- 87 **Geiss LS, Li Y, Hora I, Albright A, Rolka D, Gregg EW.** Resurgence of Diabetes-Related Nontraumatic Lower-Extremity Amputation in the Young and Middle-Aged Adult U.S. Population., *Diabetes Care*, **2019**; 42(1):50-54.
- 88 **Kamitani F,** Incidence of Lower Limb Amputation in People With and Without Diabetes: a Nationwide 5-year Cohort Study in Japan, *BMJ Open*. **2021**; 11(8): e048436.
- 89 **Ozan F, Gürbüz K.** Diyabetik Ayak Hastalarında Majör ve Minör Alt Ekstremitte Ampütasyonlarının Değerlendirilmesi. *Turk J Med Sci*, **2017**; 47: 1109-1116.
- 90 **Gandhi SK.** Age- and Sex-specific Incidence of Non-traumatic Lower Limb Amputation in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a U.S. Claims Database. *Diabetes Res Clin Pract*, **2020**; 169:108452.
- 91 **Lu Q.** Risk Factors for Major Amputation in Diabetic Foot Ulcer Patients *Diabetes Metab Syndr Obes*. **2021**; 14: 2019–2027.
- 92 **Lopez-Valverde ME.** Perioperative and Long-term All-cause Mortality in Patients with Diabetes Who Underwent a Lower Extremity Amputation. *Diabetes Res Clin Pract*, **2018**;141:175-180.
- 93 **Akinlotan MA, Primm K.** Racial, Rural, and Regional Disparities in Diabetes-Related Lower-Extremity Amputation Rates, 2009–2017. *Diabetes Care* **2021** Sep; **44**(9): 2053-2060.
- 94 **Cavanagh SR, Shin LM, Karamouz N, Rauch SL.** Cerrahi Amputasyonun Psikiyatrik ve Duygusal Sekelleri. *Psikosomatik*. **2006**; 47 :459-64.
- 95 **Breslau N.** Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi: Sorunun Boyutu Nedir? *J Clin Psikiyatri*. **2001**; 62:16–22.
- 96 **Çopuroğlu C.** Travmatik Ampütasyon Sonrası Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Acta Ortopedik Belg*, **2010**; 76(1):90-3
- 97 **Mitchell SL,** The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage Study Outcomes of Amputation Compared with Limb Salvage Following Major Upper-Extremity Trauma, *J Bone Joint Surg Am*. **2019**; 21; 101(16): 1470–1478.
- 98 **Şimsek N,** Travma Sonrası Alt Ekstremitte Amputasyonu Olan Bireylerin Ruh Sağlığı: Nitel Bir Çalışma, *J Hasta Uzm*. **2020** Aralık; 7(6): 1665-1670.
- 99 **Baby S, Chaudhury S.** Evaluation of Treatment of Psychiatric Morbidity Among Limb Amputees, *Ind Psychiatry J*. **2018**; 27(2): 240–248.
- 100 **Sahu A, Gupta R.** A study of Psychiatric Comorbidity After Traumatic Limb Amputation: A Neglected Entity. *Ind Psychiatry J*. **2017**; 26(2):228-232.
- 101 **Mousavi B.** The Psychological Morbidity in The Long Term After War Related Bilateral Lower Limb Amputation, *Med J Armed Forces India*, **2017**; 73(4):351-355.
- 102 **Pedras S.** Traumatic Stress Symptoms Following a Lower Limb Amputation in Diabetic Patients: a Longitudinal Study. *Psychol Health*. **2019**; 34(5):535-549.
- 103 **Öztürk Rİ, Öztürk G.** Alt Ekstremitte Amputasyonu Olan Bireylerin Vücut İmajı: Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. **2021**; 41(3):205-13
- 104 **Gökşenoğlu G, Yıldırım MA.** The Effect of the Level of Amputation on Depression, Body Image Perception and Locomotor Capacity in Patients Using Lower Extremity Prosthesis., *J PMR Sci*. **2019**; 22(2):53-9.

- 105 **Atay IM, Turgay O, Atay T.** The Prevalence of Prosthesis Use with The Effects on Body Image, Depression, Anxiety and Self-esteem in Lower-extremity Amputations. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, **2014**; 60(3).
- 106 **Kızılkurt OK , Kızılkurt T.** Quality of Life After Lower Extremity Amputation Due to Diabetic Foot Ulcer: The Role of Prosthesis-related Factors, Body Image, Self-esteem, and Coping Styles. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **2020**; 33:109-119
- 107 **Armstrong TW.** Psychological Distress Among Persons With Upper Extremity Limb Loss, *Br J Health Psychol.* **2019**; 24(4):746-763.
- 108 **Pedras S, Carvalho R, Pereira MG.** Predictive Model of Anxiety and Depression Symptoms After a Lower Limb Amputation. *Disability and Health Journal*, **2018**; 79-85.
- 109 **Sahu A, Gupta R, Sagar S, Kumar M.** A Study of Psychiatric Comorbidity After Traumatic Limb Amputation: A Neglected Entity. *Ind Psychiatry J.* **2017**; 26(2): 228–232.
- 110 **Sinha R.** Factors Affecting Quality of Life in Lower Limb Amputees. *SAGE Journals*, **2017**.
- 111 **Mckechnie PS.** Anxiety and Depression Following Traumatic Limb Amputation: a Systematic Review. *Injury.* **2014**; 45(12):1859-66.
- 112 **Abeyasinghe NL.** The Prevalence of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Among Soldiers with Amputation of a Limb or Spinal Injury: a Report from a Rehabilitation Centre in Sri Lanka. *Psychol Health Med.* **2012**;17(3):376-81.
- 113 **Moreno DH.** Body Image, Perceived Stress, and Resilience in Military Amputees of the Internal Armed Conflict in Colombia. *Int J Psychol Res (Medellin)*, **2018** Jul-Dec; 11(2): 56–62.
- 114 **Ali S.** Psychological Adjustment To Amputation: Variations On The Bases Of Sex, Age And Cause Of Limb Loss. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* Apr-Jun **2017**; 29(2):303-307
- 115 **Arya S.** The Association of Comorbid Depression with Mortality and Amputation in Veterans with Peripheral Artery Disease. *J Vasc Surg.* **2018**; 68(2):536-545.e2.
- 116 **McDonald S.** The Role of Body Image on Psychosocial Outcomes in People With Diabetes and People With an Amputation. *Front Psychol.* **2020**; 11: 614369.
- 117 **Esfandiari E.** Long-term Symptoms and Function After War-related Lower Limb Amputation: A National Cross-sectional Study. *Acta Orthop Traumatol Turc.* **2018**; 52(5): 348–351.
- 118 **Nazri MY.** Quality of Life of Diabetes Amputees Following Major and Minor Lower Limb Amputations. *Med J Malaysia.* **2019**; 74(1):25-29.
- 119 **Copuroglu C.** Acute Stress Disorder and Post-traumatic Stress Disorder Following Traumatic Amputation. *Acta Orthop Belg.* **2010**; 76(1):90-3.
- 120 **Küçük N.** Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi*; **2007**.
- 121 **Wiegerink D, Roebroek ME, Donkervoort M, Kettenis C, Peggy T, Stam HJ.** Serebral Palsili Ergenlerin Sosyal, Yakın ve Cinsel İlişkileri. *J Rehabilitasyon Med.* **2008**; 40: 112 – 118 .

- 122 **Karabulut BS**, Ortopedik Engelli Kadınlar: Toplumsal Cinsiyet Çerçevesinde bir Çalışma. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. **2015**; 7:25–45.
- 123 **Cornell RS**. Perceived Concerns of Patients at Risk for Lower Extremity Amputation. Wounds. **2018**; 30(2):45-48.



EKLER

Ek-1: Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Toplantı Sayısı		Tarih
90		5 Temmuz 2019

KARAR NO 36- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Sunay Fırat yönetiminde, Seda Kahya tarafından yürütülmesi öngörülen, "Diyabetik Ayak Nedeniyle Ampütasyon Geçirmiş Bireylerin Beden Algısı ve Travmatik Stres Belirtilerinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Ek-2: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 24/07/2019-E.104410



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28278576-020/
Konu : Yönetim Kurul Kararları

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 22.07.2019 tarih ve 21/16-15 ve 16 no'lu kararları aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Karar No: 15- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 22.07.2019 tarih ve 102598 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi **Seda KAHYA'nın "Diyabetik ayak nedeniyle amputasyon geçirmiş bireylerin beden algısı ve travmatik stres belirtilerinin incelenmesi."** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktıların Enstitü'ye iletilmesine, oy birliği ile kabulüne.

Karar No: 16- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 22.07.2019 tarih ve 102601 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi **Remziye YEŞİLKUŞ'un "Bariatrik cerrahi olmaya karar veren obez bireylerin çocukluk çağı travmaları ve bilişsel duygu düzenleme becerilerinin incelenmesi."** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktıların Enstitü'ye iletilmesine, oy birliği ile karar verildi.

Ek-3: Enstitü Akademik Kurul İzni

10/09/2019-126578



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45868485-044/
Konu : Uygulama İzni (Seda KAHYA)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 09/09/2019 tarihli, 126116 sayılı ve "Uygulama İzni (Seda KAHYA)" konulu yazı,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seda KAHYA'nın "Diyabetik Ayak Nedeniyle Ampütasyon Geçirmiş Bireylerin Beden Algısı ve Travmatik Stres Belirtilerinin İncelenmesi" başlıklı tezinin araştırma çalışmasını Hastanemizde yapabilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Ali ÖNAL
Başmüdür

Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş
2. Cinsiyet () 1.Erkek () 2.Kadın
3. Öğrenim durumu () 1.Okur-yazar değil
() 2.İlkokul
() 3.Ortaokul
() 4.Lise
() 5.Universite
() 6.Yüksek Lisans/Doktora
3. Medeni durum () 1.Evli () 2.Bekar
() 3.Boşanmış () 4.Dul (Eşini kaybetmiş)
4. Meslek
5. Diyabet Tipi () 1. Tip I. () 2. Tip II.
6. Diyabet Süresi (ay/yıl):
7. HbA1c Değeri:
8. Açlık Kan Şekeri Değeri:
9. Kullanılan İlaçlar () 1. Oral Tabletler
() 2. İnsülin
() 3. Oral tablet+İnsülin
() 4. Diğer
10. Komorbid Durumlar () 1. Arteriosklerotik Damar Hastalığı
() 2. Böbrek Hastalığı
() 3. Görme Kaybı
() 4. Periferik Damar Hastalığı
() 5. Nöropati
() 6. Diğer (.....)
11. Ampütasyon sebebi () 1.Diyabetik ayak
() 2.Trafik kazası
() 3.İş kazası
() 4.Điğer (.....)
12. Ampütasyon yapılan bölge:
13. Geçirilen ampütasyon işlemi sayısı:
14. Ampütasyonun üzerinden geçen süre:
15. Ameliyat öncesi ampütasyon ile ilgili bilgi aldınız mı? () 1.Evet () 2.Hayır
16. Ampütasyon öncesi herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mıydı?
() 1.Hayır () 2. Evet Varsa belirtiniz
17. Konsültasyon sonrası herhangi bir psikiyatrik tedavi başladı mı?
() 1. Hayır () 2. Evet Varsa belirtiniz (.....)
18. Ameliyat sonrası, amputé edilen bölgeyi kaçınıcı günde gördünüz? (.....)

Ek-5: Beden Algısı Ölçeği

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız bu özellik için “Çok Beğeniyorum” ifadesinin yazılı olduğu kutuya “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün Rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6. Bumum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Bacaklarım					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel Organlarım					

Ek-6: Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği

TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda travmatik bir olaydan sonra birçok insanın yaşadığı bazı sorunlar sıralanmıştır. Lütfen son bir hafta içinde bu sorunların sizde olup olmadığını, var ise ne derece rahatsız ettiğini belirtiniz (uygun kolonun altına X koyunuz).

İfadeler	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz	Oldukça	Çok rahatsız ediyor
1.Yaşadığım olay ile ilgili bazı anıları/görüntüleri aklımdan atamıyorum.				
2.Bazen yaşadıklarım birdenbire gözlerimin önünden bir film şeridi gibi geçiyor ve sanki her şeyi yeniden yaşıyorum.				
3.Sık sık korkulu rüyalar görüyorum.				
4.Yaşadığım olay tekrar başıma gelecek korkusu ile bazı şeyleri kolaylıkla yapamıyorum.				
5.Hayata karşı ilğim azaldı.				
6.İnsanlardan uzaklaştığımı, onlara karşı yabancılaştığımı hissediyorum.				
7.Sanki duygularım ölmüş gibi geliyor				
8.Uyumakta güçlük çekiyorum.				
9.Daha çabuk sinirleniyor ya da öfkeleniyorum				
10.Unutkanlık veya dikkatimi yaptığım işe toplamakta güçlük çekiyorum.				
11.Her an tetikte duruyorum.				
12.Ani bir ses ya da hareket olduğunda irkiliyorum.				
13.Herhangi bir şey bana yaşadığım olayı hatırlatınca rahatsızlık duyuyorum.				
14.Yaşadığım olayla ilgili düşünceleri ve duyguları aklımdan atmaya çalışıyorum.				
15.Yaşadığım olayın bazı bölümlerini hatırlamakta güçlük çekiyorum.				
16.Yaşadığım olay her an ölebileceğimi fark ettirdiği için uzun vadeli planlar yapmak bana anlamsız geliyor.				
17.Herhangi bir şey bana yaşadığım olayı hatırlatınca çarpıntı, terleme, baş dönmesi, bedenimde gerginlik gibi fiziksel belirtiler oluyor.				
18.Kendimi suçlu hissediyorum.				
19.Kendimi üzüntülü ve kederli hissediyorum				
20.Hayattan eskisi gibi zevk alamıyorum				
21.Gelecekte umutsuzum				
22.Zaman zaman aklımdan kendimi öldürme düşünceleri geçiyor				
23.Gündelik işlerimi yapacak gücüm kalmadı.				

ÖZGEÇMİŞ

İlköğrenimini, orta ve lise öğrenimini Adana’da tamamladı. 2011 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2015 yılında mezun oldu. Aynı yıl Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi’nde göreve başladı. 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Tezli Yüksek Lisans programına başladı. Halen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire olarak görev yapmaktadır.

