



**ANATOMİK DEFORMİTELERİN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Saliha ABACIOĞLU
ANATOMİ (VETERİNER)
ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. İsmail TÜRKMENOĞLU**

Tez No: 2021-004

**TC.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ-BURDUR MEHMET AKİF
ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANATOMİK DEFORMİTELERİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Saliha ABACIOĞLU

**ANATOMİ (VETERİNER) ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ (ORTAK PROGRAM)**

DANIŞMAN

Prof. Dr. İsmail TÜRKMENOĞLU

Tez No: 2021-004

2021- AFYON

ÖZET

ANATOMİK DEFORMİTELERİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı anatomik deformiteli bireylerin yaşam kalitesini ölçmektir.

Araştırma, Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma kesitsel bir çalışma olup, ileriye dönük olarak yapıldı. Araştırma Isparta Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde ortopedi kliniklerinde yatan anatomik deformiteli bireyler üzerinde yapıldı. Araştırmaya dahil olan katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak sosyo demografik bilgi formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak ilgili bölümleri cevaplamaları sağlandı. Araştırmaya gönüllü olarak 200 kişi dahil oldu.

Araştırma verilerinin analizleri SPSS istatistik paket programında yapıp, verilerin Aritmetik Ortalaması ve Standart Sapması bulundu, aynı gruptaki değerlerin karşılaştırılmasında; paired t testi, daha fazla değişkenin karşılaştırılmasında Varyans Analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırma da ise Duncan testi kullanıldı.

Bu çalışmada, cinsiyete göre katılımcıları karşılaştırdığımızda, SF-36' nın sadece ağrı alt boyutunda istatistiki olarak anlamlılık bulunmuştur. Erkek katılımcıların ağrı ortalama puanı bayan katılımcılardan yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırdığımızda; fiziksel rol güçlüğü alt boyutunda, enerji canlılık vitalite alt boyutunda, sosyal işlevsellik alt boyutunda, ağrı alt boyutunda genel sağlık algısı alt boyutunda yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise 18-30 yaş grubu puan ortalaması diğer grupların puan ortalamasından daha yüksektir. Emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırma da ise 18-30 yaş grubu ve 46-60 yaş grubu ortalaması diğer gruplara göre yüksektir. Ruhsal sağlık alt boyutunda yaş durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırma da ise 18-30 yaş, 31-45 yaş, 46-60 yaş gruplarının puan ortalaması, 61 yaş ve üstü ortalamasından daha yüksek olarak bulunmuştur. Medeni duruma göre karşılaştırdığımızda bekar katılımcıların SF-36 puan ortalaması, evli katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlılık vardır. Eğitim durumuna göre ise; fiziksel rol güçlüğü alt boyutu haricindeki bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur. Enerji canlılık vitalite alt boyutunda gruplararası karşılaştırmada ise okuryazar olmayan, lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek iken diğer alt gruplarda ise lise ve üniversite mezunu olan bireylerin puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma duruma göre karşılaştırdığımızda, bütün alt boyutlarda istatistiki olarak

anlamli farklilik bulunmamıştır. Sağlık güvencesine sahip olma duruma göre; fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise sosyal güvencesi olmayan katılımcıların puan ortalaması daha yüksektir. Gelir duruma göre, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise, her iki alt boyutta da geliri olmayan, asgari ücretliler ve geliri 4001 TL ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksektir. Yaşanılan yere göre, alt boyutların hepsinde istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmamıştır. Deformite yerine göre, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutların da istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada ise ruhsal sağlık alt boyutunda el ve ayak deformiteli katılımcıların ortalama puanı daha yüksek iken, istatistiki olarak anlamli bulunan diğer alt boyutlarda ise el deformitesi olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Deformite nedenine göre, sadece genel sağlık algısı alt boyutunda istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırma da ise, doğum öncesi ve diğer grupların puan ortalaması daha yüksektir. Deformite sayısına göre; fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise 3 ve daha fazla deformiteye sahip katılımcıların puan ortalaması daha yüksektir. Yaşama şekline göre (yalnız yaşayıp yaşamadığı) fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise yalnız yaşayan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Günlük aktivitelerde başkalarına bağımlı olma durumuna göre alt boyutların hepsinde istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise hayır cevabı veren katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Kronik bir hastalık sahip olma durumuna göre, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada ise hayır cevabı veren katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak, cinsiyete göre, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesine sahip olma durumu, gelir durumu, deformite yeri, sayısı ve nedenine göre, yaşam şekli (yalnız yaşayıp yaşamadığına göre), günlük aktivitelerde başkasına bağımlı olma durumuna göre, kronik hastalık varlığı durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesine göre istatistiki olarak anlamli farklilik bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anatomi, Deformite, SF-36, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

THE EFFECTS OF ANATOMICAL DEFORMITY UPON THE QUALITY OF LIFE

The purpose of this study is to measure the quality of life on the individuals that have anatomical deformity.

The research was performed between October 2015 and October 2016. The research is cross-sectional and anterograde. The research was performed on the individuals who have anatomical deformity and who hospitalized in orthopedic clinics of Isparta Eğirdir Bone and Joint Diseases and Rehabilitation Hospital. It was provided that the participants answer the necessary sections of socio-demographic information form and SF-36 The Quality of Life Scale by using face to face conversation. 200 individuals participated in the research voluntarily.

The research data was analyzed in SPSS statistics package programme, the arithmetic mean and standard deviation of data was calculated, paired t test was used to compare the values in the same group and the analysis of variance was used to compare more parameters. Duncan's multiple range test was used for multiple contrasts.

In this study, a statistical significance was found only in SF-36's body pain subdimension when the attendants are compared according to their gender. The average pain score of the male participants is higher than the female participants ($p < 0.05$). When the scores that the participants get from the SF-36 Quality of Life's subdimensions are compared according to the age group, a statistical significance was found in the role limitations due to the physical health dimension, vitality dimension, social functioning dimension, body pain dimension, and general health dimension ($p < 0.05$). In the intergroup comparison, the average score of 18-30 age group is higher than the other groups. In the role-emotional subdimension, a statistical significance was found ($p < 0.05$). In the intergroup comparison, the average of 18-30 and 46-60 age groups is higher than the other groups. In the mental health subdimension, a statistical significance was found ($p < 0.05$). In the intergroup comparison, the average score of 18-30, 31-45 and 46-60 age groups is higher than the 61 and over groups. In the marital status comparison, the single participants average score is higher than the married ones ($p < 0.05$). There is also a statistical significance in marital status. According to educational status, there is a statistical significance in all subdimensions except role limitations due to the physical health. While the average score of the participants who are illiterate, highschool graduate and university graduate is higher in the vitality subdimension, the average score of the participants who are highschool and university graduate is higher in the other subgroups when the groups are compared ($p < 0.05$). According to the employment status, a statistical significance was't found. According to the health coverage, a statistical significance was found in physical functioning, vitality, mental health, social functioning, body pain and general health subdimensions ($p < 0.05$). In

the intergroup comparison, the average score of the participants who haven't benefit primary, is higher. According to the income statue, a statistical significance was found in social functioning and general health subdimensions ($p < 0.05$). In the intergroup comparison, the average score of the participants who have minimum wage and who have 4001 TL and over income, is higher on both subdimensions. According to the living place, a statistical significance wasn't found in all subdimensions. According to deformity a statistical significance was found in physical function, emotional role, vitality, mental health, social functioning, body pain and general health subdimensions. In the intergroup comparison, it was found that while the average score of the participants who have hand and foot deformity in mental health subdimension is high, the average score of participants who have hand deformity is higher in other subdimensions that has statistical significance. According to the reason of deformity, a statistical significance was found only in general health subdimension. In intergroup comparison, the average scores of prepartum and the other groups is higher. According to the number of deformity, a statistical significance was found in physical function, vitality, mental health, social functioning, body pain and general health subdimensions ($p < 0.05$). In intergroup comparison, the average score of the participants who have 3 or more deformity is higher. According to the life style (whether living alone or not), a statistical significance was found in physical function, vitality, mental health, social functioning, body pain and general health subdimensions ($p < 0.05$). In intergroup comparison, it was found that the average score of the participants who live alone is high. According to the dependent on the activities of daily living, a statistical significance was found in all subdimensions ($p < 0.05$). In intergroup comparison, the average score of the participants who answer "Yes" is higher. According to having chronic illnesses, a statistical significance was found in mental health, body pain and general health subdimensions ($p < 0.05$). In intergroup comparison, the average score of the participants who answer "No" is higher.

In conclusion, according to gender, age, marital status, educational status, having health coverage, income statue, the number, place and reason of deformity, lifestyle (whether living alone or not), being dependent on the activities of daily living, having chronic illnesses; a statistical significance was found in SF-36 Quality of Life Scale.

Key Words: Anatomy, Deformity, Quality of Life, SF-36

ÖNSÖZ

Anatomik deformitelerin yaşam kalitesi üzerine etkisi, adlı bu doktora tezinin bilime katkı sunması temennisi ile...

Doktora eğitimim süresince, bilgi ve yardımlarıyla eğitimime yön veren ve bu tezin oluşturulmasında engin bilgi ve tecrübesini, desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Prof. Dr. İsmail TÜRKMENOĞLU' na teşekkürü borç bilirim. Doktora eğitimim boyunca, bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Özcan ÖZGEL' e, Prof. Dr. Aysun ÇEVİK DEMİRKAN'a, Prof. Dr. Vural ÖZDEMİR'e, Prof. Dr. Ayşe HALIGÜR'e, Doç. Dr. Emine KARAKURUM'a ve değerli jüri üyesi hocalarıma teşekkürlerimi sunuyorum. Doktora eğitim süreci boyunca değerli katkılarından dolayı Arş. Gör. Dr. Mehmet Aydın AKALAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırmaya gönüllü olarak katılım gösteren katılımcılara, desteğini her zaman gösteren aileme, anneme, babama ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca verilerin toplandığı Isparta İl Sağlık Müdürlüğü Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi personeline ve birlikte çalıştığım kıymetli meslektaşlarıma destekleri için teşekkürlerimi sunuyorum.

Saliha ABACIOĞLU

Afyonkarahisar

2021

İÇİNDEKİLER

SAYFA

KABUL VE ONAY	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET	i
SUMMARY	iii
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi, Hipotezleri, Sınırlılıkları, Varsayımları ve Araştırmanın Amacı	3
1.1.1. Problem	3
1.1.2. Hipotezler	4
1.1.3. Sınırlılıklar	5
1.1.4. Varsayımlar	5
1.1.5. Araştırmanın Amacı	5
1.2. Alt ve Üst Ekstremitte Kemik Eklem Anatomisi	6
1.2.1. Skeleton Appendiculare (Uzuv-Ekstremitte Kemikleri)	6
1.2.1.1. Ossa Membri Superiorus (Üst Ekstremitte Kemikleri)	6
1.2.1.1.1. Cingulum Pectorale (Cingulum Membri Superioris)	6
1.2.1.1.2. Pars Libera Membri Superioris	7
1.2.1.2. Ossa Membri Inferioris (Alt Ekstremitte Kemikleri)	9
1.2.1.2.1. Cingulum Pelvicum (Cingulum Membri Inferioris)	10
1.2.1.2.2. Pars Libera Membri Inferioris	12
1.2.2. Eklem Yapılar	15
1.2.2.1. Üst Ekstremitte Eklemleri	15

1.2.2.1.1. Omuz Kavşağı Eklemleri	15
1.2.2.1.2. Üst Ekstremitenin Serbest Kısımlarının Eklemleri	15
1.2.2.2. Alt Ekstremitte Eklemleri.....	17
1.2.2.2.1. Leğen Kavşağı Eklemleri	17
1.2.2.2.2. Alt Ekstremitenin Serbest Kısımlarının Eklemleri	18
1.3. Alt ve Üst Ekstremitte Kemik Eklem Deformiteleri.....	19
1.3.1. Doğuştan (Konjenital) Deformiteler	20
1.3.1.1. Sprengel Deformitesi (Doğuştan Yüksek Scapulae).....	20
1.3.1.2. Kleidokranial Disostozis	20
1.3.1.3. Doğuştan Radi-Ulnar Sinostozis	21
1.3.1.4. Sindaktili	21
1.3.1.5. Polidaktilizm	21
1.3.1.6. Brakidaktili.....	22
1.3.1.7. Makrodaktili	22
1.3.1.8. Yarı El, Yarı Ayak (Split Hand/Foot Malformation, Ektrodaktili).....	22
1.3.1.9. Ayna El (Mirror Hand, Ulnar Dimelia).....	23
1.3.1.10. Gelişimsel Kalça Displazisi	23
1.3.1.11. Konjenital Halluks Valgus	24
1.3.1.12. Konjenital Metatarsus Adduktus	24
1.3.1.13. Konjenital Talipes Ekinovarus (Pes Equino Varus, Clupfood, Çarpık Ayak, PEV).....	25
1.3.1.14. Konjenital Vertikal Talus (Konjenital Pes Valgus)	25
1.3.1.15. Konjenital Tibia Psödoartrozu	25
1.3.1.16. Dizin Fleksiyon Deformitesi	26
1.3.1.17. Konjenital Diz Çıkığı	26
1.3.1.18. Konjenital Patella Çıkığı	27
1.3.1.19. Gelişimsel Koksa Vara (GKV)	27
1.3.1.20. Tibia Hemimelia.....	27
1.3.2. Yetişkin Dönem Deformiteleri.....	28
1.3.2.1. Yetişkinlik Dönemde Deformiteye Neden Olan Durumlar	28
1.3.2.1.1. Osteoporoz	28

1.3.2.1.2. Romatizmal Hastalıklar.....	28
1.3.2.1.3. Osteomalazi ve Raşitizm.....	29
1.3.2.1.4. Kırıklar.....	30
1.3.2.2. Yetişkin Dönemde Kemik Eklem Deformiteleri.....	30
1.3.2.2.1. Kanat Scapula (Winging Scapula).....	30
1.3.2.2.2. Omuz Çıkığı.....	31
1.3.2.2.3. Erişkin Kubitus Varus Deformitesi.....	31
1.3.2.2.4. Erişkin Kubitus Valgus Deformitesi.....	32
1.3.2.2.5. Genu Rekurvatum Deformitesi.....	32
1.3.2.2.6. Erişkinde Varus Deformitesi.....	32
1.3.2.2.7. Erişkinde Valgus Deformitesi.....	33
1.3.2.2.8. Yetişkin Halluks Valgus Deformitesi (HV).....	33
1.3.2.2.9. Halluks Rigidus (HR).....	34
1.3.2.2.10. Çekiç Parmak.....	35
1.3.2.2.11. Pençe Parmak.....	35
1.3.2.2.12. Tokmak Parmak.....	35
1.3.2.2.13. Üst Üste Binmiş Parmaklar.....	35
1.3.2.2.14. Bunionet.....	36
1.3.2.2.15. Romatoid El.....	36
1.3.2.2.16. Boutonniere (Düğme İliği Deformitesi).....	36
1.3.2.2.17. Kuğu Boynu Deformitesi.....	37
1.3.2.2.18. Madelung Deformitesi.....	37
1.3.2.2.19. Malunion.....	38
1.3.2.2.20. Kaynamama (Psödoartroz, Nonunion).....	38
1.4. Yaşam Kalitesi.....	39
1.4.1. Tanım.....	40
1.4.3. Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar.....	43
1.4.3.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması.....	43
1.4.3.2. Ruhsal Durum (Mood).....	44
1.4.3.3. İşlevsel Durum (Functional Status).....	44
1.4.3.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (Health-Related Quality of Life).....	44

1.4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar	45
1.4.5. Deformite ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	46
2. MATERYAL VE METOT	48
2.1. Araştırma Modeli	48
2.2. Evren ve Örneklem	48
2.3. Verilerin Toplama Aracı	49
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	49
2.3.2. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	50
3. BULGULAR	53
3.2. Hipotez Testlerine Ait Bulgular	56
4. TARTIŞMA	70
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
6. KAYNAKLAR	78
7. EKLER	94
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	94
EK 2. Kişisel Bilgi Formu	96
EK 3. MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU	97
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

SİMGELER VE KISALTMALAR

Art.	: Articulatio
cm	: Santimetre
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Lig.	: Ligamentum
M. m.	: Musculus
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
SF- 36	: Short Form -36
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TL	: Türk Lirası
TOTBİD	: Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği

ŞEKİLLER DİZİNİ

SAYFA

Şekil 1.1. Araştırma modeli	48
-----------------------------------	----



ÇİZELGELER DİZİNİ

SAYFA

Çizelge 2.3.2.1. S7F - 36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları.....	51
Çizelge 3.1.1. Demografik Bulgular	53
Çizelge 3.1.2. Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	55
Çizelge 3.2.1. Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	56
Çizelge 3.2.2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	57
Çizelge 3.2.3. Medeni Duruma Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	58
Çizelge 3.2.4. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	59
Çizelge 3.2.5. Çalışma Durumuna Göre, Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	60
Çizelge 3.2.6. Katılımcıların Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	61
Çizelge 3.2.7. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	62
Çizelge 3.2.8. Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	63
Çizelge 3.2.9. Deformitenin Bulunduğu Yere Göre Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	64
Çizelge 3.2.10. Deformite Nedenine Göre Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	65
Çizelge 3.2.11. Deformite Sayısına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	66
Çizelge 3.2.12. Yaşama Şekline Göre Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	67

Çizelge 3.2.13. Katılımcıların Günlük Aktivitelerde Başkasına Bağımlı Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	68
Çizelge 3.2.14. Katılımcıların Kronik Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	69



1. GİRİŞ

Bireylerin günlük aktivitelerini sürdürmesinde, temel yaşam gereksinimlerinin karşılanmasında, yaşamı idame ettirmesi adına tam bir iyilik hali içinde bulunması gerekir. Bu kavram çok boyutlu olmakla birlikte, bunun sağlanmasında rol alan durumlardan birisi ise kaliteli bir yaşamın olmasıdır. Lee vd. (2009)'ne göre; “Yaşam Kalitesi” sağlıkla ilgili bütün durumları içine alan, psikolojik, fiziksel ve bireyin bakış açısını içeren aynı zamanda çok boyutlu olan sağlıklı olma halinden daha fazla anlam taşıyan bir kavramdır. Bu bağlamdan hareketle, yaşam kalitesinin aynı zamanda objektif bir durum olduğu kadar subjektif bir kavram olarak ifade edilebilir. Kişinin birçok hastalığı, deformitesi, fiziksel engeli bulunmasına rağmen birey kendini tam bir iyilik halinde hissedebilir, öte yandan en küçük bir rahatsızlığında dünyası kararan, hayata karşı bakışı son derece negatif olan bireyler de mevcuttur. Medyadan, sosyal medyadan ve diğer iletişim kanallarından bu tarz örneklerle sıkça karşılaşılmaktadır.

Bir uzvun bir veya birden fazla planda eğri olması deformite (eğrilik) olarak ifade edilmektedir. Bu eğrilik frontal, sagittal veya rotasyonel planda olabileceği gibi aynı anda birden fazla planda olabilmektedir. Deformiteler doğumsal olabileceği gibi, sonradan geçirilmiş problemlere bağlı olarak da oluşabilmektedir. Deformite; “uzunluk, dizilim ya da eklem pozisyonunu içeren bir patolojik değişiktir”. Deformiteyi değerlendirirken bilinmesi gereken 2 önemli nokta;

1. Deformitenin doğal seyri ve sebebi,

2. Deformitenin neden olabileceği sonuçlar: (İşlevsel bozukluğa neden olmayan ve kozmetik açıdan kabul edilebilir deformiteler önemsenmeyebilir) (Başal, 2015).

Alt ve üst ekstremiteler hareket sisteminin çok önemli bir parçasıdır. Bu yapılardaki konjenital ve sonradan gelişen deformitelerin bireylerin yaşam

kalitelerini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Örneğin kemik eklem defomitesi olan bireylerin, milli basketbol takımında görev alması ve dünya çapında başarı elde etmeleri ya da genu varum deformitesi olan bir bireyin hayata küsmesi gibi. Bu bağlamdan yola çıkıldığında, yaşamın kaliteli olması kişiden kişiye değişen, kişinin hayatı algılaması ile ilgili bir durumdur. Bu duruma etki eden anatomik, fizyolojik nedenlerin yanında bireyin hayata bakış açısı, psikolojik, ekonomik, eğitim ve sosyo kültürel etmenlerin de etkili olduğu söylenebilir.

Genç vd. (2011), bireyin sağlık durumunu tespit etmek için nesnel verilerle birlikte bireyin hastalığını nasıl algıladığını ifade eden “*yaşam kalitesi*” kavramına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Yaşam kalitesi kavramı, günlük yaşam aktivitelerini göstermekle birlikte hayattan ve kişisel iyilik durumundan kazanmış olduğu doyum da göstermektedir. Genellikle kişiye has ve değişken bir yapıya sahip olan yaşam kalitesi, bireyin sahip olduğu kültürel özellikler ve inanç sistemi ile doğrudan ilişkilidir.

Tülek’de (2006), çalışmasında yaşam kalitesi kavramının ölçülmesi konusunda yalnız fizyolojik parametrelere değil, kişinin kendini algılamasına odaklanması gerektiğini işaret etmiştir. Yani bireyin nasıl hissettiğini önemseyen ve sorunlara kişi perspektifinden bakan bir yaklaşım olduğunu belirtmiştir. Eser (2014), çalışmasında yaşam kalitesi kavramı için “mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terim” olarak ifade etmiştir. Aydemir (2014), sağlık alanında yaşam kalitesinin ölçümleri, sağkaldıktan sonra hasta ya da kişilerin takibinde ikinci sırada yer almakta olduğunu ve sağlık alanında yaşam kalitesinin karar sürecini doğrudan etkilediğini ifade etmiştir. Bu bağlamdan hareketle; yaşam kalitesi kavramının bireyin sadece fiziksel sağlığından değil, bireyin otonomisi, çevresi ile olan ilişkileri, inanç ve değer yargıları, bireyin maddi ve manevi destek kuvvetleri, bireyin hayata verdiği anlam, hayattan beklentileri, deneyimleri ve elde ettiği tecrübeler, sosyo ekonomik ve kültürel etmenler, eğitim durumu, yaşadığı ortam, iş, statü gibi birçok etmenden etkilenen bir durum olduğu söylenebilir.

Yaşam kalitesi kavramı sağlık, eğitim, politika ve birçok bilim alanında ilgi gören kavramlardan birisidir. Ayrıca yaşam kalitesi ulusal ve uluslararası sağlık ve ekonomik stratejilerinin belirlenmesinde büyük bir öneme sahiptir (Topçu vd., 2012).

Literatür taramasında yaşam kalitesi ilgili çok sayıda makale ve çalışma ile karşılaşmıştır. Aynı zamanda engellilik ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar da mevcuttur. Hareket sisteminin önemli yapısı olan alt ve üst ekstremitelerde kemik eklemlerinin deformitelerini içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı alt ve üst ekstremitelerde kemik eklemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

1.1. Araştırmanın Problemi, Hipotezleri, Sınırlılıkları, Varsayımları ve Araştırmanın Amacı

1.1.1. Problem

Anatomik deformitelerin yaşam kalitesi üzerine etkisi var mıdır ? Anatomik deformiteye sahip bireylerde;

1-Cinsiyet durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

2-Yaş durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

3-Medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

4-Eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

5-Çalışma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

6-Sağlık güvencesi durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

7-Aylık gelir durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

8-Yaşamılan yerin yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

9-Deformitenin nerede olduğunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

10-Deformiteye sebep olan durumun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

11-Deformite sayısının yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

12-Kişinin nasıl yaşadığının (yalnız veya aile, arkadaş) yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

13-Deformiteli kişinin, başkasına bağımlı olma durumunun olması ya da olmamasının yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

14-Kronik bir hastalığın varlığı durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır ?

1.1.2. Hipotezler

H₁:Yaşam kalitesi cinsiyet durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₂:Yaşam kalitesi yaş durumuna farklılık göstermektedir.

H₃:Yaşam kalitesi medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H₄:Yaşam kalitesi eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₅:Yaşam kalitesi çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₆:Yaşam kalitesi sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₇:Yaşam kalitesi aylık gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₈:Yaşam kalitesi yaşanılan yere göre farklılık göstermektedir.

H₉:Yaşam kalitesi deformitenin olduğu uzva göre farklılık göstermektedir.

H₁₀:Yaşam kalitesi deformite sebebine göre farklılık göstermektedir.

H₁₁:Yaşam kalitesi sahip olunan deformite sayısına göre farklılık göstermektedir.

H₁₂:Yaşam kalitesi yalnız yaşayıp yaşamadığı durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₁₃:Yaşam kalitesi deformite durumunun bir başkasına bağımlı olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₁₄:Yaşam kalitesi kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir.

1.1.3. Sınırlılıklar

Bu çalışma, Isparta ili Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesine başvuran anatomik deformitesi bulunan 18 yaş ve üstü, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, araştırmaya gönüllü katılımı kabul eden 200 kişi ile sınırlandırılmıştır.

1.1.4. Varsayımlar

Çalışma öncesinde ilgili kurumlardan izin alınmıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılar çalışmaya katılmadan önce, çalışmanın gönüllük esasına dayandığı belirtilerek bilgilendirilmiştir. Katılımcıların, araştırma için hazırlanan anketi, kendisi ya da yakını tarafından doldurduğu varsayılmıştır.

1.1.5. Araştırmanın Amacı

İnsanoğlu intrauterin dönemden, yaşlılık dönemine kadar farklı aşamalardan geçmektedir. Bir insan ömrü boyunca; hayattan ne bekler, insanı ne memnun eder, hayat standartları nelerdir, hayata bakış açısı nasıldır, yaşam kalitesi nasıldır, her insan eşit şartlar da mı dünyaya gözlerini açmıştır, her insanın anatomik, fizyolojik, psikolojik, ekonomik, eğitim gibi şartları aynı mıdır, hayattan beklentileri, yaşamdan elde ettikleri nelerdir gibi. Her birey kendi içinde farklı bir dünyadır aslında ve bu dünyayı biraz önce saydığımız birçok durum etkilemektedir. Kimi insan içinde bulunduğu zor koşullara rağmen hayata karşı, pozitif bir duruş sergilerken, kimi insanda hayattan elde ettiklerine, sahip olduğu değerlere ya da varlıklara karşı olumsuz bir tutum sergileyebilmektedir. Burada önemli olan konu ise; içinde bulunulan durum ne olursa olsun, bireyin hayata bakış açısı yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemesidir. Bu bağlamdan hareketle yapılan bu araştırmanın amacı; anatomik deformitesi bulunan bireylerde, anatomik deformitelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Farklı nedenlerden kaynaklanan anatomik deformiteler, hareket sisteminin bir üyesinde ya da birkaç üyesinde olabilmektedir. Kullanılan uzvun kişi için önemi mesela halı dokuyan bireyin el ve

kol uzvunu sıklıkla kullanması ya da futbol oynayan birisinin alt ekstremitayı sıklıkla kullanması, kişi için o uzvu daha da önemli kılmaktadır. Bu yüzden de deformitenin oluşumu kadar, kişinin deformite olan uzva verdiği önem ve anlam birey için farklı anlamlar taşıyabilmektedir.

Bu araştırmada, literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan anket formunda, anatomik deformiteli bireylerde, bireysel farklılıkların yaşam kalitesi üzerinde etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın, bu alandaki çalışmalara ve bu deformitelere sahip bireylere ve sağlık camiasına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

1.2. Alt ve Üst Ekstremita Kemik Eklem Anatomisi

1.2.1. Skeleton Appendiculare (Uzuv-Ekstremita Kemikleri)

Appendiküler iskelet; gövde iskeletine bağlanmış üst ve alt tarafların iskeletini oluşturan kemik yapıları içerir. Appendiküler iskelet çift taraflı ve 126 kemikten oluşmuştur (Docherty, 2007).

1.2.1.1. Ossa Membri Superioris (Üst Ekstremita Kemikleri)

Üst ekstremiteler insan vücudunun en üst bölümü olan, göğüsün her iki yanına tutunmuş, sağ ve sol olmak üzere çift taraflı simetrik uzantı halinde olan uzuvlardır. Tek bir üst ekstremitede; 14 phalangeas (proximal, orta ve distal), 5 metacarpal, 8 carpal kemik, iki ön kol kemiği (radius ve ulna), humerus, omuz kavşağı kemikleri (scapulae ve clavícula) bulunur (Panchal-Kildare ve Malone, 2013).

1.2.1.1.1. Cingulum Pectorale (Cingulum Membri Superioris)

Üst ekstremitenin gövdeye tutunmasını sağlayan, vücudun her iki tarafında bulunan, önlü-arkalı olan clavícula ve scapula'ya verilen isimdir. Scapula ve clavícula dış uçları ile birbirleriyle eklem oluştururlar. Her iki tarafın clavícula'sı ön tarafta manubrium sterni ile birbirleri ile bağlanır ancak her iki tarafın scapula'sının

birbirleri ile eklemi yoktur ve kaslar vasıtası ile göğüs kafesinin arka tarafına tutunmuşlardır.

Os Clavicula (Köprücük kemiği)

Clavicula aksiyel iskelet ve üst ekstremitate arasında, 1. costa'nın üstünde yer almaktadır. Palpasyonla tespit edilebilir (İnt. Kyn. 1). Tranvers planda “İtailik S” harfine benzetilen clavicula'nın, “*2/3 medial kısmı konveks, 1/3 lateral kısmı konkavdır*”. Sternum ve scapulae ile eklem yapar. Kemiğin yassı olan dış kısmına *extremitas acromialis*, manubrium sterni ile eklem yapan kısmına *extremitas sternalis* denir (İnt. Kyn.1; İnt. Kyn. 2).

Os Scapulae (Kürek kemiği)

Scapula, üst ekstremitate bağlantı kemiklerinden arkada olanı olup, kabaca üçgene benzetilen bir kemiktir (İnt. Kyn. 1). Toraks (göğüs) duvarında, 2-7. costa'lar arasında bulunan bir kemiktir (Kılıç, 2016). İki yüzü, üç köşesi ve üç kenarı bulunur. Hafif çukur olan ön yüzü costa'lara dayanır. Arka yüzde kemiği ikiye ayıran çıkıntıya *spina scapulae* denir. Clavicula ile eklem yapan geniş ucuna *acromion* adı verilir. Üst dış köşesindeki çukur olan ve *caput humeri* ile eklem yapan kısmına *cavitas glenoidalis* adı verilir. Üst kenarın dış yan bölümünde bulunan gaga şeklindeki çıkıntıya *processus coracoideus* adı verilir ve bu çıkıntıya eklem bağları ile bazı göğüs ve kol kasları tutunur (İnt. Kyn. 2).

1.2.1.1.2. Pars Libera Membri Superioris

Kol, ön kol ve el iskeletini oluşturan kemiklerin tümüne birden bu isim verilmektedir.

Os Humerus (Kol kemiği)

Üst ekstremitenin en uzun ve en kalın kemiği olup, uzun kemik yapısındadır. Sağlı sollu iki tane bulunur. Alt uç, üst uç ve bir de gövdesi vardır (Yıldırım, 2018).

Extremitas proximalis'te yer alan ve scapulae ile eklem yapan yarım küre şeklindeki oluşuma caput humeri adı verilir. Caput humeri ile tuberküller arasında dar kısma collum anatomicum denir. Caput humeri'nin arka dış kısmındaki büyük tümsek tuberculum majus, ön iç tarafındaki küçük tümsek ise tuberculum minus diye isimlendirilir. Humerus'un gövde kısmı, corpus humeri olarak adlandırılır. Extremitas distalis'in iç yanınada bulunan ve ulnae ile eklem yapan makara şeklindeki yapıya trochlea humeri, radius ile eklem yapan kısmına ise capitulum humeri olarak adlandırılır (Arıncı ve Elhan, 2006; Yıldırım, 2018; İnt. Kyn. 1; İnt. Kyn. 2).

Os Radius (Döner Kemik)

Os humerus ile ossa manus arasında yer alan, anatomik duruşa göre ön kol iskeletinin lateralinde, os ulnae ile birbirine paralel yapıda olan bir kemiktir. İki ucu bir gövdeye sahip olan os radius, başparmak hizasına denk gelen kemiktir (İnt. Kyn 3). Extremitas distalis, extremitas proximalis'e nazaran daha kalındır. Extremitas proximalis'deki en önemli yapı olarak ifade edilen kısmına caput radii olarak adlandırılır. Radius, caput radii vasıtasıyla humerus ile eklem yaparak art. cubiti'yi oluşturur. Yine extremitas proximalis'te ulnae ile eklem yapar. Radius'un gövde kısmına corpus radii adı verilir. Extremitas distalis'inde ossa carpi'nin birinci sıra ilk üç kemiği eklem yapar. Extremitas distalis'in iç yanında ulnae ile eklem yapar (Özden, 2003; Yıldırım, 2018; İnt. Kyn. 1; İnt. Kyn. 2).

Os Ulnae (Dirsek Kemiği)

Ön kol iskeletinin iç yanında ve sabit olan, 5. parmak hizasında uzun bir kemiktir. İki ucu ve bir gövdesi vardır (Özden, 2003). Extremitas proximalis'in arkasındaki belirgin olan ve deri altında kolaylıkla hisedilebilen çıkıntıya olecranon adı verilir. Ulnae, extremitas proximalis'te trochlea ve radius ile eklem yapar. Gövde kısmına corpus ulnae adı verilir. Ulnae'nin extremitas distalis'i extremitas proximalis'e göre daha kalın bir yapıya sahiptir. Ulnae'nin extremitas distalis'i radius ile eklem yapar (Şener, 2005; Arıncı ve Elhan, 2006; Yıldırım, 2018; İnt. Kyn. 1; İnt. Kyn. 2).

Ossa Manus (El Kemikleri)

Her bir el iskeletinde 27 adet kemik bulunur. “*ossa manus; ossa carpi, ossa metacarpi, ossa manus*” olmak üzere üç gruba ayrılarak incelenmektedir (İnt. Kyn. 4). Ossa carpi (el bileği kemikleri); 8 kısa kemikten oluşmaktadır. Ossa carpi, dörder adet iki sıra halinde dizilmişlerdir. Proximal’de dıştan içe doğru “*os scaphoideum, os lunatum, os triquetrum, os pisiforme*”, distal sırada dıştan içe doğru “*os trapezium, os trapezoideum, os capitatum ve os hamatum*” adlı kemikler bulunur. Bu kemikler bağlarla sıkıca birbirlerine bağlandıkları için hareketleri kısıtlıdır (Arıncı ve Elhan, 2006). Ossa metacarpi (el tarak kemikleri); ossa metacarpi, 5 adet uzun kemiklerdir. Ossa metacarpi, dıştan içe doğru os metecarpale I, II, III, IV, V şeklinde “*Romen*” rakamları ile numarandırılır (İnt. Kyn. 3). Ossa digitorum (Phalanges, manus, el parmak kemikleri); phalanx adı verilen bu kemikler, el parmaklarının iskeletini yapan kemiklerdir. Başparmak ta 2, diğerlerinde 3’er tane olmak üzere toplam 14 tanedir. Kalın ve enli olan proximal uçlarına basis (taban), orta kısmına corpus (gövde) ve distal ucuna caput adı verilir. Falanksların epifiz çizgileri proximal uçlarına yakındır. Üçüncü falanksların distal uçlarında eklem yüzü bulunmaz, burada tuberositas phalangis distalis adı verilen pürüzlü, kabarık bir alan bulunur ve canlıda buranın dorsal yüzüne tırnak (unguis) oturur (İnt. Kyn. 1).

1.2.1.2. Ossa Membri Inferioris (Alt Ekstremitte Kemikleri)

Ossa membri inferior, pelvis’in her iki yanına tutunmuş sağ ve sol olmak üzere simetrik iki sütun şeklindedir. Ossa membri inferior bedenin bütün ağırlığını taşıdıkları için, oldukça güçlü kemikler olarak tanımlanabilir. Vücudun dik durması, mekanda yer değiştirme gibi önemli görevleri üstlenmişlerdir (İnt. Kyn. 4). Tek bir alt ekstremitte 14 falanks (proksimal, orta ve distal), 5 metatarsal, 7 tarsal kemik, 2 bacak kemiği (fibula, tibia), femur, kalça kemiği veya coxae (ilium, ischium ve pubis) içerir (Wobser vd., 2020).

1.2.1.2.1. Cingulum Pelvicum (Cingulum Membri Inferioris)

Alt ekstremiteyi gövdeye bağlayan kemiklere verilen isimdir. Her iki yanda bulunan os coxae'ler, aralarında os sacrum ve os coccygis'i de alarak pelvis ya da leğen kemiği adı verilen kemik yapıyı oluştururlar.

Os Coxae (Kalça Kemiği)

Pelvis iskeletinin büyük kısmını oluşturan os coxae; os ilii, os ischii ve os pubis adı verilen üç farklı kemikten oluşur. Bu kemikler öne doğru devrilmiş bir "Y" harfine benzeyen Y kıkırdağı ile birbirlerine bağlanmışlardır. Bu üç kemik 14-16 yaşlarında birbirlerine tamamen yaklaşarak kemikleşirler. Os coxae her biri ilium, ischium ve pubis'te bulunan 3'ü primer olmak üzere toplam 8 merkezden kemikleşir. Os coxae'nin tamamen kemikleşmesi yaklaşık 25 yaşında sona erer ve yetişkinlerde os coxae'yi oluşturan kemikler birbirlerinden kesin sınırlarla ayırt edilemezler. Üç kemik de acetabulum adı verilen kalça kemiğinin eklem yüzüne farklı oranlarda katılırlar (İnt. Kyn. 1).

Os ilium (leğen kemiği); os coxae'nin geniş olan üst ve üst-yan kısımlarını oluşturur. Kanat şeklinde açılan kısmına ala ossis ilii, altta acetabulum'un üst bölümünü oluşturan kısmına corpus ossis ilii adı verilir. Kanatların üst kenarları kalındır ve bu yapıya crista iliaca adı verilir. İlium'un arka iç yüzünde kulak kepçesini andıran bir eklem yüzeyi mevcuttur. Facies auricularis isimli bu yüzey, sacrum üzerindeki facies auricularis ile eklem yaparak, articulatio sacroiliaca adı verilen eklemi oluşturur (Yıldırım, 2018).

Os pubis (çatı kemiği); os coxae'nin alt-ön kısmını oluşturur. İki kol ve bir gövdeden oluşur. Üst kola ramus superior ossis pubis, alt kola ramus inferior ossis pubis ve her iki kolun birleştiği yere de corpus ossis pubis adı verilir. Ramus superior ossis pubis; foramen obturatum'u üstten sınırlar. Ramus inferior ossis pubis; ramus inferior ossis pubis ile arkadan gelen ramus ossis ischii kaynaşarak foramen obturatum'u alt taraftan sınırlar, buraya ramus ischiopubicus denir. Ramus ischiopubicus (iskion-pubis kolu); ramus ossis ischii ile ön taraftan gelen ramus inferior ossis pubis kaynaşarak foramen obturatum'u alt ön taraftan sınırlarlar ve buraya ramus

ischiopubicus adı verilir. Corpus ossis pubis; pubis'in orta hatta yakın olan kısmıdır (Özden, 2003; İnt. Kyn. 1).

Os ischii (oturak kemiği); os coxae'nin arka ve alt kısmını oluşturur. Corpus'u, acetabulum'un alt kısmını oluşturur. Ramus ossis ischii adlı çıkıntısı öne uzanarak ramus inferior ossis pubis ile birleşir. Arka kısmında en altta kalın bir çıkıntı vardır. Bu çıkıntının üstünde incisura ischiadica minor adlı bir çentik ve spina ischiadica adlı bir çıkıntı bulunur. En üstte ise incisura ischiadica major adında geniş bir çentik vardır (Şahin, 2014).

Acetabulum; os coxae'nin dış yüzünün ortalarında bulunan yuvarlak ve derin çukurluktur. Kalça eklemine katılan bu bölümün %40'a yakın bir kısmı ilium, %40'tan biraz fazla olan kısmı ischium, %20'sini de pubis oluşturur. Acetabulum'un hepsi kalça eklemine katılmaz. Eklem kırıkdağı ile kaplı olan yarımay şeklindeki facies lunata eklem katılırken, eklem katılmayan fossa acetabuli yağ dokusundan zengin sinoviyal zar yapı ile doludur (Özcan, 2006; İnt. Kyn. 1).

Pelvis (Leğen Kemiği)

Esas çatısı iki os coxae, os sacrum, vertebra caudalis'in eklemleşmesi ile oluşmuş kemik yapıya pelvis adı verilir. Pelvis boşluğuna cavitas pelvis adı verilir. Bu boşluk linea terminalis yolu ile iki bölüme ayrılır. Yukarıda kalan kısma pelvis major (büyük pelvis, yalancı pelvis), aşağıda kalan kısma ise pelvis minor (küçük pelvis, gerçek pelvis) adı verilir. Linea terminalis, pelvis'i oluşturan kemikler üzerindeki bazı anatomik noktaların birleştirilmesiyle elde edilen bir çizgidir. Önde orta hatta symphysis pubis'ten başlayan bu çizgi, önce crista pubica'dan ve tuberculum pubicum'un tabanından geçerek pecten ossis pubis ile devam eder. İlium'da linea arcuata ile devamlılık gösteren bu çizgi, sacrum'da da aynı adla devam eder. Bu çizgi os sacrum'un orta hatta ön tarafa doğru olan en çıkıntılı üst noktası olan promontorium'da karşı tarafın yapıları ile devamlılık gösterir. Linea terminalis, apertura pelvis superior'un dış sınırınıdır. Bir çizgi olan linea terminalis'in sınırladığı, daireye benzeyen geçite apertura pelvis superior (üst pelvis girişi) adı verilir. Pelvis

major ile pelvis minor arasındaki sınırı bu geçit oluşturur. Yukarıda kalan pelvis major, yanlarda os ilium'un kanatları ve ön tarafta karın kasları tarafından sınırlanır. Pelvis minor ise yanlarda iskion-pubis kolu ve arkada os sacrum tarafından sınırlanır. Pelvis minor'ün altında kalan ve canlıda pelvis döşemesi ve ürogenital döşeme kasları tarafından büyük bir kısmı kapatılan geçite ise apertura pelvis inferior (alt pelvis çıkışı) adı verilir. Apertura pelvis inferior'un her iki os pubis'in bir araya gelmeleri ile angulus subpubicus meydana gelir (Yıldırım, 2018; İnt. Kyn. 1).

1.2.1.2.2. Pars Libera Membri Inferioris

Os Femur (Uyluk kemiği)

İnsan vücudunun en uzun ve kalın kemiği olan femur, anatomik pozisyonda oblik görünümlüdür. Uzun eksenini yukarıdan aşağıya ve dışyandan içyana doğrudur. Konveksliği öne bakan hafif bir eğrilik gösterir (Altun, 2011).

Extremitas proximalis (proksimal uç): Caput femoris (femur başı); os femur'un art. coxae'ya katılan yüzü olup, üzeri eklem kıkırdağı ile örtülü olan bir yapıdır. Eklem yüzünün merkeze yakın içe bakan kısmında fovea capitis femoris adı verilen pürtüklü bir alan mevcuttur. Collum femoris (femur boynu); femur başını gövdeye bağlayan, nispeten ince kemik bölümüdür. Anatomik pozisyonda femur başı gövdeye ve alt uca kıyasla koronal düzleme göre öne doğru 12-14 derecelik açı yapar. Femur'un boyun ve gövdesi arasında bireyler arasında değişiklik göstermekle birlikte 120-130 derecelik bir açı mevcuttur. Buna collodiazefer açı adı verilir. Bu açı çocukluk döneminde daha geniş, yaşın ilerlemesi ile birlikte normal değerlere gelir. Bu açının normalden dar olmasına coxae vera, normalden geniş olmasına ise coxae valga adı verilir. Trochanter major; kemiğin üst ucunun dış arka tarafında bulunan büyük çıkıntıdır. Trochanter major'un tepesi femur başının merkezi hizasındadır ve burası kalça eklemine pozisyonu hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlar. Sağlıklı bireylerde her iki tarafın trochanter major'unun tepeleri aynı horizontal düzlem üzerinde olmalıdır. Bu çıkıntının kalça eklemine bakan iç yüzünde küçük çukurluğa fossa trochanterica adı verilir. Trochanter minor; kemiğin üst ucunun iç-arka tarafında bulunan küçük çıkıntıdır. Crista interthrochanterica; trochanter major ile

trochanter minor'ün arasında ve kemiğin arka yüzünde uzanan kemik sırtıdır. Linea intertrochanterica; trochanter major ile trochanter minor'ün arasında ve kemiğin ön yüzünde uzanan kemik sırtıdır (Sever, 2004; Yıldırım, 2018; İnt. Kyn. 1).

Corpus femoris (gövde): Femur'un gövdesi silindirik yapı özelliğini gösterir. Femur'un ön yüzünde herhangi bir girinti çıkıntı yoktur. Arka yüzünde ise linea asperae adı verilen kemik sırt bulunur (Sever, 2004; Arıncı ve Elhan, 2006).

Extremitas distalis (distal uç): Kemiğin üst ucuna göre daha geniş ve diz eklemine katılan, eklem kıkırdağı kaplı olan condylus medialis ve condylus lateralis bulunur. Bu eklem yüzleri ön tarafta birleşerek patella'nın oturacağı facies patellaris'i oluşturur. Arka tarafta her iki kondülün ortasındaki çukur alana ise fossa intercondylaris adı verilir (Sever, 2004; İnt. Kyn. 1).

Patella (Diz Kapağı Kemiği)

Vücudun en büyük sesamoid kemiğidir. M. quadriceps femoris'in kirişi içerisinde bulunur ve femur'un alt ucunun ön yüzündeki facies patellaris'e oturur. Diz eklemine indirekt olarak katılan patella diz eklemine ön taraftan gelecek travmalara karşı muhafaza eder. Tepesine apex patellae, tabanına basis patellae denir. Facies anterior ve facies articularis adı verilen iki yüzü vardır. Patella deri altında kolaylıkla palpe edilebilir. Deri ile arasında bursa vardır. Arka yüz femur'un facies patellaris' indeki oluğa oturur (Arıncı ve Elhan, 2006; İnt. Kyn. 1).

Os Tibia (Kaval Kemik)

Tibia, vücudun ikinci en uzun kemiğidir. Üst kısmı diz eklemine karıştığı için daha kompleks ve daha gelişmiştir (Ünalı, 2016). Tibia, vücut ağırlığını taşıyan esas kemik olup, bacağın medial tarafında bulunur. Geniş bir üst ucu, daha ince bir alt ucu ve bir gövdesi vardır (Doğruoğlu, 2009). Extremitas proximalis denilen üst ucu condylus lateralis ve condylus medialis denilen iki büyük lokma şeklindedir (Arıncı ve Elhan, 2006). Medial ve lateral kondilleri ile tibial tüberositi içerir. Kondiller arkaya doğru uzanır ve cisim üst ucu, posterior yüzeyden arkaya doğru bir miktar

taşar. Aralarında interkondiler bölge bulunur (Çekiç, 2010). Corpus tibiae, üç kenarlı ve üç yüzlü olması nedeniyle enine kesiti üçgen şeklindedir (Doğruoğlu, 2009). Tibia'nın alt ucuna extremitas distalis denir (Arıncı ve Elhan, 2006). Tibia alt bölümü, üst uca göre küçük ve ince, gövdeye göre daha geniştir (Yoldaş, 2008). Alt ucun iç tarafındaki distal'e doğru olan çıkıntıya malleolus medialis denir (Arıncı ve Elhan, 2006).

Os Fibula (Kamış Kemiği, Baldır Kemiği)

Bacağın lateral'inde yer alan, ince uzun bir kemiktir. Yük taşımada etkisi yoktur. Geniş bir proximal uç, cisim ve distal uçtan oluşur. Proximal'de diz eklemine katılmaz, distal ucu ayak bileği eklemine yapısına katılır ve tibia'dan biraz daha distal'e uzanır. Fibula'nın alt ucuna malleolus lateralis adı verilir. Proximal ucuna ise caput fibulae adı verilir. Tibiofibular çatal; tibia ve fibula'nın distal uçları tarafından oluşturulur. İki dilli bir çatal görünümündeki bu yüz trochlea tali ile birlikte ayak bileği eklemine oluşturur (Arıncı ve Elhan, 2006; Yoldaş, 2008; İnt. Kyn. 1).

Ossa Pedis (Ayak Kemikleri)

Ayak iskeleti 26 kemikten oluşur ve “*ossa tarsi (tarsalia), ossa metatarsi (metatarsalia) ve ossa digitorum (phalanges)*” olmak üzere üç bölüme ayrılır (Arıncı ve Elhan, 2006). Ayağın görevi; vücut ağırlığını taşımak, yürüme ve koşma esnasında bir kaldıraç kolu gibi görev yaparak vücudu ön tarafa doğru itmektir (Gülçimen ve Ülkü, 2008). Ossa Tarsi (Tarsalia); ayak bilek kemikleri 7 tanedir. Bu kemiklerden talus ve calcaneus proximal sırayı, os cubedum ve 3 tane os cuneiforme distal sırayı oluştururken, os naviculare de iki sıranın arasında ve medial'de yer alır. Bu kemiklerden talus; gövdesinin üst yüzeyinde eklem kıkırdağı ile kaplı trochlea tali adı verilen yapıya sahiptir. Bu kısım ayak bileği eklemine (art. talocruralis) katılır. Caput tali denilen baş kısmı önde os naviculare ile eklem yapar. Birçok bağ tutunmasına rağmen bu kemiğe hiçbir kas tutunmaz. Calcaneus; ayağın arka kısmında bulunan en büyük tarsal kemiktir. Arka kısmındaki tuber calcanei bölümü ile ayak topuğunu oluşturur (İnt. Kyn. 3). Ossa Metatarsi (Metatarsalia); ayak tarak kemikleri 5 adettir. Medial'den lateral'e doğru Roman rakamları ile ifade

edilir (I-V). 5. metatarsal kemiğin bazisinin dış tarafında tuberositas ossis metatarsalis quinti adı verilen bir çıkıntı bulunur. Bu çıkıntıya m. peroneus brevis tutunur (Yıldırım, 2018; İnt. Kyn. 1). Ossa Digitorum (Phalanges); ayak parmak kemikleri başparmakta 2, diğer parmaklarda 3 adet olmak üzere toplam 14 adettir. Başparmakta proximal ve distal phalanx, diğer parmaklarda proximal, medial ve distal phalanx bulunur (İnt. Kyn. 3).

1.2.2. Eklem Yapılar

Kemikler, iskeleti oluşturmak için birbirleri ile birleşmişlerdir. Hareketli ya da hareketsiz kemiklerin herhangi bir şekilde birbirleri ile birleştikleri yerlere eklem (articulatio, junctura, arthron) adı verilir (Yıldırım, 2018).

1.2.2.1. Üst Ekstremitte Eklemleri

Omuz kavşağı eklemleri ve serbest üst taraf eklemleri olarak incelenir.

1.2.2.1.1. Omuz Kavşağı Eklemleri

Articulatio sternoclavicularis; sternum üzerindeki incisura clavicularis ile clavicula'nın facies articularis sternalis'i arasında, plana tipinde bir eklemdir. Ligamentum (lig.) sternoclaviculare anterius ve posterius ile lig. interclaviculare adlı bağlar tarafından desteklenir. Üst ekstremitteyi gövdeye bağlayan tek eklemdir (İnt. Kyn. 2). Articulatio acromioclavicularis; clavicula'nın üzerindeki facies articularis acromialis ile scapula'nın acromion adlı çıkıntısı arasındaki plana tip (snoviyal) eklemdir. Sınırlı kayma hareketi yapar. Lig. acromioclaviculare ve lig. coracoclaviculare adında bağlar tarafından desteklenir (Arıncı ve Elhan, 2006; İnt. Kyn. 3).

1.2.2.1.2. Üst Ekstremitenin Serbest Kısımlarının Eklemleri

Articulatio humeri (glenohumeral eklem, omuz eklemi): Üst ekstremitte'nin gövdeye bağlantısını sağlayan, vücudun en kompleks eklemidir (Kars, 2011). Omuz eklemi

bedenin hareket genişliği en fazla olan eklemdir (Kanatlı vd., 2005). Caput humeri ile scapula'nın glenoidal çukuru arasında oluşmuş sferoid türde bir eklemdir. Cavitas glenoidalis, caput humeri'yi tamamen içine alacak kadar çukur olmadığı için labrum glenoidale isimli kıkırdaktan bir yapı bu çukurun etrafına tutunur ve derinleştirir. Eklemi kıkırdakları içine alacak şekilde çepeçevre bir eklem kapsülü sarar. Eklem kapsülünün kalınlaşması ile oluşmuş önde lig. coracohumale, arkada lig. glenohumale isimli bağlar ile eklem desteklenir. Bağlara ek olarak rotator cuff grubu kaslar olarak isimlendirilen; m. supraspinatus, m. infraspinatus, m. subscapularis ve m. teres minor eklemi ön ve arka taraftan destekler. Eklem alt yüzde zayıf kaldığı için çıkıklar genelde bu yöne olur (Kars, 2011; Arkun ve Ergen, 2014; Yıldırım, 2018).

Art. cubiti (dirsek eklemi): Art. cubiti; humerus'un alt ucu ile radius ve ulna'nın üst uçları arasında meydana gelen (art. humeroulnaris, art. humeroradialis ve art. radioulnar proximalis) aynı kapsül ile sarılı üç eklemden oluşmuştur (Bilgi, 2009; Açar vd., 2011). Art. humeroulnaris; humerus'un trochlea'sı ile ulna'nın proximal'indeki incisura trochlearis tarafından oluşturur. Ginglimus tipi bir eklemdir. Dirsek stabilitesini sağlar. Art. humeroradialis; capitulum humeri ile proximal radius'un fovea capitis'i arasında oluşan sferoid bir eklemdir. Art. radioulnar proximalis; radius başı ile ulna arasında trokoid tip bir eklemdir. Art. cubiti, rotasyon, fleksiyon, ekstansiyon hareketlerine sahip bir eklemdir (Eraslan, 2014).

Radioulnar eklemler: Art. radioulnaris distalis; radius ve ulna'nın alt uçları arasında meydana gelen trochoid tip bir eklemdir. Art. radiocarpalis; radius'un alt yüzündeki facies articularis carpea ile el bileği kemiklerinden os scaphoideum, os lunatum ve os triquetrum arasında meydana gelen condyloid tip bir eklemdir (Memişoğlu, 2008).

Art. radiocarpae (el bileği eklemi): Radius'un alt ucu ile el bilek kemiklerinin üst sırası kemikleri (pisiform kemik hariç) arasında oluşmuş elipsoid bir eklemdir. Art. radiocarpae'da dorsal, palmar, radiar ve kollateral bağlar mevcuttur (Yıldırım, 2018). Art. radiocarpae; fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon, adduksiyon hareketlerine sahip bir eklemdir (İnt. Kyn. 4).

Art. carpi: Intercarpal eklemler ve midcarpal eklemler olarak ikiye ayrılır. Proximal sıra intercarpal eklemler; os scaphoideum, os lunatum ve os triquetrum arasındaki eklemlerdir. Distal sıra intercarpal eklemler; os trapezium, os trapezoideum, os capitatum ve os hamatum arasındadır. Midcarpal eklem; os pisiforme hariç proximal sıra carpal kemikleri ile distal sıra carpal kemikleri arasında oluşan bir eklemdir (Şen ve Kömürcü, 2011). Carpal eklemlerin tümü plana tipinde olup, kayma hareketleri yapabilirler. Carpal eklemler, intracarpal, dorsal ve palmar bağlar ile radier ve interosseöz bağlar tarafından güçlendirilmiştir (Yıldırım, 2018).

Artt. manus (El tarak ve el parmak iskeleti eklemleri): Artt. intercarpales; aynı sıradaki carpal kemikler arasında, artt. mediocarpalis; 1. sıradaki carpal kemiklerle 2. sıradaki carpal kemikler arasındaki plana tip eklemdir. Artt. carpometacarpalis pollicis; 1. metacarpal kemikle carpal kemiklerden trapez arasındaki sellar tipi eklemdir. Artt. carpometacarpalis II., III., IV., ikinci sıradaki metacarpal kemikler arasındaki plana tip eklemdir. Artt. metacarpophalangeales; I-V. metacarpal kemiklerin distal uçları ile I-V. falanksların proximal uçları arasındaki sferoid tip eklemdir. Artt. interphalanges; proximal falankslar ile medial falankslar, medial falankslar ile distal falankslar arasındaki ginglymus tip eklemdir (İnt. Kyn. 3).

1.2.2.2. Alt Ekstremitte Eklemleri

1.2.2.2.1. Leğen Kavşağı Eklemleri

Articulatio sacroiliaca: Os sacrum'un yan yüzeylerinde bulunan facies auricularis arasında meydana gelmiş plana tipi bir eklemdir. Çok az oynar. Ancak gebeliğin son dönemlerinde salgılanan hormonların etkisiyle bir miktar hareket yeteneği kazanır. Fonksiyonel yönden amphiarthrosis olarak kabul edilir. Lig. iliolumbale, lig. sacroilica posterior, lig. sacrotuberale ve lig. sacrospinale eklem stabilitesinin korunmasını sağlar (İnt. Kyn. 2).

Symphysis pubica: İki os pubis kemiği arasındaki symphysis tipinde bir eklemdir. Eklem yüzeyleri arasında yassı bir kıkırdak disk bulunur. Bu eklem doğum öncesinde bir miktar hareket yeteneği kazanır (İnt. Kyn. 3).

1.2.2.2.2. Alt Ekstremitenin Serbest Kısımlarının Eklemleri

Artt. coxae (kalça eklemi) : Os coxae üzerindeki acetabulum ile caput femoris arasında meydana gelen sferoid türde bir eklemdir (Aksu ve Işıklar, 2008). Eklem yüzleri femur başı ve lunat yüzey (acetabular fossa) tarafından oluşturulan, top yuva (ball-and-socket) tipi üç eksenli bir eklemdir. Eklem yüzleri ve kıkırdak yapıların tamamı içeride kalacak şekilde eklem kapsülü tarafından sarılıdır. Kapsülün kalınlaşması ile önde ve üstte lig. iliofemorale, önde ve altta lig. pubofemorale, arkada ise lig. ischiofemorale olmak üzere üç bağ eklemi destekler (Doğan, 2009; İnt. Kyn. 2). Kalça eklemi os coxae her iki alt ekstremita (femur'lar) ile vertebral kolonun (sacrum) bağlantısını oluşturur. Her iki kalça eklemi önden symphysis pubis, arkadan sacrum ile eklenişerek kemik pelvisin büyük bir kısmını meydana getirirler (Ekşioğlu vd., 2011). Art. coxae tüm eksenleri kullanarak her türlü hareketi yapabilme özelliğine sahip bir eklemdir (İnt. Kyn. 4).

Artt. genus (diz eklemi): İnsan vücudundaki en karmaşık fonksiyonlu eklemdir. Artt. genus'u femur'un alt ucundaki kondilleri, tibia'nın üst ucundaki kondilleri ve patella oluşturur. Bir bütün olarak ginglymus tipinde olan bir eklemdir (Enercan, 2004). Femur ve tibia'nın kondilleri birbirleri ile uyumlu bir yüzey oluştu- ramadıklarından, bu aralıkları dolduracak şekilde ortası ince, yanları kalın iki kıkırdak yapı içerisinde bulunur. Bunlara meniscus lateralis ve meniscus medialis adı verilir. İçteki daha geniş ve hilal şeklinde, dıştaki ise daire şeklindedir. Eklem kapsülü eklemi tamamen sarar. Eklem ön yüzünde bulunan patella, m. quadriceps femoris'in insersiyon tendonu tarafından sarılır. Bu bölgede tendon lig. patellae olarak isimlendirilir ve tibia'nın ön yüzüne tutunur. Lig. collateralae tibiale ve lig. collaterale fibulare eklemi iç ve dış yandan desteklerler. Eklem kapsülünün arkasında lig. popliteum obliquum ve lig. arcuatum bulunur. Eklem içerisinde lig. cruciatum anterior ve lig. cruciatum posterior olmak üzere iki adet çapraz bağ mevcuttur. Öndeki aşırı ekstensiyonda, arkadaki aşırı fleksiyonda gerilir (Doğan, 2010; İnt. Kyn. 2).

Tibia ve fibula arasındaki eklemler: Art. tibiofibularis (üst tibiofibular eklem, snoviyal-plana tipi eklem), membrana interossea cruris, syndesmosis tibiofibularis (art. tibiofibular eklem) olmak üzere üç eklem mevcuttur (Yıldırım, 2018).

Artt. talocruralis (ayak bileği eklemi): Tibia ve fibula'nın distal uçları ile talus'un üst kısmı ile oluşan ginglymus türünde bir eklemdir. İç yan tarafındaki bağına lig. mediale, dış yan tarafındaki bağına lig. laterale adı verilir. Art. talocruralis, dorsafleksiyon ve plantar fleksiyon hareketlerini sağlar (Atay, 2015).

Artt. intertarseae (tarsal eklemler): Ossa tarsi'ler arasındaki eklemlerdir. Subtalar, calcaneocubiodal, talaocalcaneovaküler ve transversal tarsal eklemler bu eklem içinde yer almaktadır. Bu eklemler güçlü bağlarla desteklenmiştir (Şahin, 2014).

Ayak tarak ve ayak parmak iskeleti eklemleri: Ayak bileği kemiklerinin distal sırası ile metatarsal kemiklerin tabanları arasındaki plana tipi eklemlere tarsometatarsal eklemler adı verilir. Diğer eklemler ise metatarsophalangeal, interphalangeal eklemler olarak adlandırılır (Yıldırım, 2018).

1.3. Alt ve Üst Ekstremitte Kemik Eklem Deformiteleri

Totbid (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) çalışma grubu hazırladığı ortopedi terimler sözlüğünde deformiteyi; “*şekil bozukluğu*” olarak tanımlanmıştır (Ada vd., 2010). Başka bir literatür bilgisinde ise; “*kemik fragmanlarının yer değiştirmesi*” olarak tanımlanmıştır (Erdil ve Elbaş 2012). Alemdar vd.'ne göre (2014), deformite; “*bir veya birden çok düzlemde ortaya çıkan varus, valgus, hiperekstensiyon, hiperfleksiyon, kısalık, içe ya da dışa rotasyon gibi problemlerle komplike olan, ekstremitenin normal olmayan açılanması ile karakterize bir durumdur*” olarak tanımlanmıştır.

Deformite; açısal deformiteler, rotasyonel deformiteler, translasyonel deformiteler, kısalık deformiteleri olarak dört sınıfta incelenmiştir. Deformite tek olarak oluşabildiği gibi birden fazla deformiteyi içine alan kombine deformitelerde mevcuttur. Deformiteler nedenlerine göre ise; doğumsal, kazanılmış, nörojenik, travma sonrası olarak incelenmiştir (Oto, 2020).

1.3.1. Doğuştan (Konjenital) Deformiteler

Konjenital deformiteler doğumda var olan gelişim kusurlarını tanımlayan durumlardır. Kalıtsal, çevresel ve idiyopatik olarak meydana gelmektedir (Sarı, 2015).

1.3.1.1. Sprengel Deformitesi (Doğuştan Yüksek Scapulae)

Sprengel deformitesi intrauterin dönemde scapula'nın normal yerine inmesinde bir yetersizlik sonucu, scapula'nın yüksekte kalmasıdır. Scapula medial'e dönmüş ve omuz eklemine hareketleri kısıtlanmıştır (Baysal, 2015). 1863 yılında Eulenberg tarafından tanımlanan Sprengel deformitesi konjenital scapula yüksekliğine eşlik eden kemik, kırıldak ve kas anomalilerinden oluşmaktadır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte, nedene yönelik olarak scapula'nın gelişimsel duraklaması olarak belirtilmiştir. Sprengel deformitesi, omuz kuşağı ve her iki üst ekstremitenin muayenesi ve görüntüleme yöntemleri ile tespit edilir (Selçuk vd., 2000). Sprengel deformitesinin, omuz ve servikal vertebraları etkileyerek hareket kısıtlılığına neden olduğu gibi, bireylerde beden imajını olumsuz olarak da etkilediği ifade edilmiştir (Harvey vd., 2012).

1.3.1.2. Kleidokranial Disostozis

Anormal clavícula ile karakterize otozomal dominant iskelet displazisidir. 1898'de Marie ve Sainton tanımlanan deformite, klinik çalışmalarda sadece clavícula değil, cranium ve tüm iskeleti etkileyen bir deformite olarak belirtilmiştir (Pekiner vd., 2012). Her iki cinsiyette görülme sıklığı aynı oranda olan bu deformite türünün özellikleri ise; bireylerin zeka seviyeleri normal, kısa boylu ve genelde 150 cm'yi geçemeyen bir boy uzunluğuna sahip, frontal, parietal ve occipital alanlarda şişlikler mevcut, yüz küçük ve kısa görümlü, burun tabanı geniş, nazal köprü basık, cranium sagittal yönde daralmış ve transvers yönde genişlemiş, clavícula anomalisinden dolayı, boyun uzun, omuz dar olarak görülmektedir (Yılmaz vd., 2002).

1.3.1.3. Doğuştan Radi-Ulnar Sinostozis

Radius ve ulna proximal uçlarının doğuştan bitişik olmasıdır. Hastalık her iki cinste eşit görölür. Tek veya çift taraflı olabilir. Ön kol supinasyon pronasyon hareketi yoktur. Ekstansiyon hareketi de kısıtlıdır (İnt. Kyn. 5). Tosun vd. (2011), çalışmasında; doğuştan radi-ulnarsinostozis nedenleri üzerinde tartışmaların devam ettiğini, klinik ve histolojik kanıtlar konjenital psödoartrozun idiopatik, nörofibromatozis ve fibröz displazi ile ilişkili olduğunu destekleyen görüşler olduğunu ifade etmiştir.

1.3.1.4. Sindaktili

El ve ayak parmaklarının intrauterin dönemde ayrılmasının tamamlanmaması nedeni ile parmakların birleşik olması durumu olarak tanımlanan bir deformite türüdür (Denuk vd., 2003). Kelime; köken olarak; “*Yunanca sin (birlikte) daktili (parmaklar)*” kelimelerinin birleşmesiyle oluşan bir ifade olarak belirtilmiştir (Yıldırım vd., 2013). Sindaktilide; parmaklar arasındaki perdelenme, çoğunlukla proximal falanklarda olur iken, bazen tüm parmağı da etkileyebilir. En yaygın ikinci ve üçüncü parmaklar arasında görölür (Uygur, 2017). Beden imajı ve işlevsel boyutta olumsuz sonuçlar doğuran bir deformite olarak belirtilmiştir (Jordan vd., 2012). Kalıtsal ve otosomal dominant geçiş gösteren bir deformitedir. Embryonel dönemin altıncı haftasında, komşu parmaklar arasındaki mezenkimal yapıların farklılaşması sonucunda ortaya çıkmaktadır (Orhun vd., 2000). Konjenital el deformiteleri içinde en sık karşılaşılan bir deformitedir (Seok vd., 2013).

1.3.1.5. Polidaktilizm

El ve ayaklarda fazla sayıda parmak olması olarak tanımlanmıştır (Gün vd., 2009; Watanebe vd., 1992). El veya ayakların doğuştan deformitelerinden olan polidaktili, izole olabileceği gibi bir sendromun parçası olabilir. Polidaktili genellikle el veya ayakta görölürken, her ikisinde görölmesi nadir olan bir durum olarak ifade edilmiştir (Akerca vd., 2012). Nedenleri hakkında net bir bilgi olmamakla birlikte, ileri yaş gebelik, gebeliğin erken dönemlerinde kimyasal ajanlara maruziyet etyolojik

faktörler olarak bilinir (Phelps ve Grogan, 1985). Uygur (2017), polidaktili'nin farklı sınıflandırmalarının olduğunu ve otozomal baskın olarak geçiş gösterdiği için aile öyküsünün pozitif olduğunu ifade etmiştir. Preaksiyel (radyal), santral ve ulnar (postaksiyel) olmak üzere üç sınıflandırmada ele alınmaktadır (Maillet vd., 2007).

1.3.1.6. Brakidaktili

Phalanx'lar veya metacarpus'ların anormal gelişimine bağlı olarak ortaya çıkan, tek bir parmakta veya elin tüm parmaklarında görülebilen kısalıklarla karakterize bir deformite olarak tanımlanmaktadır. Brakidaktilinin konjenital olabildiği gibi metabolik hastalıklar ve travma gibi durumların sonucu olarak geliştiği ifade edilmiştir. İzole olarak görülebildiği gibi iskelet displazisi, multipl konjenital anomali sendromlarının bulgusu olarak da görüldüğü bildirilmiştir (Nural vd., 2009).

1.3.1.7. Makrodaktili

El veya ayağın bir veya birkaç parmağının konjenital büyük oluşu olarak tanımlanır (Orhan vd., 2004). "*Megalodaktili veya digital gigantizm*" bazen eşanlamlı olarak kullanılır (Orhan vd., 2002). Makrodaktili; metacarpus ve metatarsus'ların dışında, parmağın tüm yapılarının boyutunda artışla kendini gösteren, doğuştan gelen bir deformitedir (Kafadar ve Kafadar, 2008). Kemik ve yumuşak dokuda aşırı büyüme mevcuttur. Erkeklerde daha sık görülen bir deformitedir (Güner vd., 2014). Klinik olarak; parmakta sertlik, parmak ucunda yaralar, elde carpal tünel sendromu, ağrı ve işlev kayıplarının olduğu ifade edilmiştir (Kafadar ve Kafadar, 2008).

1.3.1.8. Yarık El, Yarık Ayak (Split Hand/Foot Malformation, Ektrodaktili)

El ya da ayakta merkezi ışın defekti sonucu, parmak oluşum merkezinde duraksama ile kendine gösteren konjenital bir deformite olarak ifade edilmiştir (Duijf vd., 2003). Ortadan başlayarak bir veya birden fazla parmakların bazen metacarpus ve metatarsus'larla birlikte doğuştan eksikliği söz konusu olan bir deformitedir (Okur vd., 2004). İki şekilde görülür. Tipik şekil genellikle bilateral'dir, otosomal dominant kalıtsal bir geçiş gösterir ve ayak deformiteleri ile birlikte olabilir. Bu tipte elin orta

bölümünde V şeklinde bir defekt vardır, en hafif şekilde orta parmağın phalanx'ları yoktur. Atipik şekilde orta bölümünde üç parmağın metacarpus ve phalanx'ları yoktur, yalnız başparmak ve küçük parmak vardır (İnt. Kyn. 6). Elektrodaktili izole olarak görülebileceği gibi, bir sendromun parçası olarak da görülebilir (Türkyılmaz vd., 2018).

1.3.1.9. Ayna El (Mirror Hand, Ulnar Dimelia)

İki ulna'nın varlığı, radius'un ve başparmağın olmadığı, elde yedi veya sekiz parmağın bulunmasıyla karakterize olan bir deformite olarak tanımlanmıştır (Ertem vd., 2003). Bu deformite; önkol-el merkezi aksı çevresindeki yapıların simetrik olarak çift olmasıyla karakterize olan bir deformite olarak ifade edilmiştir (Gaba vd., 2017).

1.3.1.10. Gelişimsel Kalça Displazisi

Doğuştan Kalça Çıkığı olarak bilinen bu deformite, günümüzde “*Gelişimsel Kalça Displazisi*” olarak adlandırılmaktadır (Haidar vd., 1996). Kalçayı oluşturan yapıların intrauterin oluşumları sırasında normal olmalarına karşın, çeşitli nedenlerle sonradan yapısal bozulma gösterdiği bir durumdur. Femur başının acetabulum içinde olmayıp, farklı bir pozisyonda bulunmasına “*Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD)*” denir (Köse vd., 2016). Gelişimsel Kalça Displazi'si, doğum öncesini, doğum ve doğum sonrası dönemlerde farklı şekillerde ortaya çıkabilen femur başı ve acetabulum'u ilgilendiren bir takım gelişimsel durumu tanımlayan bir deformitedir (Sucato vd., 1999). Kalça çıkığı bu evrelerin herhangi birinde meydana gelebileceği ihtimali sebebi ile gelişimsel kalça displazisi (GKD) terimi kullanılmaktadır (Ayas, 2015). Ünüvar (2006), klinik tabloyu şu şekilde ele almıştır. Dislokasyon; femur başı ile acetabulum arasında hiçbir ilişkinin olmaması durumudur. Subluksasyon; femur başı ile acetabulum arasındaki ilişki tamamen yok olmayıp azalmış olması durumudur. Displazi ise acetabulum gelişimindeki yetmezliği ifade eden bir durumdur. İnsidansı çeşitli risk faktörlerinden etkilendiği için, ırklar, cinsler ve hatta aynı ülkenin farklı coğrafi bölgelerinde bile farklı sıklıkta görülmektedir (Akın ve Genç, 2016). Fizik muayenenin erken dönemde tanısal değeri oldukça önemli olduğu belirtilmiş ve yaş

gruplarına göre neonatal, infant ve yürüme sonrası olarak incelenmiştir (Ünüvar, 2006). Neonatal dönemde “*Barlow testi*” (kalçanın çıkarılabilirliği) (Barlow, 1962) ve “*Ortolani testi*” (Ortolani, 1976) yapılması gerekmektedir. İnfant dönemde ise; “*abduksiyon kısıtlılığı*” (Ünüvar, 2006), “*Galleazi belirtisi*”, “*Pili asimetrisi*”, (Güner ve Güner, 2017), “*Klisisic testleri*” (Klisisic, 1989) yapılmalıdır. Yürüme sonrası dönemde ise, displazik taraf diğer bacağına göre kısa görülür, topallayarak ve parmak ucunda yürüme görülmektedir (Güner ve Güner 2017). Gelişimsel kalça displazisinde öykü ve fizik muayenenin yanında, radyolojik tetkiklerin de önemi büyüktür. Gelişimsel kalça displazisi, erken dönemde tespit edildiğinde başarıyla tedavi edilmektedir (Şen vd., 2012). Gelişimsel kalça displazisinde farklı etkilenimler görülür. Eklemde artroz, femoral şekil deformiteleri, doğum kanalı değişiklikleri, omurgada deformiteler, dizde valgus dizilim, yürüme bozukluğu, ayak deformiteleri; peskinovarus, pes planovalgus, peskalneovalgus görüldüğü ifade edilmiştir (İnt. Kyn. 7).

1.3.1.11. Konjenital Halluks Valgus

Ayak başparmağının metatarsofalangeal eklemden medial'e açılması ile birinci ve ikinci parmaklar arası mesafenin olması gerekenden olması fazla olduğu deformite olarak tanımlanmıştır (Başal, 2015). Konjenital halluks valgus etyolojisine, doğumsal anomaliler gösterilmiştir. İntermetatarsal faset varlığı veya os intermetatarsum gibi konjenital sorunlar etyolojinde rol oynadığı ifade edilmiştir. (Kılıçoğlu, 2013). Genellikle polidaktili, fazla metatars, kısa birinci metatars gibi deformiteler ile birlikte görüldüğü belirtilmiştir (Uygur, 2017).

1.3.1.12. Konjenital Metatarsus Adduktus

Yeni doğan döneminin en sık görülen deformitesi olup ön ayağın arka ayağa göre medial deviasyonu (artmış talus 1. metatarsus açısı) ile karakterize olan bir deformite olarak tanımlanmıştır (Doğan vd., 2017). İntrauterin dönemde kötü postürün neden olduğu, doğum sonrası dönemde hiçbir tedavi uygulanmadan üç veya dört ayda kendiliğinden düzelebilen bir deformite olarak ifade edilmiştir (Bagatur vd., 2001).

1.3.1.13. Konjenital Talipes Ekinovarus (Pes Equino Varus, Clupfood, Çarpık Ayak, PEV)

Pes ekino varus deformitesi, en sık görülen ayak deformitesidir. Deformitenin görülme sıklığı cinsiyete göre değişmekle birlikte 1.2 /1000 oranındadır. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla 3 kat fazladır (Cummings vd. 1988). Pes ekino varus deformitesi, ayak bileği çevresindeki tüm yapıların birlikte etkilendiği bir deformitedir. *“Kemik yapı ile birlikte osteoartiküler yapıların, muskületendinöz oluşumların, bağların, nörovasküler yapıların ve cilt oluşumunun”* etkilendiği ifade edilmiştir (Işık vd., 2015). Pes Equino Varus deformitesinde; ayak inversiyonda ve supinasyonda, ayak önü adduksiyon ve pronasyondadır. Talus boynu kısalmış ve medial plantara dönmüştür. Calcaneus aşağıya ve içe doğru dönmüştür. Calcaneus’un arka kısmı ve fibula arasında calcaneofibuler bağ oldukça gergindir. Plantar fasya, kısa plantar kaslar, plantar calcaneonavicular bağ kısalmıştır. Aşil, tibialis posterior, fleksör digitorum longus, fleksör hallusis longus tendonları kısalmıştır. Artt. talocruralis’in ve art. talocruralis’in arka kapsülleri gergindir (Us ve Turgut, 2017).

1.3.1.14. Konjenital Vertikal Talus (Konjenital Pes Valgus)

Konjenital konveks pel valgus olarak da adlandırılan konjenital vertikal talus idiopatik, tedavinin yapılmadığı vakalarda ayak problemlerine ve yürüme sorunların bulunduğu, ağırlı ve sert düztabanlık deformitesi olarak tanımlanmaktadır (Er vd., 2015). Temel patoloji, talocalcaneonavicular ekleme olup, talus’un vertikal pozisyonu, naviculerin dorsolateral’e dislokasyonu ve calcaneus’un fikse ekin pozisyonu ile karakterize olan bir deformite olarak ifade edilmiştir (Doğan, 2009). Tedavisinde, yumuşak doku gevşetmesini içeren rekonstrüktif cerrahi uygulanmakla birlikte, bu yöntemin komplikasyon oranının yüksek, başarı oranının düşük olduğu bildirilmiştir (Er vd., 2015).

1.3.1.15. Konjenital Tibia Psödoartrozu

“Tibia’nın distal yarısında kemik oluşumunun yetersizliği sonucu kemiğin displazisine neden olan kompleks bir bozukluk” olarak tanımlanmıştır. Kemiğin

segmental olarak zayıfladığı, tibiada anterolateral angulasyon geliştiği ve sonuç itibari ile patolojik kırık oluştuğu bildirilmiştir. Kırık yerinde hamartomöz bir dokunun oluştuğu ve normal callus oluşmadığı için psödoartrozla sonuçlanan bir tablo meydana geldiği ifade edilmiştir (Bulut vd., 2011). Tibia'nın antero-lateral eğilimi, medüller kanal sklerozu, diafiz daralması veya kistik lezyonlar mevcuttur. Fibula tutulumu genellikle aynı seviyede ve benzer patolojiye sahip olduğu ifade edilmiştir (İnan ve Üstünkan, 2009). Tibia'nın konjenital psödoartrozun insidansı, canlı doğumda 1/ 140.000 olarak görülmüş ve vakalarda nörofibramatoz tip 1 ile ilişkili olan deformitelerden birisi olarak belirtilmiştir (Weber, 2015).

1.3.1.16. Dizin Fleksiyon Deformitesi

Sık görülen dizin fleksiyon deformitesi, konjenital olabileceği gibi altta yatan hastalıklara bağlı olarak da geliştiği ifade edilmiştir. İntrauterin pozisyonla ilişkili olduğu ifade edilen dizin flaksiyon deformitesi yenidoğan döneminde karşılaşılan bir deformite olarak bildirilmiştir. Fleksör bölgede eklem kıvrımının olmaması deformitenin intauterin dönemde oluştuğunu işaret etmektedir. Fleksiyon deformiteli bacakta quadrisepsin zayıf olması, bacakta paralizisi olması normal yürümeyi en çok engelleyen sorun olarak görülmüştür. Cerrahi yöntem tedavide etkin rol oynamaktadır (Başal, 2015).

1.3.1.17. Konjenital Diz Çıkığı

Dizin basit hiperekstansiyonundan, tibia'nın femur üzerinde öne total çıkığına kadar değişen tiplerde görülür. Tek veya çift taraflı olabilir (Okan ve Orak 2009). Doğumda dizde hiperekstansiyon deformitesinin olduğu bildirilmiştir. Tibia femura göre anteriora yer değiştirdiği ve farklı derecelerde rotatuar, lateral sublüksasyon görüldüğü ifade edilmiştir. Nedeni tam olarak bilinmediği fakat konjenital kalça displazisi ve pes ekinovarus gibi deformitelerin eşlik ettiği belirtilmiştir. Quadriseps fibrozisi, suprapatellar bölgede doluluk, hamstring tendonlarında anteriora dislokasyon, femur ve tibia eklem yüzeylerinde displazi ile ön çapraz bağda incelleme semptomları arasındadır. Cerrahi olarak tedavisi mümkün olan bir deformite olarak ifade edilmiştir (Yücel vd., 2005).

1.3.1.18. Konjenital Patella Çıkığı

İzole bir sorun olarak ortaya çıkabileceği gibi, farklı sendromlarla beraber olabilir. Doğumda çıkık olabileceği gibi ilk 1-2 yaşlarda da ortaya çıkabilir (Başal, 2015). Uni veya bilateral olduğu bildirilmiştir. Konjenital patella çıkığı ailesel geçiş gösteren bir deformite olmakla birlikte eşlik eden sendromlar, artrogrypozis mültilpleks konjenita, down sendromu, nail-patella sendromu, larsen sendromu, ellis-van crevald sendromları olduğu ifade edilmiştir. Tanısın geç konulması nedeni ile patella'nın kemikleşmesinin sonrasında 3-4 yaşlarında teşhis edildiği bildirilmiştir. Bu durum ise diz lateralindeki yumuşak dokuların kontrakte olması ve patella'da yapısal değişikliklerin olmasına neden olduğu ifade edilmiştir. Tedavide cerrahi yöntem tercih edilmektedir (Turanlı ve Özer, 2002).

1.3.1.19. Gelişimsel Koksa Vara (GKV)

“Femur boyun diafiz açısının kabul edilen normal değerine altına inmesi” olarak tanımlanmıştır (Adanır vd., 2014). Sonradan olabileceği gibi, konjenital olabilir. Gelişimsel Koksa Vara, femur boyun-cisim açısından anormal bir azalma ile birlikte femur boynunda kısalma, trokanter majorde büyüme ve etkilenen ekstremitede kısalık ile karakterize, femur boynunda primer kırıkta defekti olan gelişimsel bir deformite olarak ifade edilmiştir (Marangoz, 2009).

1.3.1.20. Tibia Hemimelia

Tibia'nın tam ya da kısmi yokluğu ile ifade edilen bir deformite çeşididir. Tarihsel süreçte “*meromeli tibia, konjenital tibia yokluğu, tibia aplazisi ya da displazi*” gibi isimler verilmiştir. İlk kez Otto tarafından 1841 yılında tanımlanan bu deformitenin, etyopatogenezi çoğu vakada bilinmemektedir (Karakurt, 2009). Tibial hemimelia, coxae, femur, patella, tibia, fibula ve ayakta çeşitli deformiteleri içine alan, tibia'nın longitudinal deformitesi olarak ifade edilmiştir. Her canlı doğumda insidansı; 1/1.000.000 olarak tespit edilmiştir (Weber, 2015).

1.3.2. Yetişkin Dönem Deformiteleri

Yetişkin dönemde alt ve üst ekstremitte deformitelerinin farklı etyolojileri olmakla birlikte, konjenital dönemde oluşan deformiteler tedavi edilmez ise yetişkinlik döneminde de devam etmektedir. Literatürde çok farklı deformiteler olmakla birlikte, bu çalışmada sıklıkla karşılaşılan deformiteler incelenmiştir.

1.3.2.1. Yetişkinlik Dönemde Deformiteye Neden Olan Durumlar

1.3.2.1.1. Osteoporoz

Düşük kemik kitlesi ve kemik dokusunun mikromimari yapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliğinde ve kırığa yatkınlıkta artış ile karakterize olan bir durumdur (Akpolat, 2008). Osteoporozda risk faktörleri olarak; yaş, genetik ve ırk, hormonal durum, beslenme, yaşam stili, immobilizasyon, ilaçlar ve hastalıklar gösterilmiştir (Uçan vd., 2007). Sınıflandırılması; yaşa, lokalizasyona göre, tutulan kemik dokuya göre, etyolojiye göre, histolojik görünümüne göre yapılmıştır (Soran, 2009). Osteoporoz toplumsal açıdan daha önemli yapan durum ise, oluşan kırıklar nedeniyle tedavi maliyetinin ve mortalite oranının artması ve bireylerin iş gücündeki kayıplarının büyüklüğü olarak ifade edilmiştir (Karaaslan, 2010).

1.3.2.1.2. Romatizmal Hastalıklar

Sebepler oldukları eklem içi ve eklem dışı sorunlarla kişilerin günlük yaşam kalitelerini etkilediği ifade edilmiştir (Bek vd., 2006). Romatizmal hastalıklar içinde gösterilen “*romatoid artrit*”, snoviyal eklemlerde tutulum gösteren sistemik inflamatuvar bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Köylübaşı vd., 2011). El bileği, ve küçük el eklemlerinin ilk ve en çok etkilendiği, bunun sonucunda da bireylerin el fonksiyonlarındaki bozulmaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilediği ifade edilmiştir (Taştekin vd., 2006). Aynı zamanda, uzun dönem romatoid artritli bireylerde ayak tutulumunun olduğu ve ayak deformitelerinin görüldüğü ifade edilmiştir (Baysal vd., 2004). Romatoid artrit ile ilişkili oluşan ayak deformitelerinin,

bireylerde sosyal, ekonomik ve fiziksel anlamda yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği literatür bilgisinde mevcuttur (Taştekin vd.. 2003).

Halk arasında kireçlenme olarak bilinen bir eklem hastalığı olan osteoartrit; kişilerin sosyo-ekonomik problemlerin yanında, günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi açısından önemli bir problem haline geldiği ifade edilmiştir (Yıldız, 2011). Osteoartritten etkilenen eklemler; eller, kalça, diz ve omurgadır. Kemikteki büyümeler ve eklem kenarındaki çıkıntılar eklemlerin normal yapısını bozarak, hareketlerde kısıtlanmaya ve ağrıya neden olur. Semptomlar yavaş ve gizli olarak geliştiği için primer farklılık kıkırdakta oluşur, ancak bütün eklem yapıları durumdan etkilenir. Sonuç olarak eklem biyomekaniği değişir ve eklemde fonksiyonel yetersizlik meydana gelir (Küçükdeveci, 2011). Osteoartrit; tutulum gösterdiği eklemlerde; ağrı, hassasiyet, tutukluk, krepitasyon, eklem hareketlerinde kısıtlılık, kuvvet kaybı, instabilite, bazen efüzyon ve değişik derecelerde lokal enflamasyona neden olduğu için, kişinin fiziksel fonksiyonlarını, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği görüşü mevcuttur (Mani, 2016). Özellikle yaşlı popülasyonda, ortaya çıkan kemik eklem sorunlarına neden olan durum osteoartrit olarak düşünülmüştür (Çakmak vd. 2004).

1.3.2.1.3. Osteomalazi ve Raşitizm

Erişkinde yeni oluşan osteoidin (kemiğin organik, protein matrisi) mineralizasyonunda bozulma ve mineralize olamamış osteoidin kemikte birikimi ile karakterize bir metabolik kemik hastalığı olarak tanımlanmıştır (Hekimsoy, 2013). Hastalığın erişkindeki formuna osteomalazi adı verilirken, çocuktaki formuna raşitizm adı verilir (Ömeroğlu, 2010). D vitamini eksikliği, kalsiyum ve fosforu absorbe edememe ile sonuçlanır, hipokalsemiye yanıt olarak parathormon salgılanır (Kocaoğlu vd. 2015). Raşitizm akut dönemde kemik deformiteleri, hipokalsemi ve buna bağlı olarak nörolojik bulgular ve büyüme geriliğine neden olur (Eralp vd. 2010). Bu nedenle raşitizmde erken tanı ve tedavi önemli bir durumdur. Ülkemizin güneşten zengin bir coğrafyaya sahip olmasına rağmen D vitamini yetersizliği, raşitizm ve osteomalazi önemli bir sorun olarak belirtilmiştir (Hatun vd., 2003).

1.3.2.1.4. Kırıklar

Kırık; herhangi bir nedenle kemikteki damarların, havers kanallarının, periostun ve kemiğin etrafındaki yumuşak dokunun hasarlandığı, kırık uçlarındaki kemik dokusunun nekroze olduğu bir yaralanma olarak tanımlanmıştır (Tanrikulu ve Gönen, 2017). Kırıklarda deformite; kırık uçlarının yer değiştirmesi nedeni ile olur (Canbeyli, 2013). Kırıklar kendi aralarında açık ve kapalı kırık olarak sınıflandırılmıştır. Açık kırık; deri ve altındaki yumuşak dokunun kırılmasına yol açan ve hematomla direkt ilişkili osseöz bozulmadır (Egol vd. 2010). Kapalı (basit) kırık; kırık üzerindeki deri bütünlüğü bozulmayan ve kemik kırık uçları deriden dışarı çıkmayan kırık şeklidir. Başka bir sınıflandırma ise; transvers, oblik, spiral ve parçalı kırık olarak yapılmıştır. Transvers kırıklar; kırık hattının, kemik eksenine ile dik açı yaptığı kırıklardır. Oblik kırıklar; kırık hattı, kemik eksenine ile 45 derece açı yapar, obliktir. Spiral kırıklar; kırık hattı, spiral şeklinde kemiği çevreler. Bu kırıklara torsiyon kırıkları da denir. Parçalı (comminuted) kırıklar; birden fazla kırık hattı ve ikiden fazla fragman (kırık parça) vardır (Erdil, 2001; İnt. Kyn. 8). Kırığa sebep olan durumlar ve kırığın yerleşimi yaş durumuna göre değişiklik göstermektedir. Doğum travmaları yenidoğan döneminde, çocukluk döneminde düşme ve dövülme, gençlik döneminde spor yaralanmaları, orta yaş döneminde kazalar, yaşlılık döneminde ise düşme ve kanser metastazları kırık yapan nedenler olarak gösterilmiştir (Safalı, 2016).

1.3.2.2. Yetişkin Dönemde Kemik Eklem Deformiteleri

1.3.2.2.1. Kanat Scapula (Winging Scapula)

Scapula'nın medial kenarının veya inferior açısının göğüs duvarında uzaklaşması olarak ifade edilmiştir (Aktaş ve Akgün, 2007). Omuzda işlev kaybı, preskapular ağrı ve simetrisinin bozulması ile karakterize olan bir deformitedir (Arslan, 2017). Primer nedenler arasında “nörolojik hasarlanma, kemik ve periskapular yumuşak doku patolojileri,” (Şimşir vd., 2011), sekonder nedenler arasında “glenohumeral, subakromiyal patolojiler ve dengesiz kas kontraktürü” gösterilmiştir (Güzelant vd., 2014).

1.3.2.2.2. Omuz Çıkığı

Kanatlı ve Özer'e (2019), göre; omuz ekleminin hareket genişliğinin fazla olması, diğer eklemlerle karşılaştırıldığında çıkık açısından daha fazla risk taşımaktadır. Kalkan vd.'ne (2012) göre; tüm çıkıkların %45'ini oluştururlar ve omuz çıkıkları humerus başının çıktığı yöne göre sınıflandırılmaktadır. Omuz çıkığı çoğunlukla abdüksiyon, ekstansiyon ve dış rotasyon sonucu humerus başının anterior kapsül ve labrumu zorlayarak glenoidden taşması ile oluşan bir deformite olarak ifade edilmiştir (Karahan, 2013). Günümüzde, aktivite düzeyinin artmasına bağlı olarak insidansının arttığı bildirilmiştir (Zeybek ve Can, 2015). Atlanmış ve redüksiyon yapılmamış vakalarda omuz fonksiyonları olumsuz yönde ciddi manada etkilendiği belirtilmiştir. Hareket kısıtlılığının yanında eklem dejenerasyonun geliştiği ve gecikmiş olgularda cerrahi müdahaleye gereksinim olduğu ifade edilmiştir (Kalkan vd., 2012). Bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, omuz çıkıklarının kesin tedavi gerektiren bir durum olduğu ifade edilmiştir (Altan, 2009).

1.3.2.2.3. Erişkin Kubitus Varus Deformitesi

Varus açılanması, iç rotasyon ve fleksiyon kontraktürü veya dirsekte aşırı ekstansiyon deformitesini kapsayan kompleks üç boyutlu bir deformite olarak tanımlanmıştır (Kalacı vd., 2009). Kubitis varus'un en sık nedeni, dirsek kırıklarıdır ve komplikasyon olarak kubitis varus deformitesi oluşur. Taşıma açısı 0 derecenin altındadır (Jain vd., 2000). Kubitis varus deformitesinde fonksiyonel problem fleksiyon kısıtlılığıdır. Fleksiyon kısıtlılığı, varus malunionundaki hiperekstansiyonun sonucudur. Genellikle dirsek arkı sabit kalır. Eğer deformite belirgin derecede ise günlük yaşamsal aktivitelerde zorluklar olduğu ifade edilmiştir (Uçar, 2006). Aytekin vd.'ne göre (2015), kubitis varuslu olguların hastaneye en sık başvuru nedeni dirsekteki deformitedir. Bu bireylerde ortaya çıkan sorunlar ise; işlevsel kısıtlılık, tekrarlayan dirsek kırıkları ve kozmetik deformitelerdir.

1.3.2.2.4. Erişkin Kubitis Valgus Deformitesi

Dirsek bölgesinde sıklıkla karşılaşılan kemik deformiteleri, dirsek bölgesi fraktürlerine sekonder gelişmiş deformitelerdir. Kubitis valgus deformitesi; taşıma açısının 20 derecenin üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (Tien vd. 2005). Erişkin kubitis valgus deformitesi; suprakondiler fraktürlerin sık karşılaşılan komplikasyonlarından biridir. Kubitis valgus deformitesinin neden olduğu problemler fonksiyonel sınırlılık, tekrarlayan kırıklar ve kozmetik sorunlar olarak ifade edilmiştir (Uçar, 2006).

1.3.2.2.5. Genu Rekurvatum Deformitesi

Köseoğlu vd., (2009)'ne göre; kemiksel veya kapsül ve ligamentlerdeki değişikliklerle veya her ikisinin kombinasyonuna bağlı olarak meydana gelir. Proximal tibial epifizin prematür asimetrik kapanması osseöz genu rekurvatum deformitesi ile sonuçlanır. Gökoğlu vd.,'ne göre (2002), genellikle olguların yürüyüş şeklini değiştirmektedir. Köseoğlu vd., (2009)'ne göre; deformite sonucunda ortaya çıkan ağrı, güçsüzlük, ve diz eklem stabilitesinin bozulması deformiteyi arttırmaktadır.

1.3.2.2.6. Erişkinde Varus Deformitesi

Alt ekstremitede tek yanlı olduğunda, “D” şeklinde, iki yanlı olduğunda ise “O bacak” şeklinde görsel bir bozukluk oluştuğu ifade edilmiştir. Erken erişkinlik döneminde dizde önce medial kompartmanda, daha sonra ise artroz ve sonuç olarak hareket kısıtlılığı gelişmektedir. Nedenleri incelendiğinde; tibial kırıkların hatalı kaynaması, doğuştan ayak bileği medial tarafında yumuşak doku kontraktürü, kemik displazileri, tibial aplazi ve hipoplazi olarak sıralanabilir (Çakmak ve Birsel, 2006). Yürüme esnasında dize gelen yükün orantısız bir şekilde medial kompartmana aktarıldığı ve varus deformitesi varlığında yükün daha çok medial tarafa geçtiği ifade edilmiştir. Ayrıca osteoartrit ve obezitenin varus deformitesinin ilerlemesinde önemli bir risk kaynağı olduğu belirtilmiştir (Elmalı vd., 2002).

1.3.2.2.7. Erişkinde Valgus Deformitesi

Tibia'nın angulasyon deformitesini içerdiği ifade edilmiştir (Kirby ve Hagman, 2005). Yenidoğanların çoğunluğunda genu varum deformitesinin olduğu ve 6 ay ile 12 ay arasında bu deformitenin maksimum düzeye ulaştığı ifade edilmiştir. 2 yaşından sonra genu varum deformitesi patolojik olarak kabul edilmektedir (Çakmak ve Birsnel, 2006). Valgus deformitesinde; femur'un mekanik aksı ile anatomik aksı çakışmaz ve mekanik aksta sapmalar meydana gelmektedir. Lateral femoral kondilin yarıçapı, medial kondilden daha büyüktür ve sonuç olarak fleksiyon ile tibia'da iç rotasyon, ekstansiyon ile dış rotasyon oluşur. Diz ekstansiyondayken rotasyon olanaksızdır (Özel, 2009). Erken dönemde tek taraflı ise, "K" şeklinde, iki taraflı ise "X bacak" şeklinde deformite olmaktadır (Çakmak ve Birsnel, 2006). Etiyolojisi incelendiğinde; alt ekstremitte yaralanmaları (Kirby ve Hagman, 2005), fizyolojik genu valgum, tibia kırıklarının kötü kaynaması, konjenital tibia pseudoartrozu, tibia eğriliği gibi nedenler gösterilmiştir (Çakmak ve Birsnel, 2006). Valgus deformitesinin osteoartritede neden olduğu ifade edilmiştir (Kirby and Hagman, 2005).

1.3.2.2.8. Yetişkin Halluks Valgus Deformitesi (HV)

Kılıçoğlu'na göre (2013), başparmak ayağın topuktan sonra en fazla yüklenen bölge olması nedeniyle, ayaktaki başparmak rahatsızlıkları ciddi anlamda rahatsız edici ve kişide fonksiyon kaybına neden olan durumlardan birisidir. Halluks valgus deformitesi; 1871 yılında, "Carl Huster" tarafından tanımlanmış ve birinci parmağın abduksiyon kontraktürü ve lateral'e deviasyonu olarak tarif edilmiştir (Doğan vd., 2007). Guide (2007) oluşum mekanizmasını şu şekilde açıklamıştır; başlangıçta art. metatarsophalangae'nin medial'inde bulunan bağlar zayıflamakta ve zamanla eklem dengesi bozularak halluks valgus gelişmeye başladıktan sonra 1. parmak laterale doğru zorluyor ve phalanx proximalis' in bazisi metatarsus başını iterek kas dengesi bozulur sonuç olarak halluks valgus oluşmaktadır (akt. Demir, 2015). Etiyolojisi; çoğunlukla batı tarzı ayakkabı giyen toplumlarda oluşur. Bunun yanı sıra nöromusküler hastalıklar, romatoid artrit gibi sistemik hastalıklar, genetik yatkınlık ve metatarsus primus varus, halluks valgus etiolojisinde rol oynayan intrinsek faktörler olarak ifade edilmiştir (Ertürer vd., 2004). Halluks valgus deformitesinin

kompleks bir deformite olduğu ve ayağın birinci sırasında eşlik eden patolojileri içerdiği ifade edilmiştir (Doğan vd., 2007). Fiziksel tanıda; bireyin duruşu, yürümesi, ayak başparmağındaki ve ayak küçük parmağındaki şekil bozuklukları, ayak başparmağındaki pronasyonun değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Coughlin vd., 2007).

Halluks valgus deformitesi; halluks valgus açısı ve intermetatarsal açđ değerlerine göre hafif, orta ve ileri deformite olarak sınıflandırılır (Ertürer vd., 2004). Kadınlarda HV görölme sıklığının 9:1 oranında erkeklere göre daha fazla olduğu, yaşıla beraber bu oranın arttığı bildirilmiştir. Deformite denge, yürüyüş ve ağırlık aktarımını olumsuz yönde etkilediği, yaşlılarda düşme riskini arttırdığı, yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu ifade edilmiştir (Anafaroğu, 2012). Deformite ilerlemesi ile birlikte diğer ayak parmaklarında; pençe parmak, çekikç parmak ve nasır oluşumunun olduğu, ayak parmaklarının hepsini etkilediği ifade edilmiştir (Joseph ve Mroczek, 2007).

1.3.2.2.9. Halluks Rigidus (HR)

“Birinci metatarsofalangeal (MTF) eklemının artrozuna bağlı, hareket kısıtlılığı ve ağrı ile seyreden klinik bir tablodur. Hareket kısıtlılığı eklem dışı nedenlerle kaynaklandığında halluks limitus, fleksus veya ekstensus gibi isimler kullanılabilir” (Kılıçoğu, 2013). Halluks valgus’tan sonra ayak başparmağını etkileyen ikinci patolojik durum olarak ifade edilmiştir (Maher ve Metcalfe, 2008). Halluks valgus’a göre daha kısıtlayıcı ve 50 yaşı üzerinde insidansının arttığı, vakaların %80’inde iki taraflı tutulum olduğu ifade edilmiştir (Kılıçoğu, 2013). Yaşın ileri olması, kadın cinsiyeti, aile öyküsünün pozitif olması, sistemik osteoartroz, travma pozitifliği, metatarsofalangeal ekleminde konjenital varyasyonlar, ayak baş parmağında artmış interfalangeal abduksiyon açısı, uzun ve dar ayakkabı kullanımı, pronasyona girmiş ayak, patolojik yürüyüş ve obezite halluks rigidus’a neden olan faktörler arasında gösterilmiştir (akt. Horata, 2015).

1.3.2.2.10. Çekiç Parmak

Ayağın bir ya da daha fazla parmağın proksimal interfalangeal (PİF) ekleminde plantar fleksiyon gelişmesi olarak tanımlanmıştır. Metatarsofalangeal ve distal interfalangeal (DİF) eklemler kompensatuar olarak dorsalfleksiyona gelmektedir (Karatay vd., 2011). Aydoğan'a göre (2013), altta yatan neden, sıkı ayakkabı giyimi sonucu oluşan basının parmağı ekstansiyona getirmesidir.

1.3.2.2.11. Pençe Parmak

Pençe parmak deformitesi, metatarsofalangeal eklemi hiperektansiyondayken; distal interfalangeal ve proksimal interfalangeal eklemlerinin fleksiyon deformitesi ile karakterize olan bir durumdur (Shirzad vd., 2011). Etiyolojik faktörler olarak; pes kavus, pes planus, travmalar, genetik faktörler, topuklu ayakkabı giyilmesi, enflamatuvar ve nörolojik hastalıklar, romatoid artrit gösterilmiştir (Karatay, 2011).

1.3.2.2.12. Tokmak Parmak

Metatarsophalangeal ve proximal interphalangeal eklemlerle beraber görülen distal interphalangeal eklem fleksiyonu olarak tanımlanmıştır (Aydoğan, 2013). İzole olarak görülebildiği gibi çekiç parmak deformitesi ile birlikte olabilir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, diğer küçük parmaklara göre uzun olan ikinci tipinin dar ve kısa ayakkabı içinde baskıya uğraması sonucu oluştuğu düşünülmüştür (Güven vd., 2003).

1.3.2.2.13. Üst Üste Binmiş Parmaklar

Menz'e göre (2008), halluks valgus'un varlığında ikinci parmakta çekiç parmak deformitesi gelişir. İlerlemiş olgularda, başparmaktaki lateral yer değiştirmeyi karşılamak için ikinci parmak dorsal'e veya plantar'a zorlanabilir ve bu durum ikinci parmağın dizilimini açıklar şekilde üst üste binmiş parmak deformitesi olarak tanımlanmıştır (akt. Horata, 2015).

1.3.2.2.14. Bunionet

Beşinci metatarsus başında ağrılı şişlik ve çıkıntı oluşumu olarak tanımlanan bunionet deformitesi, bazı yazarlar tarafından beşinci parmağın halluks valgusu olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ad olarak terzi çıkıntısı olan bu deformitenin etyolojisinde; dar ve uygun olmayan ayakkabı giyimi ve doğuştan gelen anatomik farklılıklar neden olarak düşünülmüştür (Aydoğan, 2013).

1.3.2.2.15. Romatoid El

Romatoid artriti olan vakaların çoğunluğunda ilk tutulum gösteren eklemler el ve elbileği eklemleri olarak bildirilmiştir. Bu vakalarda aktivite intoleransı olduğu ifade edilmiştir. Hastalıkta başlangıç semptomları olarak, proximal interphalangeal, metacarpophalangeal ve radiocarpal eklemlerde bilateral şişlik, ayrıca sinovit ve tenosinovit görüldüğü bildirilmiştir. Sinovit ve tenosinovit hastalığın sonraki dönemlerinde, eklem erezyonlarına, ligaman laksitesine ve kas yapılarında dengesizliğe neden olabilmektedir. Bu durum elin kavrama kuvvetinde azalmaya, kas atrofisine, eklem hareket açıklığı kaybına yol açarak elde deformite ve fonksiyon kaybına sebep olmaktadır (Taşkiran, 2011). Romatoid artritte parmaklarda; metacarpophalangeal ve proksimal interphalangeal eklem tutulumu sık, distal interphalangeal eklem tutulumu nadirdir. Düğme iliği deformitesi ve Kuğu boynu deformitesi parmaklarda gelişen deformitelerdir. Romatoid nodüller gelişebilir, tendon rüptürü olabilir. Eklem çevresindeki kemiklerde harabiyet geliştiği ifade edilmiştir (Keşkek, 2004). Romatoid artritte meydana gelen değişiklikler, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve sahip olduğu mesleklerini yapmalarını engellediği ifade edilmiştir. Vakaların yaklaşık %20-30'unun işini kaybettiği bildirilmiştir. (Göçmen vd., 2011).

1.3.2.2.16. Boutonniere (Düğme İliği Deformitesi)

Düğme iliği deformitesi, proximal interphalangeal eklemden fleksiyon, distal interphalangeal eklemden hiperekstansiyonun olduğu bir deformite olarak tanımlanmıştır. Bu deformite başparmakta oluşursa "Z" deformitesi veya "90-90"

deformitesi olarak adlandırıldığı bildirilmiştir (Taşkiran, 2011). Romatoid artrit ve juvenil idiopatik artrit'te sık görülen bir deformite olduğu belirtilmektedir. Spor yaralanmalarında da travma sonucu geliştiği bildirilmiştir. Bu deformitenin ileri dönemlerinde semptom olarak; eklem fibrozisi, kollateral bağ ve volar plak kontraktürleri geliştiği ifade edilmiştir (Boyraz ve Koç, 2015). Bu deformitenin erken tanı ve tedavisinin önem arz ettiği ve tedavi edilmediği durumlarda kalıcı eklem kontraktürlerinin geliştiği bildirilmiştir (Taşkiran, 2011).

1.3.2.2.17. Kuğu Boynu Deformitesi

Proximal interphalangeal eklemden ekstansiyon, distal interphalangeal eklemden fleksiyon deformitesi görülür. Metacarpophalangeal eklemlerdeki sinovit sonucu bu eklemler avuç içine doğru sublukse olur. Normalde metacarpophalangeal ekleme fleksiyon, proximal interphalangeal ekleme ekstansiyon yaptıran intrinsik kaslar gerilince ekstansiyon yapıcı etkileri daha da belirginleşir. Lateral bantların da dorsal'e sublukse olması ile ekstansör güçler proksimal falanksta yoğunlaşır ve proximal interphalangeal eklemin fleksiyonu kaybolur. Distal interphalangeal eklemin volar yüzüne yapılan derin fleksör tendonun çekmesiyle distal interphalangeal fleksiyon belirginleşir ve sonuç olarak metacarpophalangeal ve distal interphalangeal eklemden fleksiyon, proximal interphalangeal eklemden hiperekstansiyon oluşur (Kuran vd., 2008).

1.3.2.2.18. Madelung Deformitesi

1878'de Madelung tarafından tanımlanan madelung deformitesi; distal radial büyüme plağının erken kapanması ve buna bağlı olarak radius'un ulnar tarafının rölatif kısılması ve eklem yüzeyinin rotasyonu olarak tanımlanmıştır (Ünsal vd., 2002). Cinsiyete göre görülme sıklığı, kadın popülasyonda daha fazla ve çoğunlukla bilateral olarak tespit edilmiştir. Nedenleri incelendiğinde, travmalar, genetik faktörler, idiopatik ve displatik durumlar olduğu düşünülmüştür. Bu deformite ile birlikte Leri WELL sendromu adı verilen küçüklük, Turner sendromu görülebilir. Semptomları ise puberte döneminde el bileğinde ağrı, el bileğinde hareket kısıtlılığı, el bileğinin görünümünde değişiklikleridir. Tanı için röntgen yeterli olabilmektedir.

Genetik testler de tanı için kullanılabilir. Tedavisinde cerrahi yöntem uygulanmaktadır (Göçer vd., 2014).

1.3.2.2.19. Malunion

Kemiğin anormal pozisyonda kaynamasına malunion (kötü kaynama) adı verilir (Balcı, 2005). Malunion oluşan kemikte; kısalma, uzama, açılanma, rotasyon gelişebilir. Fonksiyonel ve kozmetik açıdan istenmeyen durumlar oluşabilir. Metafizel ve diafizel kötü kaynamanın bir alt ve bir üst ekleme binen yük dengelerini etkileyerek artroz gelişmesine neden olabilir (İnt. Kyn. 9).

1.3.2.2.20. Kaynamama (Psödoartroz, Nonunion)

Bir kırığın kaynamamasının standart olarak kabul edilen bir tanımı olmamakla birlikte; genellikle bir kırığın 6-8 ayda iyileşmemesi kaynamama anlamına gelmektedir (Rodriquez-Merchan ve Forriol, 2004). Kırığın normal iyileşme süresinde kaynamamasına (psödoartroz veya nonunion) ve müdahale gerektiren bir durum olduğu ifade edilmiştir (Ceyhan ve Yıldırım, 2017). Bu durumda radyografide, kırık uçları arasında açıklık olduğu görülür. Klinik değerlendirmede; kemiğin yaralanma alanı, kırık türü, yeri, bölgesi, kırıklara ek yaralanmalar (sinir, damar, yumuşak doku gibi), kişinin yaşı ve hastalıkları, kullandığı ilaçlar, sigara alışkanlığı gibi durumlar incelenmelidir (Casttilo vd., 2005). Kaynama yokluklarının sınıflandırılması, kırık uçlarındaki beslenme derecesi ve enfeksiyon varlığına göre yapılmaktadır. Kaynama yoklukları; avasküler (gevşek, atrofik), vasküler (sert, hipertrofik) olmak üzere iki gruba ayrılır (Kocaoğlu vd., 2003, Başbozkurt vd., 2004). Kaynamamanın nedenleri; malnutrasyon, diabet, sigara bağımlılığı, osteoporoz ve non steroid antiinflamatuvar ilaçlar, enfeksiyon, yetersiz dolaşım, biyomekanik dengesizlik, redüksiyon sonrası yetersiz kemik teması ve yaralanmanın şiddeti olarak ifade edilmiştir (Reisoğlu ve Ağuş, 2008). Psödoartrozların bir halk sağlığı problemlerinden olduğu ve iş kaybına ve stres durumuna neden olarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir (Pneumaticos vd., 2014).

1.4. Yaşam Kalitesi

Kavram olarak kalite; *“ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyi ve hizmette üstünlük, kusursuzluk”* olarak tanımlanmıştır (Eski, 1999). Kalite; *“insanın, nesnenin veya yaşantının nitelikçe nasıl olduğunu ifade eden, onu başka şeylerden ayırdedici üstünlüğünü ölçüp değerlendiren nitelikler”* olarak tanımlanmıştır (Bozkurt, 2003). Kalite kavramı; bireyin günlük hayatta iyiliğini, üstünlüğünü, başka bir ifade ile iyi bir niteliğe sahip olmak gibi kavramlarla karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamdan hareketle kalite kavramını subjektif (kişisel), objektif yani ölçülebilen kalite olarak sınıflandırılabilir. Kalite, insan hayatının birçok alanına konu olmuş kavramlardan birisidir. Örneğin; verilen hizmetin kalitesi, ürün kalitesi, yaşam kalitesi gibi. Bu konuda Muluk vd., (2007) kaliteyi *“amaçlananla gerçekleştirilen arasındaki uygunluk”* olarak ifade etmiştir (akt. Baran, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre sağlığın tanımı; *“Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik halidir”*. Sağlık sadece bir durum değil, değişen gereksinimlere göre sürekli olarak yenilenen, değişen, bireyin hayata verdiği anlama göre değişen bir olgu olarak ifade edilmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006). Tam bir iyilik hali kavramının DSÖ’nün sağlığın tanımı içinde kullanması, öznel bir kavram olmasından buna yönelik tanımlama çalışmaları yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmaların sonucunda ise *“Yaşam Kalitesi”* kavramının ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Saxena ve Orley, 1997). Bu görüşleri destekleyen bir diğer görüş ise; Xavieret vd.,’ne göre (2003), kişilerin sahip olduğu fiziksel kısıtlılıklar ve hastalıklar, bireylerin algıladığı sağlık durumunda farklılık arz etmektedir (akt. Baran, 2008).

Ulaşılabilir maksimum sağlık düzeyi; insanların sahip olduğu maddi koşullar ve manevi değerlere göre ayırım yapılmaksızın sahip olunması gereken temel haklardan birisi olarak ifade edilmiştir. Sağlık olgusu çok yönlü bir kavram olmakla birlikte, çevre faktörünün sağlığa olan etkisinin önemi büyüktür (Çelik, 2006). DSÖ’nün 1948’de sağlığın tanımını yapması ile birlikte yaşam kalitesi kavramının sağlık alanında giderek önem kazanmaya başladığı ifade edilmiştir (Gökkulu vd., 2012). Eser ve Aydemir (2014) bu konu ile ilgili çalışmalarında; sağlık alanında yaşam

kalitesinin değerlendirilmesi için, bireyin yalnız hastalık değil bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve yaşam kalitesi değerlendirilmelerinde bireye bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

1.4.1. Tanım

Bireyin sağlık durumunu belirlemede objektif verilerin yanında, kendisinin durumunu nasıl algıladığını gösteren yaşam kalitesi kavramına ihtiyaç duyulmuştur (Gotay vd. 1992). Yaşam kalitesi çok sayıda disiplin tarafından kullanılan bir kavramdır ve bu nedenle literatürde tanımlamaları ve uygulamaları ile ilgili şaşırtıcı sayıda yayın bulunduğu ifade edilmiştir (Özdoğru, 2013). Araştırmacılar yaşam kalitesi ile ilgili farklı tanımlar yapmışlar ve yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlayarak, bu kavramı, yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanmışlardır (Koltarla, 2008).

Yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının iyi gittiğine ilişkin algıladığı fiziksel, fonksiyonel, ruhsal ve sosyal faktörlerin birleşiminden ortaya çıkan iyilik hali duygusu olarak ifade edilmiştir (Işıklı vd., 2007). Yaşam kalitesi, *“kişinin fiziksel sağlığı ve ruh sağlığına ilişkin kendi değerlendirmelerinden oluşan ve bu anlamda daha çok kişinin algılarını ortaya koyan bir kavram olarak tanımlanmıştır”* (Akbolat vd., 2015). Akdeniz vd.’ne göre (1999), yaşam kalitesi; yaşam doyumu, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik hali gibi bileşenlerden oluşan bir durumdur. Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır, içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunmaktadır.

Yaşam kalitesi; *“fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda ihtiyacın karşılanması derecesi”* olarak tanımlanmıştır (Hörnquist, 1990). Tarsuslu (2007), çalışmasında; *“Yaşam Kalitesinin, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanabilen*

oldukça geniş bir kavram” olduğunu ifade etmiştir. Bu tanımın, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmıştır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olduğunu, ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmanın güç olduğunu, sadece, hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik hali olduğunu aktarmıştır.

Patric ve Erickson yaşam kalitesinin tanımı şu şekilde yapmışlardır; *“ölüm ve yaşam süresi, özürlülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal-kültürel dezavantajları”* kapsayan bir kavramdır. Fayos ise, *“kişilerin yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri”* olarak tanımlamıştır (akt. Perim, 2007). Özmete (2010), çalışmasında; başka bir tanımdan örnek vermiştir. *“Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesi Araştırma Merkezi'nin tanımına göre, yaşam kalitesini bireyin yaşamındaki önemli fırsatlardan/olanaklardan zevk alma derecesi ve yaşamdaki temel psikolojik ihtiyaçların karşılanma düzeyi”* olarak ifade etmiştir. Burchardt'a göre yaşam kalitesi; *“ bireyin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, diğer bireylerle iyi ilişkiler kurması, toplumsal, vatandaşlık, uygarlığa ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendini geliştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır”* şeklinde tanımlanmıştır (akt. İcyeroğlu, 2012).

Sağlık alanındaki ilerlemeler, yalnız hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi de amaçlanmıştır (Okyay vd., 2012). DSÖ yaşam kalitesini *“içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması”* olarak tanımlamaktadır (Işıklı vd., 2007). Kaya vd. (2008), çalışmasında, DSÖ tanımını en yaygın kabul gören tanım olduğunu belirtmiştir. DSÖ'ye göre; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır.

Müezzinoğlu (2004), 'na göre; yaşam kalitesinin ölçülmesi sağlık araştırmalarında ve sağlık politikalarının oluşturulmasında, planlanan politikaların sonuçlandırılmasında

ve analiz edilmesinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Sağlık alanında yaşam kalitesi değerlendirilmesine yoğun bir şekilde ilgi duyulmaktadır. Günümüzde, tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen, semptomların azaltılması ya da yaşam süresinin uzatılması gibi göstergelerin yetersiz kaldığını ve hastanın bakış açısını içeren yeni kriterlerin değerlendirmeye dahil edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Vural vd. (2010), de çalışmalarında konu ile ilgili olarak; “günümüzde yaşam kalitesini arttırarak yaşamak, uzun yaşamak kadar önemli bir konu haline gelmiştir” diye konunun önemine dikkat çekmiştir. Madureira vd.’ne göre (2012), yaşam kalitesi, bireyin sahip olduğu kültürü, hedefleri, değerleri, yaşamdan beklentileri, hayat standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak hayattaki kendi durumunu algılaması olarak ifade edilmiştir. Ayrıca bireyin bedensel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ve çevresel etmenlerden etkilenen bir kavram olarak ifade edilmiştir. Bu kavram bireye bütüncül olarak (holistik) yaklaşılması gerektiğini işaret etmektedir.

Yaşam kalitesi, kişinin yaşamın her alanında kendini geliştirmesi, yaşamsal amacına, inancına ulaşması ile ilgili olan bir durumdur. Yaşamın kaliteli olması; bireyin kendini her açıdan tanıması ve sorgulaması, hayatının her alanında dengeli ve uyumlu bir şekilde bir yaşam sürmesi olarak ifade edilebilir. Yaşam kalitesi; bireyin hayatını idame ettirdiği sosyo kültürel ortamda kendi sağlığını subjektif olarak algılaması olarak belirtilebilir. Yaşam kalitesinin dört temel alanda meydana geldiğini ifade eden Eser (2006), bu alanları şu şeklide sıralamıştır; “*kişisel içsel alanlar, kişisel sosyal alan, dışsal doğal çevre alanı, dışsal toplumsal çevre alanı*” (akt. Yalın, 2011).

1.4.2. Yaşam Kalitesi Tarihçesi

Yaşam kalitesinin antik ve orta çağda mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alındığı ifade edilmiştir (akt. İçseloğlu, 2012). Edisan ve Kadıoğlu, (2013), çalışmasında; “*Plato’nun Devlet, Aristo’nun Nikomakho’a Etik*” isimli eserleri yaşam kalitesi kavramı etrafındaki tartışmaların bugün olduğu gibi antik dönem de de varlık gösterdiğini ifade etmiştir. Bu kavramın geçmiş zamanın farklı dönemlerinde başka düşünürler tarafından

irdelendiğini ve gelecekte de irdelenmeye devam edeceğini belirtmiştir. Koltarla (2008), “Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımladığını, Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak” tanımladıklarını ifade etmiştir. Yapıcı (2006), çalışmasında yaşam kalitesi ölçümlerinin yeni olmadığını, 1800’lü yılların başlarında Bentham’ın psikiyatri alanında yaşam kalitesi ölçümü konusunda ilk girişimlerde bulunduğunu ve sonraki süreçte 1920 ve 1930’lu yıllarında yaşam kalitesi ölçeklerinin geliştirildiğini ifade etmiştir.

Sarı, (2013) çalışmasında; “Yaşam Kalitesi” kavramının 1960’larda politik kararların alınmasında gündeme geldiğini, bu amaçla kullanılmasının nedeninin, gelir, eğitim, sağlık ve barınmanın yaşam kalitesiyle yakından ilgili olmasından dolayı olduğunu ve tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçtiğini ifade etmiştir. Yaşam kalitesinin 1970’li ve 1980’li yıllarında sağlık alanına girdiğini, sağlık alanı çalışanlarının ilgilendiği alanlar ise; hastalıkların belirtileri, tedavisi, bakımı ile olan ilişkisine odaklandığı ifade edilmiştir (İçyeroğlu, 2012). Demiral, (2001) çalışmasında; son yıllarda “yaşam kalitesi” anahtar sözcüğü ile binin üzerinde makale yayımlandığı, ekonomiden, coğrafyaya sosyolojiden tıp dallarına kadar değişik alanlarda kullanıldığını ifade etmiştir.

1.4.3. Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar

1.4.3.1. Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması

Sağlık durumu, sağlık algılaması; biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alınarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık hali olarak ifade edilmiştir (Tunç, 2008; Kutlu, 2011). Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta olarak algıladığını

ifade etmiştir. Bireyin kendini iyi hissetmesi kişinin kendi sağlık durumuna kendi bakış açısı ile ilgilidir (Muldoon vd., 1998).

1.4.3.2. Ruhsal Durum (Mood)

Ruhsal durum (mood); uzun ve kısa süreli streslere verilen duygusal tepkilerdir. Bu tepkiler sağlık durumu ile olabileceği gibi farklı nedenlerden kaynaklanabilir (Wilson ve Cleary, 1995). Top vd. (2003), çalışmasında; bu alandaki ölçümlerin, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik zorlukların sıklığını ve şiddetini, kişinin psikolojik olarak iyi olma hali ve yaşamdan tatmin olma kavramlarının nasıl algıladığını ve kognitif işlevsellik düzeyini araştırmayı amaçladığını aktarmıştır. Kutlu (2011) çalışmasında; yaşam memnuniyeti, öz saygı, sağlık, itibar gibi hayatın birçok alanını ve bireysel farklı değerleri kapsadığını belirtmiştir. Ayrıca, bedensel ve ekonomik iyilik halinin olması, sosyo-kültürel faaliyetler, ruh sağlığının iyi olması, bireyin aile, arkadaş çevresi ile diyoloğunun iyi olması gibi yaşam kalitesi göstergeleri, kişinin sahip olduğu sosyo-kültürel özelliklere göre değiştiğini ifade etmiştir.

1.4.3.3. İşlevsel Durum (Functional Status)

Bireyin temel gereksinimlerini karşılaması, üstlendiği görev ve sorumluluklarını aynı zamanda iyilik ve sağlıklı halinin devamının sağlanmasında ki yeterli olma durumu olarak tanımlanmıştır (Leidy, 1994). Bu konuda iki kavram karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramlardan birincisi işlevsel kapasite olup, kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlarda günlük işlerini maksimum düzeyde yapabilme durumudur. Diğer kavram ise işlevsel performanstır. Bu kavram gündelik hayatın içinde yer alan işlevleri kapsamaktadır (Koltarla, 2008).

1.4.3.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (Health-Related Quality of Life)

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; kişinin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle direkt bağlantısı olması nedeni ile yaşam kalitesi kavramından ayrı olarak değerlendirilmiştir (Flanagan, 1978). Sağlığın

bireylerin fonksiyonları yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Tunç, 2008). Fitzpatric vd., (1992), tıp alanında yaşam kalitesi kavramı için dört kullanım alanı olduğunu ifade etmiştir. Bu kullanım alanları;

1- *“Hastaların klinik bakımlarının planlanması,”*

2- *“Sağlık hizmeti araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçütü olarak kullanımı,”*

3- *“Toplumların sağlık ihtiyaçlarının temin edilmesi,”*

4- *“Kaynak tahsis etmede kullanılması.”*

Kutlu (2011), çalışmasında; sağlıkta yaşam kalitesinin iki bileşeni olan fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik işleri yürütebilme özelliği olan iyilik hali birinci, ikinci ise işlev görme ve hastalıkların kontrol düzeyi ile meydana gelen hasta kişinin doyumunu olarak belirtmiştir. Bu durum ise herhangi bir hastalığın ve hastalığa bağılı tedavinin sebep olduğu işlevsel etkilerin hasta tarafından subjektif olarak algılanışıdır.

1.4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar

DSÖ, yaşam kalitesini; *“kişinin, gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bakımından, yaşamda kendi durumunu algılama biçimi”* şeklinde ifade etmiştir. (Küçükdeveci, 2010). Padilla vd. (1992), ise yaşam kalitesini boyutlara ayırarak tanımlamışlardır. Tanımlanan bu boyutlar şu şekilde sıralanmıştır; *“psikolojik iyilik hali, fiziksel iyilik hali, sosyal ve bireysel iyilik hali, finansal ve maddi esenlik hali* (akt. Yıldız, 2011).

Savcı (2006), yaşam kalitesini arttıran durumları şu şekilde sıralamıştır; ekonomik ve sosyal güvence sahibi olmak, güven içinde olmak, rahatlık ve konfora sahip olmak, anlamlı ve aktif bir hayata sahip olmak, çevre ile iyi ilişkiler kurmak, eğlence ve hoşlandığı aktivitelere sahip olmak, saygınlık görmek, bağımsız olmak, mahremiyetine saygı duyulması, kendini ifade edebilmek, fonksiyonel olarak yeterli olmak, özgün bir birey olarak algılanmak, huzur içinde olmak (akt. Tekkanat, 2008). Yaşam kalitesini azaltan durumlar ise Savcı (2006)'ya göre; geleceğe dair kaygılar, destek sistemindeki yetersizlikler, akut veya kronik sağlık sorunları, bitkinlik, kişisel bakım davranışlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde düşüşler, temel ihtiyaçların karşılanmaması gibi durumlar olarak ifade edilmiştir (akt. Gönen, 2019).

Bulut (2013), yaşam kalitesini politik, sosyal ve ekonomik durumların etkilediğini ifade etmiştir. Kişinin sağlığı kendi başına yaşam kalitesini etkilemekte ve kişinin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, beslenme durumu, ulaşım ile ilgili durumlar, eşin ölümü, yalnızlık durumu, cinsiyet, ırk, evlilik, yaş durumu da yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca yaşam kalitesinin belirlenmesinde; bireyin kişisel durumu yani kişiliği, sorunlarla başa çıkma gücü, inançları, psikolojik durumu gibi etmenler yaşam kalitesini etkilemektedir. Kişinin sağlık durumu, her hangi bir hastalığa sahip olma, özürlülük, engellilik durumu yaşam kalitesinde belirleyici etmenler arasındadır. Yaşam kalitesi kapsam olarak, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik özellikleri, aile içi ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve bireyin inanç durumunu kapsamaktadır.

1.4.5. Deformite ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Deformite, insan vücudunda bulunan kemik eklem yapısındaki yapısal, görsel ve işlevsel olarak şekil bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Deformiteler, konjenital olabileceği gibi, hastalık sonucu, kaza, travma, yaşlanma süreci, çevresel faktörlerin etkisi ile meydana gelebilmektedir. Sağlık sektöründe yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde; sadece bireyin hastalığı ile değil bireyi bir bütün olarak değerlendirmesi esastır. Bireyi yaşam kalitesi anlamında etkileyen sadece hastalığı değil, kişinin içinde bulunduğu genel yaşam olayları, sosyo - kültürel etmenler, ekonomik, eğitim ve daha birçok etmenler etkilemektedir (Esre ve Aydemir, 2014).

Maslow (1970)' n ihtiyaçlar hiyerarşisine göre insan gereksinimleri şu şekilde sıralanmıştır;

1- *“Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma)”*,

2- *“Güvenlik gereksinimleri (emniyet, korunma, sağlık),”*

3- *“Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi)”*,

4- *“Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü)”*,

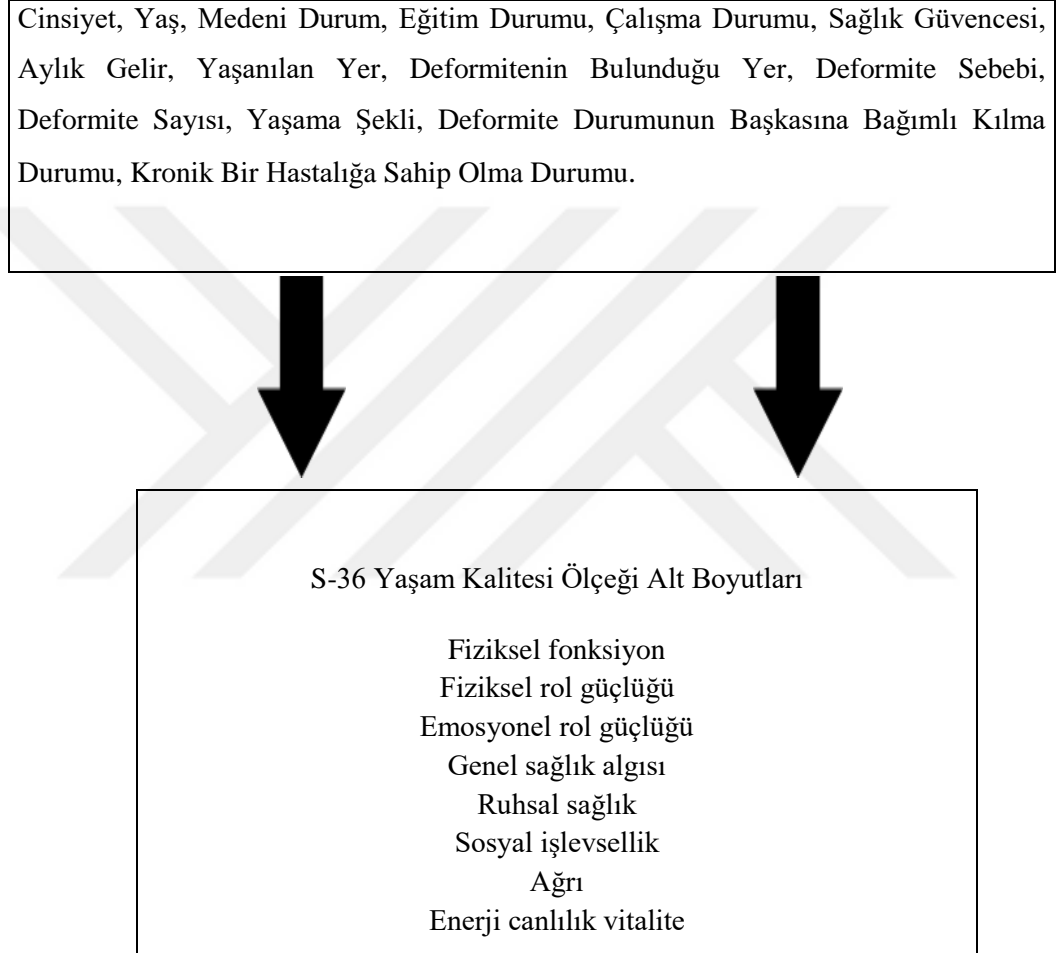
5- *“Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini gerçekleştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme)”*
(Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

İnsanın temel gereksinimleri olarak da geçen bu hiyerarşı, bireyin yaşamını devam ettirmesinde farklı ihtiyaçları olduğunu ve bu ihtiyaçların sağlıklı bir şekilde karşılanması gerektiği ifade etmektedir. Herhangi bir nedenle deformiteye sahip olan bireylerde bu ihtiyaçların karşılanması yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyecektir. Yaşam kalitesi objektif ve subjektif ögeler içeren bir kavramdır. Bu anlamda bireyin yaşam kalitesini, bireyin kişisel özellikleri ve hayata bakış açısı olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Hareket sistemi bu ihtiyaçların karşılanmasında büyük bir öneme sahiptir. Hareket sistemi kemik, eklem, kas yapılarından oluşur ve bireyin yaşamının her alanında kullandığı bir vücut sistemidir. Bu bağlamda kemik, eklem deformiteleri özellikle alt ve st ekstremite deformiteleri bireyin yaşam kalitesini etkileyecektir. Burada önemle durulması gereken bir nokta; yaşam kalitesi öznel bir ifadedir ve kişinin hayatı nasıl algıladığı ile ilgili bir durumdur. Anatomik deformiteli bireyleri, kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, evli ya da bekar oluşu, ekonomik durumu, değer ve inanç sistemi, aitik duygusu, kronik bir hastalığa sahip olma, deformitenin yeri, sayısı ya da deformitenin hangi nedenle oluştuğu bireyin yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz olarak etkileyecektir.

2. MATERYAL VE METOT

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmanın amacından yola çıkıldığında, anatomik deformiteye sahip bireylerin, yaşam kalitesi düzeyinin düşük düzeyde çıkacağı öngörülmektedir.



Şekil 1.1. Araştırma modeli

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Isparta İl Sağlık Müdürlüğü, Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde ortopedi kliniklerinde yatan

anatomik deformiteli bireyler oluşturmaktadır. Bu evren kapsamında araştırmaya katılmayı kabul eden 200 katılımcı örneklem grubunu oluşturmuştur. Örneklem grubunu, 18 yaş üstü, soruları yanıtlayabilecek düzeyde yeterliliğe sahip olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan katılımcılar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme basit tesadüfi örnekleme tekniği ile belirlenmiştir. Araştırma öncesinde 20 kişilik bir gruba çalışmanın ön testi uygulanmıştır.

Araştırma betimsel bir araştırmadır. Betimsel araştırma herhangi bir durum, olay ve problemi tanımlamak, yorumlamak ve irdelemek için kullanılan bir yöntemdir. Ölçütler belirleyerek incelenen olaylar ve değişkenler arasında ilişkinin varlığı tespit edilir. Betimsel araştırmalarda örnekleme çalışılıp evren hakkında çıkarımlar yapılır (Aydoğdu vd., 2017). Araştırmada anatomik deformitelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre incelenmesi planlanmıştır. Arlı ve Nazik (2001) çalışmasında, betimsel araştırmalarda minimum % 10, küçük evrenlerde ise % 20 ye ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastane verilerine göre; anatomik deformiteye sahip olan ve ortopedi kliniklerine yatışı yapılan kişi sayısı 1000'dir ve örneklem sayısı en az 100 olması gerekmektedir. Bu araştırmada katılımcı sayısı 200 olduğu için örnekleme karşılamaktadır. Araştırma için; araştırmanın yapılacağı kurumdan, anket yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Araştırma için Etik Kurul kararı alınmış, karar numarası 2015-099'dur.

2.3. Verilerin Toplama Aracı

Verilerin toplama aracı olarak, birinci bölümde; literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgileri içeren anket formu ve ikinci kısımda ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bireylerin sosyo demografik özelliklerini ve sahip oldukları anatomik deformitelere ait bilgileri belirlemek amacıyla literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından

geliştirilmiştir. Formu katılımcılar bizzat kendileri yanıtlayarak doldurmuşlardır. Kişisel bilgi formunda katılımcıların; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, aylık gelir, yaşanılan yer, deformitenin bulunduğu uzuv, deformite sebebi, deformite sayısı, yaşama şekli, deformitenin bir başkasına bağımlı kılma durumu, ek bir hastalığa sahip olma gibi sorular katılımcılara sorulmuştur.

2.3.2. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili verilerin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler iki grupta incelenmiştir. Jenerik ölçütler; genel olarak toplumda kullanılan, farklı sağlık durumları ve hastalıklara uygulanan, geniş ilgi alanlarının değerlendirilebildiği ölçütlerdir. Hastalığa ait ölçütler ise, yalnız o hastalık gruplarına uygulanan ölçütlerdir. Jenerik ölçütler içinde sıklıkla kullanılan ölçütlerden birisi de SF-36 yaşam kalitesi ölçeğidir. Herhangi bir yaş, hastalık ya da tedavi grubuna özgü olmadığı için kullanım alanının geniş olduğu bildirilmiştir (Kaya, 2009).

SF - 36 yaşam kalitesi ölçeği, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için Rand Corporation tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992). SF-36 (kısa form, short form 36), Amerika Birleşik Devletleri'nde tasarlanmış bir sağlık tarama ölçeğidir. Geçerliliği ve güvenilirlik çalışmaları farklı gruplarda yapılmıştır (Kaya ve İçağasıoğlu, 2018). Ülkemizde ise geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit vd. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 arasında elde edilmiştir. Ölçeği geliştiren Ware ve arkadaşları cronbach alfa katsayısını 0.68-0.9034 arasında, İngiltere'de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan Brazier ve arkadaşları cronbach alfa katsayılarını 0.73-0.96 arasında bulmuşlardır (Koçyiğit vd., 1999). Yapılan bu araştırmada cronbach alfa katsayısı 0.7012-0.7582 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada “kısa form 36 (Short Form- 36, SF 36)” kullanılmıştır. SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar

olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır (Ware vd., 1993). Sağlığın sekiz bileşende incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret etmektedir (Koçyiğit vd., 1999).

Çizelge 2.3.2.1: SF - 36 Yaşam Kalitesi Alt Boyutları

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel fonksiyon	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol kısıtlılıkları-fiziksel	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Ruhsal sağlık	Sürekli sinirlilik, endişe ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol-kısıtlılıkları emosyonel	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Canlılık	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın-genel algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

(Ware ve Sherbourne, 1992).

SF-36 ölçeğinde 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasındadır. Bu ölçekte yüksek puanlar iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar bozulmayı göstermektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı olarak toplanarak fiziksel (physical health component summary scale - PCS) ve Mental (mental health component summary scale - MCS) Sağlık Özet Skoru elde edilir (Türk ve Bumin, 2015). Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme

4. ve 5. maddeler dışında likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir (Koltarla, 2008).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri elektronik ortamda aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences,) 20.0 paket programı ile yapıldı. Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma, aynı gruptaki değerlerin karşılaştırılması paired t- testi, 3 ve daha fazla değişkenin karşılaştırılmasında ise Varyans analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda ise Duncan testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bulgular kısmında; araştırmaya dahil olan katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler ve hipotez testlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.1. Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Özellikler

Çizelge 3.1.1: Demografik Bulgular

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	103	51.50
	Erkek	97	48.50
Yaş	18-30	48	24.00
	31-45	39	19.50
	46-60	67	33.50
	60 ve üstü	46	23.00
Medeni durum	Bekar	66	33.00
	Evli	134	67.00
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	42	21.00
	İlköğretim	51	25.50
	Lise	56	28.00
	Üniversite	51	25.50
Çalışma durumu	Çalışmıyor	74	37.00
	Emekli	41	20.50
	Memur	28	14.00
	İşçi	21	10.50
Sağlık güvencesi	Diğer	36	18.00
	Var	156	78.00
	Yok	44	22.00
	Yok	79	39.50
Aylık gelir	Asgari ücret	50	25.00
	2500-4000	40	20.00
	4001 ve üzeri	31	15.50
	Köy	75	37.50
Yaşanılan yer	İlçe	56	28.00
	İl	69	34.50
	El	33	16.50
Deformite yeri	Kol	35	17.50
	Ayak	28	14.00
	Bacak	47	23.50
	Diğer	57	28.50
Deformite nedeni	Doğum öncesi	41	20.50
	Hastalık	64	32.00
	Kaza	57	28.50
	Diğer	38	19.00
Deformite sayısı	Bir	81	40.50
	İki	59	29.50
	3 ve daha fazla	60	30.00
Sizi tanımlar	Ailemle birlikte yaşıyor	142	71.00
	Yalnız yaşıyorum	58	29.00
Günlük aktivitelerde başkasına bağımlı olma durumu	Evet	97	48.50
	Hayır	103	51.50
Kronik hastalık durumu	Evet	75	37.50
	Hayır	125	62.50

Araştırmaya katılanların, cinsiyet durumu incelendiğinde; % 51.50'si (n=103) kadın, 48.50'si (n=97) erkektir. Yaş durumuna göre; % 24'ü (n= 48) 18-30 yaş aralığında, % 19.50'si (n=39) 31-45 yaş aralığında, % 33.50'si (n=67) 46-60 yaş aralığında, % 23'ü (n=46) 60 yaş ve üstündedir. Medeni duruma göre; % 33'ü (n=66) bekar, % 67'si (n=134) ise evlidir. Eğitim durumuna göre incelendiğinde; % 21'i (n=42) okuyamaz olmadığı, % 25.50'si (n=51) ilköğretim mezunu olduğu, % 28'i (n=56) lise mezunu olduğu, % 25.50'si (n=51) üniversite mezunudur. Çalışma durumuna göre incelendiğinde, katılımcıların % 37'si (n=74) herhangi bir işte çalışmadığı, % 20.50'sinin (n=41) emekli olduğu, % 14'nün (n=28) memur olduğu, % 10.50'sinin işçi (n=21) olduğu, % 18'nin (n=36) ise diğer grupta olduğu görülmüştür. Sağlık güvencesi durumuna göre katılımcılar incelendiğinde; % 78'inin (n=156) sağlık güvencesine sahip olduğu, % 22'sinin (n=44) sağlık güvencesinin olmadığı görülmüştür. Katılımcıların aylık geliri durumu incelendiğinde; % 39.50'sinin (n=79) aylık geliri olmadığı, asgari ücretle çalışan % 25 (n=50), 2500-4000 TL aralığında aylık geliri olan % 20 (n=40), 4001 ve yukarı aylık gelire sahip olan katılımcı % 15.50 (n=31) olarak görülmüştür. Katılımcıların yaşadığı yer durumu incelendiğinde; köyde yaşayan % 37.50 (n=75), ilçede yaşayan % 28 (n=56), ilde yaşayan % 34.50 (n=69) olarak görülmüştür. Katılımcıların deformite yerleri incelendiğinde; elde % 16.50 (n=33), kolda % 17.50 (n=35), ayakta % 14 (n=28), bacak % 23.50 (n=47), diğer bölgelerde % 28.50 (n=57) olarak görülmüştür. Deformite nedeni incelendiğinde, doğum öncesi % 20.50 (n=41), hastalık % 32 (n=64), kaza % 28.50 (n=57), diğer nedenler % 19 (n=38) olarak görülmüştür. Katılımcıların deformite sayısı incelendiğinde; bir % 40.50 (n=81), iki % 29.50 (n=59), 3 ve daha fazla % 30 (n=60) olarak görülmüştür. Katılımcıların nasıl yaşadığı incelendiğinde; aile ile birlikte yaşayan % 71 (n=142), yalnız yaşayan % 29 (n=58) olarak görülmüştür. Katılımcıların günlük aktivitelerinde bir başkasına bağımlı olma durumu incelendiğinde; evet cevabı veren % 48.50 (n=97), hayır cevabını veren % 51.50 (n=58) olarak görülmüştür. Kronik hastalık varlığı durumu incelendiğinde evet cevabını veren % 37.50 (n=75), hayır cevabını veren % 62.50 (n=125) olarak görülmüştür.

Çizelge 3.1.2: Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

S-F 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Fiziksel fonksiyon	200	0.00	100.00	68.650	18.686
Fiziksel rol güçlüğü	200	0.00	100.00	69.850	27.939
Emosyonel rol güçlüğü	200	0.00	100.00	77.666	27.973
Enerji canlılık vitalite	200	0.00	100.00	68.642	21.676
Ruhsal sağlık	200	0.00	100.00	76.232	18.522
Sosyal işlevsellik	200	0.00	100.00	70.362	23.578
Ağrı	200	0.00	100.00	60.410	23.927
Genel sağlık algısı	200	20.00	100.00	71.820	18.743

Katılımcıların SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğine göre, elde edilen minimum ve maksimum puanları ile ortalama ve standart sapma çizelge 3.1.2’de verilmiştir. Buna göre; SF 36 yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutunda minimum 0.0 puan, maksimum 100, ortalama 68.650, standart sapma 18.686 olarak bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü alt boyutu incelendiğinde; minimum 0.0, maksimum 100, ortalama 69.850, standart sapma 27.939 olarak bulunmuştur. Emosyonel rol güçlüğü alt boyutu incelendiğinde; minimum 0.0, maksimum 100, ortalama 77.666, standart sapma ise 27.973 olarak bulunmuştur. Enerji canlılık vitalite alt boyutu incelendiğinde minimum 0.0, maksimum 100, ortalama 68.632, standart sapma 21.676 olarak bulunmuştur. Ruhsal sağlık alt boyutu incelendiğinde minimum 0.0, maksimum 100, ortalama 76.232, standart sapma 18.522 olarak bulunmuştur. Sosyal işlevsellik alt boyutu, minimum puan 0.0, maksimum 100, ortalama 70.362, standart sapma 23.578 olarak bulunmuştur. Ağrı alt boyutu için; minimum 0.0, maksimum 100, ortalama 60.410, standart sapma 23.927 olarak bulunmuştur. Genel sağlık algısı için; minimum 20, maksimum 100, ortalama 71.820, standart sapma 18.743 olarak bulunmuştur.

3.2. Hipotez Testlerine Ait Bulgular

Çizelge 3.2.1: Katılımcıların Cinsiyet Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Bayan	103	67.09	18.34	-1.220	0.224
	Erkek	97	70.31	19.00		
Fiziksel rol güçlüğü	Bayan	103	69.13	29.33	-0.377	0.707
	Erkek	97	70.62	26.52		
Emosyonel rol güçlüğü	Bayan	103	76.71	30.90	-0.497	0.620
	Erkek	97	78.68	24.61		
Enerji canlılık vitalite	Bayan	103	67.37	22.83	-0.852	0.395
	Erkek	97	69.99	20.42		
Ruhsal sağlık	Bayan	103	75.27	19.69	-0.759	0.449
	Erkek	97	77.26	17.24		
Sosyal işlevsellik	Bayan	103	68.57	25.25	-1.110	0.268
	Erkek	97	72.27	21.63		
Ağrı	Bayan	103	57.03	26.33	-2.073	0.039*
	Erkek	97	63.99	20.61		
Genel sağlık algısı	Bayan	103	69.46	19.37	-1.849	0.066
	Erkek	97	74.33	17.82		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyet durumuna göre karşılaştırılması çizelge 3.2.1’de verilmiştir. Buna göre sadece ağrı alt boyutunda cinsiyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$), cinsiyeti erkek olan katılımcıların ağrı alt boyutunda bayan katılımcılardan daha yüksek puan elde edilmiştir. Erkek cinsiyet grubunun yaşam kalitesi, kadın katılımcılardan yüksektir. Diğer alt boyutlar için cinsiyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.2.2: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Yaş Aralığı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	18-30	48	74.27	19.87	2.316	0.077
	31-45	39	68.59	14.14		
	46-60	67	67.46	19.23		
	61 ve üstü	46	64.57	19.17		
Fiziksel rol güçlüğü	18-30	48	77.60 ^a	25.39	2.928	0.035*
	31-45	39	71.15 ^{ab}	27.83		
	46-60	67	69.70 ^{ab}	27.36		
	61 ve üstü	46	60.87 ^b	29.65		
Emosyonel rol güçlüğü	18-30	48	90.26 ^a	16.81	7.818	0.001*
	31-45	39	71.90 ^b	30.08		
	46-60	67	80.57 ^a	25.41		
	61 ve üstü	46	65.18 ^b	32.93		
Enerji canlılık vitalite	18-30	48	77.71 ^a	16.95	5.482	0.001*
	31-45	39	66.65 ^b	24.29		
	46-60	67	68.97 ^b	19.72		
	61 ve üstü	46	60.39 ^b	23.42		
Ruhsal sağlık	18-30	48	83.46 ^a	15.54	6.712	0.001*
	31-45	39	76.42 ^a	18.67		
	46-60	67	77.18 ^a	16.77		
	61 ve üstü	46	67.15 ^b	20.42		
Sosyal işlevsellik	18-30	48	80.47 ^a	20.39	5.100	0.002*
	31-45	39	68.72 ^b	25.31		
	46-60	67	69.59 ^b	22.21		
	61 ve üstü	46	62.34 ^b	24.11		
Ağrı	18-30	48	70.26 ^a	18.36	4.043	0.008*
	31-45	39	57.31 ^b	21.22		
	46-60	67	59.06 ^b	24.80		
	61 ve üstü	46	54.73 ^b	27.38		
Genel sağlık algısı	18-30	48	78.46 ^a	15.36	4.120	0.007*
	31-45	39	72.31 ^{ab}	20.29		
	46-60	67	71.31 ^{ab}	18.71		
	61 ve üstü	46	65.22 ^b	18.83		

*p<0.05; a,b,c: farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı simgelemektedir.

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılması çizelge 3.2.2.'te verilmiştir. İncelenen alt boyutlarda fiziksel fonksiyon dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında, 18-30 yaş grubu katılımcıların puan ortalaması, diğer yaş gruplarının ortalamasından daha yüksektir. 18-30 yaş grubu katılımcıların yaşam kalitesi, diğer grublarda yer alan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir. Emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda, 18-30 yaş grubu ve 46-60 yaş grubu puan ortalaması diğer gruplara göre yüksektir. 18-30 yaş grubu ve

46-60 yaş grubu katılımcıların yaşam kalitesi, diğer grublarda yer alan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir. Ruhsal sağlık alt boyutunda, 18-30 yaş, 31-45 yaş, 46-60 yaş gruplarının puan ortalaması, 61 yaş ve üstü ortalamasından yüksektir. 18-30 yaş grubu, 31-45 yaş grubu ve 46-60 yaş grubunda bulunan katılımcıların yaşam kalitesi, 61 yaş ve üstü yaş grubunda yer alan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

Çizelge 3.2.3: Medeni Duruma Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Bekar	66	74.32	17.95	3.074	0.002*
	Evli	134	65.86	18.47		
Fiziksel rol güçlüğü	Bekar	66	77.27	23.09	2.677	0.008*
	Evli	134	66.19	29.44		
Emosyonel rol güçlüğü	Bekar	66	83.36	22.06	2.036	0.043*
	Evli	134	74.86	30.15		
Enerji canlılık vitalite	Bekar	66	75.94	16.82	3.430	0.001*
	Evli	134	65.05	22.92		
Ruhsal sağlık	Bekar	66	80.52	17.84	2.320	0.021*
	Evli	134	74.12	18.55		
Sosyal işlevsellik	Bekar	66	77.31	23.71	2.982	0.003*
	Evli	134	66.94	22.83		
Ağrı	Bekar	66	68.48	19.50	3.439	0.001*
	Evli	134	56.43	24.95		
Genel sağlık algısı	Bekar	66	77.73	16.90	3.200	0.002*
	Evli	134	68.91	18.98		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların medeni duruma göre karşılaştırılması çizelge 3.2.3'te verilmiştir. İncelenen alt boyutların hepsinde istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında, bekar olan katılımcıların ortalama puanı evli olan katılımcılardan yüksek olarak bulunmuştur. Medeni duruma göre bekar grubunu oluşturan katılımcıların yaşam kalitesi, evli grubunu oluşturan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

Çizelge 3.2.4: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	Okur-yazar değil	42	65.60 ^b	19.76	3.912	0.010*
	İlköğretim	51	62.75 ^b	19.86		
	Lise	56	72.14 ^a	18.56		
	Üniversite	51	73.24 ^a	14.76		
Fiziksel rol güçlüğü	Okur-yazar değil	42	69.05	27.50	2.654	0.051
	İlköğretim	51	61.76	32.54		
	Lise	56	71.34	25.41		
	Üniversite	51	76.96	24.41		
Emosyonel rol güçlüğü	Okur-yazar değil	42	72.98 ^b	28.75	5.139	0.002*
	İlköğretim	51	67.29 ^b	32.99		
	Lise	56	84.00 ^a	23.69		
	Üniversite	51	84.95 ^a	22.44		
Enerji canlılık vitalite	Okur-yazar değil	42	66.74 ^a	20.49	8.747	0.001*
	İlköğretim	51	57.16 ^b	23.29		
	Lise	56	74.47 ^a	20.72		
	Üniversite	51	75.29 ^a	17.04		
Ruhsal sağlık	Okur-yazar değil	42	70.29 ^b	20.78	9.357	0.001*
	İlköğretim	51	68.41 ^b	18.00		
	Lise	56	82.67 ^a	16.10		
	Üniversite	51	81.88 ^a	15.20		
Sosyal işlevsellik	Okur-yazar değil	42	67.44 ^b	18.96	7.729	0.001*
	İlköğretim	51	58.97 ^b	25.70		
	Lise	56	76.03 ^a	24.20		
	Üniversite	51	77.94 ^a	19.46		
Ağrı	Okur-yazar değil	42	58.62 ^b	21.52	13,852	0,001*
	İlköğretim	51	44.71 ^c	28.09		
	Lise	56	67.99 ^a	20.26		
	Üniversite	51	69.26 ^a	16.11		
Genel sağlık algısı	Okur-yazar değil	42	65.60 ^b	17.74	7,800	0,001*
	İlköğretim	51	65.18 ^b	17.63		
	Lise	56	76.09 ^a	20.23		
	Üniversite	51	78.90 ^a	15.16		

*p<0.05 a,b,c: farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı simgelemektedir.

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların eğitim duruma göre karşılaştırılması çizelge 3.2.4'te verilmiştir. İncelenen alt boyutlarda fiziksel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında, lise ve üniversite mezunu katılımcıların puan ortalaması, ilköğretim mezunu ve okur-yazar olmayan katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların yaşam kalitesi,

ilköğretim mezunu ve okur-yazar olmayan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

Çizelge 3.2.5: Çalışma Durumuna Göre, Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF -36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	Çalışmıyor	74	67.64	19.61	0.768	0.547
	Emekli	41	66.34	16.77		
	Memur	28	72.14	19.31		
	İşçi	21	66.67	20.88		
	Diğer	36	71.81	17.16		
Fiziksel rol güçlüğü	Çalışmıyor	74	70.61	26.93	0.844	0.499
	Emekli	41	63.29	30.12		
	Memur	28	73.21	25.39		
	İşçi	21	69.05	33.45		
	Diğer	36	73.61	26.01		
Emosyone lrol güçlüğü	Çalışmıyor	74	79.75	25.77	1.574	0.183
	Emekli	41	68.26	33.30		
	Memur	28	79.74	30.56		
	İşçi	21	77.82	21.80		
	Diğer	36	82.39	25.81		
Enerji canlılık vitalite	Çalışmıyor	74	70.57	19.41	1.557	0.187
	Emekli	41	63.10	21.82		
	Memur	28	73.30	18.61		
	İşçi	21	72.48	20.73		
	Diğer	36	65.14	27.32		
Ruhsal sağlık	Çalışmıyor	74	74.90	19.33	1.739	0.143
	Emekli	41	72.73	16.59		
	Memur	28	78.93	16.37		
	İşçi	21	84.71	14.60		
	Diğer	36	75.92	21.47		
Sosyal işlevsellik	Çalışmıyor	74	71.96	20.70	0.686	0.603
	Emekli	41	65.24	24.77		
	Memur	28	70.54	24.82		
	İşçi	21	73.93	22.34		
	Diğer	36	70.69	27.60		
Ağrı	Çalışmıyor	74	61.89	22.04	1.175	0.323
	Emekli	41	56.46	28.77		
	Memur	28	64.38	21.93		
	İşçi	21	65.83	16.42		
	Diğer	36	55.63	26.35		
Genel sağlık algısı	Çalışmıyor	74	70.27	17.79	1.038	0.389
	Emekli	41	69.88	18.56		
	Memur	28	76.39	18.43		
	İşçi	21	76.71	17.88		
	Diğer	36	70.81	21.40		

p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların çalışma duruma göre karşılaştırılması çizelge 3.2.5'te verilmiştir. Buna göre bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 3.2.6: Katılımcıların Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Sağlık Güvencesi	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Var	156	67.24	19.51	-2.020	0.045*
	Yok	44	73.64	14.52		
Fiziksel rol güçlüğü	Var	156	69.71	30.19	-0.132	0.895
	Yok	44	70.34	18.09		
Emosyonel rol güçlüğü	Var	156	77.15	29.51	-0.494	0.622
	Yok	44	79.51	21.85		
Enerji canlılık vitalite	Var	156	66.28	22.30	-2.960	0.003*
	Yok	44	77.02	17.04		
Ruhsal sağlık	Var	156	74.81	19.19	-2.060	0.041*
	Yok	44	81.27	15.08		
Sosyal işlevsellik	Var	156	67.92	24.51	-2.810	0.005*
	Yok	44	79.03	17.58		
Ağrı	Var	156	58.20	25.39	-2.489	0.014*
	Yok	44	68.24	15.67		
Genel sağlık algısı	Var	156	70.35	18.80	-2.112	0.036*
	Yok	44	77.05	17.79		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre karşılaştırılması çizelge 3.2.6.'da verilmiştir. İncelenen alt boyutlarda fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında, sağlık güvencesi olmayan katılımcıların puan ortalaması sağlık güvencesi olan katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu boyutlarda sağlık güvencesi olmayan katılımcıların yaşam kalitesi, sağlık güvencesi olan katılımcılardan yüksektir.

Çizelge 3.2.7: Katılımcıların Gelir Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Gelir Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	Yok	79	69.37	17.05	0.407	0.748
	Asgari ücret	50	67.10	22.39		
	2500-4000	40	67.25	19.21		
	4001ve üzeri	31	71.13	15.74		
Fiziksel rol güçlüğü	Yok	79	73.10	24.60	1.063	0.366
	Asgari ücret	50	65.00	32.73		
	2500-4000	40	67.38	29.50		
	4001ve üzeri	31	72.58	25.29		
Emosyonelrol güçlüğü	Yok	79	78.52	26.13	0.434	0.729
	Asgari ücret	50	73.97	31.80		
	2500-4000	40	78.31	27.80		
	4001ve üzeri	31	80.63	26.91		
Enerji canlılık vitalite	Yok	79	70.75	19.47	1.179	0.319
	Asgari ücret	50	68.20	24.03		
	2500-4000	40	63.30	23.19		
	4001ve üzeri	31	70.89	20.82		
Ruhsal sağlık	Yok	79	76.08	18.46	0.580	0.629
	Asgari ücret	50	76.60	21.15		
	2500-4000	40	73.60	18.09		
	4001ve üzeri	31	79.42	14.62		
Sosyal işlevsellik	Yok	79	73.58 ^a	20.34	3.204	0.024*
	Asgari ücret	50	70.80 ^a	25.34		
	2500-4000	40	60.50 ^b	25.41		
	4001ve üzeri	31	74.19 ^a	23.48		
Ağrı	Yok	79	60.66	22.95	0.445	0.721
	Asgari ücret	50	58.60	26.09		
	2500-4000	40	59.00	26.92		
	4001ve üzeri	31	64.52	18.66		
Genel sağlık algısı	Yok	79	72.59 ^a	17.43	2.944	0.034*
	Asgari ücret	50	73.20 ^a	19.35		
	2500-4000	40	64.63 ^b	18.38		
	4001ve üzeri	31	76.90 ^a	19.75		

*p<0.05 a,b,c: farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı simgelemektedir.

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların gelir duruma göre karşılaştırılması çizelge 3.2.7’de verilmiştir. Buna göre, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt boyutunda sabit aylık geliri olmayan, asgari ücretli ve aylık geliri 4001 TL ve üzeri olan katılımcıların puan ortalaması 2500-4000 TL arasında geliri olan katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur (p<0.05). Sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt boyutunda, sabit aylık geliri olmayan, asgari ücretli ve aylık geliri 4001 TL

ve üzeri olan katılımcıların yaşam kalitesi, 2500-4000 TL arasında geliri olan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

Çizelge 3.2.8: Katılımcıların Yaşanılan Yere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Yaşanılan Yer	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	Köy	75	68.67	18.68	1.171	0.312
	İlçe	56	65.80	21.10		
	İl	69	70.94	16.43		
Fiziksel rol güçlüğü	Köy	75	68.33	24.08	1.114	0.330
	İlçe	56	66.96	33.07		
	İl	69	73.84	27.27		
Emosyonel rol güçlüğü	Köy	75	73.30	25.72	1.472	0.232
	İlçe	56	80.40	29.64		
	İl	69	80.20	28.74		
Enerji canlılık vitalite	Köy	75	67.64	22.66	0.139	0.870
	İlçe	56	69.58	21.06		
	İl	69	68.97	21.35		
Ruhsal sağlık	Köy	75	73.83	18.19	1.030	0.359
	İlçe	56	77.33	18.08		
	İl	69	77.96	19.21		
Sosyal işlevsellik	Köy	75	68.00	22.75	1.055	0.350
	İlçe	56	69.55	27.12		
	İl	69	73.59	21.25		
Ağrı	Köy	75	60.83	24.23	0.192	0.825
	İlçe	56	58.75	23.48		
	İl	69	61.30	24.24		
Genel sağlık algısı	Köy	75	70.33	18.55	1.051	0.352
	İlçe	56	70.55	18.74		
	İl	69	74.46	18.94		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların yaşadığı yere göre karşılaştırılması çizelge 3.2.8’de verilmiştir. Bu verilere göre, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 3.2.9: Deformitenin Bulunduğu Yere Göre Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF- 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Deformite Yeri	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	El	33	77.42 ^a	6.75	3.200	0.014*
	Kol	35	72.00 ^{ab}	19.79		
	Ayak	28	67.14 ^b	23.15		
	Bacak	47	64.89 ^b	18.87		
	Diğer	57	65.35 ^b	18.70		
Fiziksel rol güçlüğü	El	33	70.45	19.22	0.604	0.660
	Kol	35	71.43	30.40		
	Ayak	28	75.89	30.79		
	Bacak	47	65.96	32.31		
	Diğer	57	68.77	25.55		
Emosyonel rol güçlüğü	El	33	89.88 ^a	15.59	3.895	0.005*
	Kol	35	77.16 ^{ab}	27.67		
	Ayak	28	86.89 ^a	24.59		
	Bacak	47	73.10 ^b	31.57		
	Diğer	57	70.14 ^b	29.34		
Enerji canlılık vitalite	El	33	81.52 ^a	7.95	8.375	0.001*
	Kol	35	74.31 ^{ab}	19.73		
	Ayak	28	71.07 ^b	19.50		
	Bacak	47	56.76 ^c	24.99		
	Diğer	57	66.32 ^b	21.35		
Ruhsal sağlık	El	33	83.48 ^a	10.06	7.858	0.001*
	Kol	35	85.31 ^a	16.71		
	Ayak	28	78.29 ^{ab}	15.30		
	Bacak	47	66.73 ^c	21.55		
	Diğer	57	73.28 ^{bc}	18.12		
Sosyal işlevsellik	El	33	82.95 ^a	10.28	8.674	0.001*
	Kol	35	77.14 ^{ab}	23.47		
	Ayak	28	71.61 ^b	24.35		
	Bacak	47	55.90 ^c	25.23		
	Diğer	57	70.22 ^b	21.76		
Ağrı	El	33	71.97 ^a	9.31	6.936	0.001*
	Kol	35	65.00 ^{ab}	24.78		
	Ayak	28	58.21 ^b	21.63		
	Bacak	47	46.96 ^c	27.60		
	Diğer	57	63.07 ^{ab}	22.52		
Genel sağlık algısı	El	33	82.12 ^a	10.61	9.489	0.001*
	Kol	35	77.29 ^{ab}	18.32		
	Ayak	28	72.32 ^b	15.96		
	Bacak	47	59.77 ^c	18.49		
	Diğer	57	72.19 ^b	19.32		

*p<0.05 a,b,c: farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı simgelemektedir.

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların deformitenin bulunduğu yere göre karşılaştırılması çizelge 3.2.9'da verilmiştir. Fiziksel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında, elinde deformitesi olan katılımcıların puan ortalaması yüksek, bacağına deformite olan katılımcıların ortalama puanı gruplar

arasında en düşüktür. Bu alt boyutlarda elinde deformite bulunan katılımcıların yaşam kalitesi, diğer gruplarda bulunan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir. Emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda; elinde deformite olan katılımcıların ortalama puanı en yüksek, diğer grupta bulunan katılımcıların puan ortalaması gruplar arasında en düşüktür. Bu alt boyutta elinde deformitesi olan katılımcıların yaşam kalitesi gruplar arasında en yüksektir. Ruhsal sağlık alt boyutunda, kolunda deformite olan katılımcıların puan ortalaması yüksek, bacağına deformite olan katılımcıların ortalama puanı gruplar arasında en düşüktür. Bu alt boyutta da elinde deformitesi olan katılımcıların yaşam kalitesi gruplar arasında en yüksektir.

Çizelge 3.2.10: Deformite Nedenine Göre Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Deformite Nedeni	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	Doğum öncesi	41	72.317	18.1003	2.324	0.076
	Hastalık	64	65.234	19.2401		
	Kaza	57	66.667	18.6206		
	Diğer	38	73.421	17.4412		
Fiziksel rol güçlüğü	Doğum öncesi	41	73.78	20.12	1.180	0.319
	Hastalık	64	67.58	33.24		
	Kaza	57	66.14	31.85		
	Diğer	38	75.00	16.44		
Emosyonel rol güçlüğü	Doğum öncesi	41	81.31	22.36	0.330	0.804
	Hastalık	64	76.59	30.67		
	Kaza	57	76.01	31.35		
	Diğer	38	78.03	23.62		
Enerji canlılık vitalite	Doğum öncesi	41	70.90	18.52	2.030	0.111
	Hastalık	64	67.52	22.30		
	Kaza	57	64.22	24.58		
	Diğer	38	74.74	17.86		
Ruhsal sağlık	Doğum öncesi	41	79.49	16.65	1.643	0.181
	Hastalık	64	74.13	21.22		
	Kaza	57	73.65	19.66		
	Diğer	38	80.13	12.19		
Sosya işlevsellik	Doğum öncesi	41	77.74	17.89	1.954	0.122
	Hastalık	64	68.09	23.52		
	Kaza	57	67.06	26.96		
	Diğer	38	71.18	22.71		
Ağrı	Doğum öncesi	41	66.77	16.45	2.437	0.066
	Hastalık	64	58.48	25.93		
	Kaza	57	55.22	27.11		
	Diğer	38	64.59	20.45		
Genel sağlık algısı	Doğum öncesi	41	77.17 ^a	16.86	4.113	0.007*
	Hastalık	64	67.41 ^b	19.09		
	Kaza	57	69.05 ^b	21.09		
	Diğer	38	77.63 ^a	13.29		

*p<0.05 a,b,c: farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı simgelemektedir.

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların deformite nedenine göre karşılaştırılması çizelge 3.2.10'da verilmiştir. İncelenen alt boyutlardan sadece genel sağlık algısı alt boyutunda istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada, diğer grubunda bulunan katılımcıların ortalama puanı yüksek bulunurken, hastalık nedeni deformite grubunda yer alan katılımcıların puan ortalaması gruplar arasında en düşük puana sahiptir. Genel sağlık algısı alt boyutunda, diğer grubunda bulunan katılımcıların yaşam kalitesi gruplar arası karşılaştırmaya göre en yüksektir.

Çizelge 3.2.11: Deformite Sayısına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Deformite sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel fonksiyon	Bir	81	67.90 ^{ab}	19.38	2.828	0.062*
	İki	59	65.17 ^b	21.31		
	Üç ve daha fazla	60	73.08 ^a	13.75		
Fiziksel rol güçlüğü	Bir	81	69.75	33.47	0.121	0.886
	İki	59	68.64	26.91		
	Üç ve daha fazla	60	71.17	19.97		
Emosyonel rol güçlüğü	Bir	81	77.00	31.87	0.482	0.618
	İki	59	75.68	28.93		
	Üç ve daha fazla	60	80.52	20.65		
Enerji canlılık vitalite	Bir	81	66.52 ^b	22.86	3.982	0.020*
	İki	59	65.01 ^b	22.51		
	Üç ve daha fazla	60	75.08 ^a	17.79		
Ruhsal sağlık	Bir	81	75.93 ^{ab}	18.94	3.708	0.026*
	İki	59	71.85 ^b	21.16		
	Üç ve daha fazla	60	80.95 ^a	13.72		
Sosyal işlevsellik	Bir	81	69.10 ^b	25.48	4.116	0.018*
	İki	59	65.21 ^b	26.20		
	Üç ve daha fazla	60	77.13 ^a	15.64		
Ağrı	Bir	81	57.41 ^b	25.23	4.911	0.008*
	İki	59	56.47 ^b	27.01		
	Üç ve daha fazla	60	68.33 ^a	16.09		
Genel sağlık algısı	Bir	81	69.51 ^b	18.70	8.819	0.001*
	İki	59	66.85 ^b	19.80		
	Üç ve daha fazla	60	79.83 ^a	15.10		

* $p<0.05$ a,b,c: farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı simgelemektedir.

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların deformite sayısına göre karşılaştırılması çizelge 3.2.11'de verilmiştir. İncelenen alt boyutlarda fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt

boyutlarında, üç ve daha fazla deformiteli katılımcıların ortalama puanı en yüksek bulunurken, iki tane deformiteye sahip katılımcıların puan ortalaması grublar arasında en düşük puana sahiptir. Fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında, üç ve daha fazla deformiteli katılımcıların yaşam kalitesi, diğer grublardan daha yüksektir.

Çizelge 3.2.12: Yaşama Şekline Göre Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Sizi tanımlar	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Aile	142	66.06	19.60	-3.139	0.002*
	Yalnız	58	75.00	14.54		
Fiziksel rol güçlüğü	Aile	142	68.80	29.50	-0.829	0.408
	Yalnız	58	72.41	23.74		
Emosyonel rol güçlüğü	Aile	142	76.30	30.11	-1.079	0.282
	Yalnız	58	81.00	21.75		
Enerji canlılık vitalite	Aile	142	65.10	22.53	-3.737	0.001*
	Yalnız	58	77.33	16.63		
Ruhsal sağlık	Aile	142	73.76	19.32	-3.017	0.003*
	Yalnız	58	82.29	14.90		
Sosyal işlevsellik	Aile	142	66.87	24.27	-3.365	0.001*
	Yalnız	58	78.92	19.47		
Ağrı	Aile	142	56.55	25.64	-3.685	0.001*
	Yalnız	58	69.87	15.63		
Genel sağlık algısı	Aile	142	68.30	18.74	-4.334	0.001*
	Yalnız	58	80.43	15.87		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların yaşama şekline göre karşılaştırılması çizelge 3.2.12’de verilmiştir. İncelenen alt boyutlarda fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutunda, yalnız yaşayan katılımcıların puan ortalaması ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu alt boyutlarda yalnız yaşayan katılımcıların yaşam kalitesi, ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

Çizelge 3.2.13: Katılımcıların Günlük Aktivitelerde Başkasına Bağımlı Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Başkasına bağımlı olma durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel fonksiyon	Evet	97	65.26	20.46	-2.525	0.012*
	Hayır	103	71.84	16.31		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	97	63.92	30.82	-2.971	0.003*
	Hayır	103	75.44	23.74		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	97	71.12	31.40	-3.288	0.001*
	Hayır	103	83.83	22.80		
Enerji canlılık vitalite	Evet	97	62.57	24.43	-3.984	0.001*
	Hayır	103	74.36	16.94		
Ruhsal sağlık	Evet	97	71.14	19.09	-3.907	0.001*
	Hayır	103	81.03	16.69		
Sosyal işlevsellik	Evet	97	62.11	24.72	-5.094	0.001*
	Hayır	103	78.13	19.59		
Ağrı	Evet	97	54.45	26.19	-3.512	0.001*
	Hayır	103	66.02	20.15		
Genel sağlık algısı	Evet	97	67.26	18.79	-3.430	0.001*
	Hayır	103	76.12	17.74		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların, günlük aktivitelerde başkalarına bağımlı olma durumuna göre karşılaştırılması çizelge 3.2.13'te verilmiştir. İncelenen tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (p<0.05). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında, günlük aktivitelerde bir başkasına bağımlı olmayan katılımcıların puan ortalaması, günlük aktivitelerde bir başkasına bağımlı olan katılımcıların puan ortalamasından yüksek olarak bulunmuştur. Alt boyutların hepsinde yalnız yaşayan katılımcıların yaşam kalitesi, ailesi ile birlikte yaşayan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

Çizelge 3.2.14: Katılımcıların Kronik Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

SF 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları	Kronik Hastalık	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Fiziksel fonksiyon	Evet	75	68.73	17.24	0.049	0.961
	Hayır	125	68.60	19.57		
Fiziksel rol güçlüğü	Evet	75	67.67	29.86	-0.855	0.393
	Hayır	125	71.16	26.76		
Emosyonel rol güçlüğü	Evet	75	75.13	30.56	-0.994	0.322
	Hayır	125	79.19	26.31		
Enerji canlılık vitalite	Evet	75	65.69	21.01	-1.495	0.137
	Hayır	125	70.41	21.96		
Ruhsal sağlık	Evet	75	71.81	18.26	-2.653	0.009*
	Hayır	125	78.88	18.24		
Sosyal işlevsellik	Evet	75	67.07	23.69	-1.536	0.126
	Hayır	125	72.34	23.38		
Ağrı	Evet	75	54.87	25.53	-2.573	0.011*
	Hayır	125	63.74	22.36		
Genel sağlık algısı	Evet	75	68.11	17.95	-2.191	0.030*
	Hayır	125	74.05	18.93		

*p<0.05

Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların, kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre karşılaştırılması çizelge 3.2.14'de verilmiştir. İncelenen tüm alt boyutlarda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, sosyal işlevsellik dışındaki tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarında, kronik bir hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalaması, kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu alt boyutlarda kronik bir hastalığa sahip olmayan katılımcıların yaşam kalitesi, kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların yaşam kalitesinden yüksektir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada; alt ve üst ekstremitte anatomik deformiteli bireylerin, bu deformitelerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya dahil olan bireylerin SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarındaki puan ortalamaları; fiziksel fonksiyon 68.650, fiziksel rol güçlüğü 69.850, emosyonel rol güçlüğü 77.666, enerji canlılık vitalite 68.642, ruhsal sağlık 76.232, sosyal işlevsellik 70.362, ağrı 60.410, genel sağlık algısı 71.820'dir. Demiral vd., (2006),'nin 1279 sağlıklı bireylerin katılımcı olduğu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak yapmış olduğu çalışmada elde ettikleri alt boyut puanları; fiziksel fonksiyon 83.8, fiziksel rol güçlüğü 86.3, emosyonel rol güçlüğü 90.1, enerji canlılık vitalite 64.5, ruhsal sağlık 71, sosyal işlevsellik 91, ağrı 82.9, genel sağlık algısı 71.6 'dır. Çalışmamızla karşılaştırıldığında, sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi açısından genel sağlık algısı puanı hariç diğer alt boyut puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyet durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; ağrı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada, SF- 36 yaşam kalitesi puanı; erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Boylu ve Paçacıoğlu (2016), çalışmasında cinsiyet durumu ve yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişkinin özellikle objektif yaşam kalitesi ölçümlerinde görüldüğünü, subjektif yaşam kalitelerinde ise farklı sonuçlar görüldüğünü bildirmiştir. Koçoğlu ve Akın (2009) yapmış olduğu çalışmada, kadınların erkeklere göre yaşam kalitesinin düşük olduğunu ifade etmiştir. Çoban (2013), kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden düşük olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgular diğer çalışmalarla benzer olmakla birlikte, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olmasının üstlenmiş olduğu görevler, sosyal statü ya da ekonomik durumlar gibi olgulara bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; fiziksel rol güçlüğü,

emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada, 18-30 yaş grubu katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi puan ortalaması diğer yaş gruplarına kıyasla yüksek bulunmuştur. Çin'de 3219 kişiye uygulanan yaşam kalitesi çalışması sonucuna göre yaş ilerledikçe yaşam kalitesinde düşüş olduğu, bu düşüşün fiziksel parametrelerde, mental parametrelere göre daha belirgin olduğu ifade edilmiştir (akt. Kırgız, 2012). Yaşın artması ile yaşam kalitesinde düşüş olduğu ifade edilmiştir (akt. Koçoğlu ve Akın, 2009). Tavazar vd. (2014) çalışmasında, gençlik dönemini bireyin en üretken olduğu dönem olarak belirtmiş ve yaşın ilerlemesi ile bazı olumsuz durumların kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini ifade etmiştir. Araştırmamız çalışmalarla aynı doğrultuda sonuçlara sahiptir. Gençlik dönemi bireyin en üretken olduğu dönemidir. Bireylerin hayata olan bakış açısı üretkenlik üzerine etkilidir. Bu durum gençlik döneminde yaşam kalitesinin yüksek olmasına neden olabilir. Yaşın ilerlemesi ile anatomik ve fizyolojik değişimlerin olması, kronik hastalıkların olması ve yaşlı bireyin yaşamdan beklentisinin olmaması gibi durumlar yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin düşük olmasına neden olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında, bekar olan katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak evli olan katılımcılardan yüksektir. Perim (2007) çalışmasında, evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamının yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığını ifade etmiştir. Evli bireylerin yaşam kalitesi, bekar veya boşanmış kişilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (akt. Kutlu vd., 2015). Boylu ve Paçacıoğlu (2016) çalışmasında, evliliğin veya eşliliğin, bireye birincil ve sürekli bir sosyal destek sistemi oluşturduğunu, ekonomik açıdan bireyi güçlendirdiğini (çift gelir) ve yalnızlık algısını ortadan kaldırdığı için evli olan bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgular literatür ile uyumlu değildir. Bekar olan grubun sosyal ve

ekonomik olarak sorumlu olduğu bireylerin olmaması ve sahip olunan sosyo-k lterel özellikler yaşam kalitesini yükselttiği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi  lçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcılar gruplar arası karşılaştırıldığında, lise ve  niversite mezunu olan katılımcıların puan ortalaması diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Torlak ve Yavuzçehre (2008)  alışmasında, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin yüksek gelir, nitelikli bir iş ve daha iyi sosyal olanaklara sahip olduğu, bu nedenle iyi bir eğitimin bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (akt. Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Işıklı vd. (2007), eğitim düzeyi arttıka, yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiğini ifade etmiştir. Kutlu vd., (2015) , eğitim seviyesinin yükselmesi ile yaşam kalitesinin önemli oranda arttığını bildirmiştir. Yapılan  alışmalar ile araştırmamız aynı doğrultudadır. Eğitim seviyesinin artması ile elde edilen ekonomik ve sosyo-kültürel özellikler yaşam kalitesini arttırdığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların çalışma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi  lçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Schulze'ye göre; yaşam bir bütündür. Yaşamın bütün olması, çalışma ve yaşam kalitesini birlikte ele alınmasını gerektiren bir durumdur (akt. Yüksel, 2004). Baydur (2013) göre, çalışma ile birey hayatına bir anlam katmakta, çalışmayı kendisi ve çevresi için ekonomik bir g   olarak görmektedir. Demiral (2007), uzun süreli işsizliğin ve iş aramanın mental sağlığı olumsuz etkilediğini dolayısıyla yaşam kalitesini düşürdüğünü bildirmiştir. Boylu ve Terzioğlu (2007), kişinin çalışma durumu ve çalışma koşullarının yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğunu ifade etmiştir. Demiral (2013),  alışma yaşamı ve yaşam kalitesi ilişkisinin sosyal ve politik iklimden etkilendiğini, çalışanların yaşam kalitelerinin işsizlerden daha iyi olacağı varsayımını her zaman doğrulamadığını bildirmiştir. Araştırmamız, Demiral (2013)  alışması ile aynı doğrultudadır.  alışan

ve çalışmayan bireylerin yaşam kalitesi sahip olunan özelliklere göre farklılık gösterdiği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada ise sağlık güvencesi olmayan katılımcıların puan ortalaması, sağlık güvencesi olan katılımcıların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Koçoğlu ve Akın (2009) sağlık güvencesi olmayan veya geçici sağlık güvencesi olan kişilerin yaşam kalitesinin sağlık güvencesi olan kişilerden düşük olarak bulunduğunu ifade etmiştir. Araştırmamız ile Koçoğlu ve Akın (2009) yapmış olduğu çalışma aynı doğrultuda değildir. Sağlık güvencesi olmayan bireylere devletin sağlamış olduğu olanaklar ve bireyin sahip olduğu sosyo-kültürel etmenlerin bu duruma etki eden olgular olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların aylık gelir durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; sosyal işlevsellik alt boyutunda ve genel sağlık algısı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada geliri olmayan grup, asgari ücretliler grubu ve geliri 4001 TL ve üzeri olan katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksektir. Aldinç vd. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı, Wang ve Shen (2003)'in çalışmasında sosyo-ekonomik durum düştükçe yaşam kalitesinin de azaldığı ifade edilmiştir (akt. Koçoğlu, 2006). Araştırmamız belirtilen çalışmalarla aynı doğrultudadır. Gelirin artması, bireyin ve sorumluluğunu üstlendiği kişilerin geçimini sağlaması açısından kolaylık sağlamaktadır. Elde edilen imkanlar, bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşadıkları yer durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Koçoğlu (2006) çalışmasında yaşamının büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerin yaşam kalitesi puan ortalamasını en düşük,

yaşantısının çoğunluğunu ilde geçiren bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamasını en yüksek olarak bulmuştur. Topçu (2003) çalışmasında, yaşanılan yer ve yaşam kalitesi arasında, kişilerin öznel değerlendirmelerinin etkili olduğunu bildirmiştir (akt. Kabadayı, 2006). Çalışmamız, Topçu (2003)'nun çalışması ile aynı doğrultudadır. Bireylerin yaşadığı yere verdikleri değer ve bağlılık yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmamasına neden olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların deformitenin yerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarında, elinde deformitesi olan katılımcıların puan ortalaması yüksek bulunurken, bacağına deformite olan katılımcıların ortalama puanı gruplar arasında en düşük puana sahiptir. Emosyonel rol gücüğü alt boyutunda; elinde deformite olan katılımcıların ortalama puanı en yüksek bulunurken, diğer grupta bulunan katılımcıların puan ortalaması gruplar arasında en düşük puana sahiptir. Ruhsal sağlık alt boyutunda, kolunda deformite olan katılımcıların puan ortalaması yüksek bulunurken, bacağına deformite olan katılımcıların ortalama puanı gruplar arasında en düşük puana sahiptir. Vatansever (2005), bacak bölgesindeki deformitelerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini bildirmiştir. Kalça ile ilgili deformitenin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu (Sinici vd., 2008), deformite düzeltimi öncesi ve sonrasında farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı, deformite düzeltiminin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği (Akkoç vd., 1999) bildirilmiştir. Ayakta deformite oranının artışı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir (Anaforoğlu, 2012). Araştırmamızın sonuçları çalışmalarla aynı doğrultuda özellik göstermektedir. Birey için hangi bölgede deformite olursa olsun, estetik açıdan ve bireyin içinde bulunduğu psikolojik durum, uzun birey için önemi, deformitenin bulunduğu yere göre farklılık göstermesine neden olan olgular olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların deformitenin nedenine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Genel sağlık algısı alt boyutunda, gruplar arası karşılaştırmada doğum öncesi ve diğer nedenli deformiteye sahip olan katılımcıların yaşam kalitesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde deformitenin

neden kaynaklandığı ile ilgili bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bireylerin sahip oldukları deformiteleri kabullenip yaşamlarına bu şekilde devam etmeleri neden olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların deformite sayısına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada ise 3 ve daha fazla deformiteye sahip katılımcıların puan ortalaması diğer katılımcıların puan ortalamasından yüksek olarak bulunmuştur. Bu durumdan da anlaşılacağı üzere, bireylerin hayata bakış açısı yaşam kalitesi üzerinde etkili olmakta ve bireyin sahip olunan deformiteye uyum sağlaması, kabullenmesi gibi faktörler olabileceği gibi, bireylerin bu durumu görmezden gelip yaşam kalitelerini en üst düzeyde tutmak istemeleri neden olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşama şekline göre (yalnız veya aile ile yaşam) SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada yalnız yaşayan katılımcıların puan ortalaması, aile ile birlikte yaşayan grubun puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Gülmez (2013), ailesi ile birlikte yaşayanların yaşam kalitesi puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Kılıçoğlu ve Yenilmez (2005), aile ortamında yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu bildirmiştir. Kaya vd. (2008), eşi ile birlikte yaşama durumuna göre, sadece ruhsal sağlık alt boyutunda istatistiksel olarak yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Araştırmamızda yalnız yaşayan kişilerin yaşam kalitesi puan ortalaması yüksektir. Yalnız yaşayan bireylerin başka bir kişiye karşı sorumluluğunun olmaması ve bireyin sosyo-kültürel özelliği neden olan olgular olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların günlük aktivitelerde başkasına bağımlı olma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar

karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı alt ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada ise, deformite günlük aktivitelerde sizi başkasına bağımlı kılıyor mu sorusuna hayır cevabı veren katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Boylu ve Paçacıoğlu (2009) sağlıkla ilgili en önemli objektif yaşam kalitesi göstergelerinin bireyin hangi durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteler ile günlük yaşam aktivitelerini, ayrıca öz bakımını yerine getirebilmesi ve bunların yeterli düzeyde olması olarak ifade etmiştir. Yapılan bu araştırma Boylu ve Paçacıoğlu (2009)'nun çalışması ile aynı doğrultudadır. Bireyler ne kadar kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılar ise kendi bakımlarına katılım sağlar ise öz yeterlilikleri ve başarıma duygusu doğru orantılı bir şekilde artacaktır. Bu durumun bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından elde edilen puanlar karşılaştırıldığında; ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gruplar arası karşılaştırmada ise kronik bir hastalığa sahip olmayan katılımcıların puan ortalaması, kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Göçgeldi vd. (2008), kronik hastalığa sahip olan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu sonucuna varmıştır. Üner ve Severcan (2013), kronik hastalığın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini bildirmiştir. Araştırmamız ile yapılan çalışmalar aynı doğrultudadır. Kronik bir hastalığa sahip olmak bireyin hayata bakış açısını olumsuz yönde etkilemektedir. Sonuç olarak da yaşam kalitesini düşürmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı bu araştırmada;

Cinsiyet durumuna göre kadınlarda SF-36 yaşam kalitesi puan ortalaması ağrı alt boyutunda, erkeklerden düşük bulunmuştur. Anatomik deformiteli kadınlara ağrıyı giderme konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olabilir.

Yaş durumuna göre 61 yaş ve üstü yaş grubunda bulunan katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalaması düşük bulunmuştur. Bu yaş grubunda olan anatomik deformiteli bireylerin fiziksel rehabilitasyon almaları ve sosyal destek kuvvetlerinin artırılmasına yönelik faaliyetlerin uygulanması yaşam kalitesini arttırabilir.

Medeni duruma göre evli olan katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalaması düşüktür. Evli olan katılımcılara aile içinde gerekli olan maddi ve manevi desteğin sağlanması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ilköğretim ve okur-yazar olmayan katılımcılarda düşüktür. Anatomik deformiteli bireylerin eğitim seviyesinin yükseltilmesi yaşam kalitesini arttırabilir.

Katılımcıların gelir durumuna göre, anatomik deformiteli bireylere gerekli ekonomik desteğin sağlanması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların deformite yeri, deformite sayısı ve nedeni önemlidir. Düzeltilebilecek deformitelerin düzeltme yoluna gidilerek tedavi olmaları yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Kronik bir hastalığa sahip deformiteli bireylerin, yaşam kalitesi puan ortalaması düşük bulunmuştur. Bu grupta yer alan bireylere hastalıkları ile ilgili yapılan tedavi programlarına uymasının sağlanması yaşam kalitesini arttırabilir.

Araştırmanın geniş kitlelere uygulanması daha yararlı olacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Açar, H., İ. Bektaş, U., Ay, Ş. (2011). Anatomy and İnstability of Elbow Join. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 10 (1): 7-17.
- Ada, S. Alpaslan, B., Aydın, T. A., Balcı, C., Taşkın, C., Doral, M.N., Esenkaya, İ., Güleç, A., Kaya, A., Tümer, Y. (2010). A'dan Z' ye Ortopedi Terimler Dizini.
- Adanır, O., Beytemur, O., Güleç, A. (2014). Konjenital Koksa Vara. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 13:426-430.
- Akbolat, M., Turgut, M., Över, G. (2015). Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Algılarının Motivasyonlarına Etkisi. Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2):65-82.
- Akdeniz, C., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Gülseren, Ş., Kültür, S. (1999). Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 9(2):104-108.
- Akercan, F., Zeybek, F., Karadadaş, N. (2012). Fetal Preaksiyel ve Postaksiyel Polidaktili. *Ege Tıp Dergisi*, 51(2): 117-119.
- Akın, B., Genç, R. E. (2016). Gelişimsel Kalça Displazisi ve Erken Tanıda Ebenin Rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(3):166-170.
- Akpolat, V. (2008). Bone Mineral Density Measurement Methods That Are Used At Diagnosis Of Osteoporosis. *Dicle Med. J.*, 35(39): 216-220.
- Aksu, N., Işıklar, Z.,U., (2008). Kalça Kırıkları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 7(1-2): 8-19.
- Aktaş, İ., Akgün, K. (2007). Kanat Skapula. *Türk Tıp Rehab Dergisi*, 53:113-117.
- Alemdar C., Bulut, M., Azboy, İ., Demirtaş, A., Şahin, İ., (2014). İleri Derece Tibia Cisim Deformitesinde Akut Düzeltme: Olgu Sunumu. *Van Tıp Dergisi* 21(2): 105-110.
- Altan, E., (2009). Tekrarlayan Omuz Çıkıklarında Artroskopik Tedavi Sonuçlarının Glenoid Morfolojisi ile Karşılaştırılması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi. 99s. İstanbul.
- Altun, İ. (2011). Alt Ekstremitte Kısıklıklarında İlizarov Eksternal Fiksator ile Uzatma Sonuçları. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 111 s, Adana.
- Anaforoğlu, B. (2012). Halluks Valgus Deformitesinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1): 9-15.
- Arıncı, K., ELHAN, A. (2006). Anatomi. Güneş Kitapevi, Ankara.
- Arkun, R., Ergen, B.E. (2014). Omuz MRG: Normal Anatomi ve Teknik Özellikler. *Türk Radyoloji Derneği*, 2:1-15.

- Arılı, M., Nazik, H. (2001). Bilimsel Araştırmaya Giriş. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Arslan, A.S. (2017). Bir Olgu Sunumu: Egzersizle Tetiklenen Kanat Skapula. *Spor Hekimliği Dergisi*, 52:1.
- Atalay, Ş.A., Konukcu, S., Ercidoğan, Ö., Akkaya, N., Şahin, F. (2011). Kum Torbasına Yumruk Atma Sonrası Gelişen Kanat Skapula. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 14:88-91.
- Atay, T. (2015). Alt Ekstremitte Kırıkları Ayak Bileği ve Ayak. Derman Tıbbi Yayıncılık. DOI:10.4328/DERMAN.36.33ATAY2015.
- Ayas, M.,S. (2015).Pediatrik Ortopedi-PediatrikKalça. Derman Tıbbi Yayıncılık. DOI:10.4328/DERMAN.3543.
- Aydemir, Ö. (2014). Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Klinikte Kullanımı. *Türk Nöroloji Dergisi*, 20(1):5-9.
- Aydoğan, U. (2013). Ayakta Küçük Parmak Deformiteleri, *TOTBİD Dergisi*, 12: 407-415.
- Aydoğdu, R., Karamustafaoğlu, O., Bülbül, Ş. (2017). Akademik Araştırmalarda Araştırma Yöntemleri ile Örneklem İlişkisi: Doğrulayıcı Doküman Analizi Örneği. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30:556-565.
- Aytekin, K., Bostan, B., Balta, O., Kurnaz, R., Aşçı, M., Bilgiç, E., Güneş, T., Erkorkmaz, Ü. (2015). Kubitis Varus Deformitesinde Dome Osteotomi Sonuçlarımız, *Türkiye Klinikleri*, 35(3):157-165.
- Bagatur, A.E., Doğan, A., Zorer, G. (2001). Metatarsus Varus Deformitesi ve Metatarsal Osteotomi ile Tedavisi. *Acta Orthop Taumataol Turc.*, 35:245-251.
- Balcı, V. (2005). Alt Ekstremitte Kırıklarının Plak ile Biyolojik Tespiti, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 91s. İstanbul.
- Baran, G. A. (2008). Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2: 86-97.
- Barlow, T.G. (1962). Early Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of hip. *J. Bone Joint Surg. Br.*, 44:292-301.
- Başal, Ö. (2015). Çocuklarda Alt Ekstremitte Sorunları. Derman Tıbbi Yayıncılık DOI:10.4328/DERMAN3434.
- Başbozkurt, M., Demiralp, B., Kırdemir, V. (2004). Psödoartrozların İlizarov Yöntemi ile Tedavisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 3(3-4):1-11.
- Baydur, H. (2013). Çalışma Yaşamı Kalitesi Kavramı. IV. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitapçığı, İzmir.
- Baysal, Ö. (2015).Üst Ekstremitte Doğumsal Hastalıklar. DOI:jcam.com.tr/files/KATD-3515.

- Baysal, Ö., Baysal, T., Altay, Z., Aykol., (2004). Romatoid Artritte Görülen Ayak Deformiteleri. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3):173-176.
- Bek, N., Kavlak, Y., Yağlı, N.,V. (2006). Romatid Artritli ve Osteoartritli Kadınlarda Görülen Ayak Deformitelerinin Değerlendirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 17(2):70-77.
- Bilgi, İ. (2009). Erişkin Humerus Alt Uç Parçalı Kırıklarında Anatomik Plak ile Tedavi ve Sonuçlar, T.C. Sağlık Bakanlığı Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 75s, İstanbul.
- Boylu, A.A., Terzioğlu, R.G. (2008). Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Subjektif Göstergelerin İncelenmesi. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2):1-27.
- Boylu, A.A., Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 8(15):137-150.
- Boyras, İ., Koç, B. (2015). Etiyolojisi Belirlenemeyen Multiple Düğme İliği Deformitesi, *European Journal of Health Sciences*, 1(2):90-91.
- Bozkurt, N. (2003). Kaliteli Yaşamın Felsefesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, 2(3):15-24.
- Bulut, M., Karakurt, L., Belhan, O., Sağiroğlu, M.S., Gürger, M. (2015). Congenital Pseudoarthrosis of the Tibia: Case Reports. *J Clin Anal Med.*, 6(5):638-641.
- Canbeyli, D.İ. (2013). Platelett'den Zengin Plazma'nın (PRP) Tavşanlarda Oluşturulan Kırık İyileşmesine Etkilerinin Araştırılması, T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, 77s, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Castillo R.C., Bosse, M.J., Mackenzie, E.J., Patterson B.M. (2005). Impact of Smoking on Fracture Healing and Risk of Complications in Limb-Threatening Open Tibia Fractures. *Journal Ortop Trauma*, 19(3):151-157.
- Ceyhan, E. Yıldırım, A.Ö. (2017). Tibia Diyafiz Kaynamamaları, *TOTBİD Dergisi*, 16:581-592.
- Ceylan, S., Üner, S., Sevensan F. (2013). Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Kişilerde Genel Sağlık Durumu ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*.12(2):121-128.
- Cummings, R.J., Lovel, W.W. (1988). Current concepts review. Operatif treatment of congenital idiopathic clup foot. *J. Bone Joint Surg.* 70:1108-1112.
- Çakmak, B., Yıldız., F., Aktaş, İ., Akgün, K. (2004). Geriatrik Hastalarda Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4): 221-224.
- Çakmak, M., Bilsel, K. (2006). Tibia Deformiteleri. *TOTBİD Dergisi*, 5(1-2):60-79.
- Çekiç, E. (2010). İntrameduller Çivileme Yöntemi ile Opere Edilen Tibia Cisim Kırıklı Hastaların Takibinde Kullanılan Radyografik Kaynama Skorumunun

- Güvenilirliğinin Hasta Kliniği ile Doğrulanması, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 97s, İzmir.
- Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1):19-37.
- Çoban, A. (2013). Kadın ve Yaşam Kalitesi. IV. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitapçığı, İzmir.
- Demir, T.,D. (2015). Os Metatarsale I'in Anatomik ve Ortopedik Özelliklerinin Araştırılması, Türkiye Cumhuriyeti Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Anatomi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 76s, Tekirdağ.
- Demiral, Y. (2013). Çalışma Yaşamında Yaşam Kalitesini Etkileyen Psikososyal Riskler: İş Stresi. IV. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kitapçığı, İzmir.
- Demiral, Y. (2001). Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı A.D İş Sağlığı Doktora Tezi, 98s, İzmir.
- Demiral Y., Egor, G., Ünal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., Alptekin, K., (2006). Normative Data and Discriminative Properties of Short Form 36 (SF -36) in Turkish Urban Population. *BMC Public Health*, 6(247):s.1-8.
- Denuk, J., Nicolai, J.P.A., Hamburg, S.M. (2003). Longterm Results of Syndactly Correction: Fullthickness Versus Split-Thickness Skin Grafts. *J. Hand Surg. Br.*, 28:125-130.
- Docherty, B. (2007). Skletal System: Part Four The Appendicular Skeleton. *Nurs Times*, 103(8):20-26.
- Doğan, C. (2009). Kalça Eklemi Patolojilerinin Teşhis ve Tedavisinde Kalça Artroskopisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 95s, İstanbul.
- Doğan, M. (2010). Total Diz Artroplastisi Sonrası Femoral ve Tbial Komponent Rotasyonlarının Değerlendirilmesi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 157s. İzmir.
- Doğruloğlu, H., (2009). Tibia Diafizer ve Metadiafizer Kırıklarda Köprü Plaklama ile Biyolojik İçten Tespit Uygulamalarımız ve Sonuçları, T.C. Sağlık Bakanlığı Baltalimanı Metin Sabancı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği. Uzmanlık Tezi, 105s, İstanbul.
- Duijf, P.H., Van Bokhoven, H., Brunner, H.G. (2003). Pathogenesis of Split-hand/Split-Foot Malformation. *Human Molecular Genetics*, 12(1): 51-60.
- Edisan, Z., Kadioğlu, F.(2013).Yaşam Kalitesinin Antik Dönemdeki Öncülleri. *Lokman Hekim Journal*, 3(3):1-4.
- Ekşioğlu, M.F., Açar, H. İ., Tekdemir, İ. (2011). The Functional Anatomy of the Hip Joint. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 10(1): 32-37.

- Elmalı, N., Baysal, Ö., Germen, E. (2002). Dizin Varus Osteoartritinde Kemik ve Kas Kütlesinin Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(2):89-93.
- Enercan, M. (2004). Total Diz Artroplastisi Orta Dönem Sonuçlarımız, T.C. Sağlık Bakanlığı DR. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 119s, İstanbul.
- Er, M.S., Doğruöz, F., Eroğlu, M., Atmaca, H. (2015). Konjenital Vertikal Talus: Bir Olgu Sunumu. *Abant Medical Journal*, 4(1): 80-81.
- Eralp, L., Kocaoğlu, M., Toker, B. (2010). Coparision of Fixator-Assisted Nailing Versus Circular External Fixator for Bone Realignment of Lower Exremity Angular Deformities in Rickets Disease. *Arch Orthop Trauma Surg.*, 131(5):581-589.
- Eraslan, L. (2014). Lateral Epikondilitli Hastalarda Farklı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulamalarının Ağrı Fonksiyon ve Kavrama Kuvveti Üzerindeki Erken Dönem Cevaplarının Karşılaştırılması, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Fizyoterapistliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, 90s, Ankara.
- Erdil, F., Elbaş Özhan, N. (2012). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoğdu Ofset, Ankara.
- Ergöz, E. (2005). Omuz Rotator Manşet Parsiyel Rüptürlü Hastalarda Fizik Tedavi ve Subakromiyal Aralığa Kortikosteroid Enjeksiyon Etkinliğinin Araştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Şili Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, 182s, İstanbul.
- Ertürer, E., Aksoy, B., Beki, S., Toker, S., Öztürk, İ. (2004). Halluks Valgus Deformitesinde Lindgren-Turan Ameliyatının Radyografik ve Fonksiyonel Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Acta Orthop Traumatal Turc*, 38(2): 125-129.
- Eser, E., Aydemir, Ö. (2014). Genel Amaçlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri. *Türk Nöroloji Dergisi*, 20(1):10-17.
- Fitzpatric, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., Cox, D. (1992). Quality of Life Mesures in Health Care. I:Applications and İssues in Assesment. *BMJ.*, 305:1074-1077.
- Flanagan, J.A. (1978). A Reseach Approach to İmproving Our Quality of Life. *American Psychologist*, 33(2):138-147.
- Gaba, S., John, N., Bhogsha, S., Singh, O. Vemula, G.,K. (2017). Mirror Hand: An Uncommon Neglected Case Managed with Pollicisation. www.wjps.ir, 6(2), s. 263-265.
- Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçaok, K. (2011). Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3):145-150.
- Gotay, C.C. Korn, E.L., MC Cabe M.S., Moore, T.D., Cheson, B.D. (1992). Quality-of Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research in Protochol development. *Journal of the Cancer Institute*, 84(8):575-579.

- Göçer, H., Kuyubaşı, S.N., Çıraklı, A. (2013). Bilateral Madelung Deformitesinde Düzeltici Osteotomi. *Haseki Tıp Bülteni*, DOI: 10.4274/haseki.1475, s.144-147.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, A.M. Hassoy, H. Açıklı H.C., Taşçı, İ., Ceylan S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 50:172-179.
- Göçmen, D.D., Gedik, D.E., Bulunmaz, İ., Kafkaslı, A.İ., Mert, M., Kandemir, A., Ningöl, Ü., İnceoğlu, L.A. Atik, T. (2011). Romatoid Artrit Tanısıyla İzlenen Hastalarımızın Klinik, Laboratuvar ve Demografik Özellikleri: Beş yıl İzlem Süreli Gözlemsel Çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2):55-59.
- Gökkulu, G., Uluocak, Ş., Aslan, C., Bilir, O. (2012). Çanakkale Merkezindeki 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(34): 666-677.
- Gökoğlu, F., Yorgancıoğlu, Z.R., Cecel, E., Tönük, B. (2002). Hemiplejik Hastalarda Genu Rekurvatumun Değerlendirilmesi. *Fiziksel Tıp Dergisi*, 5(2):73-78.
- Gönen, A.İ. (2019). 50 Yaş Üstü Futbol Oynamış Bireylerle Aynı Yaş Grubu Sedanter Bireylerin Yaşam Kaliteleri Bağlamında Karşılaştırılmaları, Türkiye Cumhuriyeti Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Anatomi (Veteriner), Yüksek Lisans Tezi, 91s, Afyon.
- Gülçimen, B., Ülkü, S. (2008). İnsan Ayağı Biyomekaniğinin İncelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 13(2):27-33.
- Gün, İ., Müngen, E. Babacan, A., Muhcu, M., Kurdoğlu, M., Atay, V. (2009). El ve Ayağın Polidaktili; Üç olgunun Sunumu ve Polidaktili Olgularında Güncel Prenatal ve Postnatal Yaklaşımların Gözden Geçirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(3):139-141.
- Güner, S., Ceylan, M.F., Güner, Ş.İ., Kalandar, A.M., Aygün, H. (2014). Bir Makrodaktili Vakası. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), :840-844.
- Güner Ş.İ., Güner, S. (2017). Gelişimsel Kalça Displazili Çocuklarda Tedavi Yöntemleri. *Van Tıp Dergisi*, 24(3):204-209.
- Gülmez, H. (2013). Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 7(4):74-82.
- Güven, M., Özkan, N.K. Kılınçoğlu, V. Altıntaş, F. (2003). Ayak Küçük Parmak Deformitelerinde Cerrahi Tedavi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 18:217-219.
- Güzelant, A.Y., Sarıfakıoğlu, A.A. Emre, U., Ünal, A. (2014). Kanat Skapula: Bir Etyoloji, İki Farklı Sinir. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 20:43-45.
- Haidar, K.R., Jones, R.S., Vergoesen D.A., Evans, G.A. (1996). Simultaneous Open Reduction and Salter İnnominate Osteotomy dor Develpemental Dysplasia of the bib. *Bone Joint Surg*. 78:471-476.
- Harvey, E.J., Bernstein, M., Desy, N.M., Saran, N., Oullet, J.A. (2012). Sprengel Deformity: Pathogenesis anad Management. *J. AM Acad Orthop Surg*, 20: 177-186.

- Hatun, Ş., Bereket, A., Çalikoğlu, A.S. Özkan, B. (2003). Günümüzde D Vitamini Yersizliği ve Nutrisyonel Rikets (2003). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46:224-241.
- Hekimsoy, Z. (2013). Osteomalazi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Metabolik Kemik Hastalıkları Kitabı. ISBN: 978-605-4011-17-9, Ankara.
- Horata, E.T. (2015). Yaşlı Kadınlardaki Ayak Deformitelerinin Yürüyüş, Denge ve Fonksiyonel Mobilite Üzerine Etkisi, T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 55s, Denizli.
- Hörngquist, J.O. (1990). Quality of Life: Concept and Assesment. *Scand J. Soe Med.* 18:69-79.
- Işık, M. Subaşı, M. Karşlı, B. (2015). Doğuştan Çarpık Ayak Tedavisinde Ponseti Yöntemi Uygulama Prensipleri. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 14:189-193.
- Işıklı, B., Kalyoncu, C., Arslantaş, D. (2007). Eskişehir Mahmudiye’de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3):7-12.
- İçyeroğlu, G. (2012).Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi, T.C. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 128s, Elazığ.
- İnan, M., Üstünkan, F. (2009). Konjenital Tibia Psödoartrozu. (T0TBİD) *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 8(3-4): 6-10.
- İrem, B. (2013). Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler, T.C Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 96s, Elazığ.
- Jain, A.K., Dhammi, I.K., Arora, A., Singh, M.P., Luthra, J.S. (2000). Cubitis Varus: Problem and Solution. *Arch Ortop Trauma Surg.* 120:420-425.
- Jordan, D., Hindocha S., Dhital, M., Saleh, M., Khan, W. (2012). The Epidemiology, Genetics and Future Management of Syndactyly. *Open Orthop J.* 6: 14-17.
- Joseph, T.N. Mroczek, K.J. (2007). Decision Making in the Treatment of Hallux Valgus. *Bull NYU Hosp JT Dis*, 65(1):19-23.
- Kabadayı, H. (2006). Yaşam Kalitesi ve Kullanıcı Memnuniyetinin Kentsel Tasarımdaki Etkisine Çok Boyutlu Yaklaşım, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Disiplinler Arası, Kentsel Tasarım, Yüksek Lisans Tezi, 84s, İstanbul.
- Kafadar, S., Kafadar, H. (2008). Bir Ayak Makrodaktili Olgusu: Literatürün Gözden Geçirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1):45-47.
- Kalacı, A., Özkan, C., Yanat, A.N. Öney, T., Sever, G., Doğramacı, Y.(2009). Erişkin Kubitis Varus Deformitesinde Suprakondiler Lateral Kapalı Kama Osteotomisinin İki Farklı Tespit Yöntemi. *Eklem Hastalıkları ve Cerrahisi Dergisi*, 20(3):136-142.

- Kalkan, A., Boğatekin, F., Gem, M., Meriç, G. (2012). Posterior Omuz Çıkığıında Radyolojik Bulgular: Olgu Sunumu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4):269-272.
- Kanatlı, U., Bölükbaşı, S., Ekin, A., Özkan, M., Şimşek, A. (2005). Anatomy, Biomechanics and Pathophysiology of İnstability of the Glenohumeral joint. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 39(1):4-13.
- Kanatlı, U., Özer, M. (2019). Omuzun Travmatik Çıkıkları. *TOTBİD Dergisi*, 18:38-47.
- Karaaslan, F. (2010). Osteoporotik Kalça Kırıklı ve Kalça Osteoartritli Hastalarda Eser Elementler ve Kemik Mineral Yoğunluğunun Karşılaştırılması (Klinik ve Biyokimyasal Çalışma), T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 66s, Kayseri.
- Karahan, M. (2013). Anterior Omuz İnstabilitesi: Akut İlk Çıkık. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 12: 309-312.
- Karakurt, L. (2009). Tibia Hemimelisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 8(3-4):17-23.
- Karatay, S., Yıldırım, K., Karaoğlu, R., Eren, S., Saruhan, Z. (2011). Reaktif Artritte Daktilit, Çekiç Parmak ve Peñçe Parmak Deformiteleri: Bir Olgu Sunumu. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 57:104-106.
- Kars, Y. E. (2011). Subakromiyal Sıkışma Sendromunda Steroid Fonoforezinin Etkinliği, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 72s, Ankara.
- Kaya, B., B. İçağasıoğlu, (2018). Romatoid Artritli Hastalarda Türkçe Kısa Form 36' nın (SF-36) Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Journal of Surgery and Medicine* 2(1):11-16.
- Kaya, M., Aslan, D. Vaizoğlu, S., Doruk, C., Dokur, U., Biçici, V., Gülen, T., Dursun, A., Erayman, A., Ertekin, Ö.(2008). Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler, *Turkish Journal of Geriatrics*, 11(1):12-17.
- Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başa Çıkma. *Journal of İstanbul Kültür Üniversty*, 3:47-49.
- Keşkek, Ş.Ö. (2004). Romatoid Artritli Hastalarda Kombine Tedavinin Mono terapi- ye Üstünlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütü Kırda Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, 53s, İstanbul.
- Kılıç, C. (2016). Skeletal System/Upper Limb. *ResearchGate*, January: s.1-14.
- Kılıçoğlu A., Yenilmez, Ç. (2005). Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi* 18(4):187-195.
- Kılıçoğlu, Ö. (2013). Ayak Başparmağının Hastalıkları: Halluks Valgus ve Halluks Rigidus. *TOTBİD Dergisi*, 12: 390-406.

- Kırgız, C. (2012). Türkiye’de Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okullarında Görev Yapan Öğretim Elemanlarının Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Antreman ve Hareket Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi, 85s, Ankara.
- Kirbiy, K.A., Hagman, F. (2005). Effects of Simulated Genu Valgum and Genu Varum on Ground Reaction Forces and Subtalar Joint Function During Gait. *Journal of the American Pediatric Medical Association*, 95(6):531-541.
- Klasic, P.J. (1989). Congenital Dislocation of the Hip- a Misleading Term: Brief Report. *J. Bone Joint Surg. Br.* 71(1):136.
- Kocaoğlu, M., Eralp, L., Şen, C., Çakmak, M., Dinçyürek H., Göksan, S.B. (2003). Management of Stiff Hypertrophic Nonunions by Distraction Osteogenesis: A Report of 16 Cases. *Lippincott Williams & Wilkins*, 17(8):543-548.
- Kocaoğlu, M., Eralp, L., Bilen, F.,E. (2016). Metabolic Disorders. *Pediatric Lower Limb Deformities*, S. Sabharwal (ed.), DOI 10.1007/978-3-319-17097-8_15.
- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4):145-154.
- Koçoğlu, D. (2006). Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler, T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,131s, Konya.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi, 63s, İstanbul.
- Köse, N., Ömeroğlu, H. Dağlar, B. (2013). Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı Kitabı.
- Köseoğlu, E., Kürklü, M., Yurttaş, Y., Demiralp, B., Ateşalp, S., Başbozkurt, M. (2009), İlizarov Yöntemi ile Genu Rekurvatum Deformitesi Tedavisi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 51:75-79.
- Köylübaşı, M., Ayhan, F., Borman, P., Yorgancıoğlu, R. (2011). Problems of Self-Care Activities Encountered in Rheumatoid Arthritis and Their Relationship with Disease Activity and Hand Deformity. *Türk J Rheumatol.* 26(2):89-93.
- Kuran, B., Doğu, B., Soydemir, R. (2008). Romatoid El ve Rehabilitasyonu, *Türk Fiz. Tıp Reh. Derg.* 54(1):20-24.
- Kutlu, R., Demirbaş, N., Çivi, S., Can, A., (2015). Göğüs Cerrahisi Servisinde Yatan Hastalarda Depresyonun ve Yaşam Kalitesinin Kısa Form 36 ile Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Dergisi*, 23(3):524-531.
- Küçükdeveci, A.A. (2011). Functional Assesment Measures in Osteoarthritis. *Turkish Journal of Geriatrics.* 4:37-44.

- Küçükdurmaz, F. Kurtulmuş, T., Saka, G., Özdamar, İ., Akpınar, F. (2016). Nadir Fibular (Postaksiyel) Polidaktili Malformasyonunun Düzeltmesinde Yeni Bir Cerrahi Teknik. *Van Tıp Dergisi*, 23(2):205-208.
- Lee, G.K., Lopata, C., Volker, M.,A. Thomeer, M.L., Nida, R.E., Toomey, J.A., Chow, S.,Y., Smerbeck, A.M. (2009). Health Related Quality of Life of Parents of Children With High Functionings Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Develpmental Disabilities*. 24:4, 227-239, DOI:10.1177/1088357609347371.
- Leidy, N.K. (1994). Functional Status and the Forwad Progress of Merry-go-Rounds:Toward a Coherent Analytical Framework. *Nurs Res*. 43:4, 196-202.
- Madureria, M.M., Ciconelli, R.M., Pereira, R.M. (2012). Quality of Life Measurements in Patients with Osteoporosis and Fractures. *Clinics (sao polo)*: 67:1315-1320.
- Maher, A.J., Metcalfe, S.A. (2008). First MTP joint arthrodesis for the treatment of hallux rigidus: Results of 29 consecutive cases using the foot health status questionnaire validated measurement tool. *The Foot*,18:123–130.
- Maillet, M. Fron, D., Martinot Duquennoy, V., Herbaux, B. (2007). Results After Surgical Treatment of Thumb Dublication: A Retrospective Review of 33 Thumbs. *J. Child Ortop.*, 1(2):135-141.
- Mani, E. (2016). Diz Osteoartritinde Alt Ekstremitte Propriyoseptif Duyusunun Fiziksel Fonksiyonellik Üzerine Etkisinin Araştırılması, Kuzey Kıbrıs, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 154s, Gazimağusa.
- Marangoz, S. (2009). Gelişimsel Koksa Vara. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 8(3-4):30-34.
- Memişoğlu, S. (2008). Çocukların Radius Distal Metafiz Kırıklarının Tedavisinde Kapalı Redüksiyon Sonrası Perkütanöz Kirschner Teli Uygulanan ve Uygulanmayan Olguların Klinik ve Radyolojik Karşılaştırılması. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 83s, Edirne.
- Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., Manuck, S.B. (1998). What are Ouality of Life Measurements Measuring ? *BMJ*, 316:542-545.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Konuşması*, 1:25-29.
- Nural, M.S., Yalın, C.T., Yıldırım, M.Ö., Diren, B.H. (2009). Brakilidaktili Tip C: Olgu Sunumu. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(3):219-221.
- Okan, A.N. Orak, M.M. (2009). Konjenital Diz Çıkığı. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 8(3-4):24-29.
- Okyay, P., Atasoylu, G., Önde, M., Dereboy, Ç., Beşer, E. (2012). Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23:1-11.

- Okur, M.İ. Yıldırım, A.M., Köse, R. (2004). Doğuştan Yark El ve Ayak: Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 9(1):23-27.
- Orhan, S., Baykara, M., Öztürk, M., Özyazgan, İ. (2004). Makrodaktili: Nadir Bir Patolojinin Radyolojik Bulguları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 26(19):44-47.
- Orhun, E., Kantarcı, Ü., Çepel, S., Polatkan, O., Nuzumlalı, A. (2000). Principle of Surgical Treatment in Patients with Coplicated Syndactyly. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 34:152-156.
- Ortolani, M. (1976). Congenital Hip Dysplasia in the Light of Early and Very Early Diagnosis. *Clin Orthop Relat Res.*, 119:6-10.
- Oto, M. (2020). Deformite Analizinde Temel Kavramlar ve Değerlendirme. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 19(2):162-168.
- Ömeroğlu, H. (2010). Kas İskelet Sisteminde Temel Anatomik Oluşumların Yapısı, İşlevi, İyileşmesi ve Kemik Metabolizması. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 9(2):78-84.
- Özcan, H. (2006). CLS Spotorno Tipi Çimentosuz Total Kalça Artroplastisinin Orta ve Uzun Dönem Sonuçları, T.C. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 82s, İstanbul.
- Özden, M. (2003). Anatomi ve Fizyoloji Ders Kitabı. Feryal Matbaası, Ankara.
- Özel, Ö. (2009). Varus Gonartrozunda Medial Açık Kama Osteotomisi Tedavilerimiz ve Geç Dönem Sonuçlarımız, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 114s, İstanbul.
- Özmete E. (2010). Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri:Aile İletişimi Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11):455-465.
- Özüdoğru, E. (2013). Üniversite Personelinin Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, 72s, Burdur.
- Panchal-kildare, S., Malone, K. (2013). Skeletal Anatomy of the Hand. *Hand Clin.* 29(4):459-471.
- Pekiner, F.N., Borahan, M.O., Ulucan, K. (2012). Kleidokranial Displazi: Klinik Rayografik ve Genetik Bulgularla bir Olgu Sunumu. *MÜSBED*, 2(2):84-88.
- Perim A. (2007). Trakya Üniversitesi, Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Bitirme Tezi, 104s, Edirne
- Phelps, D.A., Grogan, D.P. (1985). Poldactyl of the Foot. *J. Pediatr Orthop*, 5(4): 446-451.

- Pneumaticos, S.G., Panteli, M., Triantafyllopoulos, G.K. Papakostidis, C. (2014). Management and Outcome of Diaphyseal Aseptic Non- Unions of the Lower Limb: A Systematic Review. *Surgeon*, 12(3):166-175.
- Reisoğlu, A., Ağuş, H. (2008). Kaynamalarda (Psödoartroz) Tanı ve Tedavi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*,7(1-2):72-80.
- Rodriquez-merchan, E.C., Forriol, F. (2004). Nonunion: General Principles and Experimental Data. *Clin Orthop*, 419:4-12.
- Safalı, S. (2016).Curcuminin Kırık İyileşmesi Üzerine Etkisinin Ratlarda İncelenmesi. T.C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 64s, Konya.
- Sarı, Z., Otman, S., Akman, N., (1995). Correlation of foot deformities with heredity in children. *Journal of Turgut Özal Medical Center*, 2(2):160-165.
- Sarı, E. (2011). Edirne Merkezinde Ev Ortamında Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 86s, Edirne.
- Saxena, S., Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organisation perspective. *Eur Psychiatry*, 12:263-266.
- Selçuk, M.B., Belet, Ü., Sağlam, S., Yalın, T.C., Karaismailoğlu, T.N. (2000). Sprengel Deformitesi: İki Kardeş Olgusu. *O.M.Ü Tıp Dergisi*, 17(2):107-111.
- Seok, H.H., Park, J.U., Kwon, S.T. (2013). New Classification of Polidactyly of the Foot on the Basis of Syndactylism, Axis Deviation and Metatarsal Extent of Extra Digit. *Arc Plast Surg*, 40:232-237.
- Sever, B.G. (2004). Erişkin Femur Cisim Kırıklarında Antegrad Kilitli İntramedüller Çivileme Uygulamamız, T.C. Sağlık Bakanlığı DR. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi. 98s, İstanbul.
- Shizard, K., Kiesau, C.D., Deorio, J.K., Parekh, S.G. (2011). Lesser Toe Deformities. *JAM Acad Ortop Surg*, 19:505-514.
- Sinici, E., Tunay, S., Tunay, V., Kılıç, E. (2008). Primer Kalça Protezi Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 42(1): 22-25.
- Soran, N. (2009). Postmenapozal Osteoporozda Oksidatif Stres, Kemik Mineral Yođunluđu, Kemik Yapım ve Yıkım Belirteçleri ve Yaşam Kalitesi, şanlı Urfa T.C. Harran Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 61s, şanlı Urfa.
- Sucato, D.J., Johnston, C.E., Birch, J.G., Herring, J.A., Mack, P. (1999). Outcome of Ultrasonographic Hip Abnormalities in Clinically Stable Hips. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 19(6):754-759.

- Şahin, Y. (2014). Yük Taşıyan İnsan Yürüyüşünü Destekleyici Alt Ekstremitte Dış İskelet Geliştirilmesi, T.C. Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Makine Mühendisliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, 113s, Konya.
- Şaş, S., Güngör, Z.K. Erdem, H.R. Tuncay, F. (2017). Opere Sprengel Deformitesinin (Doğuştan Yüksek Skapula) Rahabiliteasyon Sonuçları: Olgu Sunumu. *Haseki Tıp Bülteni*, 55: 328-33.
- Şen, T., Kömürcü, M., (2011). The Anatomy of the Wrist and the Carpal Tunnel. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi*, 10(1):18-24.
- Şen, G.M., Kartal, M., Özçakar., N. (2012). Management of Developmental Dysplasia of the Hip. *The Journal of Turkish Family Physician* 3(4):21-25.
- Şener, B. (2005). Stabil Olmayan Radius Distal Uç Kırıklarında Perkütan Çivileme Yöntemi ve Sonuçlarımız, Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 62s, İstanbul.
- Tanrikulu, S., Gönen, E. (2017). Kırık İyileşmesi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi*, 16:455-475.
- Tarsuslu, T. (2007). Genç Yetişkin ve Yetişkin Serebral Paralizili Bireylerde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Doktora Programı, Doktora Tezi, 102s, Ankara.
- Taşkın, E.Ü. (2011). Total Diz Protezi Uygulanan Hastalara Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlığın Özbakım Gücü, Fonksiyonel Durum ve Ağrıya Etkisi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 179s, . İzmir.
- Taşkıran, Ö.Ö. (2011). Romatoid El. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 14: 19-23.
- Taştekin, N., Uzunca, K., Birtane, M., Kabayel, D.D. Öztürk, G. (2006). Romatoid Artrit'li Hastalarda, El Eklemlerindeki Hareket Açıklığı ve El Kavrama Kuvvetlerinin Hastalık Aktivasyonu, El Fonksiyonları ve Özürlülük İlişkisi. *Romatizma Dergisi*, 11(3):173-176.
- Taştekin, N., Tuna, H., Kokino, S. (2003). Romatoid Artritli Hastalarda Ayakta Görülen Deformiteler ve Pedobarografik Değerlendirme, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 49(1):10-16.
- Tavazar, H., Erkaya, E., Yavaş, Ö., Tez, Ö., Devrim ,Zerengök, D., Güzel, P., Özbey, S. (2014). Lise Eğitimi Alan Genç Erişkinlerin Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi (Manisa İli Örneği). *International Journal of Science Culture and Sport*, ISSN : 2148-1148 Doi : 10.14486/IJSCS122, s. 496-510.
- Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik Bölümünde Okuyan Öğrencilerde Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Denizli, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sporda Psiko- Sosyal Alanlar Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 89s, Denizli.

- Tien, Y.C., Chen, J.C., Fu, Y.C., Chic, T.T., Hunag, P.J., Wang, G.C. (2005). Supracondylar Dome Osteotomy For Cubitus Valgus Deformity Associated With a Lateral Condylar Nonunion in Children. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 87(7):1456-1463.
- Top, Ş.M. Özden Y.S. Efe Sevim, E.M. (2003), Psikiyatride Yaşam Kalitesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1):18-23.
- Topçu, B., Saraçlı, S., Dursun, P., Gazeloğlu, C., (2012). Akademisyenlerin Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Çalışma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1):15-19.
- Tosun, H.B., Bulut, M., Karakurt, L., Serbest, S. (2011). Doğumsal Radius Psödoartrozunda Yan Yana Distal Radioulnar Bifurkasyon Sinostoz Tekniği ile Ön Kola Tek Kemik Yapımı. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1):83-86.
- Tunç, P. (2008), Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları ile İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, 86s, Ankara.
- Turanlı, S., Özer, H. (2002). Konjenital Patellar Çıkık (Olgu Sunumu). *Artroplasty Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 13(3): 190-194.
- Tülek, Z., (2006). Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multiple Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 173s, İstanbul.
- Türk, A.B., Bumin, G. (2015). Engelli Çocuğa Sahip Annelerde Zaman Yönetimi Eğitiminin Aktivite Performansı, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Stresle Başa Çıkma Üzerine Etkisi: Pilot Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(1):13-20.
- Türkyılmaz, G., Avcı, Ş., Ertürk, E., Sivrikoz, T.S., Altunoğlu, U., Kalelioğlu, İ., Has, R., Yüksel A. (2018). Prenatal Dönemde Tanı Koyulan İzole Yarı El. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 81(1):37-41.
- Uçar, B.Y. (2006), Çocuklardaki Deplase Suprakondiler Humerus Kırıklarının Cerrahi Tedavi Sonuçları, T.C. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 75s, İstanbul.
- Uçan, Ö., Taşcı, S., Ovayolu, N. (2007).Osteoporozda Risk Faktörleri ve Korunmanın Önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(3):78-86.
- Us, A., Turgut, A., (2017). Doğuştan Çarpık Ayak (Pes Equino Varus). *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 16: 404-412.
- Uygur, M.E. (2017). Çocukluk Çağı Ayak Parmak Deformiteleri. *TOTBİD Dergisi*, 16, s.434-445.
- Ünalmiş, D. (2016). Osteoartritli Hastalarda Femoral Kondil Kıkırdağı Yüzey Alanı ve Hacminin Hesaplanması, T.C. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 68s, Kayseri.

- Üner, S., Sevensan, F. (2013). Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Kişilerde Genel Sağlık Durumu ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2):121-128.
- Ünsal, S., Kaya, K., Özel, S. (2002). Olgu Sunumu: Madelung Degormitesi. *Fiziksel Tıp Dergisi*, 5(1):47-49.
- Ünüvar, F. (2006). Gelişimsel Kalça Displazisi Tedavisinde Uygulanan Salter Tavan Osteotomisine Femoral Kısaltma Ekleminin Avantajları, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği. Uzmanlık Tezi, 110s, İstanbul.
- Vatansever, A., Öziç, U., Okçu, G. (2005). Femur Üst Uç Kırıkları Nedeniyle Hemiarthroplasti ile Tedavi Edilen Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 39(3):237-242.
- Vural, Ö., Eler, S., Güzel, N. (2010). Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(2):69-75.
- Yalın, H. (2011). İnme Sonrası Hastaların Fonksiyonel Durum, Engellilik ve Yaşam Kaliteleri, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 139s, İstanbul.
- Yapıcı, A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Aksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, 54s, İstanbul.
- Yıldırım, A., Toğral, G., Aktaş, E. Arıkan, M. (2013). Current Classifications of Syndactyly and Case Report. *Acta Oncol Tur.* 46:1, 60-61.
- Yıldırım, M. (2018). İnsan Anatomisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Yıldız, Ö. (2011). Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Türkiye Cumhuriyeti Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 75s, Afyon.
- Yılmaz, H.H., Uçok, Ö., Doğan, N., Özen, T., Karakurumer, K. (2002). *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, 5(1):33-35.
- Yoldaş, H. (2008). Erişkin Tibia Cisim Kırıklarında Kilitli İntramedüller Çivi Uygulamaları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 70s, İstanbul.
- Yücel, İ., Özturan, K., Karaca, E., Değirmenci, E. (2005). Konjenital Diz Subluksasyonu ve Çıkığı: Olgu Sunumu ve Literatür Taraması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 1: 27-31.
- Zeybek, H., Can, N. (2015). Üst Ekstremitte Kırık ve Çıkıkları. Derman Tıbbi Yayıncılık, DOI:10.4328/DERMAN.3742.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-İtem Short- Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and İtem Selection. *Med Care*, 30: 473-483.

Ware, J., E., Snow, K.,K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). SF-36 Healty Survey: Manual and İnterpretation Guide. New England Medical Center, Boston.

Watanabe, H., Fujita, S., Oka, I. (1992). Polydactyl of the Foot: An Analysisi of 265 cases and a Morphological Classification. *Plast. Reconstr. Surg.* 89: 856-977.

Weber, M. (2015). Congenital Pseudarthrosis of Tibia: Redefi Ned (Congenital Crural Segmental Dysplasia). *Advanced Techniques in Limb Reconstruction Surgery*, ISBN 978-3-642-55025-6, (eBook) DOI 10.1007/978-3-642-55026-3 Springer s.301-320.

Weber, M. (2016).Treatment of Tibial Hemimelia, *Advanced Techniques in Limb Reconstruction Surgery*, ISBN 978-3-642-55025-6 ISBN 978-3-642-55026-3 (eBook) DOI 10.1007/978-3-642-55026-3 Springer s. 321-360.

Wilson, I.B., Cleraly, P.D. (1995). Linking Clinical Variables with Health Related Quality of Life. *JAMA*, 273(1):59-65.

Wobser, A., M., Adkins, Z., Wobser, R.,W. *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Bones (İlium, İschium and Pubis)*. StatPearls Publishing; Treasure Island (PubMed).

İnternet Kaynakları

İnt. Kay.1. <http://www.açıkders.ankara.edu.tr/>, 10.04.2020.

İnt. Kay.2. <http://www.nevoku.com/aciklamalı-ders-notları-anatomi/>, 05.02.2018.

İnt. Kay. 3. <http://www.açıkders.ankara.edu.tr/>, 10.02.2018.

İnt. Kay. 4. <http://megep.meb.gov.tr/>, 15.01.2017.

İnt. Kay. 5. <http://www.tipedu.cumhuriyet.edu.tr/>, 05.03.2016.

İnt. Kay. 6. <http://www.aott.org.tr/>, 01.02.2017.

İnt. Kay. 7. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/>, 01.02.2018.

İnt. Kay. 8. <https://atauzem.atauni.edu.tr/>, 15.02.2019.

İnt. Kay. 9. <http://www.orthodoctor.tr/>, 10. 12. 2017.

7. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ONAY FORMU

Anatomik deformitelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasına yönelik olan yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Anatomik Deformitelerin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi”dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin amacı, Anatomik deformitelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin sosyo demografik özellikler açısından incelenmesidir. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi (veteriner) Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilecek bir Doktora tezi olacak olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu çalışma Doktora öğrencisi olan Saliha Abacıoğlu’nun tezidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz yardımcı araştırmacı Op. Dr. Tunçhan ÇELİK ve Doktora tez danışmanı Prof. Dr. İsmail TÜRKMENOĞLU yönetiminde, doktora öğrencisi Saliha Abacıoğlu anket yöntemi ile size sorular soracaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Sayın doktora öğrencisi olan Saliha Abacıoğlu; tez danışmanı/sorumlu araştırmacı Prof. Dr. İsmail Türkmenoğlu, yardımcı araştırmacı Op. Dr. Tunçhan Çelik yönetiminde Saliha Abacıoğlu tarafından Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi’nde ankete dayalı bir araştırmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu

araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, yardımcı araştırmacı Op. Dr. Tunçhan Çelik cep (...) ve tez danışmanı/sorumlu araştırmacı Prof. Dr. İsmail TÜRKMENOĞLU (...) numaralı telefonlardan da arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı rededersem, bu durumun araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Katılımcının

Adı Soyadı:

Adres:

Araştırmacının

Adı Soyadı

Saliha Abacıoğlu

Adres: EKEHTRH

EK 2. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyet: A) Bayan B) Erkek
2. Yaş:
3. Medeni Durumu: A) Bekar B) Evli
4. Eğitim Durumu: A) Okur-yazar değil B) İlköğretim C) Lise D) Üniversite
5. Çalışma Durumu: A) Çalışmıyor B) Emekli C) Memur D) İşçi E) Diğer
6. Sağlık Güvencesi: A) Var B) Yok
7. Aylık Geliri: A) Yok B) Asgari Ücret C) 2500-4000 TL D) 4001 TL ve üzeri
8. Yaşanılan Yer: A) Köy B) İlçe C) İl
9. Deformite Durumunuz: A) El B) Kol C) Ayak D) Bacak E) Diğer (Belirtiniz).....
10. Deformite Sebebiniz: A) Doğum Öncesi B) Hastalık C) Kaza D) Diğer (Belirtiniz)...
11. Deformite sayısı: A) Bir B) İki C) Üç ve daha fazla
12. Aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlar, lütfen işaretleyiniz
A) Ailemle birlikte yaşıyorum B) Yalnız yaşıyorum
13. Deformite durumunuz sizi başkasına bağımlı kılıyor mu?
A) Evet B) Hayır
14. Kronik bir hastalığınız var mı?
A) Evet B) Hayır

EK 3. MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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