

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANAN HASTALARDA
AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI DİZ FONKSİYONEL
SKORLARI İLE
AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI PSİKIYATRİK
FONKSİYONLARIN KORELASYONU**

Sevinç DİNLER

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Kamil Çağrı KÖSE

Tez No: 2008-036

2008-AFYON

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANAN HASTALARDA
AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI
DİZ FONKSİYONEL SKORLARI İLE
AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI PSİKIYATRİK
FONKSİYONLARIN KORELASYONU**

Sevinç DİNLER

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Kamil Çağrı KÖSE

Bu Tez Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma Fonu tarafındanproje
numarası ile desteklenmiştir.

Tez No: 2008-036

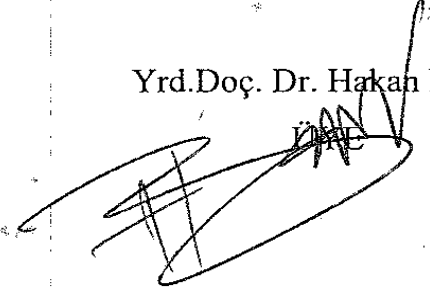
2008-AFYON

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

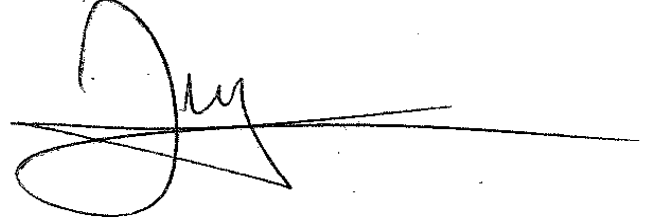
Tez Sayınma Tarihi: 16/07/2008

Yrd.Doç. Dr. Hakan BOYA



Yrd. Doç. Dr. Levent ALTINEL

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Kamil Çağrı KÖSE

ÜYE



Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Sevinç Dinler'in "Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Diz Fonksiyonel Skorları ile Ameliyat Öncesi ve Sonrası Psikiyatrik Fonksiyonların Korelasyonu" başlıklı tez çalışması/...../2008 günü saat.....da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Yavuz DEMİR

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Aşağıda okuyacağınız çalışma ülkemizde son derece sık uygulanan bir cerrahi tedavi metodu olan total diz protezi ameliyatının klinik ve psikiyatrik fonksiyonlar üzerindeki etkilerini incelemek üzere yapılmış bir çalışmadır. Bildiğimiz kadarı ile daha önce farklı cerrahi tedavilerin (kardiovasküler bypass cerrahisi gibi) psikiyatrik etkileri araştırılmış olmakla beraber total diz protezini konu alan bu tip bir çalışma ne ülkemizde ne de dünyada daha önce yapılmış değildir.

Çalışmam süresince bilgi, birikim ve deneyimleriyle yardımını esirgemeyen, çalışma konusu olan hastaların ameliyatlarını gerçekleştiren Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Kamil Çağrı KÖSE' ye, tüm hayatım boyunca olduğu gibi tezimle ilgili çalışmalarım da maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme ve bu araştırmaya katılmayı kabul eden herkese teşekkür ederim.

Çalışmamızın bu konu ile ilgilenen herkese faydalı ve bilim dünyasına ülkemizin yaptığı önemli bir katkı olması dileği ile...

Sevinç DİNLER

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Tablolar Dizini	V
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	VI
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ	4-5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1 Diz Ekleminin Anatomisi	6
2.2 Gonartroz	6
2.2.1 Gonartroza Yatkınlığı Arttıran Faktörler	7
2.2.2 Gonartroz Belirtileri	8
2.3 Gonartroz Tedavisi	10
2.4 Total Diz Protezi	14
2.4.1 Total Diz Protezi Endikasyonları	14
2.4.2 Total Diz Protezi Kontrendikasyonları	14
2.4.3 Total Diz Protezi Genel Komplikasyonları	14
2.4.4 Total Diz Protezi Lokal Komplikasyonları	15
2.5 Depresyon	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1 Araştırmanın Yapıldığı Yer	19
3.2 Araştırmanın Örneklemi	19
3.3 Verilerin Toplanması	19
3.3.1 Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması	20
3.3.2 Veri Toplama Süreci	20

3.4 Verilerin Değerlendirilmesi	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇLAR	34
KAYNAKLAR	35
EKLER	43

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simgeler</u>	<u>Açıklama</u>
min	Minumum değer
maks	Maksimum değer
n	Sayı
ort	Ortalama
p<0,05	İstatistiksel anlamlılık
r	Korelasyon katsayısı
s	Standart Sapma
t	Ortalama Farkı

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
BAE	Beck Anksiyete Envanteri (skalası)
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BİLATERAL	Çft yönlü
KSS	Knee Society Score
LDH	Lomber Disk Herni
NSAİ	Nonsteroid antianflamatuar
PREOP	Preoperatif (ameliyat öncesi)
POSTOP	Postoperatif (ameliyat sonrası)
TDP	Total Diz Protezi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerin dağılımı	22
Tablo 2: Tüm bireylerin preop ve postop BECK depresyon puanlarmaları	23
Tablo 3: Tüm bireylerin preop ve postop BECK depresyon şiddeti dağılımı	23
Tablo 4: Cinsiyete göre Preop ve Postop BECK depresyon şiddeti dağılımı	23
Tablo 5: Tüm bireylerin preop ve postop BAE puanlamaları	24
Tablo 6: Tüm bireylerin preop ve postop BAE şiddeti dağılımı	24
Tablo 7: Cinsiyetlere göre preop postop BAE şiddeti dağılımı	25
Tablo 8: Cinsiyetlere göre protezin uygulandığı diz:	25
Tablo 9: Diz skorlarının bireylere göre preop ve postop dağılımları	26
Tablo 10: Fonksiyonel skorlarının bireylere göre preop ve postop dağılımı	26
Tablo 11: Preop ve postop tüm parametrelerin dağılımı	27
Tablo 12: Cinsiyete göre diğer parametrik ölçümlerin dağılımı ve karşılaştırmaları	28

ÖZET**Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Diz Fonksiyonel Skorları İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası Psikiyatrik Fonksiyonların Korelasyonu**

Bu çalışma AKÜ Ortopedi Kliniğinde total diz protezi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası diz fonksiyon skorları ve bu skorların ameliyat öncesi ve sonrası bireylerin anksiyete ve depresyon değişimleriyle paralellik gösterip göstermediğini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmamız, Ekim 2006-Mayıs 2008 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi Kliniğinde araştırmayı kabul eden 30 hasta üzerinde uygulanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm demografik bilgileri içermektedir. İkinci bölümde hastaların depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Üçüncü bölümde ise bireylerin anksiyetesini ölçmek için, Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmış olan “Beck Anksiyete Ölçeği” kullanılmıştır. Hastaların preop ve postop diz skorları ise Amerikan Diz Cemiyeti skoru kullanılarak hasta dosyalarından bakılarak kaydedilmiştir.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde; SPSS 11.0 programı kullanıldı. Deskriptif istatistik yapıldı. Preoperatif postoperatif ölçülen ve skorlanan parametreler Paired samples T test kullanılarak karşılaştırıldı. Preop ve postop depresyon ve anksiyete skorlarını etkileyen devamlılık gösteren değişken faktörleri belirlemek için lineer regresyon analiz yapıldı. Ölçülen parametrelerin cinsiyetler arası farklılığı one-way anova testi kullanılarak belirlendi.

Araştırmada hastaların preop ve postop diz skorları arasında olumlu yönde belirgin farklılık gözlemlendi. Aynı şekilde preop ve post op Beck ve Bae skorları da anlamlı derecede farklı idi. Ancak; preop Beck ve Bae skorları ile preop diz skorları arasında bir paralellik bulunamadı. Aynı şekilde post op Beck ve Bae skorları ile post op diz skorları arasında bir paralellik bulunamadı. Yani ameliyat sonrası hastaların

anksiyete ve depresyon düzeylerinde belirgin iyileşmeler olmakla birlikte bu iyileşme ameliyat öncesi kliniğin kötülüğü veya ameliyat sonrası elde edilen iyileşmenin derecesi ile ilgili görünmemektedir.

Anahtar Sözcükler: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Diz Fonksiyon Skorları, Total Diz Protezi, Psikiyatrik Fonksiyonlar.

SUMMARY

The Correlation of Preoperative and Postoperative Functional Knee Scores and the Preoperative and Postoperative Psychiatric Scores in Patients Who Underwent Total Knee Arthroplasty

This study was conducted to research the correlation between preoperative and postoperative knee functions with psychiatric functions in patients who underwent total knee replacement in Afyon Kocatepe University Department of Orthopedics and Traumatology.

This study was done on 30 patients operated between October 2006 and May 2008. A questionnaire comprising of 3 sections was used to gather data.

The first section included demographic data. The second section consisted of Beck Depression Scale (developed by Beck et al to evaluate depression levels of patients) and the third section included the Beck Anxiety Scale. Preop and post op knee scores were gathered from the patient charts.

The data were evaluated using SPSS 11.0 statistical software and a descriptive statistics was done. Preoperative and postoperative parameters were compared using paired samples T test. Regression linear analysis was done to determine the variable factors affecting preoperative and postoperative depression and anxiety factors. The intersex differences were analyzed by one way ANOVA test.

There was a marked difference between the preoperative and postoperative knee scores. There also was a marked difference between preoperative and postoperative Beck depression and Beck anxiety scores. We could not find any correlation between preop Beck depression and anxiety scores and preop knee scores. We also could not find any correlation between postop Beck depression and anxiety scores and postop knee scores. In conclusion although there is a marked improvement in psychiatric conditions of the patients after total knee replacement, this improvement is not found to be correlated with the severity of the preoperative clinical status or postoperative clinical improvement.

Anahtar Sözcükler: Beck Anxiety Scores, Beck Depression Scores, Knee Function Score, Total Knee Arthroplasty, Psychiatric Function

1.GİRİŞ

Tahmini yaşam beklentisinin giderek yükseldiği dünyada yaşlanma ile hastaların diz eklemlerinde meydana gelen ileri derecede dejeneratif değişiklikler hastaların, ağrı ve hareketlilik kısıtlılığı nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Yaşam kalitesinin düşmesi zaten yaşlı ve psikiyatrik problemlere aday olan bir popülasyonda ilave psikolojik sorunları da beraberinde getirebilmektedir (1).

Başta primer osteoartrit olmak üzere romatoid artrit, ankilozan spondilit, hemofilik artropati, tüberküloz artrit, septik artrit, posttravmatik artroz gibi sebepler sonucu diz ekleminde artroz gelişmektedir. Diz eklemi yüzeyleindeki bozulmanın neden olduğu şikayetlerin giderilmesinde artroplasti; diğer tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda ortopedik cerrahların sıklıkla tercih ettiği ve başarıyla uyguladığı bir prosedürdür. Total diz protezi; temel cerrahi prensiplere uyularak yapıldığında ortopedik cerrahi girişimler içinde sonuçları en yüz güldürücü olanlardan biridir (1).

Modern total diz protezinin gelişimi ile milyonlarca insana ağrısız ve fonksiyonel bir diz sağlanmıştır. Dejeneratif bozuklukların sebep olduğu ağrı ve hareketlilik kısıtlılığını gidermek amacıyla uygulanan antienflamatuvar tedavi, fizik tedavi, eklem debridmanı, distal femoral osteotomi, yüksek tibial osteotomi gibi tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda total diz artroplastisi efektif bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (2).

Ülkemizde total diz artroplastisi uygulamaları gün geçtikçe artmaktadır ve bu uygulama bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya devam edecektir. Sonuçlar son derece yüz güldürücü olsa da uygulanan total diz protezlerinin ülke ekonomisine belli bir yük oluşturduğu da bilinmektedir (2).

Gonartrozlu hastalarda ağrı ve hareket kısıtlılığı bireyin psikolojisini etkilemektedir. Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnokültürel, dinsel, bilimsel, ruhsal ve çevresel bir durumdur (3,4).

Ağrı ile depresyon ilişkisine bakıldığında, ağrı depresyonun bir komponenti olabilir, depresyon kronik ağrının komplikasyonu olarak gözlemlenebilir veya ağrı ve depresyon birlikte ancak ilişkisiz olabilir. Depresyonlu hastaların %50-60'ında

ağrının önemli bir yakınma olduğu ve ağrı hastaların %60'ında depresif belirtiler bulunduğu gösterilmiştir. Önemli depresif sendromlar ağrısı bulunan hastaların %30-87'sinde görülür. Ağrılı hastalarda motor gerginlik, endişe hali, sürekli tetikte olma ve hemen irkilme, korkulu bir bekleyiş gibi anksiyete belirtileri sık görülür (5,6).

Ağrı kişinin yaşam kalitesini azaltır ve yaşam kalitesi azalan hastalarda da fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik hali de olumsuz yönde etkilenir (5,6).

Gonartroz, günlük normal yaşam aktivitelerini oldukça engelleyen ve ilerleyici tabiatı olan bir durumdur. Ağrı, işlevselliği etkilemekte, bir takım ruhsal tepkilere yol açabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (7).

Gonortrozun şiddetli ağrıya ve fonksiyonel kısıtlanmaya neden olması ve total diz protezi sonrasında da hastanın bu tip problemlerinin önemli ölçüde çözülebilmesi nedeni ile hastaların kendini algılamalarında, anksiyete ve depresyon düzeylerinde önemli değişimler beklenmektedir. Bu çalışmada operasyon ile bağlantılı olarak hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve diz fonksiyonel skorları arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmaktadır.

2- GENEL BİLGİLER

2.1. Diz Anatomisi:

Diz eklemi, sinoviyal boşluk hacmi ve artiküler kıkırdak alanı açısından insan vücudundaki en büyük eklemdir. Ortak bir eklem boşluğuna sahip iki fonksiyonel eklemden oluşmuştur. Bunlar patellofemoral eklem ve tibiofemoral eklemlerdir. Dizdeki bağlar, hem geniş bir eklem hareket açıklığı ve esneklik, hemde vücut ağırlığını taşımak için gerekli stabiliteyi sağlamak üzere oluşmuş özel bir yapıya sahiptir. Dizin stabilitesi kemik yapıdan çok kaslar, kapsül, menisküsler ve bağlar tarafından sağlanır. Bu bağlar, mediyal ve lateral kollateral bağlar ile ön ve arka çapraz bağlardır.

Femoral ve tibial kondiller birbirleri ile mediyal ve lateral tibiofemoral kompartmanlarda periferal olarak yerleşmiş hilal biçiminde fibrokartilajdan oluşan menisküsler aracılığı ile birleşmişlerdir. Menisküsler, yük taşıma ve stabiliteyi sağlamada görev alırlar. Diz eklemine çevreleyen muskulotendinöz yapılar, dinamik stabiliteden sorumludurlar. Herhangi birinde meydana gelecek bir enflamasyon ya da hasar durumunda dizde instabilite ve ağrı ortaya çıkar. Dizin ana ekstansörü kuadriseps, ana fleksörü hemstringlerdir: gastroknemius, sartorius ve gracilis yardımcıdır. Diz eklemine ekstansiyon, fleksiyon ve rotasyon hareketleri yapılabilmektedir. Ancak ortaya çıkan hareket basit bir menteşe eklemi tipinde değil, oldukça komplekstir. Diz fleksiyon ve ekstansiyondayken rotasyon aksı da değişmektedir. Normal eklem hareketi, artiküler yüzeylerin şekli, menisküsler ve bağlar ile kapsülün oluşturduğu gerilim ile sağlanır. Bu yapıların herhangi birinde meydana gelecek bir hasar, hareketin bozulmasına ve dolayısı ile de ağrıya sebep olacaktır (8,9).

2.2. Gonartroz Tanımı:

Osteoartroz; diatrodial eklemlerin artiküler kartilajında zedelenme, eklem çevresinde ve yüzeyinde yeni kemik oluşumları ile belirgin dejeneratif, nonenflamatuvar, deformatelere neden olabilen bir hareket sistemi hastalığıdır (9).

Toplumun yaş ortalamasının arttığı günümüzde osteoartrozlar, özellikle de diz osteoartrozu (gonartroz) bireyin günlük yaşam işlevlerini etkilemekte ve beraberinde sosyo-ekonomik sorunlara neden olmaktadır.

Yapılan çalışmalar sonucunda diz osteoartrozu gelişiminde çok sayıda risk faktörü olduğu, etiopatogeneizde osteoartroza yatkınlığa yol açan genel risk etmenleri ile lokal mekanik etmenlerin birlikte etkili olduğu bildirilmektedir (10).

2.2.1. Gonartroz Gelişimini Arttıran Faktörler

1) Yaş:

Yaş diz osteoartrozu gelişiminde en önemli risk etmenlerindedir. 45 yaşın altında oldukça düşük olan hastalık prevalansı, sonrasında artış göstermektedir (10).

TDA için 55 yaş altındaki ve 75 yaş üstündeki hastalar riskli gruptadır. 55 yaş altında protez kararı romatoid artrit, hemofili ve travmatik artrit gibi endikasyonlarda konabilir. Daha önceki yıllarda, erken gevşeme ve sement kullanımına bağlı olarak osteolizis gelişimi riskleri nedeniyle 55 yaş altı grupta artroplasti önerilmemekteydi. Ancak bu grupta yapılan en az beş yıllık takip sonuçlarını değerlendiren çalışmalarda başarılı sonuçlar gözlenmektedir. 75 yaş üstündeki hastalar ise preoperatif mortalite ve morbiditesi yüksek hastalardır. Bu nedenle bu grubun preoperatif değerlendirmesinde daha dikkatli olunmalıdır (10-13).

2) Obezite:

Çeşitli araştırmalarda, osteoartroz ile obesite arasındaki ilişki incelenmiş, bunlardan kalça ve diz osteoartrozu ile obesite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (14).

Ancak halen tartışmalıdır. Obesitenin dejeneratif eklem hastalığının oluşumunda veya ağırlaşmasında tek başına faktör olmadığı, değişik çalışmalarda gösterilmiştir(15-16).

Goldin ve arkadaşları, yaşları 25-34 arasında olan ileri derecede şişmanlığı bulunan kişilerde kalça ve diz osteoartrozunun prevalansının artmadığını tesbit etmişlerdir(16).

Dequecker ve arkadaşları, osteoartroz ile osteoporoz arasındaki antropometrik farklılıkları saptamaya çalışmışlardır. Osteoporozlu kadınların kısa, ince yapılı, az yağ ve kas dokulu ve daha az kas kuvvetine sahip olduklarını bulmuşlardır. Buna

karşılık, osteoartrozlu kadınların obez yapılı daha çok kas ve yağ dokulu ve daha fazla kas kuvvetine sahip olduklarını tesbit etmişlerdir (17).

3) Diyabet:

Osteoartrit ve diyabet gibi sık görülen hastalıklar arasında bir ilişki saptamak güçtür; fakat birçok çalışma ikisi arasında pozitif bir ilişki ortaya koymuştur. Birçok araştırmacı genç ve orta yaş diyabetik hastalarda osteoartrit prevalansının daha fazla olduğunu ve eklem harabiyetinin daha erken yaşta başladığını, kontrol grubuna göre daha şiddetli olduğunu öne sürmüştür. Tip 2 diabette insülin rezistansı ile hiperinsülineminin kemik büyümesini stimüle ettiği düşünülebilir. İnsülinin kırıkta büyümesini ve proteoglikan biosentezini stimüle ettiği gösterilmiştir (18,19).

4) Cinsiyet:

Özellikle orta yaş ve yaşlı, postmenapozal dönemdeki kadınlarda görülme sıklığı artmaktadır.

5) Hipermobilité

6) Travma

7) Dizde Mekanik Yüklemeyi Artıran Bir Takım Etmenler

2.2.2 Gonartroz Belirtileri:

a) Ağrı:

Ağrı, genellikle dizin kullanılmasıyla ortaya çıkar, yürümekle, merdiven inip çıkmakla ve uzun süre çömelmek ya da oturmakla artar.

Tipik olarak eklem yüklenmesiyle artıp, dinlenmekle azalan karakterdedir. Sabahları ve dinlenme sonrası tanımlanan eklem tutukluğu 30 dakikanın altındadır.

Bu hastaların ağrıları kronik ağrılardır. Kronik ağrı bir hastalık sürecidir. Akut ağrıdan belirgin şekilde ayıran yanı, bir akut hastalık veya travma sonucunda oluşan ağrıya göre, daha uzun sürmesidir. Bu ağrı, halen devam eden bir patoloji ile birlikte bulunabileceği gibi, hastalık veya travmanın iyileşmesinden sonra da devam edebilir.

Akut ağrıda olduğu gibi kronik ağrıda da, organik hastalığa bağlı ise, altta yatan hastalığın etkin bir şekilde tedavisi gereklidir. Kronik ağrı çoğu zaman iyi lokalize edilemez, künt, yanıcı ve sürekli olma eğilimindedir. Otonom sinir sistemine ait

bulgular gözlenmeksizin, hasta klinik olarak bitkin, depresif bir durumda olup, çevreye ilgisiz ve kayıtsız bir görüntü verebilir (20).

KRONİK AĞRININ KOMPLİKASYONLARI

Fiziksel Komplikasyonlar: Kronik ağrılı hastada sıklıkla inaktiviteden dolayı sekonder ağrı gelişir. Kullanılmama nedeniyle eklem hareket açıklığında azalma, miyofasiyal ağrı ve kas güçsüzlüğü ortaya çıkabilir. Medikal olarak oluşturulan ilaç bağımlılığı önemli bir sorundur. Malign zemini olmayan hastaların %30-50 kadarında belirgin bir ilaç bağımlılığının olduğu tahmin edilmektedir (21-23).

Psikolojik Komplikasyonlar: Depresyon, kronik ağrının yaygın bir komplikasyonudur. Bu hastalar sıklıkla aile veya iş çevrelerini sekonder kazanç sağlamak için kullanırlar. Kronik ağrı, aile üyeleri üzerinde ciddi strese sebep olur. Seksüel disfonksiyonlar yaygındır. Eşlerin %25'inde kalıcı depresyon görülebilir (24-26).

Çevresel Komplikasyonlar: Yaklaşık olarak Amerika nüfusunun 1/3'ünde kalıcı veya tekrarlayıcı kronik ağrı mevcuttur. Bu hastaların 1/2 veya 2/3'ünde kısmi ya da tam sakatlık ortaya çıkar. Tıbbi ihtiyaçlar, iş gücü kaybı ve tazminatlarının yıllık maliyetinin 70 milyon doları bulduğu tahmin edilmektedir (27).

Gonartrozlu hastalarda bel ağrısı da yansıyan ağrı olarak görülebilir. Yapılan bir çalışmada gonartrozu olanlarda LDH gelişme riskinin, gonartrozu olmayanlara göre 8.4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Disk herniyasyonu ile dejenerasyon sıklıkla birlikte görülmektedir. Fakat sorun, hangisinin "neden", hangisinin "sonuç" olduğudur. Humphreys'e göre, LDH birkaç faktörün neden olduğu disk dejenerasyonu sonucu oluşmaktadır (28,29).

Osteoartroz, hyalin eklem kıkırdağının progresif dejenerasyonu ile karakterize bir süreçtir. Dejeneratif süreç sonucu, su oranı azalır. Proteoglikanlar parçalanır. Normal intervertebral diskin ve özellikle anulus fibrosusun biyokimyasal yapısı hyalin eklem kıkırdağına çok benzemektedir. End plate ise tipik hyalin kıkırdak yapısındadır. Disk dejenerasyonunun erken dönemlerinde, proteoglikan degradasyonu sonucu intradiskal basınç artışı olur. Basınç artışı yanında kollajen, proteoglikan yıkımı, diskin kolayca yırtılmasına neden olabilir (30-34).

Yaşlandıkça, dejenerasyon süreci içinde diskin su içeriği azalır. Dejenerasyonu takiben progresif fibrozis oluşur. Bu olay önce kaudal disklerde başlar ve yaşlandıkça kranial yönde ilerler. Fibrotik doku diskin retrakte olmasına, sertleşmesine neden olur. Bu durumda diskin herniye olması zordur. Bu yüzden, yaş ilerledikçe L5-S1 disk herniasyon sıklığı azalmakta ve disk herniasyonu daha üst seviyelerde, daha sık görülür hale gelebilmektedir (35-37).

Yapısal olarak hyalin eklem kıkırdağına, intervertebral diskin komponentlerinden AF ve end plate'in çok benzediği açıkça görülmektedir. Hem biyokimyasal kompozisyon hem de dejenerasyon sürecinde meydana gelen değişiklikler açısından benzerlik olması nedeniyle sinovyal eklemden dejenerasyonu başlatan etken, intervertebral diskte de dejenerasyona neden olabilir. Bilindiği gibi primer osteoartrozda, eklem kıkırdağında yaşa bağlı değişiklikler dışında sorumlu tutulan bir faktör yoktur. Yaşa bağlı benzer değişikliklerin, yapıca benzerlik gösteren intervertebral diskte de ortaya çıkması olasıdır. Diskte dejenerasyon gelişimi yapısal bütünlüğün bozulmasına ve yırtıklara neden olabilir. LDH ve gonartroz'un bu birlikteliğinin anlamı, her iki hastalığın, aynı patolojik sürecin sonucu olarak ortaya çıktığı olabilir (38).

2-Fizik İncelemede İse Sıklıkla Eklem Çevresinde Duyarlılık

3- Eklem Çevresinde Genişleme

4- Eklem Hareketi Sırasında Krepitasyon

5- İleri Dönemlerde İse Deformiteler ve Eklem Hareketinde Kısıtlılık

2.3. Gonartroz Tedavisi:

Tedavi yaklaşımı her hastalıkta olduğu gibi olgunun durumuna göre değişerek, ağrının azaltılması, mobilitenin artırılması, sakatlığın engellenmesinden biri ön plana geçebilir. Osteoartroz tedavisi; hasta eğitiminden, çeşitli fizik tedavi modaliteleri, egzersiz, ilaç tedavisi ve sonunda da cerrahi girişime kadar değişen geniş bir yelpazeyi içerir (Tablo 1 ve 2).

Tablo 1. Diz osteoartrozu tedavisinde piramit yaklaşımı

Eğitim, öneri, diyet

Eklem hareketi ve kas gücü için uygun egzersizler

Eklem koruma teknikleri

Yardımcı ortez ve yürüme araçları, Ayakkabı modifikasyonları

Fizik tedavi ajanları

Basit analjezikler

NSAİİ (alevlenme döneminde)

İntra-artiküler steroidler

Eklem lavajı

Medikal sinovektomi

Cerrahi tedavi

Tablo 2. Diz ağrılarında hastalara öneriler (10 Emir)

- 1- Hareketli kal,
- 2- Yürü, ama ağrı sınırına gelmeden dur,
- 3- Uzun süre ayakta sabit durma,
- 4- Sandalye yüksekliğinden daha alçak yerlere oturma, diz çökme,
- 5- Yüksek tuvalet kullan,
- 6- Yumuşak tabanlı ayakkabı kullan, yumuşak zeminde yürü,
- 7- Sık merdiven inip çıkma,
- 8- Kilonu azalt, ağır yük taşıma,
- 9- Gereğinde baston kullan,
- 10- Düzenli olarak, her gün egzersizlerini uygula

Hastalığın asemptomatik döneminden belirgin hastalık tablosuna geçiş dönemine kadar birincil korunmaya yönelik önlemler yer alır. Pek çok epidemiyolojik çalışmada obezitenin diz osteoartrozu oluşumunda ve hastalığın ilerlemesinde major risk etmeni olduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla diyet ve çeşitli egzersizlerle fazla kiloların atılması tedavinin her basamağında yer almaktadır. İnstabilite, hipermobilitate ve çeşitli deformitelerin saptanarak düzeltilmesine yönelik yapılan girişimler de gerek hastalığın oluşumunda gerekse de ilerlemesinde önemlidir. Ayrıca diz ekleminin anormal kullanımını gerektiren bazı meslek dalları ve alışkanlıklar konusunda (dizlerin büküldüğü pozisyonlar) hastaların aydınlatılması da korunmada önemlidir.

Semptomatik dönem tedavisi ise rehabilitatif yaklaşımlar, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi üç ana başlıkta incelenebilir:

Rehabilitasyon yaklaşımları:

Hasta eğitimi: Öncelikle hastaya hastalığı anlayabileceği bir biçimde anlatılmalıdır. Hastalara basit bir analjezik vermek, dizlerini korumayı öğretmek ve hastalığın nedenleri ve doğal seyri hakkında bilgi vermek bile oldukça rahatlatıcı olabilir. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan bireylerde dejeneratif eklem hastalığı gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla hastaların hastalıkları ve uygulanacak tedaviler hakkında bilgilendirilmelerini ve tedavi programlarına katılımlarını amaçlayan "interaktif hasta eğitim programları"nın etkinliği oldukça fazladır.

Kilo verme: Yapılan çalışmalarda obez semptomatik hastalarda 5 kg zayıflamanın hastalık progresyonunu yarı yarıya azalttığı bildirilmektedir. Dolayısıyla ılımlı, uygulanabilir bir diyet ile kilo verme hastalık seyrini anlamlı derecede etkileyecektir.

Egzersiz ve fizik tedavi: Diz osteoartrozu tedavisinde egzersiz ve fizik tedavi uygulamalarının önemli bir yeri vardır. Bunun başlıca nedenleri, diğer tedavi seçeneklerinin büyük ölçüde semptomatik yaklaşım içermesi, cerrahi yöntemlerin ise geç dönem olgularda endike olmasıdır. Bununla birlikte hastanın fonksiyonel sorunları ve ağrı ön plandadır. Bu alanlarda hasta eğitimini de kapsayan fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri yan etkisi oldukça az olan etkin tedavi olanakları sunmaktadır.

Genellikle diz osteoartritli hastaların hekime başvurduğu dönem, ağrı ve enflamasyonun arttığı 'aktive gonartroz' olarak da tanımlanabilen akut sinovitin olduğu dönemdir. Bu tür bir klinik tabloda ilk hedef enflamasyonun ve ağrının azaltılması olduğuna göre; eklem üzerine binen yükün en aza indirilmesiyle sağlanan "dinlenme" ilk önlemdir. Hastaya ağrı sınırına varmayacak kadar hareketin serbest olduğu, vücut yükünün diz üzerinde arttığı zorlanmalardan kaçınılması gerektiği

bilgisi net olarak verilmelidir (Merdiven inip çıkma, yerde oturma, yere çömelmeyi gerektiren aktivilerden kaçınması gibi). Bu dönemde analjezik ve antienflamatuvar etkisi net olarak kanıtlanmış olan soğuk uygulamalarına (kriyoterapi) başlanabilir (Tablo 3). Yine bu dönemde analjezi amacı ile alçak frekanslı akımlardan yararlanılabilir. Yoğun egzersiz programlarından kaçınılan bu dönemde izometrik egzersizler verilmelidir. Çünkü dizde kısa bir süre içerisinde immobiliteye bağlı olarak gelişen kuadriseps kasındaki atrofi, eklem dejenerasyonunu hızlandırmaktadır. Tablo 3. Evde uygulanabilecek basit soğuk tedavisi

Bir-iki kiloluk bir naylon torbaya buzdolabından çıkardığımız buz parçacıklarını doldurun. Parçacıklar büyük ise kırarak boyutlarını küçültün. Torbanın içerisine bir miktar çeşme suyu ekleyerek ağzını bağlayın. Eklem yüzeyine ince bir bez koyduktan sonra, bu torbayı eklemi iyice saracak biçimde yerleştirin.

Bu uygulamayı günde en az iki kez 10-15 dakika yineleyin.

Enflamasyon aktivitesinin ve ağrının azalması ile pasif yöntemlerden aktif uygulamalara geçilerek, hastanın ağrı sınırını geçmeyecek ölçüde yürüyüş vb. aktivitelere izin verilebilir. Soğuk uygulamaların sürdürülebileceği bu dönemde, geleneksel olarak sıcak uygulamalara da başvurulabilir. Bu kapsamda; güneş banyosu, kaplıca suyu gibi uygulamalardan, yüzeysel ısıtıcı kızıl ötesi ışınlarına, daha derin dokulara etkili ultrason, mikrodalga ve kısa dalga diatermiye kadar yöntemler kullanılabilir. Bu dönemde de analjezik amaçlı fizik tedavi akımlarından da yararlanılabilir.

Diz osteoartrozunun her döneminde tedavinin merkezini egzersiz tedavisinin oluşturmaktadır. Aktif ve pasif olarak uygulanabilen egzersiz programları ile kasların güçlendirilmesi, koordinasyon yetisinin yeniden geliştirilmesi, azalmış ya da kaybolmuş eklem hareketinin artırılması, yürüyüş paterninin düzeltilerek hastanın işlevsel bağımsızlığını artırmak amaçlanır. Diz eklemine yük bindirmeyen, dolayısı ile travma oluşturmayan yüzme ve havuz egzersizleri gibi, aerobik egzersizler kondisyonu artırmada ve kilo vermede yardımcıdır.

Ortezler ve yardımcı cihazlar: Ekleme binen yükü azaltmak amacı ile karşı ele baston verilebilir. Ayakkabı ve tabanlık düzenlemeleri, şok emici ayakkabı kullanımları ve dizlikler gerekli kalitenin sağlanması koşulu ile etkili sonuçlar verebilir (39).

2.4 Cerrahi Tedavi Total Diz Protezi:

Total diz protezi uygulaması, ileri derecede diz osteoartritli hastalarda tıbbi ve diğer cerrahi tedavi seçeneklerine yanıt alınmadığında kullanılan ve uzun dönem sonuçları iyi olan bir yöntemdir (40).

Total diz protezi uygulamalarının amacı ağrıyı gidermek, bozulmuş alt ekstremitte mekanik aksını yeniden oluşturarak diz eklemine gelen yükün fizyolojik olarak taşınmasını ve günlük aktivitelerin rahatlıkla yapılmasını sağlamaktır (41).

2.4.1 Total Diz Protezi Endikasyonları:

Total diz protezinin amaçları şiddetli ağrının giderilmesi, deformitelerin düzeltilmesi, fonksiyonların yeniden kazanılması ve komşu eklemlerde ağırlı sekonder etkilerin önlenmesi veya giderilmesi şeklinde özetlenebilir. Şiddetli progresif diz ağrısı, instabilite ve deformite genel endikasyonlar arasındadır (40).

Romatoit artrit gibi enflamatuar eklem hastalıklarında kesin bir yaş sınırı yoktur. Ancak dejeneratif osteoartritte diz protezi planlanırken hastanın yaşı, mesleği, günlük aktivite düzeyi ve en önemlisi de vücut ağırlığı mutlaka dikkate alınmalıdır. Genellikle 60 yaşın altında veya obez hastalarda tercih edilmez. Daha genç hastalarda öncelikle osteotomi gibi daha basit girişimler tercih edilmelidir (41).

2.4.2 Total Diz Protezi Kontrendikasyonları:

Kesin kontrendikasyonları, yakın zamanda geçirilmiş septik artrit ve ilgili eklem çevresi kasların paralizi ve nöropatik eklem hastalığı; rölatif kontrendikasyonları ise ileri derecede osteoporoz ve eklem çevresinde çok ciddi bağ lezyonu gibi durumlar teşkil eder (41,42).

2.4.3 Total Diz Protezi Komplikasyonları:

Genel Komplikasyonlar:

- 1) Üriner retansiyon
- 2) Üriner enfeksiyonlar

2.4.4 Lokal Komplikasyonlar:

- 1) Yara iyileşmesinde gecikme
- 2) Sinir zedelenmeleri (özellikle peroneal sinir)
- 3) Stres kırıkları; patella, femur ve tibia
- 4) Protezde instabilite, subluksasyon, dislokasyon ve enfeksiyon (43,44)

DEPRESYON

Ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları bulunmaya çalışılan bir hastalık yoktur. Son araştırmalar, toplum içinde depresyonların toplumun %20'sini etkilediğini göstermektedir. Depresyon, sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (45).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygusu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla birarada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (46).

Depresyon; normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar bir çok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumunaevrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal (egzistansiyel) krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür (47).

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde olur. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak anaklitik

depresyon, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez (48).

Depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır. Herhangi bir zamanda depresif belirtiler gösterenlerin oranı yaklaşık %15-20'dir. Bu oran içinde yer alanların en az %12'sinin yaşamlarında herhangi bir zamanda tedavi gerektirecek kadar ağır depresyonlu olduğu saptanmaktadır. Yetişkin nüfusun yaklaşık % 20'si yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır (49).

Yapılan çalışmalar, yüksek prevalans hızının yanısıra, depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir. Depresyonlu hastalar psikiyatri servislerinde yatan hastaların yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır. Ülkemizde bu yatış oranının biraz daha düşük olduğu söylenebilir (50,51).

Bir depresyon atağının ortaya çıkması için her zaman çok etkileyici ani bir olayın olması gerekmez. Sürengen stres veya çevresel kökenli çökkünlük hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde uyarı yanıtında katekolaminerjik sistemde değişmeler ortaya çıkarabilir. Psikososyal etkilerin nörofizyolojik etkenler üzerine etkileri araştırılmaktadır. Yapılan deneylerde annelerinden uzun süre ayrılan maymun yavrularının bazılarında nörobiyolojik değişiklikler görülmüştür. Değişmeler noradrenerjik reseptörlerin duyarlığında, hipotalamik serotonin salınımında ve plazma kortizol düzeylerinde ısrarlı artış gibi değişiklikleri içermektedir. Beyin opiat reseptörlerinin duyarlık ve sayısında da tekrarlanan ayrılmalardan dolayı önemli etkilenmeler olmaktadır. Anneleriyle ya da kardeşleriyle tekrar bir araya getirilirse yavru maymunların bazı değişiklikleri geri dönmekte, bazıları ise geri dönmemektedir. Ayrılıkların belirli gelişimsel dönemlerde az ya da çok hasar yaptığı görülmektedir (52).

Belirtiler

I. Ruhsal Belirtiler

1. Çökkün mizaç, keder, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik duyguları ile belirginleşir.
2. İştah ve kilo değişikliği en sık görülen temel belirtilerdendir. Ağır iştahsızlık durumlarında göze çarpacak kadar kilo kaybı, hele de haftada 5 kilodan fazla kayıp, hekime depresyonun derinliği ve şiddeti hakkında önemli bilgiler verir.

3. Uyku bozuklukları genellikle üç türlü olabilir. Birincisi uykuya dalma güçlüğü biçimindedir.

İkincisi, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanma, korkulu düşler ve kabuslarla uyanma gibi nedenlerle uyku kalitesi ve süresinde bozulmadır. Üçüncüsü ise, erken uyanmadır.

4. Enerji azlığı, bitkinlik, çabuk yorulma biçiminde kendisini gösterir.

5. Dikkat azalması ve düşüncelerini belirli bir noktada yoğunlaştırınamamadır. Daha önce zevk alarak yaptıkları işlerde bile dikkatlerinin çabuk dağılması ve bu nedenle de üretken bir aktivitede bulunamamadır.

6. İlgil ve zevk azalması, hemen her hastada bulunan en tipik, karakteristik bir depresyon belirtisidir. Daha önce ilgi duyduğu ve zevk alarak yaptığı işlere ve uğraşlara karşı belirgin bir isteksizlik ve ilgisizlik gözlenir.

7. Benlik saygısında düşme, kendini değersiz görme, aşırı suçluluk duyguları, kendini eleştirme ve itham etme gibi duygu ve düşünceler kişinin kendi değerinin düşmesinin belirtileridir. Ağır depresyonda hasta kendisinin tedavi edilmeye değmeyecek kadar değersiz olduğuna inanabilir ve tedavi işbirliğini reddedebilir.

8. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri; hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda hastalar alışık olmadık bir biçimde sık sık ölüm düşüncesi ile meşgul olmaya başlar. Yaşamın anlamını yitirdiğine inanan ya da kendisini yaşamaya layık bulmayan depresif hasta o kadar ağır bir vicdan acısı ve suçluluk duygusu içinde kıvranıyor olabilir ki "canına kıymak" kimi zaman ona tek çare gibi görünebilir. Bu durumlarda gerekiyorsa hastaneye yatırmak uygun olabilir (53).

II. Davranışsal Belirtiler

Huzursuzluk, tedirginlik, zihinsel etkinliklerde ve bedensel aktivitelerde belirgin bir yavaşlama bağımlılık yapan maddelere karşı düşkünlük, kişilerarası ilişkilere aşırı bağımlılık, intihar girişimi gibi kendisine yönelik kıyııcı-yıkıcı eylemler, kendini ihmal etme ve aşırı bakımsızlık, intihar girişimleri ve intihar görülebilir.

III. Düşünsel Alanda

Dikkati yoğunlaştırmada güçlük, zihinsel işlevlerde yetersizlik, yaptıklarını ve tüm yaşamını değersiz görme, kendini küçümseme ve suçlama, gelecek için karamsarlık ortaya çıkabilir.

IV. Bedensel Belirtiler

Uyku ve iştah değişmeleri, cinsel işlev bozuklukları, genel enerji azlığı, kabızlık, tansiyon dūřmesi, sırt ve bař ağrıları, sıradan bir engellenme durumunda beklenmedik öfke patlamaları gösterme, sese ve kalabalığa tahammülsüzlük gibi belirtiler sayılabilir.

Depresyon Ağrı Birlikteliği

Depresyon yıllardır hem emosyonel hem de fiziksel belirtilerin birlikte bulunduğu bir tablo olarak bilinir. Buna rağmen fiziksel belirtilerin depresyon tablosu içindeki önemi ve bu belirtilerin nasıl başarılı şekilde tedavi edilebileceği konusundaki araştırmalar ancak son zamanlarda yoğunlaşmıştır.

Depresif kişilerin tedavi aramalarının başlıca nedeni fiziksel belirtilerdir ve bu konuda emosyonel belirtilerden çok daha belirleyicidirler. Örneğin uluslararası araştırmalar birinci basamak sağlık hizmetlerine baş vuran depresif kişilerin %69'unun yakınma olarak fiziksel belirtiler getirdiklerini ortaya çıkarmıştır. En sık karşılaşılan fiziksel belirti ise ağrıdır (54).

Depresyon yaşayan kişilerin yaklaşık %50'sinde komorbid somatik ağrı belirtileri ve bunlara bağlı sıkıntılar bulunur (54).

Ağrı, depresyonda önemsenmesi gereken bir belirti komorbiditesi olarak kabul edilebilir. Depresyonda çeşitli ağrıların yüksek oranlarda görülmesi ve ağrılı yakınmaların tedavisi için farklı kimyasal iletici sistemlerinin etkilenmesinin gerekli olması, doğru tedavi stratejileri için bu birlikteliğin en baştan farkına varmanın önemini ortaya koyar.

Depresyon tanısı koyarken en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç olduğunu kabul etmek gerekir. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş anlaşma olan Hamilton Depresyon Ölçeği veya Beck Depresyon Envanteri kullanılır.

Kişinin belirtilerin şiddeti açısından eşiği aştığı tespit edildikten sonra gerek işlevsellikteki etkilenme, gerek seçilecek tedavi açısından atağın kategorik incelenmesi yapılması gerekir. Depresyonun şiddeti de Beck Depresyon Envanterinde aldıkları skollara göre değerlendirilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilimdalı'nda yürütülmüştür.

3.2 Araştırmanın Örneklemi

2006-2008 tarihleri arasında Ortopedi ve Travmatoloji Anabilimdalı'nda total diz protezi operasyonu olmak üzere gelen tüm hastalara ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmanın evrenini gonartroz tanısı ile hastaneye yatışı yapılan ve total diz protezi operasyonu geçirecek olan hastalar oluşturmaktadır.

Toplam 35 hastaya ulaşılmış fakat 3 hastaya postop dönemde ulaşılamamış. 2 hastada protez enfeksiyonu nedeni ile diz fonksiyonel skoru etkileneceği için çalışmadan çıkarılmıştır. 30 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3 Verilerin Toplanması

Ekim 2006 ve Mayıs 2008 tarihleri arasında primer gonartroz tanısı ile total diz protezi uygulanan 30 olgu değerlendirildi. Olguların klinik ve radyolojik değerlendirilmesi KSS Amerikan Diz Cemiyeti Kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Skorum sistemi ile ağrı, fonksiyon, hareket açıklığı, fleksiyon deformitesi ve instabilite değerlendirilmiştir. Diz Cemiyeti Skoru; Diz Skoru ve Diz Fonksiyonel Skoru olmak üzere iki kısımdan oluşur. Skorum sonucu:

- 60-69 puan orta,
- 70-84 puan iyi,
- 85-100 puan mükemmel sonuç olarak değerlendirilir.

Hastalar servise yatırıldığında hastaların anksiyete düzeyleri 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği ile ve 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi ve diz fonksiyon skorlamaları yapıldı. Hastalar ameliyat öncesi hastanede yatış süresince yüz yüze görüşülerek anketler dolduruldu.

Hastaların ev adresleri ve telefon numaraları ameliyat sonrası dönemde değerlendirilmek üzere kaydedildi.

Hastalar ameliyat sonrası 3. ayda kontrole geldiğinde diz fonksiyon skorlamaları ve Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon soru listesi tekrar yüzyüze görüşülerek uygulandı. Ardından veriler değerlendirilerek diz fonksiyon skorları ile psikolojik durum arasında bir paralellik olup olmadığı araştırıldı.

3.3.1 Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması

- 1) Kişileri tanıtıcı anket formu
 - 2) BAE Anksiyete Ölçeği
 - 3) BECK Depresyon Ölçeği
- 1) Araştırmaya katılan kişilere uygulanan tanıtıcı anket formunda kişinin cinsiyeti, doğum tarihi, medeni durumu, öğrenim durumu sorgulanmıştır.
 - 2) Beck Anksiyete Ölçeğinin ,bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Anketler değerlendirilirken Beck anksiyete ölçeğinde bireylerin aldığı puanlar toplanır ve çıkan sonuca göre anksiyetenin şiddeti belirlenir.
 - 0-17 puan aralığı düşük düzey anksiyete,
 - 18-24 puan aralığı orta düzey anksiyete,
 - 24 ve üzeri ise yüksek düzeyde anksiyete olarak isimlendirilir.
 - 3) Beck Depresyon Ölçeği depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren, 0-3 arası puanlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Hastalardan kendilerini nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçmesi istenmiştir. Anketin değerlendirilirken Beck depresyon ölçeğinde sorulara verilen bütün puanlar toplanır ve buna göre bireyin depresyon şiddeti belirlenir.
 - 0-13 arası puanlama depresyon yok,
 - 14-19 puan arası düşük depresyon,
 - 20-29 puan arası orta depresyon,
 - 29-63 arası ise yüksek depresyon olarak değerlendirilir.

3.3.2 Veri Toplama Süreci

Anketlerin uygulanması Ekim 2006- Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik:

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.0 proğramı kullanıldı. Deskriptif istatistik yapıldı Preoperatif postoperatif ölçülen ve skorlanan parametreler Paired samples T test kullanılarak karşılaştırıldı. Preop ve postop depresyon ve anksiyete skorlarını etkileyen devamlılık gösteren değişken faktörleri belirlemek için regresyon lineer analiz yapıldı. Ölçülen parametrelerin cinsiyetler arası farklılığı one-way anova testi kullanılarak belirlendi. $P < 0,05$ değeri istatiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma için Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji A.D. da Ekim 2006 ve Mayıs 2008 tarihleri arasında primer gonartroz tanısı ile total diz protezi uygulanan 30 olgu değerlendirildi.

Tablo 1: Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	(n:30) Sayı	(%) Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	6	20
Kadın	24	80
Medeni Durum		
Evli	18	60.0
Boşanmış	1	3.3
Eşi ölmüş	11	36.7
Eğitim Durumu		
Hiç Eğitim Almamış	22	73.3
İlkokul	7	23.3
Lisans	1	3.3

Çalışmaya katılan bireylerin %20'si erkek, %80'i ise kadındı (Tablo 1).

Çalışmaya katılan 30 hastanın yaş ortalaması $66,73 \pm 9,86$ 'dır (aralık 39-83).

Erkeklerin yaş ortalaması $71,83 \pm 2,86$ (aralık 68-76)

Kadınların yaş ortalaması $65,46 \pm 10,60$ (aralık 39-83)

Medeni hallere göre bakıldığında 18 i (%60.0) evli, 1 i (%3.3) boşanmış, 11 i (%36.7) eşi ölmüş idi (Tablo 1).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde 22 si (%73.3) hiç eğitim almamış, 7 si (%23.3) ilkokul, 1i (%3.3) lisans idi (Tablo 1).

Tablo 2. Tüm bireylerin preop ve postop Beck Depresyon puanlamaları

Ölçek	N	Min	Max	Ort	S
BECK					
Preop	30	5	37	18,67	7,27
Postop	30	3	18	9,40	3,71

Hastaların preop dönemdeki beck depresyon ortalamaları $18,67 \pm 7,27$ bulunmuştur. Postop dönemde ise bu oran $9,40 \pm 3,71$ 'tir (Tablo 2). Hastaların preop dönemdeki depresyon düzeyleri daha yüksek iken postop dönemde bu oranda olumlu yönde değişimler olmuştur. Hastaların depresyon puanları postop dönemde düşmüştür. Preop döneme göre kendilerini daha iyi hissettikleri ve depresif belirtilerin preop döneme göre gerilediği ortaya çıkmıştır.

Tablo 3: Tüm bireylerin preop ve postop Beck Depresyon şiddetleri

	Yok	Düşük	Orta	Yüksek	Sayı
Beck preop	7	10	11	2	30
Beck postop	24	6	0	0	30

Preop dönemde yapılan anket sonuçlarında 7 kişide depresyon yok, 10 kişide düşük düzeyde depresyon, 11 kişide orta düzey depresyon ve 2 kişide de yüksek düzeyde depresyon tespit edilmiştir. Postop dönemde bu oranlar 24 kişide depresyon yok ve 6 kişide düşük depresyon şeklinde değişmiştir (Tablo 3).

Tablo 4:Cinsiyete göre preop ve postop Beck Depresyon şiddeti**Dağılımı**

BECK Depresyon	N	Yok	Düşük	Orta	Yüksek
Kadın Preop	24	5	9	9	1
Kadın Postop	24	19	5	0	0
Erkek Preop	6	2	1	2	1
Erkek Postop	6	6	0	0	0

Cinsiyetlere göre beck depresyon şiddetlerine baktığımızda ise preop dönemde 24 kadına yapılan ankette 5 hastada depresyon yok, 9'unda düşük düzeyde depresyon, yine 9'unda orta düzeyde depresyon ve 1 kişide yüksek düzeyde depresyon gözlenmiştir. Erkek hastalara bakıldığında ise 6 hastada 2'sinde depresyon yok, 1'inde düşük düzeyde depresyon, 2'sinde orta düzeyde depresyon ve 1'inde yüksek seviyede depresyon tespit edilmiştir. Postop dönemde bu oranlar azalmış. Kadınlarda 19'unda depresyon yok, 5'inde ise düşük düzeyde depresyon olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde 6'sında da depresyon yoktur (Tablo 4).

Tablo 5: Tüm bireylerin preop ve postop BAE puanlamaları

Ölçek	N	Min	Max	Ort	S
BAE					
Preop	30	2	51	16,30	10,43
Postop	30	0	26	7.03	4,57

Olguların Bae puanlaması ise preop $16,30 \pm 10,43$ şeklinde iken postop dönemde $7,03 \pm 4,57$ şeklinde değişmiştir (Tablo 5). Hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri yüksek iken ameliyat sonrası anksiyete düzeylerinde düşüşler belirlenmiştir.

Tablo 6: Tüm bireylerin preop ve postop BAE şiddetleri

	N	Düşük	Orta	Yüksek
BAE preop	30	21	3	6
BAE postop	30	29	1	0

Preop dönemde 30 hastanın 21'i düşük düzeyde depresyon, 3'ü orta düzeyde depresyon ve 6'sı yüksek düzeyde anksiyetede olarak görülmüştür. Postop dönemde ise bu sonuçlar 29 düşük anksiyete ve 1 orta düzey anksiyete olarak gerilemiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Cinsiyete göre preop, postop BAE şiddeti dağılımı

BAE	N	Düşük	Orta	Yüksek
Kadın Preop	24	15	3	6
Kadın Postop	24	23	1	0
Erkek Preop	6	6	0	0
Erkek Postop	6	6	0	0

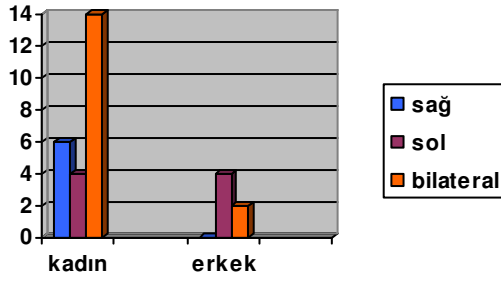
Cinsiyete göre dağılımına baktığımızda ise preop dönemde 24 kadın hastanın 15'inin düşük düzey anksiyete, 3'ünün orta düzey depresyonda ve 6'sının yüksek düzey anksiyetede olduğu görülmektedir. Postop dönemde ise bu veriler 23 düşük düzey depresyon ve 1 orta düzey anksiyete olarak hesaplanmıştır. Erkeklerle bakıldığında preop dönem 6 düşük düzey anksiyete varken postop dönemde de bu değişmemiş ve 6 kişi düşük düzey anksiyetede olarak yer almıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Cinsiyetlere göre protezin uygulandığı diz:

	Sağ Diz	Sol Diz	Bilateral	TOPLAM
KADIN	6	4	14	24
ERKEK	0	4	2	6
Toplam Hasta	6	8	16	30

Çalışmamızdaki 24 kadın hastanın 6'sı sağ diz, 4'ü sol diz ve 14' ü de çift taraflı diz protezi operasyonu, 6 erkek hastanında 4'ü sol diz, 2' sinde bilateral diz protezi operasyonu yapılmıştır (Tablo:8).

Cinsiyetlere göre protezin hangi dize uygulandığı:



Tablo 9: Diz skorlarının bireylere göre dağılımı

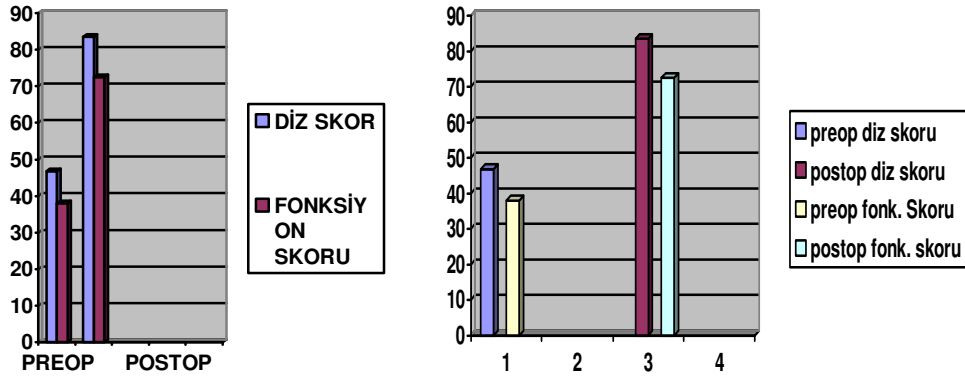
Ölçek	N	Min	Max	Ort	S
Diz Skor					
Preop	30	14	73	46,73	13,71
Postop	30	50	92	83,50	9,85

Preop dönemdeki diz skorları $46,73 \pm 13,71$ şeklinde iken, postop dönemde $83,50 \pm 9,85$ olarak görülmektedir (Tablo 9). Yani postop dönemde hastalar hareket açıklığı, ağrı yönünden olumlu derecede değişime uğramıştır. Ameliyat hastalara daha verimli bir eklem sağlamıştır.

Tablo 10: Fonksiyonel skorlarının bireylere göre dağılımı

Ölçek	N	Min	Max	Ort	S
Fonksiyon Skor					
Preop	30	5	50	38,00	15,73
Postop	30	45	100	72,50	14,55

Preop dönemdeki fonksiyon skorları $38,00 \pm 15,73$ postop dönemde $72,50 \pm 9,85$ olarak görülmektedir (Tablo 10).



Tablo 11: Preop ve Postop parametrelerin dağılımı

Ölçekler		N	Min	Max	Ort	S	t	p
BECK	Preop	30	5	37	18,67	7,27	9,557	0,000
	Postop	30	3	18	9,40	3,71		
BAE	Preop	30	2	51	16,30	10,43	6,947	0,000
	Postop	30	0	26	7,03	4,57		
DİZ SKOR	Preop	30	14	73	46,73	13,71	-15,148	0,000
	Postop	30	50	92	83,50	9,85		
FONK. SKOR	Preop	30	5	50	38,00	15,73	-10,296	0,000
	Postop	30	45	100	72,50	14,55		

Tüm hastalar üzerinden uygulanan beck depresyon, diz skor, fonksiyon skorlaması ve BAE ölçeklerinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 11’de verilmiştir. Buna göre BDÖ’de preop skor $18,67 \pm 7,27$ ken postop ölçümde $9,40 \pm 3,71$ olarak bulunmuştur. Hastaların preop dönemdeki depresyon düzeyleri yüksek iken, postop dönemde hastaların depresyon düzeylerinde düşme gözlenmiştir. ($p < 0,05$).

Ortalamaları karşılaştırmak üzere yapılan Paired samples t-testi sonuçlarına göre iki grup arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($t=9,557$, $p < 0,05$ $p=0,000$). Olguların BAE skoru preop $16,30 \pm 10,43$ iken post op $7,03 \pm 4,57$ olarak geriledi. Ortalamaları

karşılaştırıldığında ($t= 6,947, p<0.05 (0,000)$). Hastaların preop dönemdeki anksiyete düzeyleri yüksek iken postop dönemde anksiyete düzeyleri düşmüştür.

Olguların diz skorları preop $46,73 \pm 13,71$ ken postop ölçümde $83,50 \pm 9,85$ olarak bulunmuştur. Preop dönemde diz fonksiyonel skoru zayıf iken postop dönemde bu oran iyi olarak sınıflandırılır. Bu da hastalarda ameliyatların başarılı olduğunu göstermektedir. Ortalamaları karşılaştırıldığında ($t= -15,148, p<0.05, p=0,000$))

Olguların fonksiyon skorları preop $38,00 \pm 15,73$ ken postop ölçümde $72,50 \pm 14,55$ olarak bulunmuştur. Ortalama karşılaştırıldığında ($t= -10,296, p<0.05, p= 0,000$))

Olguların KSS klinik değerlendirme kriterlerine göre TDP ameliyatı öncesi diz puanı ve fonksiyonel puanı sırası ile ortalama $46,73$ ve $38,00$, TDP sonrası ise sırası ile ortalama $83,5$ ve $72,5$ olduğu tespit edildi. Diz puanı ve fonksiyonel puanın ameliyat öncesi değerleri ile ameliyat sonrası değerleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı idi. Yani ameliyat sonrası hastalarda önemli iyileşmeler saptanmıştır ($p<0.005$) (Tablo11).

Tablo 12: Cinsiyete göre yaş ve diğer parametrik ölçümlerin dağılımı

	Cinsiyet	N	Min	Max	Ort	S	p
Preop BECK	erkek	6	8	32	19,00	9,76	0,903
	kadın	24	5	37	18,58	6,78	
Postop BECK	erkek	6	3	14	8,67	3,78	0,755
	kadın	24	5	18	9,58	3,75	
Preop BAE	erkek	6	42	52	48,33	3,44	0,713
	kadın	24	14	73	46,33	15,28	
Postop BAE	erkek	6	50	91	82,33	16,07	0,297
	kadın	24	57	92	83,79	8,11	
Preop Diz skor	erkek	6	10	50	35,83	20,10	0,597
	kadın	24	5	50	38,54	14,93	
Postop Diz skor	erkek	6	50	80	71,67	13,29	0,752
	kadın	24	45	100	72,71	15,11	
Preop Fonk. skor	erkek	6	7	51	20,33	17,20	0,879
	kadın	24	2	35	15,29	8,21	
Postop Fonk. skor	erkek	6	2	26	8,50	9,14	0,389
	kadın	24	0	12	6,67	2,75	

Ayrıca kadın erkek arasında preop ve post op değerler karşılaştırıldığında cinsiyetler arası fark bulunamamıştır $p>0.05$ (Tablo 12). Lineer regresyon analizi ile yapılan değerlendirmede preop BDÖ ve BAE skorları ile preop diz skorları arasında bir paralellik bulunamamıştır. Aynı şekilde post op BDÖ ve BAE skorları ile post op diz skorları arasında bir paralellik bulunamamıştır. Yani ameliyat sonrası hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde belirgin iyileşmeler olmakla birlikte bu iyileşme ameliyat öncesi kliniğin kötülüğü veya ameliyat sonrası elde edilen iyileşmenin derecesi ile ilgili görünmemektedir (Tablo:12).

TARTIŞMA

Diz ağrısı hergün ortopedi polikliniğine başvuran hastaların şikayetlerinin büyük bir kısmını oluşturur. Diz ağrısı şikayetleri olan hastaların büyük bir kısmında tanı ise çeşitli evrelerden birinde olan gonartrozdur (55).

En sık görülen belirtiler, eklemden genellikle kullanmayla ortaya çıkan yaygın, intermittant ağrı, hafif bir eklem sertliği hissi ve eklem hareket açıklığında tedrici azalmadır (55).

Günümüzde total diz artroplastisi, konservatif tedavinin başarılı olamadığı, son dönem osteoartritli hastalarda, dizdeki ağrıyı gidermek ve fonksiyonunu düzelterip stabil bir diz elde etmek için etkili ve başarılı bir cerrahi prosedür haline gelmiştir. Günümüzde A.B.D de yılda 200.000 civarında total diz artroplastisi yapılmaktadır. Ülkemizde de buna paralel olarak, uygulanan total diz artroplastisi sayısı artmaktadır (56-61).

Total diz artroplastisi; tüm yaş grupları göz önüne alındığında, dejeneratif bozuklukların neden olduğu ağrı ve hareket kısıtlılığının giderilmesinde, etkin ve başarılı bir cerrahi tedavi prosedürüdür. Total diz artroplastisi; antiinflamatuvar tedavi, fizik tedavi, intraartiküler enjeksiyon, eklem debritleme, sinoviyektomi, distal femoral osteotomi, yüksek tibial osteotomi gibi

tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda, seçilmesi gereken tedavi yöntemi (62,63).

Çalışmamız Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi Kliniğine gonartroz tanısı ile yatmış ve total diz artroplastisi uygulanacak 30 hasta üzerinde uygulandı.

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması 66.73 (39-83) olarak saptanmıştır. Literatürle karşılaştığımız da, yaş ortalamasını Vince 67 yıl (64), Waters 65 yıl (65), Gill 68 yıl (66), Wood 67 yıl (67), Misra 67 yıl (68) olarak bildirmişlerdir.

Değerlendirmeye aldığımız, total diz artroplastisi uygulanmış 30 hastamızın 6 tanesi erkek (%20), 24 tanesi kadın (%80) idi. Diğer çalışmalarda da 21 hastanın, 5 tanesi (%23.80) erkek, 16 tanesi (%76.19) kadın idi. Demir ve ark. 2002 de yaptığı çalışmada hastaların 47 tanesi kadın (% 73.4), 17 tanesi erkekti (% 26.6). Sarban ve ark. 2005 yılında yaptığı çalışmada 22'si kadın, 12'si ise erkekti. (69,70). Bizim çalışmamızda kadın sayısı erkek sayısına göre fazladır. Literatürlere paralel olarakta kadınlarda gonartroz sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğunu söyleyebiliriz.

Asif ve arkadaşları total diz artroplastisi uyguladıkları 87 olguyu diz cemiyeti skorumu göre %92 mükemmel ve iyi sonuç elde ettiklerini bildirmişlerdir (71). Akgün ve arkadaşları total diz artroplastisi uyguladıkları 97 olguyu diz cemiyeti skorumu göre, ameliyat sonrası diz skorunu 89.28, fonksiyon skorunu ise 88.22 olarak tespit etmişler ve olguların %94.8 inde mükemmel ve iyi sonuç elde ettiklerini bildirmişlerdir. Erdemli ve ark. Ağustos 2003 yılında yaptığı çalışmada olguların KSS klinik değerlendirme kriterlerine göre ameliyat öncesi diz puanı ve fonksiyonel puanı sırası ile ortalama 46,5 (30-62) ve 34.5 (10-50), ameliyat sonrası ise ortalama 84.4 (55-95) ve 75.5 (60-90) olarak bulunmuştur (72,73).

Fonksiyonel skorun değerlendirilmesinde, yürüme mesafesi, merdivenlerden inip çıkabilme, yardımcı cihaz kullanıp kullanmama gibi parametreler vardır. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar literatürlere paralellik sonuçlar göstermişlerdir. Olguların diz skorları preop 46,73 ken postop ölçümde 83,50 olarak bulunmuştur. Olguların fonksiyon skorları preop 38,00 ken postop ölçümde 72.50 olarak bulunmuştur.

Literatürdeki bu sonuçlara görede total diz artroplastisi bireylerin yaşam kalitesini ve dizin fonksiyonunu önemli derece arttıran bir operasyon olduğunu söyleyebiliriz.

Obesite ile gonartroz'un ilişkisine baktığımızda ise; Obesite ile tibiofemoral diz OA'u arasında çok güçlü bir ilişki vardır. Gür ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada kadınlarda osteoartrozun gelişiminde obesitenin önemli yeri olduğu, erkeklerde ise önemli olmadığı vurgulanmıştır. Cicuttini ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, obesitenin diz OA'nun tüm kategorileriyle (tibiofemoral OA, patellofemoral OA, her ikisi birlikte) ilişkili olduğu saptanmıştır. Samancı ve arkadaşlarının yaptıkları bir başka çalışmada vücut ağırlığının diz osteoartrozu ile ilişkili olduğunu tesbit etmişlerdir. Özyurt ve arkadaşlarının klinik araştırmalarında obesitenin gonartrozda önemli olduğu kişilerin zayıflatılması ve egzersize edilmesi ile düzelme olabileceği gösterilmiştir (74-79). Bizim çalışmamızda kadın hastaların sayısının fazla ve obez olması bu literatürlerle paralellik göstermektedir.

Gonartrozlu hastalar genellikle ağırlı dönemler geçirmektedir, çoğu hastada uyku problemleri oluşmakta ve buna bağlı olarak hastaların psikoloisi bozulmakta ve depresyon eğilimi artmaktadır.

Özkan, epidemiyolojik araştırmalarda yatarak tedavi gören hastaların %30-58'inde depresif semptomatolojinin geliştiğini, %11-26'sında ise klinik psikopatolojik anlamıyla depresif sendrom tablosu geliştiğini ifade etmiştir (80). Bizim çalışmamızda hastalar genel olarak değerlendirildiğinde depresyon açısından ve anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğu görülmektedir. Literatürlerle aynı sonuçlar gözlenmiştir.

Depresyon kadınlarda daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Zunzunegui ve arkadaşları 65 yaş üstü yaşlılarda yaptığı çalışmalarında, kadınlardaki depresyon oranını %46, erkeklerde ise %20 bulmuşlardır (81). Bizim çalışmamızda ise kadın ve erkek cinsiyet arasında depresyon oranı arasında farklılık görülmemiştir.

Kadınlardaki depresif durumların her zaman erkeklerden fazla olduğu ve yaş grupları arasında kadınlarda fazla değişiklik olmazken, erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte depresif belirtilerde artış olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum, kadınların ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olmasından dolayı kadın nüfusun erkek nüfusa

oranı artmış olmasıyla da ilişkili olabilir (82,83). Bizim çalışmamızda cinsiyet ile skorlar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Yaşlılarda depresyonu inceleyen çalışmalarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda depresyona sık rastlandığı bildirilmektedir (84,85). Araştırmamızda da depresyonu olan grupta eğitim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır.

Rodin ve arkadaşları depresyon oranlarının kadınlarda, partneri olmayanlarda, yalnız yaşayanlarda ve muhtemelen yaşlılarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (86). Bizim çalışmamızla bu çalışma arasında farklı sonuçlar saptanmıştır. Çalışmamızda cinsiyetler arası fark bulunmadığı saptanmıştır.

Soskolne ve arkadaşları kadınlarda depresyon puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu, ancak depresif belirtilerin yaş, eğitim, medenî hâl, toplumsal destek, yattığı-klinik ve hastânedeki yatış süresi ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir (87). Ülkemizde bedensel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %2.8-24.4'ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Yurt dışındaki bir çalışmada ise bu oran %23'tür.(87).

Beausang ve arkadaşları ise cinsiyet ve yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak bazı diğer çalışmalarda da kadın cinsiyetinde olma, yalnız yaşama ve dul olmanın, yaşlı hastalarda depresyon için risk faktörü olduğu çoğu yayınlarda bildirilmiştir (88,89). Biz çalışmamızda da, depresyon ve anksiyete puanları açısından dullarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda risk bulunduğunu tespit ettik. Cinsiyet ve yaş ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Depresyonda bireyin yaşamdan beklentileri ve yaşam kalitesi düşer. Yeti yitimi olur. Birey sonuçsuz ve yıkıcı bir acı çekme sürecine girmektedir. Bedensel hastalıklara yakalanma ve intihar riski artmıştır. Bu nedenle yaşlıda klinik olarak depresyon saptanır saptanmaz tedavisi başlanmalıdır (90).

Yapılan araştırmalarda kadınlarda ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun nedeni olarakta kadınların erkeklere göre kaygılarını daha rahat ifade edebildikleri ileri sürülmüştür (91-95). Bizim çalışmamızda ise preop dönemde anksiyete düzeyinin kadın ve erkek arasında farklı olmadığı gösterilmiştir. Fakat çalışmamızdaki erkek hasta sayısı 6 iken kadın sayısı 24'tür.

Cauma ve arkadaşlarının ameliyat öncesi anksiyete için eğitim düzeyinin risk faktörü olduğu halde bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (96). Bizim çalışmamızda Cauma'nın yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla paralel sonuçlar tespit edilmiştir. Bireylerin eğitim seviyeleri düşük ve ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri yüksek olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların, ameliyat sonrası anksiyete puanlarının ameliyat öncesine göre arttığını, depresyon puanlarında ise azalma olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise kadın hastaların ameliyat öncesi anksiyeteleri yüksek iken ameliyat sonrası anksiyete puanları düşmüştür. Bu literatür ile paralellik göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %49,2'sini kadınlar, %51,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Depresyon görülme sıklığı açısından bakıldığında cinsiyetler arasında fark yoktur. Bu bulgu Yazıcı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın bulgularıyla uyumludur (97). Bizim çalışmamızda Yazıcı ve ark. Sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Depresyon görülme yönünden cinsiyetler arasında fark yoktur.

İskoçyada yapılan araştırmada depresyon puanlarında cinsiyete göre fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumludur. Bizim çalışmamızda cinsiyet ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Crespo ve arkadaşları, depresyonun hastanede yatan kadın hastalarda daha sık görüldüğünü belirtmiştir (98). Bizim çalışmamıza göre ise kadın ve erkek cinsiyet arasında depresyon açısından farklılık yoktur. Literatür ile paralellik göstermemektedir.

Sonuç olarak total diz protezi ameliyatı hastaların hem diz skorlarında hem de psikiyatrik fonksiyon skorlarında belirgin iyileşmelere neden olmuştur. Ancak, ameliyat sonrasında görülen depresyon ve anksiyete skorlarındaki değişimin derecesi diz fonksiyon skorlarındaki değişimin derecesi ile birebir korele gözükmemektedir.

KAYNAKÇA

- 1.** Enercan M; Total Diz Artroplastisi Orta Dönem Sonuçlarımız. Uzmanlık Tezi 2004.sf:1-2.
- 2.** Üstüner Y; Total Diz Artroplastisi Erken Dönem Sonuçları. Uzmanlık Tezi 2006.sf: 1-2.
- 3.** Devor M. Sinir hasarı ile ilişkili ağrı mekanizmaları. Ağrı, S. Erdine (Ed). 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. sf. 30-42.
- 4.** Doksat MK. Ağrı ve Psikiyatri. 2. Baskı Bursa: Psikiyatri ve Sanat Yayınevi; 2003. sf. 77-84.

5. Yücel B. Ağrılı hastaların psikiyatrik değerlendirilmesi. S.Edirne (Editör). Ağrı. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.p. 64-70.
6. Dilboz N, Özen AR, Ozan G, Güz H. Ağrı yakınması olan hastalarda psikiyatri morbidite, IV. Ulusal Konsültasyon- Lizeyon Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitapçığı 1996; 1: 226-35.
7. Black WC, Nease RF Jr, Tosteran AN. Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. J Natl Cancer Inst 1995; 87: 720-31.
8. Oğuz H. Diz Ağrıları. Oğuz H (Ed): Romatizmal Ağrılar. Konya, Atlas Tıp Kitabevi. 1992, s. 275-318.
9. Graham GP, Fairclough JA. The Knee. In Klippel JH, Dieppe P (Eds). Rheumatology, Baltimore, Mosby. 1994, pp.5.12.
10. Stern SH, Browen MK, Insall JN, Souderi GR: Cemented Total Knee Arthroplasty for Gonarthrosis in Patients 55 years old or younger, Clin Ortop Related Research 1990; 260:124-129.
11. Renawatt CS, Padgett BE, Ohashi Y: Total Knee Arthroplasty for Patients Younger than 55 years old. Clin Ortop. 1989;248: 27-31.
12. Hungerford DS, Krachaww KA, Kenna RV: Cementless total knee replacement in patients 50 years old and under. Ortop Clin North Am 1989; 20: 135-145.
13. Forrest G, Fuchs M, Gutierrez A, Girardy J: Factors affecting the length of stay and need for tubalization after hip and knee North. J Arthroplast 1998; 13 (2): 186-190.
14. Onel S, Sarı H: Osteoartritte osteoporoz tanımı ve tedavisi. İstanbul Kent Basımevi 1998.
15. Saville PD, Dickson J. Age and weight in osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1968; 11: 635-644.
16. Goldin RH, Mc Adam L, Louire JS et al: Clinical and radiological surgery of the incidence of osteoarthritis among obese patients. Ann Rheum Dis 1976, 35:349-353.
17. Dequecker J, Goris P, Uytterhoven R: Osteoarthritis. JAMA 1983, 249:11:1448-1451.

18. Kroop SF, Simon SF. Joint and bone manifestations of diabetes mellitus: In: Kahn CR, Weir GC, editors. *Joslin's Diabetes Mellitus*. Philadelphia: Lee & Febiger, 1994; 912-20.
19. Forgacs S. Bone and rheumatic disorders in diabetes mellitus: In: Pick up J, Williams G, editors. *Textbook of Diabetes*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1998;63.1-63.12.
20. Walsh NE, Dumitru D, Schoenfeld LS, et al. Treatment of the patient with chronic pain. In Delisa JA, Gans B M (Eds): *Rehabilitation medicine*. Philadelphia, Lippincott-Raven. 1998, pp.1385-1421.
21. Steinberg FU. *The immobilized patient-functional pathology and management*. New York, Plenum. 1980.
22. Portnow JM, Strassman HD. Medically induced drug addiction. *Int J Addiction* 20:605-611,1985.
23. Maruta T, Swasmon DW, Finlayson RE. Drug abuse and dependency in patients with chronic pain. *Mayo Clin Proc* 54:241-244,1979.
24. Fordyce WE. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St.Lois, CV Mosby. 1976, pp 41-221.
25. Rowat KM, Knafl KA. Living with chronic pain:the spouse's perspective. *Pain* 23:259-271,1985.
26. Ahern D, Adams AE, Follick MJ. Emotional and marital disturbances in spouses of chronic low back pain patients. *Clin J Pain* 1:69-74, 1985.
27. Bonica JJ. General considerations of chronic pain. In Bonica JJ (Ed): *The Management of Pain*. Philadelphia, Lea and Febiger. 1990, pp 180-196.
28. Humphreys SC, Eck JC, Clinical evaluation and treatment options for herniated lumbar disc. *Am Fam Physician* 1999, 59 (3): 575-82,587-8.
29. Decandido P, Reining JW, Dwyer AJ, Thompson KJ, Ducker TB. Magnetic resonance assessment of the distribution of lumbar spine disc degenerative changes. *J Spinal Disord* 1988; 1 (1): 9-15 (abst).
30. Hanakita J, Suwa H, Nishihara K, Sakaida H, Iihara K. Clinical evaluation of lumbar disc hernia in the teenagers. *No shinkei Geka* 1991 Apr; 19 (4):337-42 (abst).
31. Boss N, Dreier D, Hilfiker E, Schade V, Kreis R, Hora J, Aebi M, Boesch C. Tissue characterization of symptomatic and asymptomatic disc herniations by quantitative magnetic resonance imaging. *J Orthop Res* 1997, 15 (1):141-9.

- 32.** Gilliland BC: Arthritis and Periarthritis Disorders. Vol I, Chap 20. In: Bonica JJ (ed) The management of Pain. Lea & Febiger, Philadelphi. London. 1990: 322.
- 33.** Ayad S, Weiss JB. Biochemistry of the İntervertebral Disc. Chap 5 İn: Jayson M (Ed) The Lumbar Spine and Back Pain. Churohill Livingstone. Third ed. 1987: 102,1987.
- 34.** Cox JM. Biomechanics of The Lumbar Spine. Chap 2 İn: Cox JM (Ed) Low Back Pain Mechanism, Diagnosis and Treatment. Williams & Wilkins Fifty Ed. 1991:106-112.
- 35.** Kramer J: Disk Degeneration İn: İntervertebral Disk Disease. Causes, Diagnosis, Treatment 2nd. Ed. Georg Thieme Verlag Stuttgart Newyork, 1990, 41-51.
- 36.** Harada Y, Nakaraha S.A Pathologic Study of Lumbar Disc Herniation İn Elderly. Spine 19889, 14 (9): 1020-1024.
- 37.** Yukaawa Y. Kato F. Matsubara Y, Kajino G, Nakamura S, Nitta H. Serial magnetic resonance imaging follow-up study of lumbar disc herniation can cervatively and degeneration of disc. J Spinal Disord 1996, 9 (3):251-6.
- 38.** Hawell DS, Treadwell BV, Trippel SB. Etipathogenesis of osteoarthritis. İn: Moskowitz RV, Howell DS, Goldberg VM, Monkin HJ (Eds). Osteoarthritis Diagnosis and Medical / Surgical Management 2nd ed. WB Saunders Co 1992,233.
- 39.** Diz Osteoartrozu Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar Sted. Ocak 2001.
- 40.** Bodur H. Artroplasti Rehabilitasyonu. İn: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y (Eds), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Güneş Kitabevi, Ankara 2000, pp 2280-2299.
- 41.** Tözün İR, Şener N. Arka Çapraz Bağı Koruyan Primer Diz Artroplastileri. İn: Tandoğan NR, Alparslan AM (eds), Diz Cerrahisi. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 1999, pp 321-338.
- 42.** İnsall JN. Correction of Arthritis Deformities of the Knee. İn: McCarty DJ (ed), Arthritis and Allied Conditions, Lea and Febiger, Philadelphia 1985, pp 771-784.
- 43.** Güler M, Tosun M, Uslu T. Artroplasti Rehabilitasyonu. İn: Oğuz H (ed), Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1995, pp 525-542.
- 44.** Aydın R, Yazıcıoğlu Ö, Daldal F. Total diz artroplastisi ve rehabilitasyonu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2 (nisan özel sayısı): 70-76, 1999.

- 45.** Gabbard GO. Mood disorders: Psychodynamic etiology. HI Kaplan, BJ Sadock (eds). Comprehensive Textbook of psychiatry. 6. ed Baltimore: Williams and Wilkins Comp,1995. p. 1116-23.
- 46.** Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiolojisi. Depresyon Monografaları Serisi 3. 1993. p.109-122.
- 47.** Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression. An integrative and selective treatment approach. Am J Psychiatry 1990;147:269-78.
- 48.** Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. Am J Psychiatry 1988;145:1225.
- 49.** Weissman MM, Klerman GL. Psychiatric nosology and Midtown Manhattan study. Arch Gen Psychiatry 1980;37:229-30.
- 50.** Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Ojeajo L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years, the Lundby Study, Sweden, Psychol Med 1982;12:279-89.
- 51.** Fennell MJV. Depression. K Hawton, PM Salkovskis, J Kirk, DM Clark (eds). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. New York: Oxford University Press; 1989. p.169, 234.
- 52.** Silverstein B. Gender differences of in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. Am J Psychiatry 1999;156:480-2.
- 53.** Silverstein B. Gender difference in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. Am J Psychiatry 2002;159:1051-2.
- 54.** Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. New Engl J Med 1999;341:1329-36.
- 55.** Evans CH: Gene therapy: what have we accomplished and where do we go from here? J Rheumatol Suppl. 2005 Jan;;72:17-20.
- 56.** Guyton, J.L.: Arthroplasty of Ankle and Knee. Campbell's Operative Orthopaedics. 9th edition, St. Louis, Mosby-Year Book, Inc.: 232-295, 1998.
- 57.** Insall, J.N., Henry, D.C.: Historic Development, Classification, and Characteristics of Knee Prosthesis. Surgery of the Knee. 3rd edition. New York, Churchill Livingstone: 1516-1547, 2001.

- 58.** Aydoğdu,S.,Sur,H.:Total Diz Protezleri.Diz Sorunları,Editör Ege,R.:17:391-403,1998.
- 59.** Akgün, I., Kesmezacar, H.:Total diz artroplastisi 4.5 yıllık takip sonuçlarımız.Acta Ortho. Trau. Turc.36:93-99,2002.
- 60.** Thadani, Peter ,J.M.D.: Primary total knee arthroplasty: indications and long-term results. Current Opinion in Orthopedics. 11(1):41-48,2000.
- 61.** Scuderi,G.R.,Scott,W.N.,TchejyanG.H.: The Insall legacy in total knee arthroplasty. Clin.Orthop.392:3-14,2001.
- 62.** Burke DW, O'Flynn H : Primary Total Knee Arthroplasty, Chapman's Orthopaedic Surgery, 3rd edition Lippincott Williams&Wilkins: 108: 2869-2895, 2001.
- 63.** Archibeck MJ, Richard EW : What's new in adult reconstructive knee surgery. J Bone Joint Surg 86A (8): 1839-1846, 2004.
- 64.** Vince,K.G.,Insall,J.N.,Kelly,M.A.:Total condylar prothesis.10 to 12-year results of a cemented knee replacement. J Bone Joint Surg 71-B:793-797,1989.
- 65.** Waters,T.S.,Bentley,G.:Patellar resurfacing in total knee arthroplasty J Bone Joint Surg.85-A(2):212-217,2003.
- 66.** Gill,G.S.,Joshi,A.B.: Long-term results of Kinematic Condylar knee replacement. An analysis of 404 knees. J Bone Joint Surg [Br]. 83(3):355-8,2001.
- 67.** Wood,D.J.,Smith,A.J.,White,B.: Patellar resurfacing in total knee arthroplasty J Bone Joint Surg.84-A(2):187-193,2002.
- 68.** Misra,A.N.,Hussain,M.R.,Fiddian,N.J.,Newton,G.: The role of the posterior cruciate ligament in total knee replacement. J Bone Joint Surg [Br]. 85(3):389-92,2003.
- 69.** Harran universitesi Tıp Fakültesi dergisi 2005; 2 (4):10-15.
- 70.** Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes 201 Medical Journal) 24(4) 194-201,2002.
- 71.** Asif,S., Choon,D.S.: Midterm results of cemented Press Fit Condylar Sigma total knee arthroplasty system. J Orthop Surg (Hong Kong). 13(3):280-4,2005.
- 72.** Akgün,I.,Kesmezacar,H.:Total diz artroplastisi 4.5 yıllık takip sonuçlarımız.Acta Ortho. Trau. Turc.36:93-99,2002.

- 73.** Erdemli,B.,Bayrakçı,K.,Güzel,B.,Çetin,İ.:Total diz protezlerinde orta ve uzun dönem takiplerimiz.XV.Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı.s:744-747,THK Basımevi,Ankara,1997.
- 74.** Felson DT: Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Epidemiol Rev.* 1988; 10: 1-28.
- 75.** Felson DT, Zhong Y, Hannan MT, et al: Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham study. *Arthritis Rheum.* 1997; 40(4): 728-33.
- 76.** Gür A, Nas K, Çevik R ve ark.: Obesite ve osteoartrit arasındaki ilişki. II. Cerrahpaşa Lokomotor Sistem Günleri. Osteoartroz-Klinik, Tedavi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryum İstanbul,5-6 Kasım 1998, Özet Kitabı ss, 55.
- 77.** Cicuttini FM, Spector T, Baker J: Risk factors of osteoarthritis in the tibiofemoral and patellofemoral joints of the knee. *J Rheumatol.* 1997; 24(6): 1164-67.
- 78.** Samancı N, Sayın M, Kaçar C, Tuncer T, BütünB, Akyokuş A: Primer diz osteoartrozunda risk faktörleri. XVI. Ulusal Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi 15-18 Mayıs 1997, Ankara Özet Kitapçığı ss: 56.
- 79.** Özyurt M, Hizmetli S, Elden H ve ark.: Gonartrozlu olgularda açısız ölçümler ve rehabilitasyonun klinik parametrelere etkisi XVI. Ulusal Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kongresi 15-18 Mayıs 1997, Ankara Özet Kitapçığı ss: 62.
- 80.** Özkan S (2001) Genel tıpta depresyon. *Hipokrat Dergisi*;10: 79-83.
- 81.** Zunzunegui MV (1998) Gender differences in the depressive symptoms among Spanish elderly, *Psychiatry Psychiatr Epidemid*, 33: 195-205.
- 82.** Blazer D, Burchett B, Service C, George LK (1991) The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, 46: M210-215.
- 83.** Güz H, Çolak EG (2002) Yaşlılarda görülen psikiyatrik bozukluklar. *T Klin Psikiyatri*, 3: 63-74.
- 84.** Noel PH, Williams JW Jr, Unutzer J, et al (2004) Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med.* 2(6): 555-62.

- 85.** Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, et al (2002) The impact of depression on the well- being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 105(1): 20-7.
- 86.** Rodin R, Craven J, Littlefield C (1991) *Depression in the Medically. An Integrated Approach.* New York.
- 87.** Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY (1996) Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med;* 26: 271-285.
- 88.** Beausang P, Syeed R. Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J* 1998; 43: 177-180.
- 89.** Forsell Y, Jorm AF, Winblad B (1994) Association of age, sex, cognitive dysfunction, and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *Am J Psychiatry,* 151: 1600-1604.
- 90.** Kaya B.(1999) Yaşlılıkta Depresyon- I Tanı ve Değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics* 2(2): 76-82.
- 91.** Badner NH, Nielson WR, Munk S ve ark. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anesth* 1990; 37:444-7.
- 92.** Kindler CH, Harms C, Amsler F ve ark. The usual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; 90(3): 706-712.
- 93.** Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety. A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1991; 44:437-40.
- 94.** Damar AD, Evertt LL, Keller M. Preoperative Anxiety. Is predictable entity? *Anest Analg* 1989;69: 763-7.
- 95.** Baker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth* 2002; 49(8):792-8.
- 96.** Cauma W, Schmidt AP, Schneider CN ve ark. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Act Anaesthesiol Scand* 2001;45(3): 298-307.
- 97.** Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi.

98. Crespo D, Gil A, Porrás Chavarino A. Prevalence of depressive disorder in consultation-liaison psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29:75-83.

Sayın katılımcı;

Bu anket Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğindeki Yüksek Lisans tezimde kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu araştırmada Afyon Kocatepe Üniversitesi Ortopedi kliniğinde gonartroz tanısı ile total diz protezi ameliyatı yapılmış olan hastaların preop ve postop dönemdeki diz fonksiyonları ve psikiyatrik değişimlerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Dolduracağınız anket hiçbir kimse ya da hiçbir kuruma verilmeyecek yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Araştırmanın amacına ulaşması, anket sorularının dikkatlice okunmasına, cevapların özenle seçilmesine ve soruların cevapsız bırakılmamasına bağlıdır.

Zaman ayırdığınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Hemşire Sevinç Dinler

Cinsiyetiniz nedir?

Erkek

Kadın

Doğum tarihiniz nedir?

...../...../.....

Gün Ay Yıl

Eğitim dereceniz?

a- Hiç eğitim almadım

b- İlkokul

c- Ortaokul

d-Lise

e-Lisans

f-Yüksek Lisans

Medeni durumunuz?

a- Bekar

b- Evli

c- Boşanmış

d- Eşi ölmüş

BAE

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır size ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 0. Hiç | 2. Orta derecede |
| 1. Hafif derecede | 3. Ciddi derecede |

Sizi ne kadar rahatsızetti?

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma

0.....1.....2.....3

2. Sıcak/ateş basmaları

0.....1.....2.....3

3. Bacaklarda halsizlik , titreme

0.....1.....2.....3

4. Gevşeyememe

0.....1.....2.....3

5. Çok kötü şeyler olacak korkusu

0.....1.....2.....3

6. Baş dönmesi veya sersemlik

0.....1.....2.....3

7. Kalp çarpıntısı

0.....1.....2.....3

8. Dengeyi kaybetme duygusu

0.....1.....2.....3

9. Dehşete kapılma

0.....1.....2.....3

10. Sinirlilik

0.....1.....2.....3

11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu

0.....1.....2.....3

12.Ellerde titreme

0.....1.....2.....3

13.Titreklik

0.....1.....2.....3

14.Kontrolü kaybetme duygusu

0.....1.....2.....3

15.Nefes almada güçlük

0.....1.....2.....3

16.Ölüm korkusu

0.....1.....2.....3

17.Korkuya kapılma

0.....1.....2.....3

18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi

0.....1.....2.....3

19.Baygınlık

0.....1.....2.....3

20.Yüzün kızarması

0.....1.....2.....3

21.Terleme (sıcağa bağlı olmayan)

0.....1.....2.....3

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki sayıyı işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim

1 Gelecek hakkında karamsarım.

2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1 Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.

2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3 Herşeyden sıkılıyorum.

0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

0 Kendimden memnunum.

1 Kendi kendimden pek memnun değilim.

2 Kendime çok kızıyorum.

3 Kendimden nefret ediyorum.

0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.

2 Kendimi öldürmek isterdim.

3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

2 Çoğu zaman ağlıyorum.

3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.

1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.

2 Şimdi hep sinirliyim.

3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- 3 Artık hiç karar veremiyorum.

- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- 1 Birşeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.
- 2 Herhangi birşeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.
- 3 Hiçbir şey yapamıyorum.

- 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- 2 Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- 2 Yaptığım hemen herşey beni yoruyor.
- 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 0 İştahım her zamanki gibi
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
- 2 İştahım çok azaldı.
- 3 Artık hiç iştahım yok.

- 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim.
- 2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
- 3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

- 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
- 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
- 1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
- 2 Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
- 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Genel Toplam Puan:

TARAF : PROTEZ TİPİ :
 CERRAHİN ADI SOYADI : TARİH :
 HASTANIN SINIFLANDIRILMASI :

A. Tek taraflı, diğer diz asemptomatik veya iki taraflı

B. Tek taraflı, diğer diz semptomatik

C. Çoklu eklem tutulumu veya tıbben düşkün hastalar

AĞRI		FONKSİYON	
Yok		50	Yürüyüş
Hafif veya seyrek	45	Serbest	50
Sadece merdivende	40	>1 km	40
Yürürken ve merdivende	30	500 -1000 mt	30
Orta derecede	< 500 mt		20
Seyrek	20	Ev içinde	10
Devamlı	10	Yürüyemiyor	0
Şiddetli		0	Merdiven
HAREKETLİLİK		Normal iniş ve çıkış	50
Her 5 derece için 1 puan	25	Normal çıkış, tutunarak iniş	40
STABİLİTE		Trabzana tutunarak çıkış ve iniş	30
Anteroposterior		Trabzana çıkış, inememe	15
< 5mm	10	Merdiven kullanamıyor	0
6-10mm		5	ARA TOPLAM
>11mm		0	
Mediolateral		AZALTAN PUANLAR	
< 5°			15
6 – 9°	10	Baston	5
10 – 14°	5	İki baston	10
15° >	0	Koltuk değneği veya yürüteç	20
ARA TOPLAM		AZALTAN TOPLAM	
AZALTAN PUANLAR		FONKSİYON PUANI	
Flexiyon kontraktürü			
5 – 10°			2
11 – 15°			5
16 – 20°			10
20° >			15
Ekstansiyon kaybı			
< 10°			5
11 – 20°			10
20°			15
Uyum			

LIX

5 -10°	0
0 – 4° ise her 1 derece için 3 puan	
11 – 15° ise her 1 derece için 3 puan	
Diğer	20
	AZALTAN TOPLAM
	DİZ PUANI