



**DİZ OSTEOARTRİTLİ BİREYLERDE
FONKSİYONEL DURUM VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Leyla ADIGÜZEL
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ
Yüksek Lisans Tezi - 2017

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİZ OSTEOARTRİTLİ BİREYLERDE FONKSİYONEL
DURUM VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Leyla ADIGÜZEL

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

**ERZURUM
2017**

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**DİZ OSTEOARTRİTLİ BİREYLERDE FONKSİYONEL DURUM
VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Leyla ADIGÜZEL

Tez Savunma Tarihi : 06.01.2017

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Onay

Bu araştırma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN

Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2017**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Osteoartrit	5
2.1.1. Osteoartritin Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2. Osteoartritin Tanılanması	7
2.2. Diz Osteoartriti	7
2.2.1. Diz Osteoartritin Tanılanması.....	9
2.2.2. Diz Osteoartritin Tedavisi.....	10
2.2.2.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri	11
2.2.2.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	12
2.2.2.3. Cerrahi Tedavi Yöntemleri	14
2.2.3. Diz Osteoartritin Hemşirelik Bakımı	15
2.3. Fonksiyonel Durum	17
2.4. Yaşam Kalitesi	18
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	21
3.3. Evren ve Örneklem	21

3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	62
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	62
EK-2. ANKET FORMU	63
EK-3. DİZ İNCİNME VE OSTEOARTRİT SONUÇ SKORU	65
EK-4. ETİK KURUL KARARI.....	68
EK-5. KURUM İZİN BELGESİ.....	69
EK-6. ÖLÇEK İZİN BELGESİ.....	71

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, çok değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran sayın hocalarım Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK ve Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ'a

Tez çalışmalarım sürecinde bilgisinden, bilimsel tecrübesinden ve manevi desteğinden istifade ettiğim kıymetli hocam Öğr. Gör. Dr. Havva KARADENİZ'e

Çalışmalarım süresince benden desteğini ve yardımını esirgemeyen kıymetli eşim Sultan Ahmet ADIGÜZEL'e, eğitim hayatımın en büyük destekçisi olan aileme ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bana kazandırdığı değerli arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Leyla ADIGÜZEL

ÖZET

Diz Osteoartritli Bireylerde Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı Erzurum ilindeki diz osteoartritli bireylerin yaşam kalitesi ile fonksiyonel durumları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Materyal ve Metod: Araştırmanın evrenini Ağustos-Kasım 2015 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Geliştirme Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran 50 yaş üzerindeki diz osteoartrit tanısı konmuş bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya katılmayı kabul eden 129 diz osteoartritli birey ile çalışma yürütülmüştür. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemek amacı ile literatür doğrultusunda oluşturulan soru formu ve Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22.00 istatistik paket programında frekans, yüzde, t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışma sonucunda bireylerin fonksiyonel durumunu belirleyen Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru'nun Fonksiyon, Günlük Yaşam alt boyut puan ortalaması 46.61 ± 16.17 ve Fonksiyon, Spor Ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyut puan ortalaması 29.49 ± 23.73 olarak bulunmuştur. Bireylerin Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalaması 34.15 ± 18.11 bulunmuştur. Bireylerde fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Bireylerde ağrının varlığı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireylerde fonksiyonel durum iyileştikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartrit, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi

ABSTRACT

An Investigation of the Relationship between The Functional Status of the Individuals with Knee Osteoarthritis and Their Quality of Life

Aim: This study was carried out to investigate the relationship between the functional status of the individuals with knee osteoarthritis and their quality of life in the province of Erzurum.

Materials and Methods: The population of the study consisted of the individuals with knee osteoarthritis diagnosed over the age of 50 who applied to the Physical Therapy and Rehabilitation Polyclinic at Health Research and Development Center at Erzurum Atatürk University between August and November 2015. The study was carried out with 129 individuals with knee osteoarthritis without sample selection. In accordance with the literature, a questionnaire was developed in order to determine the socio-demographic and disease-related characteristics of the participants and The Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) scale were used. The data were analyzed in SPSS 22.00 statistical package program using frequency, percentage, t test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Dunnet T3 Post Hoc test.

Results: KOOS Function and Daily Life scores that show functional status of the participants were found as 46.61 and 16.17 respectively. In addition, Function and Sports/Leisure Activities subscale scores were determined as 29.49 and 23.73. The average scores of Quality of Life subscale were found as 34.15 and 18.11. A positive significant relationship was determined between functional status and quality of life in the individuals.

Conclusion: The presence of pain in individuals affects quality of life negatively. As the functional status improves in individuals increases the quality of life increases too.

Key Words: Functional status knee osteoarthritis, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- KOOS** : Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score
- NHANES III** : National Health and Nutrition Examination Survey III
- NSAİİ** : Nonsteroidal Antiinflamatuvar İlaç
- OA** : Osteoartrit



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.3. Bireylerin KOOS Ölçeği Ağrı Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	27
Tablo 4.4. Bireylerin KOOS Ölçeği Belirtiler Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 4.5. Bireylerin KOOS Ölçeği Fonksiyon, Günlük Yaşam Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	29
Tablo 4.6. Bireylerin KOOS Ölçeği Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	30
Tablo 4.7. Bireylerin KOOS Ölçeği Yaşam kalitesi Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	30
Tablo 4.8. Bireylerin KOOS Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları	31
Tablo 4.9. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ağrı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.10. Bireylerin Demografik Özellikleri İle Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.11. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Fonksiyon, Günlük Yaşam Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.12. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37

Tablo 4.13. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi Alt Boyut	
Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.14. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre KOOS Ölçeğinin Alt Boyut	
Puanları Açısından Farklar	41
Tablo 4.15. KOOS Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki	
İlişkiler.....	45



1. GİRİŞ

Günümüzde yaşlı nüfusun oranı giderek artmakta ve buna paralel olarak bulaşıcı hastalıklar yerini kronik hastalıklara bırakmaktadır. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan kronik hastalıklardan birisi de osteoartritir.¹ Osteoartrit, artritlerin en yaygın formu olan kronik dejeneratif bir eklem hastalığıdır. Ağrılı belirti ve bulgularla birlikte yavaş bir şekilde ilerleyerek eklemde hareket açıklığına varıncaya dek eklemde genişler ve eklemi deforme eder.²

Dünya çapında 60 yaş üzerindeki erkeklerde %9.6 kadınlarda %18 oranında osteoartrite rastlanmaktadır³. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre 65 yaş üstü bireylerin yaklaşık %25'inde osteoartrit ve osteoartrite bağlı ağrı ve fonksiyon kaybı görülmektedir.⁴ Aynı zamanda Güney Hindistan'da yapılan bir çalışmada sakatlıklara yol açan nedenler arasında dördüncü sırada osteoartrit görülmektedir ve 60 yaş üstü bireylerin %60-70'lik kısmında sakatlıklara yol açmaktadır.² DSÖ osteoartritin 60 yaş üzerindeki bireylerin % 10'unda sakatlık nedeni olduğunu belirtmektedir.⁵ Kadınlarda diz osteoartrit gelişme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğu Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Çalışması III (NHANES III) ve Johnston County Osteoartrit Projesinde belirtilmiştir.⁶ Blagojevic ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde ise aşırı kilolu ve obez olarak tanımlanan kişilerde osteoartrit gelişme riski diğer insanlara oranla 3 kat fazla bulunmuştur.⁷

Diz osteoartriti tibiofemoral ve/veya patellofemoral eklemlerdeki radyolojik osteoartritir. Radyografik bulgularla birlikte osteoartrit semptomları da görülmekteyse buna semptomatik diz osteoartriti denmektedir.⁶ Bir veya birkaç eklemden birden gelişebilen bu hastalık, her sinoviyal eklemden görülebilmekte fakat en çok diz, kalça, ayak, omurga ve el eklemlerinde karşımıza çıkmaktadır.³ Bu eklemler arasında diz

eklemi günlük yaşamda en fazla yüke maruz kalarak osteoartrit ikinci en sık görüldüğü eklemidir.⁸

Yaşlı hastalığı olarak bilinmesine rağmen diz osteoartriti genç yaşlarda da ortaya çıkmaktadır ve 35-54 yaşları arasında %5 oranında görülmektedir.⁹ Ülkemizde yapılan bir çalışmada semptomatik diz osteoartrit prevalansı %20.9 olarak bulunmuş yine aynı çalışmada semptomatik diz osteoartritinin kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.¹⁰ Antalya’da yapılan bir çalışmada 50 yaş üzerindeki bireylerde semptomatik diz osteoartriti görülme sıklığı % 14.8 bulunmuştur.⁵

Dünyaya baktığımızda Framingham Osteoartrit Çalışması ve Johnston County Osteoartrit Projesi verilerine göre 45 yaşın üzerindeki bireylerin yaklaşık olarak % 19-28 inde diz osteoartriti mevcuttur.⁶ Bu çalışmada radyolojik diz osteoartritinin Afrika kökenli Amerikalılarda beyazlara oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Afrika kökenli Amerikalılarda diz osteoartriti görülme sıklığı Johnston County Osteoartrit Projesi’nde 45 yaş ve üstü erişkinlerde %32.4 ve NHANES III’deki 60 yaş ve üzerindeki bireylerde % 52.4 olarak saptanmıştır. Beyazlarda bu çalışmalara göre oranlar sırası ile %26.8 ile %36.2 olarak belirtilmiştir.⁶ Avrupa’da ise 40-75 yaş arası erkeklerde %1.9 kadınlarda %2.5 oranında diz osteoartriti görülmektedir.¹¹

Diz osteoartrisinde risk faktörleri arasında kadın olmak, yaşlanmak ve obezite gibi faktörler yer almaktadır. Blagojevic ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasında beden kitle indeksi arttıkça diz osteoartrit riskinin de arttığı belirtilmektedir.⁷ Obezitenin riski 3 katına çıkarmasının yanı sıra diz yaralanması geçiren bireylerde diz osteoartrit gelişme riskinin 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir.⁷ Englund ve arkadaşlarının çalışmasında menisküs hasarı olan bireylerde ilerleyen dönemde diz osteoartrit gelişme riskinin 10 kat fazla olduğu belirtilmektedir.¹² Bazı çalışmalarda ise diz dizilim kusurlarının diz osteoartrit

gelişiminde etkili olup olmadığı halen tartışılmaktadır.^{13, 14} Önemli ölçüde morbiditeye sebep olan bu hastalık günümüz yaşam süresinin uzaması ile birlikte toplum sağlığı için gittikçe önemli hale gelmektedir. Diz osteoartriti multifaktöriyel bir etiyojolojiye sahip olmakla birlikte ciddi fonksiyonel zorlukları beraberinde getirmektedir. Bu zorluklar arasında yürüme, merdiven inme ve çıkma, oturma ve oturulan yerden kalkma, uzanma gibi eklemleri zorlayıcı hareketler en başta yer almaktadır.¹⁵ Bireylerde tutukluk, harekette kısıtlılık, kas gücünde azalma ve ilerleyen evrelerde şiddetli ağrılara neden olabilmektedir.⁸ Fonksiyonel bozulmalara yol açan diz osteoartrit bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememelerine, öz bakım gereksinimlerini bağımsız bir şekilde yerine getirememelerine yol açmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik gereksiniminin bu hastalık ile birlikte ortaya çıkması bireylerin yeni bir yaşam şekline alışmasını da beraberinde getirmektedir. Değişen yaşam şekilleri bireylerde yeni bir kimlik algısını gerekli kılarak bireyleri ve yaşantılarını önemli ölçüde etkiler.¹⁶ Bağımsızlık düzeyinin azalması ve kronik hastalığa sahip olmanın emosyonel ve ekonomik tükenmişliğe etkisi de tahmin edilen süreç çıktıları arasında yerini almaktadır.^{4, 17} Tüm osteoartrit türleri gibi diz osteoartriti de bireylerin fonksiyonel durumlarında bozulmalara dolayısıyla yaşam kalitelerinde düşüşe ve bağımlılık düzeylerinde artışa neden olmaktadır.^{8, 18}

Önemli bir görülme sıklığına sahip ve bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen bir hastalık olan diz osteoartritin primer korunmasında kilo vermenin ve diz yaralanmalarından kaçınmanın etkili olduğu bildirilmektedir.⁶ Diz osteoartriteli bireylere korunma evresinde egzersiz, kilo alımını önleme, yaralanmalardan kaçınma, beslenme gibi eğitici, tedavi sürecinin etkin yürütülmesinde danışman ve bakım verici, hastalık sürecinin devamında ise rehabilite edici hizmetler içerisindeki rolleri ile hemşirelerin büyük rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bireylerin sağlığının korunması ve var olan

sağlık düzeyinin yükseltilmesinde sorumluluk sahibi ve aktif rol oynayan hemşirelerin bu sürece müdahale etmesi, süreci yönetmesi ve bu sayede bireylerin yaşam kalitesini yükseltmesi gerekmektedir.

Araştırma diz osteoartritli bireylerin fonksiyonel durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, “Bireylerin fonksiyonel durumunda diz osteoartrit nedenli bozulma meydana gelmiş mi?”, “Bireylerin yaşam kalitesi diz osteoartritten etkileniyor mu?” ve “Diz osteoartritli bireylerde fonksiyonel durumun yaşam kalitesi ile ilişkisi var mı?” sorularına cevap bulabilmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Osteoartrit

Osteoartrit farklı etiyolojilere sahip ancak benzer patolojik değişiklikler gösteren bir grup bozukluktan meydana gelmektedir.^{19, 20} Osteoartrit (OA) eklem kıkırdağında ortaya çıkıp ardından eklem dokularını etkilemek suretiyle mekanik aşınma ve dejeneratif değişikliklere sebep olan noninflamatuar kronik bir hastalıktır.⁸ Osteoartritte aşırı yükler eklem yapısının bozulmasına neden olmaktadır.²¹ Eklemde meydana gelen bozulmalar zamanla eklem kıkırdağını, sunkondral kemiği, sinoviyal dokuyu, eklem kapsülünü, ligamentleri, ve eklem bağı kasları tutmaktadır. Eklemde küçük yırtıklar ve çatlakların meydana gelmesinin ardından bozulmalar kıkırdağın enzimatik yıkımı ile yayılmaya başlamaktadır. Zamanla bu bölgelerdeki kıkırdağ kaybedilir ve kemik doku ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda ise osteofit olarak adlandırılan kartilajinöz, fibröz ve kemiksi çıkıntılar eklem çevresi ve kapsülünde yerleşir ya da bozulmakta olan eklem yüzeyinde çıkıntı oluştururlar. Diz ekleminde meydana gelen sıvıda ve inflamatuvar mediatörlerin yoğunluğunda artış gözlenmekte bunun sonucunda ise sinoviyal sıvı yoğunluğunda, elastikiyetinde, bariyer ve koruma görevlerinde bozulmalar görülmektedir.¹⁹

Osteoartritin primer ve sekonder olmak üzere iki tipi bulunmaktadır. Primer osteoartrit net ve kesin bir nedenden kaynaklanmazken sekonder osteoartrit başka sorunlar neticesinde ortaya çıkması ile karakterizedir.²² Primer osteoartrit lokalize, generalize ve herediter olmak üzere alt gruplara ayrılırken sekonder osteoartrite yol açan nedenler arasında travmalar, konjenital veya gelişimsel hastalıklar, metabolik hastalıklar, endokrin hastalıklar, kalsiyum depo hastalıkları, birçok kemik ve eklem hastalığı ve bazı endemik bozukluklar yer almaktadır.²³

Osteoartrit tanılanırken semptomatik ve radyolojik olmak üzere iki farklı form olarak ifade edilmektedir. Semptomatik osteoartrit radyolojik osteoartrit olan eklemlerde sertlik, tutukluk ya da ağrı gibi diğer belirtilerin görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır.²⁴

Osteoartritin sıklıkla görüldüğü eklemler proksimal ve distal interfalangeal eklemler, karpometakarpal eklemler, birinci metatarsfalangeal eklem, servikal bölge, lumbosakral bölge, kalça ve dizdir.⁸ Osteoartrit tüm eklemler arasında ikinci, periferik eklemler arasında birinci sırada diz eklemine görülmektedir.^{8, 25} Diz eklemine osteoartritin en sık yer edindiği eklemler arasında olması özel biyomekanik yapısı ve vücut ağırlığını taşıyor olması nedeniyledir.²⁵

2.1.1. Osteoartritin Epidemiyolojisi

Osteoartritin yaşla ilişkili olduğu bilinmektedir.²⁶⁻²⁸ Kırk yaş sonrasında osteoartritin görülme sıklığı artar.²⁶ Osteoartritte risk faktörleri yaşın artması kadın olmak, ırk ve etnik köken, genetik yatkınlık, obez olmak, travmalar ve tekrarlı aktiviteleri içeren meslek grubunda çalışıyor olmaktır.²⁶ Risk faktörlerinin önem sırası etkilenen eklem göre değişiklik gösterebilir. Elli yaş üzerindeki erkeklerde fonksiyonel durumu bozan nedenler arasında ikinci sırada osteoartrit yer almaktadır.²⁹

Osteoartritin insidans ve prevalansı, yapılan çalışmaların tasarımına ve kullanılan ölçme görüntüleme yöntemlerine göre çeşitlilik göstermektedir¹⁹. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 65 yaş üzeri bireylerin yaklaşık % 25'inde osteoartrit görülmektedir.³⁰ Genel olarak bakıldığında ise birçok çalışma 60 yaş üzerindeki bireylerin en az %37 sinde radyografik osteoartrit varlığı tespit edilmiştir^{19, 26}. Amerika Birleşik Devletleri'nde 25 yaş üzerindeki 27 milyon yetişkinde klinik osteoartrit olduğu tahmin edilirken 45 yaş üzerindeki bireylerde radyografik osteoartrit prevalansı % 19.2 olarak bildirilmiştir.⁴

Çalışmalarda 26 yaş sonrasında bireylerde %27.2 oranında el osteoartriti görülmektedir.^{8, 25, 31} Ülkemizde yapılan bir çalışmada semptomatik diz osteoartrit prevalansı %20.9 olarak bulunmuştur.⁵ Semptomatik el osteoartriti kadınlarda erkeklerden yaklaşık üç kat daha fazla görülmektedir.²⁹

Fransa'da osteoartrit yaklaşık 6 milyon kişiyi etkilemekteyken kadınlarda prevalans % 6.6 erkeklerde ise %4.7 dir.²⁸ Avrupa'da ise 40-75 yaş arası erkeklerde %1.9 kadınlarda %2.5 oranında diz osteoartriti görülmektedir.¹¹

2.1.2. Osteoartritin Tanılanması

Osteoartritin tanılanmasında temel belirleyici patolojinin belirlenmesi değil ağrı ve fonksiyonel durumdaki bozulmaların bu patolojik sorunlar nedeni ile meydana gelip gelmediğidir.²⁶ Bazen ileri prognozlu hastalar asemptomatik osteoartrite sahipken ileri yaştaki osteoartritli bireylerin hastalık şikâyetlerinin yaşlılığın getirisi olduğu zannedilerek normal karşılanabilir.^{26, 32, 33} Vakaların öyküleri ve klinik semptomları osteoartritin teşhisi için yeterlidir ve bölgesel bir hastalık olduğu için kan testleri normaldir.²⁶ X-Ray ve Manyetik Rezonans Görüntüleme gibi direkt radyografiler tanıyı kesinleştirir ve burada eklem mesafesinde daralma, kist ya da osteofit, kemik hacim kaybı, skleroz, yüzeysel değişiklikler görülmektedir.^{21, 26, 34} Osteoartrit görülen eklemden alınan sıvı romatoid artritli bir eklemden alınan sıvı ile karşılaştırıldığında göreceli olarak daha yoğun ve yarı saydam olmaktadır.²² Tanılama için yapılan fiziksel muayenede ise eklem bölgesinde katı şişlik, hareket ederken çıtırtı sesi, ağrıya eşlik eden eklem açıklığında kısıtlanma görülmektedir.²⁶

2.2. Diz Osteoartriti

En sık görülen artrit formu olan osteoartrit vücutta ikinci sırada diz ekleminde görülerek diz osteoartriti adını alır. 2005 yılında Antalya'da 50 yaş üstünde 655 kişide, semptomatik diz OA görüldüğü saptanmıştır.⁴ Yapılan çalışmalarda 60 yaş üstü

bireylerde %12.1 oranında diz osteoartrite rastlanmaktadır. Radyolojik diz osteoartritinin Afrikalı Amerikanlarda beyazlara oranla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Afrikalı Amerikanlarda diz osteoartriti görülme sıklığı Johnston County Osteoartrit Projesi'nde 45 yaş ve üstü erişkinlerde %32.4 ve NHANES III'deki 60 yaş ve üzerindeki bireylerde % 52.4 olarak ifade edilmektedir. Beyazlarda bu çalışmalara göre oranlar sırası ile %26.8 ile %36.2 olarak belirtilmiştir.⁶

Diz osteoartritinin etiyolojisi multifaktöriyeldir. Diz osteoartritine neden olan faktörler arasında yaşlanma, cinsiyet, obezite, kalıtım gibi genel faktörler ve travma, meslekten ya da yaşam tarzından kaynaklanan hareketler gibi mekanik faktörler yer alır.²² Obez ya da aşırı kilolu bireylerde diz osteoartriti gelişme riski normal kilolu bireylere oranla 4 kat daha fazladır.⁷ Englund ve arkadaşlarının çalışmasında menisküs hasarı olan bireylerde ilerleyen dönemde diz osteoartrit gelişme riskinin 10 kat fazla olduğu belirtilmektedir.¹² Bazı çalışmalarda ise diz dizilim kusurlarının diz osteoartrit gelişiminde etkili olup olmadığı halen tartışılmaktadır.^{13, 14} Kemik mineral yoğunluğu fazla olan bireylerde diz osteoartrit gelişme riskinin 2-3 kat arttığı da belirtilmektedir.³⁵

Diz osteoartriti önemli fonksiyonel zorluklara neden olur. Bu zorluklar arasında günlük yaşantımızın en önemli parçalarından yürüme, merdiven inme ve çıkma, oturma ya da oturduğu yerden kalkmada oluşan ciddi bozulmalar yer almaktadır.³¹ Diz osteoartrit yaşlılarda fonksiyonel bozulmalara ve bağımsızlığın azalmasına sebep olan en önemli faktördür.³⁶ Eklemlerde tutukluk, harekette kısıtlılık, kas gücünde azalmaya neden olabilmektedir.²⁵ Hastalığın ilerlemesi ile eklem kıkırdağı harabiyeti sonucu subkondral kemik etkilenmekte ve şiddetli ağrılar meydana gelebilmektedir.^{8, 22, 25} Ağrının ortaya çıkardığı fiziksel yetersizlik ve fonksiyonel kapasitedeki azalma yaşam kalitesini azaltırken morbidite ve mortalite riskini artırır. Ağrının yanı sıra diz

osteoartritli bireylerde fonksiyonel durum psikolojik ve psikososyal faktörlerden de etkilenebilmektedir.⁸

Diz osteoartritinde osteofitler elle hissedilebilir, tendonlar gergindir ve eklem yüzeylerinin bozulması ile eklem kıkırdağının yitilmesi nedeniyle patellofemoral bölgede krepitasyon yaygındır.²²

2.2.1. Diz Osteoartritin Tanılanması

Diz osteoartritin tanılanması Amerikan Romatoloji Derneği tarafından geliştirilen tanı rehberi doğrultusunda yapılmaktadır. Diz OA'nın klinik tanı algoritması şu şekildedir.³⁷

1. Bir önceki ayın birçok gününde diz ağrısı olması
2. Eklem hareketi esnasında krepitasyon
3. 30 dakika ve altında süren sabah tutukluğu
4. 38 yaşın üzerinde olmak
5. Diz kemiklerinde genişleme

Klinik olarak diz osteoartrit tanısı konulabilmesi için hastada bu tanı kriterlerinden 1, 2, 3, 4 nolu kriterlerin ya da 1, 2, 5 nolu kriterlerin veya 1, 4, 5 nolu kriterlerin bir arada görülmesi gerekmektedir.

Diz osteoartritin klinik, laboratuvar ve radyolojik açıdan tanılanması için gerekli kriterler:³⁷

1. Bir önceki ayın pek çok gününde ağrı varlığı
2. Osteofit varlığı
3. Osteoartrite varlığını işaret eden sinoviyal sıvı
4. 40 yaşın üzerinde olmak
5. 30 dakikadan az süren sabah tutukluğunun varlığı
6. Krepitasyon

Klinik, laboratuvar ve radyolojik açıdan tanı konulabilmesi için 1, 2 ya da 1, 3, 5, 6 veya 1, 4, 5, 6 nolu kriterlerin bir arada gözlenmesi gerekmektedir. Ayrıca sinoviyal sıvı incelemesinde sıvının berrak, yapışkan ve lökosit sayısının 2000 mm³'ün altında olması osteoartriti işaret eder.³⁷

Diz osteoartrit tanısı 40 yaşını geçmiş bireylerde radyolojik değerlendirme yapılmaksızın hareketle oluşan ağrı, sabahları kısa süreli tutukluk, fonksiyonel durumda bozulma ve kemik büyümesi, krepitasyon ve harekette kısıtlılık gibi tipik belirtilerden en az birinin varlığında konulabilir.³⁸

2.2.2. Diz Osteoartritin Tedavisi

Osteoartrit semptomlarına benzerlik gösteren sendromların varlığı sebebiyle tedavide öncelik var olan belirtilerin osteoartrite bağlı olup olmadığı netleştirilmelidir.²⁶ OA'nın heterojenitesi ve diğer potansiyel ağrı kaynakları nedeniyle bireylerin standart tedavilere yanıtı farklılık gösterebilmektedir.³⁶ ²⁶ OA tedavisi için farklı tedavi rehberleri mevcuttur.^{36, 39}

- Amerikan Romatoloji Derneği (American College of Rheumatology-ACR)
- Avrupa Romatizma Birliği (European League Against Rheumatism-EULAR)
- Kas-iskelet Şikayetleri, Tanısı ve Tedavisi İçin Algoritmalar (Algorithms for the Diagnosis and Management of Musculoskeletal Complaints)
- Klinik Sistemleri Geliştirme Enstitüsü (Institute for Clinical System Improvement- ICSI)

Diz osteoartritinin tedavisi ağrının ve fiziksel sakatlıkların ortaya çıkardığı semptomlara yöneliktir. Tedavi ilkelerinin amacı hastaların osteoartrit ve yönetimi hakkında eğitilmesi, ağrının hafifletilmesi, fonksiyonelliğin artırılıp sakatlıkların azaltılması ve hastalığın ya da sonuçlarının önlenmesi ya da ilerlemesinin

durdurulmasıdır.³⁶ Fiziksel sakatlıklar ağrı nedeniyle ortaya çıkar ve fiziksel kapasitedeki kayıp yaşam kalitesini azaltırken morbidite ve mortalite riskini artırır.³⁶ Bu semptomlarla başetmede güncel tedavi ilkeleri şöyle sınıflanmaktadır:^{21, 36}

- Farmakolojik olmayan tedavi ilkeleri
- Farmakolojik tedavi ilkeleri
- Cerrahi yöntemler

2.2.2.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri

Diz osteoartritte birçok farklı farmakolojik olmayan tedavi seçeneği tanımlanmıştır. Bunlar fiziksel aktivite, egzersiz, eğitim, kilo verme, tabanlık, breysleme, terapötik ultrason, ayakkabı modifikasyonu, ve kesikli elektromanyetik alan tedavisini de içine alan bir grup yöntemdir.^{26, 40} Günümüzde daha yaygın hale gelen bu yöntemler semptomların bireye verdiği zararı en aza indirmeyi, sekonder korumayı ve hastalığın ilerleyişini önlemeyi amaçlar.^{19, 40} Yapılan çalışmalara bakıldığında egzersiz ve fiziksel aktivitenin diz osteoartrit semptomlarının etkisini azaltmada ve diz osteoartritten korunmada etkili olduğu yapılan bazı çalışmalarla kanıtlanmıştır.^{31, 41} Kilo vermenin osteoartrit gelişme riski üzerinde etkili olduğu kilo verildikçe osteoartrit gelişme riskinin azaldığı belirtilmiştir.³⁹

Diz osteoartritte egzersiz hareket çeşitliliğini, esnekliği, aerobik şartlanmayı ve kas fonksiyonelliğini işaret eder. Kas performansı sadece güçlendirme egzersizi ile sürdürülmez aynı zamanda kas dayanıklılığı ve motor kontrolün geliştirilmesi için yapılan fonksiyonel egzersiz ile de sürdürülebilir.⁴⁰ Kas tonusunun geliştirilmesi kas spazmlarını azaltabilir ve kontraktürleri önleyebilir.³⁷ Bireylere yaşa, komorbiditeye, ağrı düzeyine ya da sakatlıklara bakılmaksızın lokal kas güçlendirme ve genel egzersiz yapmaları önerilir.⁴² Diz osteoartritli bireyler egzersizin artritlerini kötüleştireceği inancına sahiptir. Bu bireyler yanlış inanışları ortadan kaldırılarak egzersiz yapmaları

için cesaretlendirilmelidir.²¹ Diz osteoartritli bireyler haftada minimum üç gün, hafif ya da orta şiddette egzersizleri uygulayarak ağrılarını ve ağrı kesicilere duydukları ihtiyacı azaltabilirler.⁴³ Uygun ayakkabı seçimi de diz osteoartriti olan bireyler için çok önemlidir. Eklem ağrısı ve dengede bozulma yaşayan bireylerin destek, diz desteği ya da tabanlık kullanımı önerilmektedir.³⁹ Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe gibi özel problemleri olan bireyler için baston gibi yardımcı cihazlar düşünülebilir⁴²

2.2.2.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Diz osteoartritte farmakolojik tedavi ilaçların semptomları azaltıcı ya da hastalık modifiye edici özelliklerine göre belirlenmiştir. Henüz hastalığı modifiye edebilecek yeterlilikte bir ilacın varlığı kanıtlanmamıştır.²⁶ Diz osteoartritteki ağrı ile başetmede yayınlanan temel rehberler hafif ve orta şiddetteki ağrılarda asetaminofen önermekteyken bazı kaynaklarda steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların (NSAİİ) daha etkili ve tercih edilen bir ilaç olduğunu söylemektedir.^{26, 36, 42}

Farmakolojik tedaviye başlanırken ilacın belirlenmesi için ilk olarak inflamasyonun varlığı sorgulanır. İnflamasyonun belirgin olmadığı durumlarda tedaviye asetaminofen ile devam edilmesi uygun bulunmaktadır.³⁰ Asetaminofen NSAİİ'lerle karşılaştırıldığında hem aynı ölçüde etkilidir hem de yan etkileri daha az olan bir ilaçtır. Uzun süreli kullanımda asetaminofen dozuna dikkat edilmezse hepatotoksisite gelişebilmektedir. Tedavi rehberleri asetaminofen ve topikal NSAİİ'lerin oral NSAİİ, opioidler ve siklooksijenaz 2 den önce düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.⁴² Asetaminofen kullanımına rağmen ağrısı geçmeyen ya da kliniğe inflamasyonla başvuran bireylerde antiinflamatuvar ilaçlara ya da siklooksijenaz 2 kullanımına geçilmektedir. Antiinflamatuvar ilaç kullanımında ise renal işlev bozukluğu yönünden sıkı takip yapılmalıdır. Renal işlev bozukluğu riski olan bireylerde kortikosteroid enjeksiyonları uygulanabilmektedir.³⁰ Bu enjeksiyonların uygulanışı

radyolojik rehberlik gerektirdiği için zor olsa da bazı otoriteler tarafından ağrı yönetiminde daha hızlı ve etkin oldukları düşünölmektedir. Bu enjeksiyonların diz osteoartritindeki doz aralığı metilprednizolan asetatta 40 mg ile 80 mg arasındadır. Enjeksiyonların tekrarlı şekilde uygulanması steroid artropatisi geliştirebileceğinden önerilmemektedir. Literatürde bu enjeksiyonların en fazla yılda üç ve yaşam boyu 20 kezden fazla yapılmamasını önerilmektedir.¹⁹

Diz osteoartritli hastalarda renal işlev bozukluğu riski yoksa oral NSAİİ'ler düşünölmelidir. Ancak varfarin sodyum kullanan hastalarda herhangi bir oral NSAİİ kullanımını yerine siklooksijenaz 2 kullanımını önerilmektedir.¹⁹

Amerikan Romatoloji Derneği tedavi rehberinde diz osteoartritli hastaların tedavisinde kortikosteroid enjeksiyonu kullanımından sonra ağrıya yönelik oral tramadol kullanımı önerilmektedir. Bu ilaç gis kanamaları ve toksite yönünden daha güvenilir bulunmaktadır. Asetaminofen ile eş zamanlı kullanımını da mümkündür.¹⁹ Tramadol kullanımına rağmen ağrı devam ediyorsa bireylerde opioid analjezik kullanımı önerilmektedir. Eklem replasman cerrahisi için uygun olmayan hastalarda opioid analjezikler en uygun tedavi bileşenleridir.¹⁹

Diz osteoartrite tedavisinde son sečeneklerden biri topikal analjeziklerdir. Bu ilaçlar minimum yan etki ihtimali ile lokal olarak uygulanabilmektedir. Tedavi rehberleri bu ilaçları kapsaisin, topikal salisilatlar ve topikal NSAİİ'ler olmak üzere üç grupta toplamaktadır.³⁰

Farmakolojik tedavide narkotik olmayan analjeziklerin ağrıda etkili olamadığı durumlarda non-farmakolojik yöntemlerle birlikte narkotik analjeziklerin kullanımına başvurulabilmektedir.²⁶ Bu tedavilerin yanısıra kortikosteroidler, intra artiküler hyaluronan uygulanması ve topikal kapsaisin kullanımı lokalize farmakolojik tedaviler arasında yer almaktadır.²⁶

Son yıllarda eklem içi hyaluronik asit uygulaması ile ilgili yürütülen çalışmalar enjeksiyon sonrası bireylerin ağrısında azalma, fonksiyonel durumlarında düzelme olduğunu ve önemli ölçüde yan etki görülmediğini bildirmektedir. Bu uygulama sayesinde sinoviyal sıvının viskoelastikiyeti arttırılmaktadır. Uğur ve arkadaşlarının çalışmasında hyaluronik asit uygulanan bireylerde ağrıda azalma ve fonksiyonel durumda iyileşme olduğu ve bireylerin çıktığı basamak sayısında artış olduğu bildirilmektedir.⁴⁴

2.2.2.3. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Osteoartritin cerrahi tedavisi ise farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen fonksiyonel kaybı olan hastalarda düşünülebilmektedir. Fokal kıkırdak lezyonlar için kemik iliği stimülasyon teknikleri, artroskopik debridman, osteotomiler, otolog osteokondral doku transplantasyonu ya da otolog kondrosit implantasyonu gibi kıkırdak onarım yöntemleri, eklem artrodezleri ve artroplastiler uygulanan cerrahi yöntemler arasında yer almaktadır.^{45, 46} tüm bu cerrahi yöntemler eklemi koruyan ya da feda eden yöntemler olarak ayrılmaktadır.⁴⁶

Eklemi koruyan yöntemler artroskopik debridman, osteotomi ve artroplastidir. Artroskopik debridman genelde 60 yaş altı bireylerde biyomekanik bozulmanın olmadığı vakalarda tercih edilmektedir. Eklem bölgesindeki küçük kesilerden yerleştirilen artroskopik cihazlar yardımı ile uygulanır. En sık dizde uygulanmaktadır. Morbiditesi az olan semptomatik bir yöntemdir. Osteotomi özellikle diz ve kalça ekleminde bozulmuş dizilimin düzeltilmesi için deformiteye bağlı olarak eklemin kesilmesi, kaydırılması ya da açısının düzeltilmesi ile birlikte daha geniş bir eklem yüzeyi sağlanması olarak açıklanmaktadır. Amaç deforme olan bölgedeki eklem yükünü azaltmaktır. Artroplasti yöntemi ise eklem yeniden ağrısız fonksiyonellik kazandırmak

amacıyla eklem içine implantların yerleştirilmesidir. Sıklıkla kalça ve diz ekleminde uygulanmaktadır.⁴⁶

Eklem fonksiyonlarını feda eden yöntemlerden artrodez ileri evre tutulumu gösteren eklem dondurulması ve kullanım dışı bırakılması olarak tanımlanmaktadır. Hastaların fonksiyon kaybını kabul edemeyişleri bu yöntemin sık kullanımını engellemektedir. Rezeksiyon artroplastisi ise proksimal ve distal kısımları kesilen eklem içine yumuşak doku yerleştirilmesidir. Ağrıyı azaltırken eklemde instabilite oluşturması yürüme destek cihazlarına gereksinim oluşturmaktadır.⁴⁶

2.2.3. Diz Osteoartritinde Hemşirelik Bakımı

Diz osteoartritte görülen ağrı bireylerin fonksiyonel durumlarında bozulmaya neden olur ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirmelerini engellemektedir.¹⁸ Önemli ölçüde morbiditeye sebep olan bu hastalık günümüz yaşam süresinin uzaması ile birlikte toplum sağlığı için gittikçe önemli hale gelmektedir. Osteoartrit ve diz osteoartrit diğer kronik hastalıklarda da olduğu gibi bireylerin bağımsızlık düzeyini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireylerin %80'inde hareket kısıtlılığı görüldüğü, %25'inde günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorluk yaşandığı belirtilmektedir.¹⁸ Bu hastalık bireylerin sadece yaşam aktivitelerinde değişiklik meydana getirmekle kalmaz kişilerin yeni bir yaşam şekline alışmasını da gerektirir. Yaşam şeklinin değişmesiyle bireyin kimlik algısında da değişiklikler meydana gelmektedir.¹⁶ Bakıma duyulan ihtiyacın artması ile birlikte uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sonucu yüklü sağlık harcamaları ortaya çıkmaktadır.¹⁸ Son yıllarda sağlık harcamalarında azalma sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar sonucu hastaların erken taburcu edilmesiyle taburculuk sonrası bakımın çok yönlü olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.⁴⁷

Diz osteoartritli bireylere verilecek hemşirelik bakımında değişen sosyalizasyon durumu ve yaşam kalitesi göz önüne alınarak bütüncül bir yaklaşımla bireyin sosyal, psikolojik ve kişisel ihtiyaçlarına yönelik girişimler yapılmalıdır. Bireylerin eklemlerini koruyan ve eklem uygulanan yükü azaltmaya yönelik yardımcı araç kullanımına önem verilmelidir.³⁹ Etkin ağrı yönetimini sağlayabilmek için farmakolojik ya da nonfarmakolojik yöntemler bilinmelidir ve bu teknikler düzenli eklem hareketleri ve kas güçlendirici aktivitelerle desteklenmelidir.⁴⁸

Diz osteoartritte bireylerde en sık görülen semptomlardan biri olan ağrı bireylerin uyku düzeninde bozulmaya neden olmaktadır. Ağrı nedeniyle bozulan uyku örüntüsünün düzenlenmesi ve bireylerin yeterince dinlenmesini sağlayarak yorgunluğun giderilmesi gerekmektedir.²⁵

Diz osteoartritin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme becerisini azaltması nedeniyle bireylerde oluşan özbakım eksikliğini gidermek için temel ihtiyaçlara yönelik bakım verilmeli ve bireylerin bu bakıma katılmasına imkan sağlanmalıdır. Bireylerin özbakımlarına katılma güçleri arttırıldıkça yaşam kalitelerinde olumlu yönde gelişmeler kaydedilmektedir.¹⁸

Bağımlılık düzeyinde artma ve kronik hastalıkla yaşama sonucunda bireylerin beden imajında meydana gelen bozulmaya yönelik bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmalıdır. Bireylerin beden kitle indeksi normalin üzerinde ise hem beden imajında iyileşmeye katkı sağlaması hem de ağrının azaltılması amacı ile diyetisyene danışılarak hastanın kilo vermesi sağlanmalıdır. Varolan başetme yöntemleri değerlendirilerek gerekli olduğunda yeni yöntemler bireyle birlikte geliştirilmelidir.^{48, 49}

Diz osteoartritli bireylerin bakımında bakımda rol alan aile bireylerinin hastalığa ve etkilerinin çözümüne ilişkin bilgilendirilmesi ve katılımlarının desteklenmesi

bakımın sürdürülmesi ve etkin olması için çok önemlidir¹⁸ Hemşirenin diz osteoartrinde bağımlılık düzeyini azaltıcı girişimlere başvurması, bütüncül bakımı amaçlaması ve bakımın sonuçlarını titizlikle değerlendirmesi gerekmektedir.^{47, 48}

2.3. Fonksiyonel Durum

Vücut bölgelerinin yapılarına ve doğalarına uygun bir şekilde rol ve işlevlerini yerine getirmesi dolayısıyla da bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin maksimum düzeyde yerine getirilmesi fonksiyonel durum olarak tanımlanmaktadır.⁵⁰ Fonksiyonel durum kavramı motor becerileri, günlük aktiviteleri yerine getirebilme yeteneğini ve günlük yaşamdaki entrümental aktivitelerin gerçekleştirilebilmesini tanımlamak için kullanılmaktadır.⁵¹

Günlük yaşam aktivitelerini içeren fonksiyonel durum bireyin psikolojik durumundan, kendi sağlığını algılayışından ve hastalık durumlarından etkilenebilmektedir.⁵⁰ Bununla birlikte fonksiyonel durum bireyin beslenme, tuvalet, bireysel hijyen gibi temel gereksinimlerini karşılayabilmesini de içerir. Davranışsal, duyuşsal, sosyal ve çevresel etmenler, yaşlılık, akut veya kronik hastalıklar ve sakatlıklar fonksiyonel durumda değişimlere ve bozulmalara neden olabilmektedir.⁵⁰⁻⁵²

Fonksiyonel durum dört farklı boyuttan meydana gelmektedir⁵²:

- Fiziksel fonksiyonlar: Yemek yapmak, temizlik yapmak, yürüyüş yapmak, seyahat etmek, fotoğraf çekmek, oyun oynamak, dinlenmek.
- Bilişsel fonksiyonlar: Oryantasyon, sebep sonuç ilişkisi kurmak, eleştirel düşünme, hatırlamak ya da unutmak, hesaplama yapmak.
- Sosyal fonksiyonlar: Kişiler arası ilişkiler, toplumsal rollerin yerine getirilmesi, arkadaşlık kurmak.
- Psikolojik fonksiyonlar: Depresyon, özbakım, anksiyete, kendini ifade etmek, içe kapanma, eğlenmek, ağlamak.

Kronik hastalıklar sonucu meydana gelen fonksiyonel durumdaki bozulma ve fonksiyonel yetersizlik birbirinden farklı kavramlardır. Fonksiyonel durum bireyin güncel aktivite performansını ve bu performansın derecesini belirtirken fonksiyonel yetersizlik bireyin işlevlere ve aktivitelere harcadığı performans kapasitesindeki azalmayı ifade etmektedir⁸. Birey güncel fonksiyonel durumunu ifade ederken tüm fonksiyonel kapasitesini kullanmıyor olabilir. Aynı zamanda bireyin fonksiyonel kapasitesinin az olması güncel fonksiyonel durumunu etkileyebilmektedir.⁵²

Bireyin genel sağlık durumunun ve tüm boyutları ile iyilik halinin göstergesi olan fonksiyonel durum aynı zamanda bireyin bağımsızlık düzeyini de belirtmektedir.⁵² Sinoviyal eklemlerde dejenerasyonla meydana gelen ağrı, hareket kısıtlılığı, sertlik ile karakterize bir hastalık olan diz osteoartrit bu belirtiler nedeniyle bireyler temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememelerine, yardımcı cihazlara ya da bakım vericilerine bağımlı olmalarına sebep olmaktadır.¹⁸ Bireyler merdiven çıkmak banyo yapmak, alışveriş yapmak, yemek yemek gibi temel yaşam gereksinimlerini bile yerine getiremeyebilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bireylerin bağımlılık düzeyi arttıkça bireylerde anksiyete düzeyi de artmaktadır.³³

2.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne ölçüde gerçekleştirebildiklerini ve kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili olarak sağlık durumlarını tanımlamak için kullanılmaktadır.⁵³ Yaşam kalitesi bireyin durumunu kendi yaşam standartları ve sağlıklarını algılayış biçimlerine göre kendilerini ifade etme şekilleridir.⁵⁴ Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte kişinin fiziksel fonksiyonlarını, aile içi ve dışı sosyal ilişkisini, psikolojik durumunu, çevreyle etkileşimini ve inançlarını da kapsamaktadır.⁵⁴ Bu tanımlamalar yaşam kalitesi kavramının kişinin sosyal, çevresel ve kültürel kavramları ile iç içe olduğunu

göstermektedir.⁵⁵ Yaşam kalitesinin boyutları temel ihtiyaçların karşılanması gibi durumları ifade eden fiziksel boyut, hastalıkları ve komplikasyonlarını belirten hastalık veya tedavi boyutu, depresyon ve anksiyeteyi ifade eden psikolojik boyut ve kişiler arası ilişkiler ile bireyin rol ve sorumluluklarını ifade eden sosyal boyuttur.⁵⁶

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramına bakıldığında; hastalık ve tedavinin genel olarak fiziksel, sosyal, psikolojik ve iyilik halleri üzerine etkisinin subjektif değerlendirmesi olarak ifade edilebilir.⁵⁶ Diz osteoartrit nedeniyle ortaya çıkan ağrı, tutukluk ve sertlik bireylerde hareket kısıtlılığı ve fonksiyon kaybına neden olurken ağrı kaynaklı uyku düzeninin bozulması, anksiyete hatta depresyon da görülebilmektedir.⁵³ Yaşam kalitesini etkileyen bir faktörde diz osteoartritin tedavisinde kullanılan yan etkileri oldukça yüksek olan bir grup ilaç olan nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlardır.²⁶ Yapılan bir çalışmada bir romatoloji kliniğine başvuran ve romatolojik hastalık tanısı almış 295 hastanın kendi yaş grubundaki genel popülasyona oranla yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Tüm romatizmal hastalıklar içerisinde yaşam kalitesi en düşük olan bireylerin osteoartrit hastaları olduğu belirlenmiştir.⁵⁵ Osteoartrit yaşam kalitesini kadınlarda erkeklere göre daha fazla etkilemektedir. Osteoartrit nedeniyle hekime başvurma ve nonsteroidal anti inflamatuvar ilaç kullanımı kadınlarda daha yaygın. Osteoartrite bağlı depresyon görülme sıklığı erkeklerde % 18.8 bulunurken kadınlarda % 19.7 olarak bulunmuştur.⁵⁷

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi günümüzde bakım ve tıbbi tedavi uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla da sıklıkla kullanılmakta ve gerçekçi sonuçlar ortaya koymaktadır.⁵⁸ Bu değerlendirmeler yapılırken sağlık hizmeti alan bireylerin görüşlerinin alınması sunulan hizmetlerin zarar ve faydalarını daha doğru olarak elde etmeye yardımcı olmaktadır.⁸

Kronik ve dejeneratif bir eklem hastalığı olan osteoartrit kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini engelleyerek bağımlılık düzeyini arttırmaktadır. Bireylerin benlik saygıları öz bakımlarını gerçekleştirememeleri sonucu azalmaktadır. Hareket kısıtlılığı ve ağrılar nedeniyle bireyler sosyalleşemez. Sosyalleşemeyen bireylerin baş etme yöntemleri azalmakta çevre ile etkileşimleri sınırlanmaktadır. Tüm bu etkiler sonucunda ve ilerleyen yaşlarda görülen bir hastalık olması nedeniyle aktif yaşamın kısıtlanması sonucu diz osteoartrit bireylerin yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.^{8, 18, 25}



3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma verileri hastanenin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğinde diz osteoartrit tanısı almış bireylerden toplanmıştır. Araştırma Mayıs 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ağustos - Kasım 2015 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran ve diz osteoartrit tanısı almış olan 50 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek ilgili polikliniğe belirtilen tarihler arasında başvuran 147 bireye ulaşılmıştır. On sekiz birey çalışmaya katılmayı kabul etmediği ya da eksik bilgi vermiş olduğu için dahil edilmeyerek araştırma 129 bireyle tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 1.Bireylerin diz osteoartrit tanısı almış olması,
- 2.Bireylerin kognitif bozukluklarının olmaması,
- 3.Bireylerin 50 yaş ve üzerinde olması,

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu kullanıldı. Bu form iki bölümden meydana gelmektedir.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu soru formu bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile hastalığa ilişkin özelliklerini sorgulayan ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan 18 sorudan meydana gelmektedir.(EK-2)

Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru (KOOS) : KOOS (EK-3) diz yaralanmalarını, diz osteoartriti ile ilişkili semptomları ve fonksiyonel durumu değerlendirmek amacıyla 1995 yılında geliştirilen bir ölçektir.⁵⁹ Bu ölçek menisküs yaralanmaları, kondral yaralanmalar gibi posttravmatik osteoartrit ile sonuçlanabilen diz yaralanmalarında aynı zamanda diz osteoartriti de kullanılmaktadır. Geniş yelpazede hastaların var olan ve beklenen fiziksel aktivite düzeyini ölçebilmesi ölçeğin geçerliliğini arttırmaktadır. Primer yaralanmaları ve osteoartriti takip eden yıllar boyunca, kısa ya da uzun süreli aralıklarla hafta hafta tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri değerlendirmek için de KOOS kullanılabilir.^{59, 60}

Çeşitli dillere çevirisi yapılan KOOS ölçeğinin Türkçe versiyonu olan Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru'nun geçerlilik ve güvenilirliği Parker ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır.⁶¹ Belirti alt boyutu, Ağrı alt boyutu, Fonksiyon Günlük Yaşam alt boyutu, Fonksiyon, Spor Ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyutu ve Yaşam Kalitesi alt boyutu olmak üzere toplam beş alt boyuttan meydana gelmektedir.⁶¹ Belirti alt boyutu bir hafta öncesine kadar olan sürede bireylerin osteoartrite ilişkin dizde şişlik, hareketle gıcırdama, kilitleme, bükememe gibi belirti ve şikayetlerin sıklık düzeyini ölçmektedir. Ağrı alt boyutu bireylerin bir hafta öncesine kadar olan sürede dizi kıvrırmak, düzleştirmek, bükmek veya merdiven inmek ve çıkmak, oturmak ve ayakta durmak gibi aktiviteler esnasında yaşadıkları ağrının düzeyini ölçmektedir. Fonksiyon, günlük yaşam ve Fonksiyon, spor ve boş zaman değerlendirme aktiviteleri alt boyutları bireylerin geçmiş bir hafta öncesine kadar olan sürede fonksiyonel duruma ilişkin alışverişe gitmek, yataktan kalkmak, tuvalet ve

banyoya girmek, çömelmek, zıplamak, ev işleri yapmak gibi aktiviteler esnasında yaşadıkları zorluk derecesini ölçmektedir. Yaşam kalitesi alt boyutu bireylerin diz osteoartrit nedeniyle yaşadıkları problemin yaşam kalitesini ne sıklıkta etkilediğini, diz osteoartritin yaşam şeklinde değişikliğe neden olma düzeyini ve bu hastalıkla ilgili yaşadıkları zorluk düzeyini ölçmektedir. Beşli likert tipindeki yanıtlar 0 ile 4 arasında puan almakta ve her alt boyutun puanı hesaplanmaktadır. Alt boyut puanının 100'e yaklaşması o alt boyuta ilişkin problemlerin azalması, alt boyut puanının 0'a yaklaşması o alt boyuta ilişkin problemlerin artması anlamına gelmektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındıktan sonra 20 kişi üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrasında anlaşılmayan ya da yanlış anlaşılan bir sorunun varlığı tespit edilmemiş ve uygulamaya geçilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere Ağustos - Kasım 2015 tarihleri arasında anket formu uygulanmıştır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Her bir anket yaklaşık 15 dakikada uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde frekans ve yüzde gibi oranların yanı sıra t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi kullanılmış olup bu analizler bilgisayarda SPSS 22.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın verileri 28.05.2015 tarihli Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi etik kurul onayı (EK-4) ile araştırmanın yapılacağı kurumdan izin yazısı (EK-5) alınmasından sonra gönüllülük esasına uyularak toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce bireylere araştırmanın amacı açıklanmış ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Bireylerin sözlü onayları alınmış olup

istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri söylenmiştir. Bireysel bilgilerin araştırmacı tarafından korunacağı, elde edilen bilgilerin ve yanıtlayanın kimliğinin gizli tutulacağı ve etik ilkelere uyulmasına genel olarak dikkat edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Ağustos 2015- Kasım 2015 tarihleri arasında yapılmış olması hasta sayısını etkileyen bir faktör olduğundan araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Araştırmanın sadece bir sağlık kurumunda yapıyor olması nedeniyle sonuçlar tüm topluma genellenemez. Sonuçlar sadece veri toplanan kişileri yansıtmaktadır..

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan, bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	88	68.2
	Erkek	41	31.8
Eğitim durumu	Okuryazar değil	50	38.8
	İlköğretim	42	32.5
	Lise	24	18.6
Medeni durum	Lisans-yüksek lisans	13	10.1
	Bekar-dul-boşanmış	53	41.1
Gelir düzeyi	Evli	76	58.9
	Gelir giderden az	39	30.2
	Gelir gidere denk	76	58.9
Çalışma durumu	Gelir giderden fazla	14	10.9
	Çalışıyor	35	27.1
BKI	Çalışmıyor	94	72.9
	Normal	34	26.3
	Fazla kilolu	50	38.8
	Obez	45	34.9
	minimum	maksimum	$\bar{X} \pm Ss$
Yaş	50	95	62.42±10.91
Boy	145	185	162.48±9.22
Kilo	45	102	75.22±13.75

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmaya alınanların yaş ortalamasının 62.42±10.91, boy ortalamasının 162.48±9.22, kilo ortalamasının 75.22±13.75 olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %68.2’sini kadınlar ve %72.9’unu çalışmayan bireyler oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Osteoartrite eşlik eden hastalık	Var	68	52,7
	Yok	61	47,3
Düzenli kullanılan ilaç	Var	55	43,7
	Yok	71	56,3
Hastalığa bağlı şikayet	Var	67	51,9
	Yok	62	48,1
Hastalığa bağlı şikayetler	Ağrı	113	18,9 (87,6)
	Kızarıklık	48	8,03 (37,2)
	Boşalma hissi	53	8,86 (41,1)
	Uykusuzluk	67	11,20 (51,9)
	Sertlik	73	12,21 (56,6)
	Yorgunluk	85	14,21 (65,9)
	Şişlik	84	14,05 (65,1)
	Fonksiyon kaybı	75	12,54 (58,1)
Hastalık süresi	1 yıl	33	25,6
	2-5 yıl	49	38,0
	5-10 yıl	22	17
	11-15 yıl	14	10,9
	16 yıl ve üstü	11	8,5
Osteoartrite bağlı yakınmalarda mevsimsel değişiklik	Var	61	47,3
	Yok	68	52,7

* İlk yüzde değeri genel semptom toplamına göre oranı, parantez içindeki yüzde ise her bir semptomun işaretlenme oranını göstermektedir.

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırmaya alınan bireylerin % 52,7'sinde Osteoartrite eşlik eden hastalık varken, % 47,3'ünde Osteoartrite eşlik eden hastalık yok, % 18,90'nın hastalığına ilişkin şikayeti ağrı, % 11,20'sinin hastalığına ilişkin şikayeti uykusuzluk, % 12,21'inin hastalığına ilişkin şikayeti sertlik, % 14,21'inin hastalığına ilişkin şikayeti yorgunluk, % 14,05'inin şişlik, % 12,54'ünün hastalığına bağlı şikayeti fonksiyon kaybı, % 51,9'u hastalığına bağlı sorun yaşıyor, % 48,1'i hastalığına bağlı sorun yaşamıyor, % 25,6'sının hastalık süresi 1 yıl, % 38'inin hastalık süresi 2-5 yıl, % 17,1'inin hastalık süresi 5-10 yıl, % 10,9'unun hastalık süresi 11-15 yıl, % 8,5'inin

hastalık süresi 16 yıl ve üstü, % 47.3'ünün Osteoartrite bağlı yakınmaları mevsimsel değişiklik gösterdiği, % 52.7'sinin Osteoartrite bağlı yakınmaları mevsimsel değişiklik göstermediği görülmektedir.

Tablo 4.3. Bireylerin KOOS Ölçeği Ağrı Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Maddeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Sık Sık		Her Zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1.Dizinizde ne kadar sık ağrı olur?	0	0	13	10.1	22	17.1	50	38.8	44	34.0
2-Dizinizi kıvrırmak/kendi ekseninde döndürmek	8.0	6.2	12	9.3	39	30.2	53	41.1	17	13.2
3-Dizi tam düzleştirmek	4.0	3.1	30	23.3	36	27.9	44	34.1	15	11.6
4-Dizi tam bükme	9	7.0	19	14.7	42	32.6	43	33.3	16	12.4
5-Düz zeminde yürümek	7	5.4	30	23.3	43	33.3	23	17.8	26	20.2
6-Merdiven inmek veya çıkmak	10	7.8	8	6.2	23	17.8	49	38.0	39	30.2
7-Gece yataktayken	5	3.9	38	29.5	35	27.1	35	27.1	16	12.4
8-Oturmak veya yatmak	9	7.0	26	20.2	50	38.8	31	24.0	13	10.0
9-Ayakta dik durmak	6	4.7	20	15.5	51	39.5	33	25.6	19	14.7

KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutunda araştırmaya katılan hastalar, “Dizinizde ne kadar sık ağrı olur?” sorusuna % 10.1 “Nadiren, % 17.1 “Bazen”, % 38.8 “Sık sık” ve % 34.1 “Her zaman”, “Dizinizi kıvrırmak/kendi ekseninde döndürmek” sorusuna % 6.2 “Hiç”, % 9.3 “Nadiren, % 30.2 “Bazen”, % 41.1 “Sık sık” ve % 13.2 “Her zaman”, “Dizi tam düzleştirmek” sorusuna % 3.1 “Hiç”, % 23.3 “Nadiren, % 27.9 “Bazen”, % 34.1 “Sık sık” ve % 11.6 “Her zaman”, “Dizi tam bükme” sorusuna % 7 “Hiç”, % 14.7 “Nadiren, % 32.6 “Bazen”, % 33.3 “Sık sık” ve % 12.4 “Her zaman”, “Merdiven inmek veya çıkmak” sorusuna % 7.8 “Hiç”, % 6.2 “Nadiren, % 17.8 “Bazen”, % 38 “Sık sık” ve % 30.2 “Her zaman”, “Oturmak veya yatmak” sorusuna % 7 “Hiç”, % 20.2 “Nadiren, % 38.8 “Bazen”, % 24 “Sık sık” ve % 10.1 “Her zaman”, “Ayakta dik durmak” sorusuna % 4.7 “Hiç”, % 15.5 “Nadiren, % 39.5 “Bazen”, % 25.6 “Sık sık” ve % 14.7 “Her zaman”, yanıtlarını vermişlerdir.

Tablo 4.4. Bireylerin KOOS Ölçeği Belirtiler Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Maddeler	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman					
1-Dizinizde şişlik var mı?	14	10.9	16	12.4	29	22.5	46	35.7	24	18.5
2-Dizinizi hareket ettirirken gıcırdama hisseder misiniz, çıtırdama veya başka tipte sesler duyar mısınız	9	7.0	15	11.6	43	33.3	47	36.4	15	11.7
3-Hareket ederken diziniz takılır veya kilitlenir mi?	7	5.4	19	14.7	35	27.1	57	44.2	11	8.6
4- Dizinizi tam olarak uzatabiliyor musunuz?	19	14.7	21	16.3	27	20.9	29	22.5	33	25.6
5- Dizinizi tam olarak bükabiliyor musunuz?	15	11.6	31	24.0	38	29.5	29	22.5	16	12.4
6- Sabah ilk uyandıığınızda diz eklemimizdeki sertlik ne kadar şiddetli olur?	19	14.7	25	19.4	45	34.9	29	22.5	11	8.5
7- Günün ilerleyen saatlerinde oturduktan, uzandıktan, dinlendikten sonra diz sertliğiniz ne kadar şiddetli olur?	14	10.9	17	13.2	32	24.8	56	43.4	10	7.7

KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” alt boyutunda araştırmaya katılan hastalar, “Dizinizde şişlik var mı?” sorusuna % 10.9 “Hiç”, % 12.4 “Nadiren”, % 22.5 “Bazen”, % 35.7 “Sık sık” ve % 34.1 “Her zaman”, “Dizinizi hareket ettirirken gıcırdama hisseder misiniz, çıtırdama veya başka tipte sesler duyar mısınız?” sorusuna % 7 “Hiç”, % 11.6 “Nadiren”, % 33.3 “Bazen”, % 36.4 “Sık sık” ve % 11.6 “Her zaman”, “Hareket ederken diziniz takılır veya kilitlenir mi?” sorusuna % 5.4 “Hiç”, % 14.7 “Nadiren”, % 27.1 “Bazen”, % 44.2 “Sık sık” ve % 8.5 “Her zaman”, “Dizinizi tam olarak uzatabiliyor musunuz?” sorusuna % 14.7 “Hiç”, % 16.3 “Nadiren”, % 20.9 “Bazen”, % 22.5 “Sık sık” ve % 25.6 “Her zaman”, “Dizinizi tam olarak bükabiliyor musunuz?” sorusuna % 11.6 “Hiç”, % 24 “Nadiren”, % 29.5 “Bazen”, % 22.5 “Sık sık” ve % 12.4 “Her zaman”, “Sabah ilk uyandıığınızda diz eklemimizdeki sertlik ne kadar şiddetli olur?” sorusuna % 14.7 “Hiç”, % 19.4 “Nadiren”, % 34.9 “Bazen”, % 22.5 “Sık sık” ve % 8.5 “Her zaman”, “Günün ilerleyen saatlerinde oturduktan, uzandıktan, dinlendikten sonra diz sertliğiniz ne kadar şiddetli olur?” sorusuna % 10.9 “Hiç”, % 13.2 “Nadiren”, % 24.8 “Bazen”, % 43.4 “Sık sık” ve % 7.8 “Her zaman” yanıtlarını vermişlerdir.

Tablo 4.5. Bireylerin KOOS Ölçeği Fonksiyon, Günlük Yaşam Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Maddeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Sık Sık		Her Zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Merdiven inmek	2	1.6	8	6.2	34	26.4	40	31.0	45	34.9
Merdiven çıkmak	3	2.3	10	7.8	35	27.1	40	31.0	41	31.8
Oturduğunuz yerden kalkmak	0	0	15	11.6	43	33.3	54	41.9	17	13.2
Ayakta durmak	5	3.9	33	25.6	35	27.1	46	35.7	10	7.8
Yere eğilmek/ Bir nesne almak	8	6.2	17	13.2	43	33.3	39	30.2	22	17.1
Düz zeminde yürümek	7	5.4	30	23.3	57	44.2	20	15.5	15	11.6
Arabaya binmek/inmek	9	7.0	32	24.8	38	29.5	33	25.6	17	13.2
Alışverişe gitmek	14	10.9	33	25.6	29	22.5	39	30.2	14	10.9
Çorap/Külotlu çorap giymek	13	10.1	33	25.6	45	34.9	33	25.6	5	3.9
Yataktan kalkmak	8	6.2	35	27.1	59	45.7	24	18.6	3	2.3
Çorap/Külotlu çorap çıkarmak	15	11.6	42	32.6	37	28.7	29	22.5	6	4.7
Yatakta yatmak(dönmek , diz pozisyonunu devam ettirmek)	12	9.3	47	36.4	38	29.5	30	23.3	2	1.6
Banyoya girmek/çıkmak	12	9.3	35	27.1	50	38.8	23	17.8	9	7.0
Oturmak	8	6.2	31	24.0	59	45.7	29	22.5	2	1.6

KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük yaşam” alt boyutunda araştırmaya katılan bireyler, “Merdiven inmek” sorusuna % 1.6 “Hiç”, % 34.9 “Her zaman”, “Merdiven çıkmak” sorusuna % 2.3 “Hiç”, % 31.8 “Her zaman”, “Yere eğilmek/ Bir nesne almak” sorusuna % 6.2 “Hiç”, % 33.3 “Bazen”, “Düz zeminde yürümek” sorusuna % 5.4 “Hiç”, % 44.2 “Bazen”, “Alışverişe gitmek” sorusuna % 10.9 “Hiç”, % 10.9 “Her zaman” ve % 30.2 “Sık sık”, “Yataktan kalkmak” sorusuna % 6.2 “Hiç”, % 45.7 “Bazen”, “Yatakta yatmak(dönmek , diz pozisyonunu devam ettirmek)” sorusuna % 9.3 “Hiç”, % 36.4 “Nadiren, yanıtlarını vermişlerdir. Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırmaya katılan bireyler “Tuvalete girmek/çıkmak” sorusuna % 9.3 “Hiç”, % 36.4 “Sık sık”, “Ağır ev işleri (ağır kutular taşımak, yerleri ovalamak, vb.)” sorusuna % 3.9 “Hiç”, % 38 “Sık sık” yanıtlarını vermişlerdir.

Tablo 4.6. Bireylerin KOOS Ölçeği Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Maddeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Sık Sık		Her Zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çömelmek	5	3.9	18	14.0	23	17.8	39	30.2	44	34.1
Koşmak	7	5.4	5	3.9	26	20.2	40	31.0	51	39.5
Zıplamak	7	5.4	22	17.1	16	12.4	32	24.8	52	40.3
İncinen dizinizi kıvrırmak/kendi ekseninde döndürmek	4	3.1	10	7.8	47	36.4	45	34.9	23	17.8
Diz üstü oturmak	4	3.1	6	4.7	31	24.0	38	29.5	50	38.8

KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutunda araştırmaya katılan bireyler, “Çömelmek” sorusuna % 3.9 “Hiç”, % 34.1 “Her zaman”, “Koşmak” sorusuna % 3.9 “Nadiren, % 39.5 “Her zaman”, “Zıplamak” sorusuna % 5.4 “Hiç”, % 40.3 “Her zaman” yanıtlarını vermişlerdir.

Tablo 4.7. Bireylerin KOOS Ölçeği Yaşam kalitesi Alt Boyut Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Maddeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Sık Sık		Her Zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ne kadar sık diz probleminizin farkındasınız?	0	0	11	8.5	18	14.0	45	34.9	55	42.6
Dizinize zarar verme potansiyeli olan aktivitelerden kaçınmak için yaşam şeklinizi değiştirdiniz mi?	4	3.1	20	15.5	52	40.3	36	27.9	17	13.2
Dizinizdeki güvensizlikten dolayı ne kadar sıkıntılısınız?	4	3.1	13	10.1	43	33.3	53	41.1	16	12.4
Genelde dizinizle ilgili ne kadar zorluğunuz var?	0	0	11	8.5	41	31.8	61	47.3	16	12.4

KOOS Ölçeğinin “Yaşam kalitesi” alt boyutunda araştırmaya katılan bireyler, “Ne kadar sık diz probleminizin farkındasınız?” sorusuna % 8.5 “Nadiren, % 42.6 “Her zaman”, “Dizinizdeki güvensizlikten dolayı ne kadar sıkıntılısınız?” sorusuna % 3.1 “Hiç”, % 41.1 “Sık sık”, “Genelde dizinizle ilgili ne kadar zorluğunuz var?” sorusuna % 8.5 “Nadiren”, % 47.3 “Sık sık” yanıtlarını vermişlerdir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Bireylerin KOOS Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Alt boyutlar	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm Ss$
Ağrı	2.00	92.00	40.60±19.69
Belirti	7.00	96.00	44.82±14.70
Fonksiyon, Günlük Yaşam	13.00	93.00	46.61±16.17
Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri	.00	100.00	29.49±22.73
Yaşam kalitesi	.00	81.00	34.15±18.11

Tablo 4.8 incelendiğinde bireylerin Ağrı alt boyut puan ortalamaları 40.60±19.69, Fonksiyon Günlük Yaşam alt boyut puan ortalamaları 46.61±16.17 , Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyut puan ortalamaları 29.49±22.73 ve Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları 34.15±18.11 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ağrı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm S.s$	Test	p
Cinsiyet	Kadın	88	41.18±19.941	t=.486	.628
	Erkek	41	39.37±19.356		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	50	39.74±21.368	x=1.422	.700
	İlköğretim	42	40.83±19.407		
	Lise	24	44.00±18.463		
	Lisans-yüksek lisans	13	36.92±17.144		
Medeni durum	Bekar-dul-boşanmış	53	38.66±19.843	t=.936	.351
	Evli	76	41.96±19.617		
Yaşanılan yer	İl merkezi	84	39.58±20.139	KW=2.671	.263
	İlçe	28	45.32±17.077		
	Kasaba-koy	17	37.88±21.363		
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	39	41.64±16.284	KW=.549	.760
	Gelir gidere denk	76	40.04±21.543		
	Gelir giderden fazla	14	40.79±19.059		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	42.03±19.701	t=.499	.618
	Çalışmıyor	94	40.07±19.778		
Meslek	Memur	15	44.13±20.174	KW=.865	.929
	İşçi	13	37.46±22.131		
	Emekli	16	40.75±18.434		
	Ev hanımı	68	40.50±20.015		
	Diğer	17	40,18±19,109		
BKI	Normal	34	41.74±21.244	F=.563	.571
	Fazla kilolu	50	38.30±20.507		
	Obez	45	42.31±17.668		

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=.486$ $p=.628$).

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($KW=1.422$ $p=.700$). Bu bulgu bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=.936$ $p=.351$). Bu bulgu hastaların medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=.499$ $p=.618$). Bu bulgu hastaların çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel açıdan fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların mesleklerine göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($KW=.865$ $p=.929$).

Araştırmaya katılan bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait F değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($F=.563$ $p=.571$). Bu bulgu bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.10. Bireylerin Demografik Özellikleri İle Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm S.s$	Test	p
Cinsiyet	Kadın	88	45.81±15.105	t=1.116	.267
	Erkek	41	42.71±13.750		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	50	42.14±14.267	KW=7.122	.068
	İlköğretim	42	43.93±13.685		
	Lise	24	52.29±15.395		
	Lisans-yüksek lisans	13	44.23±15.385		
Medeni durum	Bekar-dul-boşanmış	53	44.04±16.382	t=.504	.615
	Evli	76	45.37±13.500		
Yaşanılan yer	İl merkezi	84	46.40±14.501	KW=5.616	.060
	İlçe	28	44.46±14.025		
	Kasaba-koy	17	37.59±15.436		
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	39	42.31±10.800	KW=1,288	.525
	Gelir gidere denk	76	46.03±17.010		
	Gelir giderden fazla	14	45.29±9.563		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	47.66±15.374	t=1.340	.182
	Çalışmıyor	94	43.77±14.390		
Meslek	Memur	15	45.93±14.310	KW=.345	.987
	İşçi	13	46.00±11.232		
	Emekli	16	44.69±12.376		
	Ev hanımı	68	44.68±14.731		
	Diğer	17	43.65±20.003		
BKI	Normal	34	44.03±15.050	F=.524	.593
	Fazla kilolu	50	46.48±15.040		
	Obez	45	43.58±14.217		

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=1.116$ $p=.267$). Bu bulgu bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki fark olmadığını göstermektedir.

Tabloda belirtilmemekle birlikte bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=7.122 $p=.068$). Bu bulgu bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (t=.504 $p=.615$). Bu bulgu bireylerin medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya kapsamındaki bireylerin yaşadığı yere göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=5.616 $p=.060$). Bu bulgu bireylerin yaşadığı yere göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Bireylerin çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (t=1.340 $p=.182$). Bu bulgu bireylerin çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait F değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (F=.524 $p=.593$). Bu bulgu bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Belirti” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Fonksiyon, Günlük Yaşam Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm S.s$	Test	p
Cinsiyet	Kadın	88	46.48±16.455	t=.138	.890
	Erkek	41	46.90±15.748		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	50	43.56±17.960	KW=4.503	.212
	İlköğretim	42	46.50±15.177		
	Lise	24	50.92±12.090		
	Lisans-yüksek lisans	13	50.77±17.636		
Medeni durum	Bekar-dul-boşanmış	53	43.92±17.419	t=1.586	.115
	Evli	76	48.49±15.079		
Yaşanılan yer	İl merkezi	84	46.81±15.851	KW=6.188	.045
	İlçe	28	50.61±16.185		
	Kasaba-koy	17	39.06±16.072		
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	39	44.38±13.238	KW=1.199	.549
	Gelir gidere denk	76	47.17±17.314		
	Gelir giderden fazla	14	49.79±17.498		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	49.83±13.514	t=1.383	.169
	Çalışmıyor	94	45.41±16.968		
Meslek	Memur	15	47.80±12.120	KW=1.339	.855
	İşçi	13	49.85±15.561		
	Emekli	16	47.13±18.333		
	Ev hanımı	68	45.44±16.327		
	Diğer	17	47.29±18.292		
BKI	Normal	34	48.53±15.833	F=.698	.500
	Fazla kilolu	50	44.56±17.092		
	Obez	45	47.44±15.468		

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t = .138$ $p = .890$). Bu bulgu bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı yere göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur (**KW=6.188 p=.045**). Bu bulgu bireylerin yaşadığı yere göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam ” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olduğunu göstermektedir. Farkın nerede yaşayan bireylerden kaynaklandığını anlamak amacıyla uygulanan Dunnett T3 Post Hoc testi sonucu, il merkezi ve ilçede yaşayan bireylerin kasaba ve köyde yaşayan bireylere göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin gelir durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=1.199 p=.549). Bu bulgu bireylerin gelir durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin mesleklerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=1.339 p=.855). Bu bulgu bireylerin mesleklerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam ” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait F değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (F=,698 p=,500). Bu bulgu çalışmaya katılan bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Günlük Yaşam ” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.12. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm S.s$	Test	P
Cinsiyet	Kadın	88	31.14±23.850	t=1.203	.231
	Erkek	41	25.98±19.944		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	50	28.60±24.970	KW=4.754	.191
	İlköğretim	42	30.48±23.291		
	Lise	24	24.79±18.385		
	Lisans-yüksek lisans	13	38.46±18.072		
Medeni durum	Bekar-dul-boşanmış	53	28.11±23.498	t=.576	.566
	Evli	76	30.46±22.289		
Yaşanılan yer	İl merkezi	84	27.38±21.502	KW=1.744	.418
	İlçe	28	34.82±27.097		
	Kasaba-koy	17	31.18±20.504		
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	39	27.69±19.896	KW=4.617	.099
	Gelir gidere denk	76	32.37±24.241		
	Gelir giderden fazla	14	18.93±19.032		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	32.57±21.295	t=.937	.350
	Çalışmıyor	94	28.35±23.249		
Meslek	Memur	15	29.33±18.600	KW=2.092	.719
	İşçi	13	34.62±16.890		
	Emekli	16	29.06±25.378		
	Ev hanımı	68	28.90±24.553		
	Diğer	17	28.53±21.561		
BKI	Normal	34	34.12±22.035	F=.960	.386
	Fazla kilolu	50	27.60±23.738		
	Obez	45	28.11±22.113		

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=1.203$ $p=.231$). Bu bulgu bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=4.754 $p=.191$). Bu bulgu bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı yere göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=1.744 $p=.418$). Bu bulgu bireylerin yaşadığı yere göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Bireylerin gelir durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=4.617 $p=.099$). Bu bulgu bireylerin gelir durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Diz osteoartritli bireylerin çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur ($t=.937$ $p=.350$). Bu bulgu bireylerin çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.13. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	$\bar{X} \pm S.s$	Test	p
Cinsiyet	Kadın	88	34.36±18.370	t=.191	.849
	Erkek	41	33.71±17.785		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	50	30.00±19.089	KW=4.087	.252
	İlköğretim	42	37.57±17.856		
	Lise	24	35.00±16.668		
	Lisans-yüksek lisans	13	37.54±16.292		
Medeni durum	Bekar-dul-boşanmış	53	30.26±18.881	t=2.062	.041
	Evli	76	36.87±17.175		
Yaşanılan yer	İl merkezi	84	32.89±18.485	KW=1.714	.425
	İlçe	28	37.46±17.141		
	Kasaba-koy	17	34.94±18.164		
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	39	35.08±17.911	KW=1.993	.369
	Gelir gidere denk	76	35.21±18.111		
	Gelir giderden fazla	14	25.86±17.866		
Çalışma durumu	Çalışıyor	35	33.80±14.330	t=-.135	.893
	Çalışmıyor	94	34.29±19.409		
Meslek	Memur	15	35.87±12.495	KW=3.009	.556
	İşçi	13	33.31±19.750		
	Emekli	16	36.88±14.836		
	Ev hanımı	68	32.47±19.434		
	Diğer	17	37.47±19.362		
BKI	Normal	34	36.47±15.938	F=.556	.575
	Fazla kilolu	50	32.26±20.198		
	Obez	45	34.51±17.375		

Diz osteoartritli bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (t=.191 p=.849). Bu bulgu bireylerin cinsiyetlerine göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p>0.05$ önem

düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=4.087 p=.252). Bu bulgu Diz osteoartritli bireylerin eğitim durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Diz osteoartritli bireylerin medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur (**t=2.062 p=.041**). Bu bulgu bireylerin medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarındaki fark olduğunu göstermektedir. Tablodan evli olan bireylerin bekar, dul ve boşanmış olan bireylere göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Diz osteoartritli bireylerin gelir durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait KW değeri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (KW=1.993 p=.369). Bu bulgu bireylerin gelir durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon,Günlük Yaşam ” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (t=1,383 p=.169). Bu bulgu hastaların çalışma durumlarına göre KOOS Ölçeğinin “Fonksiyon,Günlük Yaşam ” alt boyutu açısından aralarındaki fark olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarındaki farka ait F değeri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur (F=.556 p=.575). Bu bulgu bireylerin Beden Kitle İndekslerine göre KOOS Ölçeğinin “Yaşam Kalitesi” alt boyutu açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.14. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre KOOS Ölçeğinin Alt Boyut Puanları Açısından Farklar

		Ağrı boyutu	Belirtiler boyutu	Fonksiyon günlük yaşam boyutu	Spor fonksiyon boyutu	Yaşam kalitesi boyutu
		X±S.s	X±S.s	X±S.s	X±S.s	X±S.s
Osteoartrite eşlik eden hastalık	Var	37.81±19.304	42.03±13.521	43.57±16.819	25.81±23.028	31.43±18.743
	Yok	43.72±19.826	47.93±15.444	50.00±14.832	33.61±21.854	37.20±17.037
	ÖNEMLİLİK	t=1.715 p=.089	t=2.315 p=.022	t=2.290 p=.024	t=1.967 p=.051	t=1.822 p=.071
Düzenli ilaç kullanımı	Var	38.56±21.262	41.80±13.285	43.42±17.344	29.09±24.741	30.87±19.162
	Yok	42.52±18.598	47.21±15.678	49.10±15.085	30.49±21.350	36.80±16.473
	ÖNEMLİLİK	t=1.113 p=.268	t=2.052 p=.042	t=1.963 p=.052	t=.341 p=.734	t=1.866 p=.064
*Hastalığa ilişkin şikayetler	Fonksiyon kaybı	36.39±18.663	42.25±13.960	42.79±15.210	27.13±22.197	31.97±17.904
	Şişlik	38.93±19.570	42.87±15.581	44.62±15.367	26.19±21.349	32.58±17.983
	Sertlik	39.84±20.271	45.00±15.029	46.80±17.737	30.76±24.269	32.52±18.429
	Uykusuzluk	36.60±19.355	41.04±11.843	43.41±14.725	28.08±24.290	29.37±16.132
	Boşalma hissi	36.88±18.714	43.15±13.953	43.27±16.740	26.64±24.655	31,24±19.531
	Yorgunluk	32.15±18.352	39.38±12.384	39.21±13.254	28.11±22.430	27.92±17.552
	Kızarıklık	35.42±19.075	41.35±12.832	43.60±14.256	25.94±19.231	31.88±17.260
Ağrı	40.16±19.776	44.33±14.873	46.54±16.522	29.78±23.313	33.78±18.307	

* Bu değişkenlerde birden fazla işaretleme yapıldığı için analiz yapılmaz

Tablo 4.14. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre KOOS Ölçeğinin Alt Boyut Puanları Açısından Farklar (Devamı)

		Ağrı boyutu	Belirtiler boyutu	Fonksiyon günlük yaşam boyutu	Spor fonksiyon boyutu	Yaşam kalitesi boyutu
		X±S.s	X±S.s	X±S.s	X±S.s	X±S.s
Hastalığa bağlı sorun yaşama	Var	38.09±19.366	43.87±15.553	45.67±15.410	28.73±21.783	33.63±17.816
	Yok	43.32±19.852	45.85±13.783	47.63±17.027	30.32±23.866	34.73±18.569
	ÖNEMLİLİK	t=1.515 p=.132	t=.766 p=.445	t=.685 p=.494	t=.396 p=.693	t=.343 p=.732
Hastalık süresi	1 yıl	37.79±22.778	41.64±14.188	45.76±13.746	34.09±23.500	37.61±18.162
	2-5 yıl	47.24±16.878	50.80±15.071	52.59±15.889	29.08±20.658	38.86±18.379
	5-10 yıl	38.23±16.012	38.27±10.110	40.64±13.647	28.18±24.424	33.05±13.779
	11-15 yıl	37.71±17.040	46.57±13.213	46.36±16.089	28.93±22.717	24.79±13.841
	16 yıl ve üstü	27.91±24.089	38.64±15.590	34.82±19.869	20.91±26.816	17.00±16.751
	ÖNEMLİLİK	KW=14.492 p=.006	KW=16.195 p=.003	KW=15.085 p=.005	KW=4.540 p=.338	KW=13.738 p=.008
Fark	2>1-5	2>1-3-5	1-2>5 2>3	1-2>5	1-2->4-5 3>5	
Osteoartrite bağlı yakınmalar mevsimsel değişiklik gösteriyor mu?	Evet	39.67±20.609	43.21±15.405	44.69±16.660	28.61±23.258	35.03±18.410
	Hayır	41.44±18.962	46.26±14.006	48.34±15.645	30.29±22.392	33.37±17.954
	ÖNEMLİLİK	t=.508 p=.613	t=1.178 p=.241	t=1.283 p=.202	t=.420 p=.675	t=.520 p=.604

Bireylerin, Osteoartrite eşlik eden hastalık olma durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” ve “Fonksiyon günlük yaşam” boyutları açısından aralarındaki farka ait t değerleri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t=2.315$ $p=.022$; $t=2.290$ $p=.024$). Bu bulgu bireylerin Osteoartrite eşlik eden hastalık olma durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” ve “Fonksiyon günlük yaşam” boyutları açısından aralarındaki fark olduğunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde, Osteoartrite eşlik eden hastalık olmayanların olanlara göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” ve “Fonksiyon günlük yaşam” boyutlarının aritmetik ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Diz osteoartritli bireylerin düzenli ilaç kullanma durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t=2.315$ $p=.022$). Bu bulgu bireylerin düzenli ilaç kullanma durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” boyutu açısından aralarındaki fark olduğunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde, düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” boyutu aritmetik ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin düzenli ilaç kullanma durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t=2.315$ $p=.022$). Bu bulgu bireylerin düzenli ilaç kullanma durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” boyutu açısından aralarındaki fark olduğunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde, düzenli ilaç kullananların kullanmayanlara göre KOOS Ölçeğinin “Belirtiler” boyutu aritmetik ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bireylerin hastalığa bağlı şikayet durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı”, “Belirtiler”, “Fonksiyon günlük yaşam”, “Spor fonksiyon”, “Yaşam kalitesi” boyutları açısından aralarındaki farka ait t değerleri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız

bulunmuştur. Bu bulgu bireylerin hastalığı bağlı şikayet durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı”, “Belirtiler”, “Fonksiyon günlük yaşam”, “Spor fonksiyon”, “Yaşam kalitesi” boyutları açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir.

Diz osteoartritli bireylerin, hastalık süresine göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı”, “Belirtiler”, “Fonksiyon günlük yaşam”, “Spor fonksiyon”, “Yaşam kalitesi” boyutları açısından aralarındaki farka ait KW değerleri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu bireylerin hastalık süresine göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı”, “Belirtiler”, “Fonksiyon günlük yaşam”, “Spor fonksiyon”, “Yaşam kalitesi” boyutları açısından aralarındaki fark olduğunu göstermektedir. Farkın nerede yaşayan bireylerden kaynaklandığını anlamak amacıyla uygulanan Dunnett T3 Post Hoc testi sonucu, hastalık süresi 2-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 1 yıl ve 16 yıl ve üstü olan bireylere göre “Ağrı” boyutu puanları daha yüksek, hastalık süresi 2-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 1 yıl, 5-10 yıl ve 16 yıl ve üstü olan bireylere göre “Belirtiler” boyutu puanları daha yüksek, hastalık süresi 1 yıl ve 2-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 16 yıl ve üstü olan bireylere göre ve hastalık süresi 2-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 5-10 yıl olan bireylere göre “Fonksiyon günlük yaşam” boyutu puanları daha yüksek, hastalık süresi 1 yıl ve 2-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 16 yıl ve üstü olan bireylere göre “Spor fonksiyon” boyutu puanları daha yüksek, hastalık süresi 1 yıl ve 2-5 yıl olan bireylerin hastalık süresi 11-15 yıl ve 16 yıl ve üstü olan bireylere göre ve hastalık süresi 5-10 yıl olan bireylerin hastalık süresi 16 yıl ve üstü olan bireylere göre “Yaşam kalitesi” boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin, osteoartrite bağlı yakınmalar mevsimsel değişiklik gösterme durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı”, “Belirtiler”, “Fonksiyon günlük yaşam”, “Spor fonksiyon”, “Yaşam kalitesi” boyutları açısından aralarındaki

farka ait t değerleri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu bireylerin osteoartrite bağlı yakınmalar mevsimsel değişiklik gösterme durumuna göre KOOS Ölçeğinin “Ağrı”, “Belirtiler”, “Fonksiyon günlük yaşam”, “Spor fonksiyon”, “Yaşam kalitesi” boyutları açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir

Tablo 4.15. KOOS Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler

Alt Boyutlar	Ağrı	Belirtiler	Fonksiyon, Günlük Yaşam	Spor, Fonksiyon	Yaşam Kalitesi
1-Ağrı	-				
2-Belirtiler	.497**	-			
3-Fonksiyon günlük yaşam	.735**	.538**	-		
4-Spor fonksiyon	.371**	.034	.410**	-	
5-Yaşam kalitesi	.675**	.296**	.567**	.483**	-

(**) $p < .000$

KOOS Ölçeğinin Ağrı alt boyutu ile Belirtiler alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .498$, Fonksiyon günlük yaşam alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .736$, Spor fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .405$ ve Yaşam kalitesi alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .665$ olarak $p < .005$ önem düzeyinde pozitif yönde anlamlı bulunmuştur.

KOOS Ölçeğinin Belirtiler alt boyutu ile Fonksiyon günlük yaşam alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .572$ ve Yaşam kalitesi alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .367$ olarak $p < .005$ önem düzeyinde pozitif yönde anlamlı, Spor fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .147$ olarak $p > .005$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

KOOS Ölçeğinin Fonksiyon günlük yaşam alt boyutu ile Spor fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .465$ ve Yaşam kalitesi alt boyutu arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r = .592$ olarak $p < .005$ önem düzeyinde pozitif yönde anlamlı bulunmuştur

5. TARTIŞMA

Araştırmada KOOS Ağrı alt boyutu ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde bir çalışmada SF 36 Ağrı alt boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.⁶² Açıksöz'ün çalışmasında ise eğitim durumlarına göre ağrı şiddetinin dağılımına bakılmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça ağrının şiddetinin azaldığı gözlemlenmiştir.⁶³ Altındağ ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi ile Görsel Analog Skala skorları arasında ters yönlü bir ilişki mevcuttur. Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça ağrı ile baş etme becerisinin geliştiğinin düşünülmesi bu sonuçları açıklayıcı nitelikte olabilir.

Araştırmada KOOS Ağrı alt boyutu ile BKİ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tütün ve arkadaşlarının çalışmasına bakıldığında BKİ arttıkça ağrının da artacağından bahsedilmektedir.⁴⁹ Diğer çalışmalarda da WOMAC Ağrı alt boyutu ile BKİ arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir.^{64, 65} Obezitenin diz eklemine binen mekanik yükü arttıracığı dolayısı ile ağrıyı da arttıracığı düşünüldüğünde bu çalışmamızdan elde etmeyi beklemediğimiz bir bulgudur.

Araştırmada yaşanılan yer ile ağrı alt boyut puanı arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Kiper ve arkadaşlarının çalışmasında köy ve kasabada yaşama durumu ile WOMAC Ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırma bulgumuz yapılan çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Bireylerin demografik özelliklerine göre KOOS ölçeğinin Belirti alt boyut puanları arasındaki farklar incelendiğinde araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, gelir düzeyi, çalışma durumu, meslek ve BKİ'ye göre belirti alt boyut puanlarında bir fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte literatür doğrultusunda hazırladığımız veri formunda bireylere hangi belirtilere sahip olduklarını ya da şikayetlerini sorduğumuzda en sık ağrı, yorgunluk, şişlik,

fonksiyon kaybı, ve sertlik olduğu ifade edilmektedir. Bireylerde genel olarak birden fazla belirti mevcuttur. Bu duruma sebep olarak ülkemizde insanların kontrol amaçlı hastaneye başvurma sıklığının az olması ve bir hastalığın belirtilerinin bireyin yaşamını önemli ölçüde etkilemeden bireylerin hastaneye başvurmaması düşünülebilir.

Araştırmada yaşanan yer ile KOOS Fonksiyon, Günlük yaşam alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireyler içerisinde il merkezi ve ilçede yaşayan hastaların kasaba ve köyde yaşayan hastalara göre KOOS ölçeğinin Fonksiyon, Günlük Yaşam alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Kiper ve arkadaşlarının çalışmasına bakıldığında köy ya da kasabada yaşama durumu ile WOMAC Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmektedir.⁶⁵ İl merkezi ve ilçede yaşayan bireylerin günümüz teknoloji ve ulaşım imkânlarından daha fazla faydalanabilmesinin günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırarak bu alanda yaşanan zorluğu azalttığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş, eğitim durumu, BKİ ve cinsiyet grupları ile KOOS Fonksiyon, Günlük Yaşam alt boyutu puan ortalamaları ve Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde fonksiyonel durum ile demografik özellikler arasındaki farkı inceleyen çalışmalarda ise Atamaz ve arkadaşlarının çalışmasında yaş, BKİ ve eğitim ile WOMAC Fiziksel Fonksiyon alt boyutu puanları arasında kuvvetli korelasyon bulunmuştur. En fazla fonksiyonel kayıp obez ve yaşlı hastalarda görülürken eğitim düzeyi arttıkça fonksiyonel bozulma azalma göstermektedir.⁶⁴ Tütün ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadın cinsiyetin fonksiyonel kayıplar üzerine olumsuz etkisi olduğu ifade edilmektedir.⁴⁹ Altındağ ve arkadaşlarının çalışmasında ise BKİ ile WOMAC Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı arasında anlamlı pozitif ve eğitim durumu ile WOMAC Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif korelasyon

olduğunu belirtilmektedir.²⁰ Araştırma bulgusu literatürden elde edilen bulgularla benzerlik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan diz osteoartritli bireylerde yaş grupları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Benzer şekilde Kolukisa yaptığı çalışmada ileri yaşın diz osteoartritli hastalarda yaşam kalitesi üzerine bir etkisi olmadığını belirtmektedir.⁶² Ancak Parker ve arkadaşlarının diz osteoartritli kadınlar ile yaptığı çalışmada yaş ile SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁶⁶ Bununla birlikte Tel ve arkadaşlarının çalışmasında yaş grupları ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesindeki bozulmanın arttığı ifade edilmiştir.¹⁸ Açıksöz'ün çalışmasında da yaş grupları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki anlamlı farktan bahsedilmektedir.⁶³ Araştırma bulgusu yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir.

Yaşam kalitesi ile cinsiyet arasındaki farka bakıldığında araştırmada cinsiyet ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Tel ve arkadaşlarının çalışması da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.¹⁸ Kolukisa'nın çalışmasında ise cinsiyet grupları ile SF-36 yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ve kadınların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.⁶²

Çalışmamızda gelir düzeyi grupları ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Kolukisa'nın çalışmasından elde ettiği bulgularda bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.⁶²

Araştırmada eğitim düzeyi ile KOOS ölçeği Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Tel ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasında

farklılık olmadığı görülmektedir.^{18, 63} Farklı şekilde Açıksöz'ün çalışmasında eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtilmektedir. Araştırma bulgusu literatürde yer alan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki fark incelendiğinde araştırmadaki bireylerin medeni durumlarına göre KOOS Ölçeğinin Yaşam Kalitesi alt boyutu açısından aralarındaki farka ait t değeri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Evli olan hastaların bekâr, dul ve boşanmış olan hastalara göre KOOS Ölçeğinin Yaşam Kalitesi alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Açıksöz'ün çalışmasında da benzer şekilde medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyutu arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.⁶³ Tel ve arkadaşları ise medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmektedir.¹⁸ Araştırmadan elde edilen bu bulgu bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik evli bireylerin sosyal destek ve baş etme mekanizmalarının bir eş tarafından desteklenmesi aynı zamanda da eşlerin günlük ev işlerinde birbirlerine yardımcı olması ile açıklanabilir.

Araştırmada bireylerin BKİ'ye göre KOOS Ölçeğinin Yaşam Kalitesi alt boyutu açısından aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur. Bireylerin obez ya da fazla kilolu olmasının günlük yaşam aktivitelerini zorlaştıracağı ve ağrıyı etkileyebileceği düşünüldüğünde bu beklenmeyen bir bulgudur.

Çalışmamızda KOOS ölçeği Ağrı alt boyutu ile Belirtiler alt boyutu, Fonksiyon günlük yaşam alt boyutu, Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyutu ve Yaşam Kalitesi alt boyutu arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Ağrı alt boyutu ile Belirtiler alt boyutu arasındaki ilişkiye baktığımızda korelasyon değeri $r = ,498$ düzeyinde pozitif yönde anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada Ağrı alt boyutu ile Fonksiyon Günlük Yaşam alt boyutu ve Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu ağrısı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede sorun yaşayabileceği ve hareketle birlikte ağrının artacağı düşüncesinin yaygın oluşu ile açıklanabilir.

Araştırmada KOOS leğinin Ağrı alt boyutu ve Yaşam kalitesi alt boyutu arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda diz osteoartritinin bireylerde ağrıyı arttırmasıyla fonksiyonellikte bozulmaya neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.^{8, 18} Bu araştırma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik fonksiyonel durumun bozulması sonucunda bireylerin temel ihtiyaçlarını dahi karşılayamaması, sosyal yaşamdan izole olması, ağrı ile baş etmesi gibi birçok etkenin yaşam kalitesinde düşüşe neden oluşunun kaçınılmaz olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kullandığımız KOOS leğinin Fonksiyon, Günlük Yaşam alt boyutu ve Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyutu arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu belirlenmiştir. Fonksiyonel durumun farklı boyutlarını ölçen iyi ayrı alt boyutun anlamlı ilişki göstermemesi beklenmedik bir bulgudur.

Araştırmada diz osteoartritli bireylerin fonksiyonel durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında Fonksiyon Günlük Yaşam alt boyutu ve Fonksiyon, Spor ve Boş Zaman Değerlendirme Aktiviteleri alt boyutu ile Yaşam kalitesi alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Diz osteoartritinin ağrıyı arttırıp fonksiyonel durumu bozarak ve bununla birlikte bireylerin yaşam şeklini değiştirip bağımlılık düzeyini arttırarak yaşam kalitesinde kaçınılmaz bir etki yaratmaktadır. Bu

bulgu araştırmanın “Diz osteoartritli bireylerde fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır” şeklindeki hipotezini doğrular niteliktedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diz osteoartritli bireylerde fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışma sonucunda;

- Araştırmaya katılan diz osteoartritli bireylerden il merkezi ve ilçede oturanların diğerlerine göre KOOS ölçeği Fonksiyon, Günlük Yaşam alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Evli olan bireylerin diğer bireylere göre yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğu,
- Bireylerin ağrı düzeyleri azaldıkça yaşam kalitelerine ilişkin sorunların azaldığı,
- Bireylerin hastalık belirtilerine yönelik yaşadıkları sorunlar azaldıkça yaşam kalitesinde ortaya çıkan sorunların da azaldığı,
- Bireylerin fonksiyonel durumunda diz osteoartrit kaynaklı bozulmalar meydana geldiği,
- Bireylerin fonksiyonel durumu iyileştikçe yaşam kalitelerinin artmakta olduğu,
- Bireylerin yaşam kalitesinin diz osteoartritten etkilendiği,
- Diz osteoartritli bireylerde fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu,

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kasaba ve köyde yaşayan diz osteoartritli bireylerin fonksiyonel durumunu iyileştirmek için il merkezi ve ilçede yaşayan bireylerin sahip olduğu teknolojik ve altyapısal imkanların sunulması,

- Diz osteoartritli bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için ağrı, belirti ve fonksiyonel duruma ilişkin sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunulması,
- Diz osteoartritinde ortaya çıkan sakatlık ve fonksiyonel durumdaki değişimleri belirlemek için daha uygun olan KOOS ölçeğinin bu alanda yapılan çalışmalarda daha sık tercih edilmesi,
- Fiziksel aktivite arttıkça ağrının da artacağı inancının yıkılarak hastaların fiziksel aktivite düzeylerinin yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması,
- Ülkemizde diz osteoartrite yönelik prevelans çalışmalarının yapılması ve sonuçlarının bu alanda yapılacak diğer çalışmalara rehber olması için kamuoyu ile paylaşılması,
- Sık görülen ve önemli ölçüde morbiditeye neden olan diz ve diğer tüm osteoartrit türlerine yönelik tarama ve eğitim programlarının T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yetişkin tarama programları arasına konulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Atalay SG, Alkan BM, Aytekin MN. Osteoartrite Güncel Yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 2013, 13.
2. Pathak SK, Topwal RS. Study on Prevalence and Risk Factors of Primary Osteoarthritis Knee in a Tertiary Care Hospital of North India. *International Journal of Scientific Research*, 2016, 5.
3. Doral MN, Dönmez G, Atay ÖA, Bozkurt M, Leblebicioğlu G, Üzümcügil A, Aydoğ T. Dejeneratif Eklem Hastalıkları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 2007.
4. Bodur H. Dünyada Ve Türkiye'de Osteoartrite Güncel Bir Bakış: Epidemiyoloji Ve Sosyoekonomik Boyut. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2011, 14: 7-14.
5. Yesil H, Hepguler S, Ozturk C, Capaci K, Yesil M. Prevalence Of Symptomatic Knee, Hand And Hip Osteoarthritis Among Individuals 40 Years Or Older: A Study Conducted In İzmir City. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 2013, 47: 231-235.
6. Neogi T, Zhang Y. Osteoartritten Korunma. *Current Opinion in Rheumatology*, 2011, 1: 17-24.
7. Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, Jordan K. Risk Factors For Onset Of Osteoarthritis Of The Knee In Older Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Osteoarthritis And Cartilage*, 2010, 18: 24-33.
8. Gürkan HS, Kırdı N, Tüzün EH, Atilla B. Diz Osteoartritli Olgularda Denge Problemleri, Fiziksel Fonksiyonellik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Akademik Geriatri*, 2010, 2: 94-98.

9. Güvenir H. Diz Osteoartritli Olgularda İki Farklı Havuz İçi Egzersiz Eğitiminin Fiziksel Yetersizlik Ağrı Günlük Yaşam Aktivitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi. 2007.
10. Yeşil H, Hepgüler S, Öztürk C, Yeşil M, Çapaci K. Risk Factors of Symptomatic Knee, Hand and Hip Osteoarthritis in a Suburban Area of İzmir City. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2014, 60.
11. Guillemin F, Rat A, Mazieres B, Pouchot J, Fautrel B, Euller-Ziegler L, Fardellone P, Morvan J, Roux C, Verrouil E. Prevalence of symptomatic hip and knee osteoarthritis: a two-phase population-based survey. *Osteoarthritis And Cartilage*, 2011, 19: 1314-1322.
12. Englund M, Guermazi A, Roemer FW, Aliabadi P, Yang M, Lewis CE, Torner J, Nevitt MC, Sack B, Felson DT. Meniscal Tear In Knees Without Surgery And The Development Of Radiographic Osteoarthritis Among Middle- Aged And Elderly Persons: The Multicenter Osteoarthritis Study. *Arthritis & Rheumatism*, 2009, 60: 831-839.
13. Tanamas S, Hanna FS, Cicuttini FM, Wluka AE, Berry P, Urquhart DM. Does Knee Malalignment Increase The Risk Of Development And Progression Of Knee Osteoarthritis? A Systematic Review. *Arthritis Care & Research*, 2009, 61: 459-467.
14. Golightly YM, Allen KD, Renner J, Helmick C, Salazar A, Jordan JM. Relationship of limb length inequality with radiographic knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis And Cartilage*, 2007, 15: 824-829.
15. Ay S, Dogan SK, Evcik D. Is There An Effective Way To Prescribe A Home-Based Exercise Program In Patients With Knee Osteoarthritis? A Randomized Controlled Study/Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Ev Egzersiz Programi Onermenin Etkili Bir

- Yolu Var Midir? Randomize Kontrollu Bir Calisma. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013, 59: 1-7.
16. Bayindir SK, Ünsal A. Kronik Hastalıkları Olan Bireylerde En Sık Ele Alınan Hemşirelik Tanıları Ve Girişimleri. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015, 3: 31-39.
17. İnancı F. Osteoartritin Sosyal ve Ekonomik Maliyeti Nedir? *Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 2008, 1: 33-39.
18. Tel H, Tel H, Yildirim M. Osteoartritli Yaşlılarda Özbakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2011, 14: 63-67.
19. Delisa JA, Gans BM. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon: İlkeler Ve Uygulamalar*. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2014: 781-809.
20. Altındağ Ö, Sirmatel Ö, Tabur H. Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Demografik Özellikler Ve Klinik Parametrelerle İlişkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, 3: 62-66.
21. Brandt KD. *Diagnosis and Nonsurgical Management of Osteoarthritis*. 5 Baskı. Professional Communications, 2010: 13-25.
22. Porter S. *Tidy's Physiotherapy*. Baskı. Elsevier Health Sciences, 2013.
23. Karataş M. Osteoartrít Varyantları Ve Sekonder Osteoartrít. *Türk Geriatri Dergisi*, 2011, 14: 19-30.
24. Başaran S, Güzel R, Seydaoğlu G, Kozanoğlu E. Diz Ve Kalça Osteoartritli Hastalarda Radyolojik Evrenin Fonksiyonel Durum Ve Klinik Parametrelerle İlişkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2009, 29: 115-122.
25. Sarıyıldız MA, Batmaz İ, Kaya MC, Bozkurt M, Okçu M, Yıldız M, Yazmalar L, Çelepkolu T. Diz Osteoartritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Ağrı, Radyolojik Hasar,

- Fonksiyonel Durum Ve Depresif Semptomlar Ile İlişkisi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2013, 4.
26. Klippel JH, Stone JH, White PH. *Primer On The Rheumatic Diseases*. Baskı. Springer Science & Business Media, 2014: 224-240.
27. Mahmut Nedim Doral GD, Ö Ahmet Atay, Murat Bozkurt, Gürsel Leblebicioğlu, Akın Üzümcügil, Tolga Aydoğ. Dejeneratif Eklem Hastalıkları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 2007.
28. Berenbaum F. Osteoarthritis As An Inflammatory Disease *Osteoarthritis Cartilage*, 2013, 21: 16-21.
29. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, Gabriel S, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG. Estimates Of The Prevalence Of Arthritis And Other Rheumatic Conditions In The United States: Part Ii. *Arthritis & Rheumatism*, 2008, 58: 26-35.
30. Atalay SG, Alkan BM, Aytekin MN. Osteoartrite Güncel Yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 2013, 13: 26-32.
31. Ay S, Dogan SK, Evcik D. Is There An Effective Way To Prescribe A Home-Based Exercise Program In Patients With Knee Osteoarthritis? A Randomized Controlled Study. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013, 59: 1-7.
32. Uysal FG, Başaran S. Diz Osteoartriti. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2009.
33. Gümüş K, Ünsal A. Evaluation of Daily Living Activities of the Individuals with Osteoarthritis. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 2014, 20: 117-124.
34. Schroeter C, Ehrental JC, Giulini M, Neubauer E, Gantz S, Amelung D, Balke D, Schiltewolf M. Attachment, Symptom Severity, And Depression In Medically

- Unexplained Musculoskeletal Pain And Osteoarthritis: A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 2015, 10: e0119052.
35. Nevitt MC, Zhang Y, Javaid MK, Neogi T, Curtis JR, Niu J, McCulloch CE, Segal NA, Felson DT. High Systemic Bone Mineral Density Increases The Risk Of Incident Knee Oa And Joint Space Narrowing, But Not Radiographic Progression of Existing Knee Oa: The Most Study. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, 2010, 69: 163-168.
36. Zhang W, Moskowitz R, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N, Bierma-Zeinstra S, Brandt K, Croft P, Doherty M. OARSI Recommendations For The Management Of Hip And Knee Osteoarthritis, Part Ii: Oarsi Evidence-Based, Expert Consensus Guidelines. *Osteoarthritis And Cartilage*, 2008, 16: 137-162.
37. Arasıl T, Sarıdoğan M. *Tanıdan Tedaviye Osteoartrit*. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, 2007.
38. Kirazlı Y. Osteoartrit Tani Ve Tedavi Kılavuzlarına Güncel Bakış *Türk Geriatri Dergisi*, 2011, 14: 119-125.
39. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G, Tugwell P. American College Of Rheumatology 2012 Recommendations For The Use Of Nonpharmacologic And Pharmacologic Therapies In Osteoarthritis Of The Hand, Hip, And Knee. *Arthritis Care & Research*, 2012, 64: 465-474.
40. Arden N, Cooper C. *Osteoarthritis Handbook*. Baskı. CRC Press, 2005.
41. Ay S, Evcik D, Doğan ŞK. Is there an effective way to prescribe a home-based exercise program in patients with knee osteoarthritis? A randomized controlled study. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2013: 1-6.

42. NICE. Osteoarthritis Care and Management in Adults. *London: National Institute for Health and Care Excellence*, 2014: 1-37.
43. Fauci AS, Langford C. *Harrison's Rheumatology*. Baskı. McGraw Hill Professional, 2010.
44. Uğur M, Tuğuş A, Melikoğlu MA, Yıldırım K, Şenel K. Diz Dejeneratif Osteoartritli Hastalarda Intraartiküler Hyaluronik Asit İle Intraartiküler Metil Prednizolon Asetatın Etkinliklerinin Karşılaştırılması. *Eurasian Journal of Medicine*, 2007, 39: 185-8.
45. Sinici E, Tunay S, Tunay V, Kilic E. Evaluation Of Patient Quality Of Life After Total Hip Arthroplasty. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 2008, 42: 22-25.
46. Biçer EK, Taşkıran E. Osteoartrit Tedavisi: Cerrahi. *Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 2012, 5: 88-98.
47. Savcı A, Bilik Ö. Hemşirelik Bakımı İle Modelin Buluşması: Total Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Roy Uyum Modeline Göre Yapılandırılmış Sürekli Bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8.
48. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartrit'te Hemşirelik Bakımına Güncel Bir Bakış. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3: 179-182.
49. Tütün Ş, Altın F, Özgönel L, Çetin E. Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Demografik Özellikler ile Yaş, Ağrı, Cinsiyet ve Obezite Arasındaki İlişki. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2010, 11: 109-112.
50. Aydın BH, Nuran A. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2006, 26: 488-499.

51. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2008, 23: 132-139.
52. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12: 488-499.
53. Dixon KE, Keefe FJ, Scipio CD, Perri LM, Abernethy AP. Psychological Interventions For Arthritis Pain Management In Adults: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 2007, 26: 241.
54. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 81-85.
55. Güzel R, Başaran S. Osteoartrit: Sakatlık ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 2012, 5: 35-41.
56. Xie F, Li S-C, Thumboo J In *Do Health-Related Quality-Of-Life Domains And Items In Knee And Hip Osteoarthritis Vary In Importance Across Social-Cultural Contexts? A Qualitative Systematic Literature Review*, Seminars In Arthritis And Rheumatism, (editör).^(editörler). Elsevier: 2005; 793-804.
57. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis: Quality Of Life, Comorbidities, Medication And Health Service Utilization Assessed In A Large Sample Of Primary Care Patients. *Journal Of Orthopaedic Surgery And Research*, 2007, 2: 1.
58. Küçükdeveci A. Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. *Türk Fiz Tip Rehab Derg*, 2005, 51: B23-B29.
59. Küçükdeveci AA. Osteoartritte Fonksiyonel Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 2008, 1: 40-47.

60. Rodriguez-Merchan EC. Knee Instruments And Rating Scales Designed To Measure Outcomes. *Journal Of Orthopaedics And Traumatology*, 2012, 13: 1-6.
61. Paker N, Buğdaycı D, Sabırlı F, Özel S, Ersoy S. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score: reliability and validation of the Turkish version. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 2007, 27: 350-356.
62. Kolukisa Ş, Atliğ RŞ, İçağasioğlu A, Demirhan E. Kalça Ve Diz Osteoartritine Etki Eden Parametrelerin İncelenmesi Ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.
63. Açıksöz S. Primer Diz Osteoartritli Hastaların Kendi Kendine Uyguladıkları Yüzeysel Lokal Sıcak ve Soğuk Uygulama Tekniklerinin Ağrı, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hemşirelik Esasları ABD. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
64. Atamaz F, Hepgüler S, Öncü J. Diz osteoartritinde ağrı ve özürlelikle ilişkili faktörler. *The Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2006, 52.
65. Kiper S, Akça NK. Osteoartriti Olan Bireylerin Ağrı Durumlarının Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2012, 2.
66. Paker N, Buğdaycı D, Dere D. Determinants Of Quality Of Life In Women With Symptomatic Knee Osteoarthritis: The Role Of Functional And Emotional Status. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2011, 14: 14-18.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Leyla ADIGÜZEL
Doğum tarihi: 14.05.1990
Doğum Yeri: Trabzon
Medeni Hali: Evli
Uyruğu: TC
Adres: KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi 61040 Ortahisar/TRABZON
Tel: 05536266026
Faks: 04622300575
E-mail: leylaozkara@ktu.edu.tr
Eğitim
Lise: Tevfik Serdar Anadolu Lisesi (2008)
Lisans: KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu (2012)
Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doktora: -
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta (YDS 60, 2013 Eylül)
Almanca:
Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği 2013, Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği 2014, Geriatri Hemşireliği Derneği 2014, KTÜ Mezunları Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği 2013.
İlgi Alanları ve Hobiler
Kitap okumak, Puzzle yapmak, Yürüyüş yapmak

EK-2. ANKET FORMU

DİZ OSTEOARTRİTLİ BİREYLERDE FONKSİYONEL DURUM ve YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Tarafınızdan edinilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak bir başka kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Arş. Gör. Leyla ÖZKARA

- 1)Cinsiyet: Kadın Erkek
- 2)Yaş :.....
- 3)Boyunuz:.....
- 4)Kilonuz :.....
- 5)Eğitim durumu: Okuryazar Değil İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite Yüksek Lisans Doktora
- 6)Medeni durum: Bekar Evli Boşanmış Dul Ayrı Yaşıyor
- 7)Yaşadığınız yer: İl Merkezi İlçe Kasaba Köy
- 8)Gelir düzeyiniz: Gelirim Giderimden Az Gelirim Giderime Denk
 Gelirim Giderimden Fazla
- 9)Çalışma durumunuz: Çalışıyor Çalışmıyor
- 10)Çalışıyorsanız mesleğiniz nedir? Memur İşçi Emekli
 Ev Hanımı Serbest Meslek.....
 Diğer.....

11)Osteoartrite eşlik eden hastalığınız varsa nedir?

12)Düzenli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

Evet Hayır

13)Hastalığınıza ilişkin şikayetleriniz nelerdir?

Ağrı Uykusuzluk Eklemlerde şişlik
 Eklemlerde kızarıklık Eklemlerde sertlik Eklemlerde fonksiyon kaybı
 Eklemlerde boşalma hissi Yorgunluk

14)Hastalığınıza bağlı olarak yaşadığınız diğer sorunlar nelerdir ? (ailevi, ekonomik,mesleki vb)

15)Hastalık süreniz:.....

16)Osteoartrite yönelik herhangi bir diyet ya da geleneksel uygulamanız var mı? Bu soruya cevabınız 'hayır' ise 17. Soruyu cevaplamadan geçiniz.

Evet Hayır

17)Osteoartrite yönelik nasıl bir diyet ya da geleneksel uygulama yapmaktasınız?

18)Diz osteoartritimize bağlı yakınmalar mevsimlere göre artmalar gösteriyor mu?

Evet Hayır

EK-3. DİZ İNCİNME VE OSTEOARTRİT SONUÇ SKORU

KOOS DİZ SORGULAMASI

TARİH: ____/____/____ DOĞUM TARİHİ: ____/____/____

İSİM: _____

Belirtiler

Bu sorular **geçen hafta** dizinizdeki belirtiler düşünülerek cevaplandırılmalıdır.

S1. Dizinizde şişlik var mı?

Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

S2. Dizinizi hareket ettirirken gıcırdama hisseder misiniz, çıtırdama veya başka tipte sesler duyar mısınız?

Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

S3. Hareket ederken diziniz takılır veya kilitlenir mi?

Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

S4. Dizinizi tam olarak uzatabiliyor musunuz?

Her zaman Sık sık Bazen Nadiren Hiç

S5. Dizinizi tam olarak bükebiliyor musunuz?

Her zaman Sık sık Bazen Nadiren Hiç

Sertlik

Aşağıdaki sorular **geçen hafta** boyunca dizinizde yaşadığınız eklem sertliğinin miktarı ile ilişkilidir. Sertlik, diz eklemizinin hareketindeki kolaylığın kısıtlanması veya yavaşlığı şeklinde bir duydur.

S6. Sabah ilk uyandıığınızda diz eklemizindeki sertlik ne kadar şiddetli olur?

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

S7. **Günün ilerleyen saatlerinde** oturduktan, uzandıktan, dinlendikten sonra diz sertliğiniz ne kadar şiddetli olur?

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

Ağrı

P1. Dizinizde ne kadar sık ağrı olur?

Hiç Aylık Haftalık Günlük Her zaman

Geçen hafta boyunca aşağıdaki aktiviteler sırasında ne miktarda diz ağrısı yaşadınız?

P2. Dizinizi kıvrırmak/kendi ekseninde döndürmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P3. Dizi tam düzleştirmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P4. Dizi tam bükme

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P5. Düz zeminde yürümek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P6. Merdiven inmek veya çıkmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P7. Gece yataktayken

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P8. Oturmak veya yatmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

P9. Ayakta dik durmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

Fonksiyon, günlük yaşam

Aşağıdaki sorular fiziksel fonksiyonunuz ile ilişkilidir. Bununla etrafta dolaşma ve kendine bakım yeteneğinizi kastediyoruz. Aşağıdaki aktivitelerin her biri için lütfen **geçen hafta** dizinizden dolayı yaşadığınız zorluk derecesini belirtin

A1. Merdiven inmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A2. Merdiven çıkmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A3. Oturduğunuz yerden kalkmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

Aşağıdaki aktivitelerin her biri için lütfen **geçen hafta** dizinizden dolayı yaşadığınız zorluk derecesini işaretleyin

A4. Ayakta durmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A5. Yere eğilmek/ Bir nesne almak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A6. Düz zeminde yürümek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A7. Arabaya binmek/inmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A8. Alışverişe gitmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A9. Çorap/Külotlu çorap giymek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A10. Yataktan kalkmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A11. Çorap/Külotlu çorap çıkarmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A12. Yatakta yatmak(dönmek , diz pozisyonunu devam ettirmek)

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A13. Banyoya girmek/çıkarmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A14. Oturmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A15. Tuvalete girmek/çıkarmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A16. Ağır ev işleri (ağır kutular taşımak, yerleri ovalamak, vb.)

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

A17. Hafif ev işleri (yemek pişirmek, toz almak vb.)

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

Fonksiyon, spor ve boş zaman değerlendirme aktiviteleri

Aşağıdaki sorular daha yüksek düzeyde aktif olduğunuz zamanki fiziksel fonksiyonunuzla ilişkilidir. Sorular **geçen hafta** dizinizden dolayı yaşadığınız zorluğun ne derecede olduğu düşünülerek cevaplandırılmalıdır.

SP1. Çömelmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

SP2. Koşmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

SP3. Zıplamak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

SP4. İncinen dizinizi kıvrırmak/kendi ekseninde döndürmek

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

SP5. Diz üstü oturmak

Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

Yaşam kalitesi

Q1. Ne kadar sık diz probleminizin farkındasınız?

Hiç Aylık Haftalık Günlük Sürekli

Q2. Dizinize zarar verme potansiyeli olan aktivitelerden kaçınmak için yaşam şeklinizi değiştirdiniz mi?

Hiç Hafif derecede Orta derecede Ciddi derecede Tamamen

Q3. Dizinizdeki güvensizlikten dolayı ne kadar sıkıntılısınız?

Hiç Hafif derecede Orta derecede Ciddi derecede Aşırı derecede

Q4. Genelde dizinizle ilgili ne kadar zorluğunuz var?

Hiç Hafif derecede Orta derecede Ciddi derecede Aşırı derecede

EK-4. ETİK KURUL KARARI



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU




Sayı:5

Tarih:28.05.2015


Araştırmanın Adı: "Diz Osteoartritli Bireylerde Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi "


Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 28.05.2015 tarihinde yapılan toplantısında "Diz Osteoartritli Bireylerde Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu Arş.Gör. Leyla ÖZKARA ve Doç.Dr.Dilek KILIÇ ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-5. KURUM İZİN BELGESİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-302.08.01-E.1500020665
Konu : Uygulama İzni Leyla ÖZKARA

06.07.2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.06.2015 tarihli ve 20369917-300-E.1500014443 nolu belge.

Enstitünüz doktora öğrencisi Leyla ÖZKARA'nın "Diz Osteoartritli Bireylerde Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışması ile ilgili Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğünden alınan 01/07/2015 tarih ve 1500017261 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ö. İrfan KÜFREYOĞLU
Rektör Yardımcısı

Ek : 1.7.2015 tarihli 45361945 -900-E.1500017261 sayılı Belge

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 Erzurum
Tel: (+90) (442) 2311601
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#/birim=ogrenci-isleri-daيره-baskanligi>

Bilgi: Aliye ÖREN
Faks: (+90) (442) 2361026
E-Posta: odaire@atauni.edu.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bu belgeyi sadece değerlendirme amaçlı olarak kullanabilirsiniz. Doğrulama Kodu:4219ACD



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 20369917-300-E.1500022691
Konu : Tez Çalışma İzni

08.07.2015

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız doktora öğrencilerinden Leyla ÖZKARA'nın "Diz Osteoartritli Bireylerde Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğinde yapmak istemesine ilişkin Rektörlük Makamı'nın 06.07.2015 tarih ve 1500014443 sayılı cevabı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Y. Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

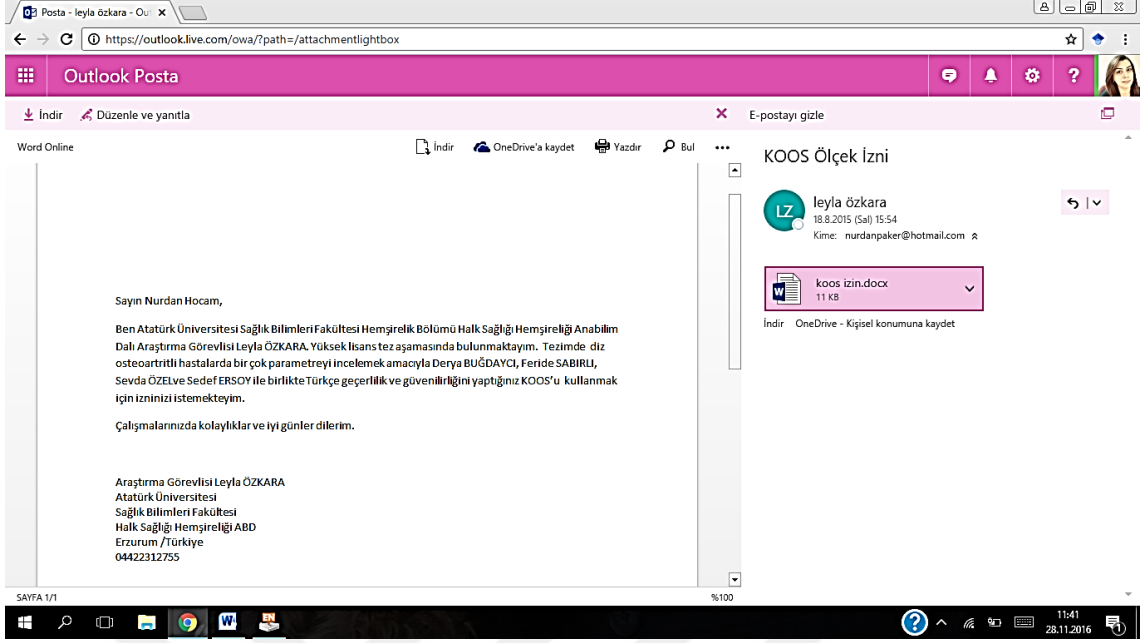
Ek : 6.7.2015 tarihli 88179374-302.08.01-E.1500020665 sayılı Belge

Atatürk Üniversitesi Enstitüler Binası Kat:1 25240 Erzurum
Tel: (+90) (442) 2314886
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr#!/birim=saglik-bilimleri-enstitusu>

Bilgi: Yunus Emre BUZ
Faks: (+90) (442) 2314888

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapılabiliriz. Doğrulama Kodu: F383E4B

EK-6. ÖLÇEK İZİN BELGESİ



Posta - leyla özkara - Outlook

https://outlook.live.com/owa/?path=/attachmentlightbox

Outlook Posta

İndir Düzenle ve yanıtla E-postayı gizle

Word Online İndir OneDrive'a kaydet Yazdır Bul

KOOS Ölçek izni

leyla özkara
18.8.2015 (Sal) 15:54
Kime: nurdanpaker@hotmail.com

koos izin.docx
11 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Nurdan Hocam,

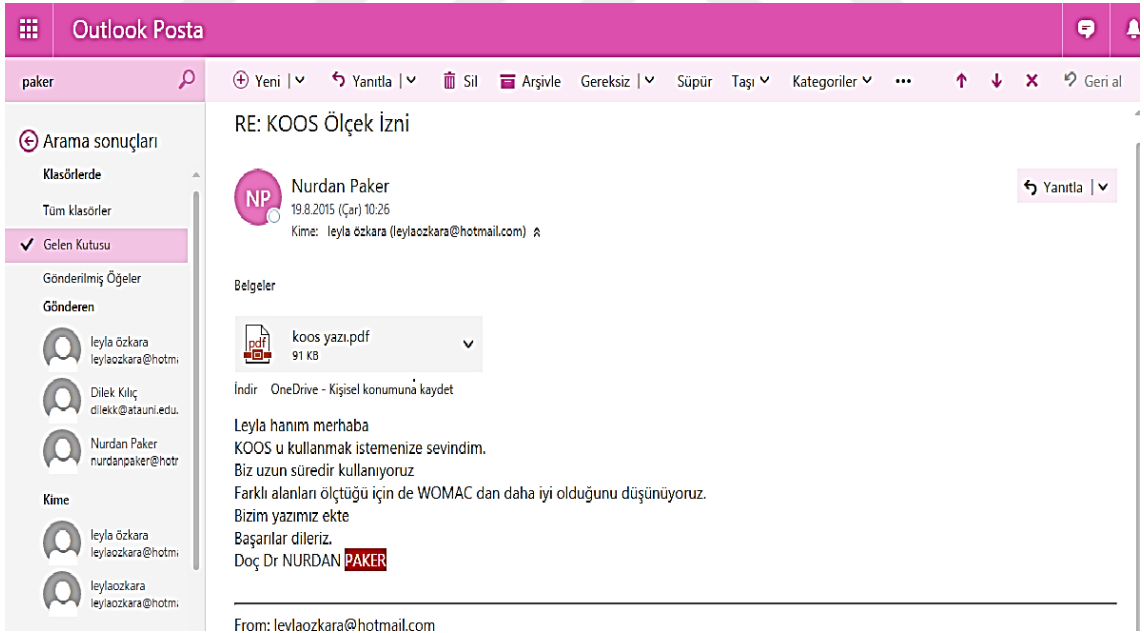
Ben Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Leyla ÖZKARA. Yüksek lisans tez aşamasında bulunmaktayım. Tezimde diz osteoartritli hastalarda bir çok parametreyi incelemek amacıyla Derya BUĞDAYCI, Feride SABIRLI, Sevdâ ÖZEL ve Sedat ERSOY ile birlikte Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız KOOS'u kullanmak için izninizi istemekteyim.

Çalışmalarınızda kolaylıklar ve iyi günler dilerim.

Araştırma Görevlisi Leyla ÖZKARA
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
Erzurum /Türkiye
04422312755

SAYFA 1/1 %100

11:41
28.11.2016



Outlook Posta

paker

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategoriler Geri al

Arama sonuçları

Klasörlerde

Tüm klasörler

✓ Gelen Kutusu

Gönderilmiş Öğeler

Gönderen

leyla özkara
leylaozkara@hotmail.com

Dilek Kılıç
dilekk@atauni.edu.tr

Nurdan Pakker
nurdanpaker@hotmail.com

Kime

leyla özkara
leylaozkara@hotmail.com

leyla özkara
leylaozkara@hotmail.com

RE: KOOS Ölçek izni

Nurdan Pakker
19.8.2015 (Çar) 10:26
Kime: leyla özkara (leylaozkara@hotmail.com)

Belgeler

koos yazı.pdf
91 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Leyla hanım merhaba
KOOS u kullanmak istemenize sevindim.
Biz uzun süredir kullanıyoruz
Farklı alanları ölçtüğü için de WOMAC dan daha iyi olduğunu düşünüyoruz.
Bizim yazımız ekte
Başarılar dileriz.
Doç Dr NURDAN PAKER

From: leylaozkara@hotmail.com