



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLI GONARTROZLU HASTALARDA TOTAL DİZ
PROTEZİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

SELDA TIRAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NİHAL SUNAL

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca meslek hayatındaki yoğun tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, sevgi, destek ve emeğini benden esirgemeyen, anlayış ve güler yüzü için çok değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL'a

Çalışmaya gönüllü olarak katılma nezaketinde bulunan, vakitlerini bana ayırarak verilerin toplanmasına katkı sağlayan saygıdeğer katılımcılara,

Hayatımın her anında, karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda olan, sevgisiyle, anlayışıyla ve sabrıyla daima destekleyen, bana her zaman güvenen, varlıklarıyla her zaman bana güç veren, çok sevdiğim birtanecik eşim Muhammet Umut TIRAŞ'a, canım oğlum Emir TIRAŞ'a, sevgili annem Kadiriye İNALÖZ'e, sevgili babam Sami İNALÖZ'e ve kardeşlerim Sezen İNALÖZ, Semra KOÇAK, Seval ÇANAKKALE, Sinem İNALÖZ'e

Her zaman elini omzunda hissettiğim, ihtiyacım olduğu her an telefonun diğer ucunda bulduğum yüksek lisans arkadaşım Elif Naz ÜNER'e,

Yapmış olduğum çalışmaya yürekten inanan, bilgilerini, zamanlarını benimle paylaşan sayın meslektaşlarım Gülhan KIZILTAŞ'a, Ayşegül TÜRKYILMAZ'a ve tıbbi sekreterimiz Handan KENGEL'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM ...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	3
3.GİRİŞ VE AMAÇ	5
4.GENEL BİLGİLER	9
4.1.Yaşlılığın Tanımı	9
4.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi	11
4.2.1.Dünyada yaşlılığın epidemiyolojisi	11
4.2.2.Türkiye’de yaşlılığın epidemiyolojisi	12
4.3.Yaşlılık Döneminde Görülen Değişiklikler	13
4.3.1.Yaşlılık döneminde görülen fizyolojik değişiklikler	14
4.3.1.1.Duyu organlarında meydana gelen değişiklikler	14
4.3.1.2.Kas-İskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler	16
4.3.1.3.Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler	18
4.3.1.4.Solunum sisteminde meydana gelen değişiklikler	18
4.3.1.5.Gastrointestinal sistemde meydana gelen değişiklikler	19
4.3.1.6.Üriner sistemde meydana gelen değişiklikler	20
4.3.1.7.Nörolojik sistemde meydana gelen değişiklikler	21

4.3.1.8.Endokrin sistemde meydana gelen değişiklikler	21
4.3.1.9.Üreme sisteminde meydana gelen değişiklikler	22
4.3.1.10.Bağışıklık sisteminde meydana gelen değişiklikler	22
4.3.2.Yaşlılık döneminde görülen psikolojik değişiklikler	23
4.3.3.Yaşlılık döneminde görülen bilişsel değişiklikler	24
4.3.4.Yaşlılık döneminde görülen sosyal değişiklikler	25
4.4.Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi	26
4.5.Diz Eklemi Anatomisi	28
4.6.Diz Eklemi Biyomekaniği	29
4.7.Total Diz Protezi	29
4.7.1.Diz protezinin tarihçesi	29
4.7.2.Total diz protezinin tanımı	31
4.7.3.Total diz protezi endikasyonları	32
4.7.3.1.Osteoartrit	33
4.7.3.2.Romatoid artrit	35
4.7.3.3.Gonartroz	35
4.7.3.4.Posttravmatik osteoartrit	35
4.7.3.5.Yüksek tibial osteotomi sonrası yetersizlik	36
4.7.3.6.Patellofemoral osteoartrit	36
4.7.4.Total diz protezi kontrendikasyonları	36
4.7.4.1.Kesin kontrendikasyonlar	36
4.7.4.2.Rölatif kontrendikasyonlar	37
4.7.5.Total diz protezi komplikasyonları	37

4.7.5.1.Tıbbi komplikasyonlar	37
4.7.5.2.Cerrahi komplikasyonlar	38
4.7.6.Total Diz Protezi Ameliyatlarında Hemşirelik Bakımı	39
4.7.6.1.Preoperatif dönem	39
4.7.6.2.Postoperatif dönem	40
4.7.6.3.Total diz protezi rehabilitasyonu	42
4.7.6.4.Taburculuk dönemi	43
5.MATERYAL VE METOT	44
5.1.Araştırmanın Tipi	44
5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	44
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	44
5.4.Araştırmanın Uygulanması	44
5.5.Araştırmanın Değişkenleri	45
5.6.Veriler Toplama Araçları ve Özellikleri	45
5.6.1.Sosyodemografik bilgi formu	45
5.6.2.Yaşam kalitesi ölçeği kısa form SF-36	45
5.7.Verilerin Değerlendirilmesi	47
5.8.Araştırmanın Etik Yönü	47
5.9.Araştırmanın Sınırlılıkları	48
6.BULGULAR	49
7.TARTIŞMA	70
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	79

9.KAYNAKLAR	83
10.EKLER	95
11.ETİK KURUL ONAYI	104
12.ÖZGEÇMİŞ	107



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

CPM: Continuous Passive Motion

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DVT: Derin Ven Trombozu

EHA: Eklem Hareket Açıklığı

EKG: Elektrokardiyografi

GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

İA: İntraartiküler

KMY: Kemik Mineral Yoğunluğu

MOS-20: Medical Outcomes Study-20 Question Short Form Survey

NSAİİ: Non Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar

NVT: Nörovasküler Tanılama

OA: Osteoartrit

PE: Pulmoner Emboli

RA: Romatoid artrit

TDP: Total Diz Protezi

TENS: Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

UCI: Universty of California at Irvine

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 5.7.1: İncelenen Özelliklerde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	47
Tablo 6.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=63)	49
Tablo 6.2: Katılımcıların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=63)	51
Tablo 6.3: Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)	53
Tablo 6.4: Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Hastalığa Yönelik Şikâyet Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	55
Tablo 6.5: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)	57
Tablo 6.6: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)	61
Tablo 6.7: Katılımcıların Hastalıklarına Yönelik Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)	66
Tablo 6.8: Katılımcıların Hastalıklarına Yönelik Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)	68

1.ÖZET

YAŞLI GONARTROZLU HASTALARDA TOTAL DİZ PROTEZİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine gelen yaşlı gonartrozlu hastalarda total diz protezinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine 15 Ağustos 2016 / 15 Şubat 2017 tarihleri arasında gelen, 65 yaş ve üzeri gonartroz tanısı almış, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve veri toplama araçlarındaki soruları eksiksiz olarak tamamlayabilen 63 hasta(kadın-erkek) oluşturmuştur. Çalışma verileri 65 yaş ve üzeri gonartroz tanısı bulunan hastalar ile ilk yatışında (preop) ve ameliyattan bir ay sonra (post-op) yüz yüze veri görüşülerek ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’ ve ‘SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’ doldurulmasıyla elde edilmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası SF-36’ dan ve şikâyet derecelerinden aldıkları puanların karşılaştırılması için Wilcoxon işaret testi uygulanmıştır. Ameliyat öncesi ve sonrası SF-36’ dan aldıkları puanlar ile tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması ortalaması $72,92 \pm 4,63$ olup, %42,9’unun 70-74 yaş grubunda (n=27) olduğu saptanmıştır. %79,4’ünün kadın (n=50), %82,5’inin evli, çoğunluğunun okuryazar (%42,9) ve ev hanımı (%61,9) olduğu görülmüştür. Katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrasında SF-36’nın alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ameliyat öncesi ve sonrasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) Katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrasında hastalığa yönelik şikâyet düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; ameliyat öncesi dizdeki ağrı düzeyi, banyo yaparken sorun yaşama düzeyi, taşıma araçlarını kullanırken sorun yaşama düzeyi, alışveriş yaparken sorun yaşama düzeyi, ayağa kalkarken sorun yaşama düzeyi, yürürken topallama derecesi, günlük işlerini etkileme derecesi ve yatakta rahatsız etme derecesinden aldıkları puan ortalamalarının ameliyat sonrasına göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde;

ameliyat öncesi döneme göre ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi anlamlı bir şekilde artmaktadır. Yaşlı gonartrozlu hastalara ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında gereken eğitimlerin verilmesi, desteğin sağlanması ve doğru hemşirelik bakımının uygulanması ile bu kişilerin tedaviye uyumu daha da kolaylaşacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diz, Gonartroz, Total Diz Protezi, Yaşam Kalitesi, Yaşlılık.



2.ABSTRACT

DETERMINATION THE EFFECT OF TOTAL KNEE ARTHROPLASTY ON QUALITY OF LIFE OF OLD PATIENTS WITH GONARTHROSIS

This study was conducted to determine the effect of total knee arthroplasty on quality of life of old patients with gonarthrosis and applied to Orthopedic and Traumatology polyclinic. The sample of the study was constituted of 63 patients (women-men) who were over 65 years old and over, with gonarthrosis, accepted to participate to the study, could answer all questions of questionnaire at İstanbul Avcılar Murat Kölük Government Hospital Orthopedics and Traumatology between 1th October 2016/15th February 2017. Data was collected with patients aged 65 years and over had gonarthrosis by using 'Sociodemographic Data form' and 'SF-36 Quality of Life Questionnaire' at their first staying (preop) and 1 month after operation (post-op). Wilcoxon test were used for comparing their scores from SF-36 preop and postop and complaint levels. Also, Mann Whitney U and Kruskal Wallis test were used to compare SF-36 scores and descriptive and disease characteristics. It is found that average age of the patients was $72,92 \pm 4,63$ and 42,9% of them were between 70-74 years old (n=27). Of the participant; 79,4% were women (n=50), 82,5% were married and were literate (42,9%) and housewives (61,9%) mostly. In comparing of scores that they got from SF-36 subscales before and after operation it is found that there was a advanced significant difference between physical function, physical role difficulty, emotional role difficulty, energy/aliveness/vitality, mental health, social functionality, pain and general health perception means ($p < 0,001$). When the findings relation to comparing complaint levels regarding disease before and after operation, it is determined that levels of knee pain before operation, living problem during bath, living problem during using carrying tools, living problem during shopping living problem during standing up, limping while walking and influence degree of daily activities with degree of being uncomfortable in bed were high as advanced significant level ($p < 0,001$). It is seen that quality of life level was increased after operation according to level in before operation as significant. When education is given to patients with gonarthrosis before, during and after operation, also with support and practicing true nursing care, adaptation to this disease could be more easy.

Key words: Knee, Gonarthrosis, Total Knee Arthroplasty, Quality of life, Elderly.



3.GİRİŞ VE AMAÇ

Teknolojinin gelişmesine bağlı doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık hızının düşmesi sonucu 20. yüzyılın ikinci yarısından bugüne kadar geçen zamanda, dünyadaki nüfusun yaşı ortalama 20 sene kadar artmıştır (1). 2017 senesinde dünya nüfusunun %8,9'unu yaşlı nüfus oluşturmuştur. Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken, 2017 senesinde %8,5'e yükselmiştir (2). Doğurganlıkta ve ölüm oranında düşme neticesinde beklenen yaşam süresinin uzamasıyla toplum yaşlanması meydana gelmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemindeki kronolojik tanımlamayı "65 yaş ve üzeri" olarak kabul etmektedir (4). 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası ileri yaşlılık, 85 yaş ve üstü ise çok ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır (5,6). Yaşlı nüfusun yaşa göre gruplandırılmasında, 2013 yılında %60.3'ü 65-74 yaşları arasında, %32.2'si 75-84 yaşları arasında ve %7.5'i 85 yaş ve üzerinde, 2017 yılında %61.6'sı 65-74 yaşları arasında, %29.7'si 75-84 yaşları arasında ve %8.6'sı 85 yaş ve üzerinde yer almaktadır (2).

Yaşlılık kişinin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında azalma, sağlığın, gençliğin ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel hayatın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve mevkinin, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal hayatın ve sosyal desteklerin azalması gibi pek çok sorunların yaşandığı kayıplar dönemidir (7,8). Yaşın ilerlemesi ile beraber fizyolojik, psikolojik, emosyonel, bilişsel, sosyal alanlarda farklılıklar meydana gelebilmekte, kişinin fonksiyonel kapasitesi azalırken kronik hastalıkları çoğalmaktadır (9). Kadınlarda yaşlanma döneminde menopozla beraber zamanla kas faaliyetlerinde kısıtlılıklar, kemik yapısında bozulma ve kemik kütlelerinde azalma, eklem ve kemik kırılabilirliğinde artış başlamaktadır. Kadının hareket kabiliyetindeki bu azalma yaşlanma ile beraber düşme ve düşmeye bağlı sakatlıkları çoğaltarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (10). Yaşlılarda kas-iskelet sistemi hastalıkları, kronik ağrı ve yeti kaybının en çok rastlanan nedenidir (11).

Vücuttaki en büyük eklemlerden biri olarak diz eklemi, mobilizasyonun sürdürülmesi için önemlidir (12). Dünyada en sık rastlanan diz eklem hastalığı

gonartrozdur ve erken fonksiyonel kısıtlılıkla beraber (7), yaşlılarda görülen fiziksel özür lülüğün ana sebeplerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, gonartroz, en sık dizabilite nedenlerinden kadın hastalarda dördüncü, erkek hastalarda ise sekizincidir (13). Total diz protezi (TDP), medikal tedavi ve fizik tedavi rehabilitasyon uygulanmasına rağmen şiddetli ağrı ve fonksiyon kaybına sebep olan ilerlemiş gonartrozlu hastalarda ilk sırada yer alan cerrahi girişim olarak karşımıza çıkmaktadır (14). Diz protezi, eklemin yapay bir implantla diz ekleminde ağrıyı azaltmak, stabilizasyonu ve hareket esnekliğini sağlamak ve böylece aktiviteleri yeniden kazandırmak amacı ile yeniden yapılanması işlemidir (15). 65-84 yaşları arasında ve bayanlarda daha çok TDP yapılmaktadır (16).

TDP endikasyonları; osteoartrit, romatoid artrit, gonartroz, posttravmatik osteoartrit, yüksek tibial osteotomi sonrası yetersizlik, patellofemoral osteoartrittir (15). Enfeksiyon, ekstansör mekanizma yetersizliği, genu rekurvatum, artrodez, anestezi, dolaşım yetmezliği gibi durumlarda TDP kesinlikle yapılmamalıdır (16). TDP ameliyatından sonra görülebilecek komplikasyonlar; enfeksiyon, eklem sertliği, aseptik gevşeme, yara iyileşmesinde gecikme, nörovasküler komplikasyonlar, tromboembolizm, derin ven trombozu, pulmoner embolidir. Yaşlılarda PE gelişmesi çok risklidir. Tromboembolizm ve enfeksiyon total diz protezi sonrasında en çok rastlanılan komplikasyonlardır (15). Ameliyattan sonraki değerlendirme, bakım, fiziksel egzersizler ve erken mobilizasyon komplikasyonları önlemede oldukça önem taşımaktadır. Geriatrik hastalarda genç hastalara göre ameliyattan sonra erken dönemde fonksiyonel durumun azalması pulmoner emboli riskini büyük ölçüde arttırdığı için hayati durum oluşturmaktadır. Geriatrik hastaların bu yüzden ameliyattan sonra erken zamanda yatağın kenarında oturtulması ve en kısa sürede mobilizasyonu önemlidir (15). Yürüeyebilen, tuvalete giden, transferleri ve temel GYA'larını yapabilen ve ev hareket programını başkalarına bağımlı olmadan yapabilen hastalar taburcu edilebilirler (17).

Eklem yenilenmesinde kullanılan total diz protezi ameliyatı son 25 yıldır önemli ölçüde etkili ve başarılı neticeler alınan bir yöntemdir (18). Eklemin hareket bozukluğu sebebi ile yaşam kalitesi azalan kişilerin birilerine bağımlı olmadan

hareket etmesini tekrar sağlama çabalarında, tarihteki zaman içinde devamlı gelişme gösteren artroplasti uygulamaları önemli bir role sahiptir (19). Total diz protezi ile ilgili pek çok çalışma neticesinde ameliyatın uzun dönem sonuçlarında günlük yaşam aktivitelerini yeniden kazandırmakta başarılı olduğu ve harika sonuçlar kazanıldığı önemle belirtilmektedir. Ameliyat sonrası hasta memnuniyetini inceleyen çalışmalarda memnuniyet olarak %90'a varan oran bildirilmiştir. Protez ameliyatından sonra ağrının giderilmesi ve fonksiyonların tekrar kazandırılmasında 2007 yılında yapılan bir çalışmada başarı oranının %85-90 olduğu belirtilmiştir (20).

Geriatrik popülasyonda asıl hedef "yaşam kalitesinin korunması"dır (21). DSÖ yaşam kalitesini "içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi kapsamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları yönünden kişilerin hayattaki pozisyonlarını algılaması" şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi; kişilerin fiziksel sağlığını, psikolojilerini, bağımsızlık seviyelerini, sosyal ilişkilerini, inançlarını ve çevre ile etkileşimlerini konu almaktadır (22). Yaşlılık döneminde yaşam kalitesini politik, sosyal ve ekonomik faktörler etkilemektedir (23). Yaşlı insanların evi ve ailesi ile alakalı konuları, çalışma durumu, kronik hastalıkları, fiziksel yetersizlikleri, ağrıları, bilişsel bozuklukları, sosyal izolasyonu, sağlık hizmeti kullanımı, sosyal ve kamusal hizmetlerin varlığı, ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği gibi problemleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir (21). Yaşlanma dönemi ile beraber kronik hastalıklar sebebiyle toplum içindeki aktiflik sınırlanmakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu durum yaşlılık konusuna ilişkin farkındalığı arttırmaktadır (23).

Tıp alanındaki icatlar, teknolojik gelişmeler, halk sağlığı girişimleri ve sosyal alandaki farklılıklar yaşam süresini ve yaşamdan beklentiyi arttırmaktadır (1). Yaşlıların yaşam kaliteleri, sağlıklı bir yaşam biçiminin oluşturulması, hareket ve denge sorunlarının giderilmesi, sağlık problemlerinin tespit edilmesi, tedavisinin uygulanması, bakımının ve eğitim gereksiniminin sağlanması, çoklu ilaç tedavilerinden kaçınılması gibi pek çok müdahale ile yükseltilebilir (24,7). Günümüz dünyasında sosyal hayatın daha çok değer kazandığı, dejeneratif diz hastalığı ilerlemiş, neredeyse günlük işlerini bile yapamayan olgularda, total diz protezinin, kaliteli ve mutlu bir yaşam süreci sağlayıp, hastayı sosyal hayatına yeniden bağladığı

düşünölmektedir (25). Yaşlılar yaşamın içinde aktif olarak ne kadar var olursa hem psikolojik, hem fizyolojik, hem de zihinsel açıdan sağlıklı bir yaşlanma süreci geçirmiş olacaklardır. Yaşlıların çevresine de bu durumun olumlu yansımaları olacaktır (5).

Toplanan verilerden yola çıkılarak oluşturulan bu araştırmada yaşlı gonartrozlu hastalarda total diz protezinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek, hastalığı etkileyen risk faktörleri ile birlikte değerlendirmek ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesine rehber olacak tavsiyeler geliştirerek yaşlıların yaşam kalitesini ileri düzeye taşımak amacı ile planlanmıştır.



4.GENEL BİLGİLER

4.1.Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılık yaşamın çocukluk, yetişkinlik gibi doğal ve mecburi bir sürecidir. İnsanın doğması ile başlayan bu süreçte ölmeden önce yaşanan ve bireyin fiziksel ve zihinsel açıdan, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği, organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler seviyesinde, zamanın ilerlemesi ile oluşan, geriye dönüşsüz yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tamamıdır (26). Yaşam sürecinde gelişme ve olgunlaşmayı izleyen, çevre ve genetik yapı arasındaki etkileşimin en üst seviyede görüldüğü fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıktığı karmaşık yönleri olan, tüm canlılarda görülen ve hayatın çocukluk, gençlik, yetişkinlik gibi doğal ve kaçınılmaz bir dönemidir (5).

Yaşlılık kişinin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında azalma, sağlığın, gençliğin ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve mevkinin, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal hayatın ve sosyal desteklerin azalması gibi pek çok sorunun yaşandığı kayıplar dönemidir (7,8).

Yaşlılık ve yaşlanma tanımlarının birbirinden ayrıldığı en önemli nokta iki sürecin başlama noktalarıdır. Yaşlanmanın başlaması yaşlılık döneminin başlamasından daha öncedir. Fiziksel ve zihinsel yeterlilikler yaşlılık döneminin belirtileri olarak gösterilmekte ve yaşlılık döneminden önce meydana gelmektedir (27).

Yaşlılık ve yaşlanma tanımları, tek bir tanımla yapılamadığından, kronolojik, biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik ve toplumsal olarak çeşitli boyutlarla değerlendirilebilmektedir (5,9).

Kronolojik yaşlanma, insanın doğmasından şimdiki zamanına kadar geçen, senelere bağlı yaşlanmadır (9). Birleşmiş Milletler yaşlılık dönemi için kronolojik tanımı “60 yaş ve üzeri” olarak yapmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşlılık dönemi için kronolojik tanımı “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Ulusal ve

uluslararası yaşlılık çalışmalarının çoğunda DSÖ' nün tanımlaması kabul edilmektedir (4). 65-74 yaş genç yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85 yaş ve üzeri ise çok ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Kişilerin hayat standartlarına göre yaşlılık göstergeleri de değişmektedir. Bu nedenle, bu grupta herkes için geçerli olmayabilir. 60 yaşında özel bakıma gereksinim duyan birisiyle karşılaşacağımız gibi 80 yaşında çok dinç birisine de rastlayabiliriz. (5,6).

Biyolojik yaşlanma, vücudun yapısal ve işlevsel olarak gelişim sürecinde değişim göstermesidir. Genel yaşama şeklimiz hücrelerimizin yaşlanması üzerinde etkilidir (17).

Fizyolojik yaşlanma, üretkenlikte ve fizyolojik süreçlerde yaşlanmayla beraber sürekli ve kaçınılmaz düşüşlerin görülmesidir. Kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade eder (28). Fizyolojik yaşlanmada vücut bileşimi, kalp damar sistemi, böbrekler, sindirim sistemi, karaciğer, beyin, sinirler, akciğerler ve endokrin sistemde işlevsel olarak yetersizlikler meydana gelmektedir (29).

Psikolojik yaşlanma, insanın algılama, öğrenme, psikomotor, sorun çözme ve kişisel özellikler yönünden uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş geçtikçe değişimini ifade eder (30). Geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı ve üzüntülerin psikolojik çöküntü yaratması durumudur. Anılarda yaşama, geçmiş zamana özlem, geçmişe takılıp kalma, geçmişten ayrılamama bunun içindedir (31). Bir insanın yaşlanma sürecinde sevdiği birini kaybetmesi, maddi problemler yaşaması, işlevsel yetersizliklerin ortaya çıkması, günlük aktivitelerinde başkalarına olan bağımlılığının artması, birtakım hastalıklar yaşaması ve bütün bunların yanında sosyal destek kaybı yaşayıp, muhtaç olma durumuyla karşılaşması bireyi depresyona daha yatkın hale getirmekte ve psikolojik yaşlanmayı hızlandırmaktadır (32).

Sosyo-kültürel yaşlanma, kişinin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin değişmesidir. Yaşlı bireye toplumun bakışımı ifade etmektedir. Gerontologlar yaşlıları alışkanlıklarına ve büründükleri sosyal rollere göre tanımlar. Tanımlanan sosyal

roller, kişilerin baba, büyükanne, emekli gibi hayatları süresince gerçekleştirdikleri olaylar ve beklentilerdir (9).

Ekonomik yaşlanma, yaşlılarda emekliliğin başlaması ile gelir azalmakta ve alışılmış toplumsal rol zamanla kaybolmaktadır. Hayatın her alanında kayıpların başlaması ve yoksunluklara dönüşmesiyle yoksulluk başlamakta bu durum yaşlıların öz saygısını ve hayattan duydukları tatmini azaltabilmektedir (5). Yaşlılıkla birlikte bireylerin sağlık ve bakım maliyetlerinin artmasına karşılık gelir kaynaklarının azaldığını ve bu nedenle yaşlıların yaşam şekillerinde değişimler meydana gelmektedir (29).

Toplumsal yaşlanma, toplumdaki ortalama yaş göstergeleri ve doğumda beklenen yaşam süresi kapsamında değerlendirilmektedir. Bir toplumda 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki yoğunluğuna göre toplumlar için “genç, olgun, yaşlı” tanımlamaları yapılmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 4’ten az ise ‘genç nüfus’, %4-%6.9 arasında ise ‘olgun nüfus’; %7-%10 arasında ise ‘yaşlı nüfus’; %10’un üzerinde ise ‘çok yaşlı nüfus’ şeklinde adlandırılmaktadır (15).

4.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi

4.2.1.Dünyada yaşlılığın epidemiyolojisi

Teknolojinin gelişmesine bağlı doğumda beklenen yaşam süresinin yükselmesi ve doğurganlığın düşmesi sebebi ile 20. yüzyılın ikinci yarısından bugüne kadar geçen sürede, dünya nüfusunun yaş ortalaması 20 sene çoğalmıştır. 2000 yılında BM’ye üye olan ülkelere yerleşmiş ve 35 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2030 yılında 71 milyona; 2000 yılında 9,3 milyon olan 80 yaş ve üzeri nüfusun 2030 yılında 19,5 milyona ulaşması beklenmektedir. 2000-2030 yılları arasında 65 yaş ve üzeri nüfusun; Dünya’da %6,9’dan %12’ye, Avrupa’da %15,5’den %24,3’e, Kuzey Amerika’da %12,6’dan %20,3’e, Asya’da %6’dan %12’ye, Latin Amerika ve Karayipler’de %5,5’ten %11,6’ya ulaşması beklenmektedir. Yükselmenin en fazla gelişmiş ülkelerde olması beklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfus

2000 yılında 249 milyon iken 2030 yılında 649 milyona çıkarak yaklaşık üç kat artması düşünülmektedir (1).

Dünya nüfusu değerlendirildiğinde 2005 yılında 2,65 olan doğurganlığın 2050 yılında 2'ye düşmesi; 2005 yılında 672 milyon olan 60 yaş üzerindeki nüfusun 2050 yılında 1,9 milyara ulaşarak üç kat artması beklenmektedir (33).

Yaşlıların nüfus içindeki oranının dünyada en çok olduğu kıta %20 ile Avrupa; en az olduğu kıta ise %5 ile Afrika'dır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının 2050 yılına gelindiğinde Avrupa'da %37'ye; Afrika'da %10'a ulaşacağı düşünülmektedir (34).

2017 yılında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %32,2 ile Monako, %27,9 ile Japonya ve %22,1 ile Almanya oldu. Türkiye bu sıralamada 167 ülkenin içinde 66. sırada bulunmaktadır (2).

Tıp alanındaki icatlar, teknolojik gelişmeler, halk sağlığı uygulamaları ve sosyal alandaki değişimler yaşam süresini ve yaşam beklentisini arttırmaktadır. Yaşam süresinin artması, mortalitenin azalması ve kronik hastalıkların çoğalması neticesinde kısıtlılık durumu da artmaktadır. Buna bağlı olarak, uzun süre yaşayan insanlar yaşamlarının sonuna doğru, dejeneratif hastalıklarla yaşamak ve hayatlarının sonuna kadar kısıtlılık ya da sağlığın kötü duruma gelmesi ile uğraşmak durumunda kalabilirler (1).

4.2.2. Türkiye'de yaşlılığın epidemiyolojisi

Doğurganlıktaki düşme ve ölüm oranında azalmaya bağlı yaşam süresinin uzaması ile toplum yaşlanması meydana gelmektedir. Bu durumun gelecekte de önemini koruyacağı, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde öncelikli problemler olarak ele alınması gerekmektedir (3); çünkü son zamanlarda bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus zamanla çoğalmaktadır (31).

2017 yılında dünya nüfusunun %8,9'unu yaşlı nüfus oluşturmuştur. Yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %44'ünü erkek nüfus, %56'sını kadın nüfus oluşturmuştur.

Yaşlı nüfusun yaşa göre gruplandırılmasında, 2013 yılında %60,3' ü 65-74 yaşları arasında, %32,2' si 75-84 yaşları arasında ve %7,5' i 85 yaş ve üzerinde iken, 2017 yılında %61,6' sını 65-74 yaşları arasında, %29,7' si 75-84 yaşları arasında ve %8,6' sını 85 yaş ve üzerinde olduğu görüldü.

Nüfus göstergelerine göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olarak artacağı düşünülmektedir (15)

Bütün bu tahminlere dayanılarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında beşinci hedef direkt yaşlı sağlığı ile alakalıdır. Bu hedef; 2020 yılına kadar, 65 yaş ve üstündeki insanların sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olması ve aktif sosyal rol oynayabilmesidir. Özellikle otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini devam ettirebilmelerine imkan veren ev yaşamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların oranının en az %50 arttırılmasıdır (35). Bu hedef doğrultusunda, yaşlıların sağlık problemlerinin tespit edilmesi, tedavisinin uygulanması, bakımının ve eğitim gereksiniminin sağlanması ile yaşam kalitesi yükseltilecektir (24).

4.3.Yaşlılık Döneminde Görülen Değişiklikler

Yaşlılık fizyolojik bir süreçtir. Bireylerin aktivite durumunu ve fonksiyonlarını düşüren veya kısıtlayan, onları fiziksel ve sosyal anlamda farklı derecelerde bir başkasına bağlı kılan bir dönemdir. Yaşın ilerlemesi ile meydana gelen değişiklikler kaçınılmazdır (36). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu değişiklikler ile izleyen 65 yaş ve üstü grubu yaşlılık dönemi olarak kabul etmektedir (5). Yaşın ilerlemesi ile beraber fizyolojik, psikolojik, emosyonel, bilişsel, sosyal olarak farklılıklar meydana

gelebilmekte, bireyin fonksiyonel kapasitesi azalırken kronik hastalıkları çoğalmaktadır (9). Bu değişikliklere sebep olan birçok etken olmasına rağmen en önemlileri beslenme bozuklukları, hormonal değişiklikler ve hareketsiz yaşamdan kaynaklananlardır. Bunların içinde fiziksel aktivite en önemli olanıdır (36).

4.3.1.Yaşlılık döneminde görülen fizyolojik değişiklikler

Vücudun bütün sistemlerinde yaşlılık döneminde birtakım değişiklikler meydana gelmektedir (5,37). Bu değişiklikler yaşam şekli, beslenme, kalıtım, hastalıklar gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (38). Yaşlı insanlarda duyu ve motor fonksiyonlarda gerileme, emosyonel ve entelektüel durumda değişiklikler görülmektedir. Bununla beraber organizmanın uyum gücü, çeşitli stres ve dış uyaranlarla baş etme yeteneğinde belirgin bir azalma ve kronik hastalıklarda artış meydana gelmektedir (7). Yaşlılıkta fiziksel olarak her anlamda bir gerileme olsa da fiziksel faaliyetlerde bulunmak birtakım sorunların azaltılması veya yok edilmesi için, nitelikli ve sağlıklı bir yaşlılık geçirmek için çok önemlidir (5).

Fiziksel aktivitelerin, ölüm oranlarını ve obezite riskini azalttığı, kardiyovasküler bozukluklara, diyabet, kolon kanseri ve psikiyatrik bozukluklar gibi birçok sağlık sorununa iyi geldiği belirtilmektedir (39).

4.3.1.1.Duyu organlarında meydana gelen değişiklikler

Yaşlanmayla beraber işitme, görme, dokunma, koku, tat alma gibi duylarda değişiklikler görülmektedir (40) ve bu değişiklikler yaşlıların yaşam tarzlarına olumsuz şekilde etki edebilir. Yaşlanmayla beraber en fazla etkilenen duyu organları görme ve işitme duylarıdır (9).

Kulak: Kulaklarımızın işitme ve dengeyi sağlama olarak iki işlevi vardır. Yaşın ilerlemesiyle oturup kalkarken veya yürürken denge kayıpları yaşanabilir ayrıca kulağın içindeki yapı değişmeye ve işlevleri azalmaya başlar. Bu nedenle de işitme kapasitesi azalır. Yüksek frekanslı sesleri işitmek yaşlanmayla güçleşir (9). Duyu

organlarının iletişime etkisi düşünülduğünde yaşlıların yalnızlaşmalarına kadar yol açabilecek olumsuz etkileri olabilir (41).

Göz: Yaşlanmayla beraber işitmenin yanında görme ile ilgili problemler de ortaya çıkmaya başlar. Bütün sağlık problemlerindeki gibi tanının erken koyulması ile ilerlemeleri veya hastalığa dönüşmeleri önlenmektedir. Yaşlanmayla beraber görme keskinliğinde azalma ve gözyaşı azalması gibi sağlık problemleri yaygın olarak görülmektedir (42). Bununla birlikte yaşlılarda kornea daha az hassas olur, bu nedenle yaşlılar göz hasarlarını fark etmeyebilirler. Gözbebekleri 60 yaşına geldiklerinde 20 yaşına göre üç kat daha küçülmüştür. Karanlık ve ışığa gözbebekleri daha yavaş cevap verir. Lensler sararmış, daha az esnek ve hafif pusludur (42). 40'lı yaşlarda nesnelere yakın mesafeden odaklanma güçlüğü, 70'li yaşlarda ince detayları ayırabilme yeteneği azalmaya başlar. Gözler gri hal alır ve katarakt oluşabilir (9).

Ağız-Burun: Yaşlanma ile beraber tat ve koku alma hücreleri azalır (30). Yaşlıların koku alma duyusunun azalması veya bozulması yemeklerden aldığı lezzeti azaltacaktır. Yaşlıların yemeklerin tadından şikâyetçi olmaları genellikle bu nedendir. Yaşlılarda koku fonksiyonunun azalması şüphesiz yaşlıların hayatını tehlikeye atan evdeki yangınları ve gaz kaçaıklarını tespit etme ve bunlardan kaçınma yeteneğini de tehlikeye düşürür (5).

Deri: Derinin insan vücudu üzerinde derinin çok önemli etkileri vardır. Öncelikle deride dokunma, acı ve basınç gibi hisleri duymamızı sağlayan sinir reseptörleri bulunur. Deri sıvı-elektrolit dengesinin kontrol edilmesine yardımcı olur; vücut ısısını kontrol etmeye yardımcı olur ve bariyer görevi görerek çevreden korur (5). Yaşla beraber deri altındaki yağ tabakasının azalması sebebiyle deri daha ince, kuru ve buruşuk bir hal alır ve soğuğa tolerans azalır. Derinin dehidratasyonunu önleyen bariyer görevini görmesini, tüm yağ ve ter bezlerinin faaliyetlerinin ve derialtı yağ dokusunun azalması kısmen azaltır. Bu değişiklikler ilaçların emilimi açısından da önemlidir (32,43). Yaşlılarda ter bezi miktarı ve salgılamasının azalması sebebiyle terleme azalır (39).

Saçlar yaşın ilerlemesiyle birlikte beyazlaşır veya grileşir. Kahverengi lekeler ve solukluklar deride gözlemlenir (5). Yaşlılarda tırnaklar matlaşır ve tırnakların uzaması azalır (39).

Yaşlanmayla beraber dokunma duyuları ile ağrı eşiğinde azalma meydana gelir. Yaşlılıkta meydana gelen ağrı ve dokunma hassasiyeti azalması bu nedenle bazı tehlikelere yol açabilir. Örneğin ciddi şekilde yaralanan bir yaşlının fazla acı duymaması sebebiyle bu yarayı önemsememesi veya yürürken vücudun zemin üstünde nerede olduğunu algılama kabiliyetinin azalması nedeniyle yürüme problemleri ortaya çıkabilir. Bu durum yaşlılıkta yaygın bir problem olan düşme riskini artırabilir (5).

4.3.1.2.Kas-İskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler

Yaşlanma ile beraber kas gücü azalır. Kas gücündeki azalmanın sebeplerinden biri kas lifi sayısındaki azalmadır. Kişilerde 30 yaşından itibaren kas kuvveti her on yılda bir % 10-15 oranında azalma gösterir ve 50 yaşından itibaren bu durum ivme kazanır (9). Kemik ve kas dokusu kayıpları nedeniyle; kas gücünde ve koordinasyonunda azalmalar, diş kayıpları, bacaklarda eğrilikler gelişebilir (44,45,46).

Yaşlanma ile beraber kemik miktarında azalma, kemik yoğunluğunda azalma, mineral kaybı, boy uzunluğunda azalma, omurgada esneklik kaybı ve eğilme, eklemlerde deformite oluşmaktadır (22). Hareketlerde kısıtlamaya sebep olacak bu durumun kişinin günlük ve iş hayatını etkileyeceği, kişilerin performans, verimlilik ve yaşam kalitesini azaltacağı ifade edilebilir (10).

Yaşlanmayla birlikte kemik miktarında azalmalar ve stresin artması kırılmaların meydana gelmesine sebep olabilir (10). Kemiklerde ayrıca kalsiyum eksikliği vardır (38). Eklemlerde elastikiyet kaybı, kıkırdaklarda deformite oluşur (10). Omurlar arasındaki disklerde incelme meydana gelir ve eklemlerdeki sıvı azalır (5). Kemik yoğunluğu kayıpları bayanlarda 30-35 yaşlarından itibaren ve erkeklerde 50-55 yaşlarından sonra % 0.75-1 oranında oluşur.

Yaşlılarda kas-iskelet sistemi hastalıkları, kronik ağrı ve yeti kaybının en çok karşılaşılan nedenidir. Yaşlılarda en çok karşılaşılan ağrı nedenleri artrit ve miyofasiyal ağrı sendromudur (11). İskelet sisteminde yaşlanma ile beraber osteoartrit, romatoid artrit gibi hastalıklar görülür (10). Dejeneratif bir hastalık olan osteoartrit kalça, diz, bel ve el eklemlerini etkiler (11). Gerek duruşta gerekse yürüyüşte yaşlılar denge sorunu yaşarlar (10). Yaşlıları bu problemler düşmeye meyilli duruma getirmektedir (5).

Kadınlarda yaşlılık döneminde menopozla beraber östrojen miktarındaki azalma; kadınların giderek kas faaliyetlerinde kısıtlılıklar yaşamalarına, kemik yapısında bozulmalara ve kemik kütlesinde azalmaya, eklem ve kemik kırılabilirliğinde artışa sebep olmaktadır. Kadınlarda özellikle menopozdan sonra her sene ortalama %1 oranında KMY azalmaktadır. Bu nedenle kemik- kas gücü, denge durumu, yürüme hızı ile yakından ilgili olan, yaşlı kadının yaşam kalitesinin artırılması ve hayatını birilerine bağımlı olmadan sürdürmesidir. Çünkü kemik mineral yoğunluğu (KMY) ve kas kuvveti yaşlı kadının hareketini etkilemektedir. Kadının hareket yeteneğindeki azalma yaşlanma ile beraber düşme ve düşmeye bağlı sakatlıkları çoğaltarak yaşam kalitesini düşürmektedir (10).

Erkeklerle oranla yaşlı kadınlarda düşme ve sakatlık yaşama oranı daha fazladır. Yaşlılarda düşme ve düşmeden kaynaklanan sakatlıkların meydana gelmesi yaşlıların öz bakım kalitesini, bağımsızlık ve güven duygusunu düşürmektedir ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Düşme sonrası yaşlının sakatlıklara bağlı olarak sosyal ve fiziksel aktivitelerinin sınırlandırılmasının, günlük aktivitelerini yerine getirme kabiliyetini azaltarak yaşam kalitesini azalttığı literatürde ifade edilmiştir . Ancak yaşlılık döneminde kadınlarda KMY ve kas kuvvetini idame ettirmede tüm bu durumlara rağmen düzenli egzersizlerin önemi ve yaşlı insanların yaşam kalitelerini arttırdığı belirtilmektedir (10).

4.3.1.3.Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler

Doğum ile başlayan yaşılanma sürecinde görülen dinamik olaylar sonucunda tüm vücutta olduğu gibi kardiyovasküler sistemde de adaptif değişiklikler olmaktadır. Bu süreç hücre düzeyinde başlayan ve kalbin makroskopik yapısına yansıyan kasılma ve gevşeme fonksiyonlarında, damar yapısı ve ileti sisteminde değişikliklere neden olmaktadır (47). Yaş ile birlikte kalp kası atrofiye uğrar ve kalbin her kasılmasında pompalanan kan miktarı da azalır. Kardiyak fonksiyonda, kalbin atım hacminde, kalbin atım sayısında ve maksimum oksijen tüketiminde yaşılanmayla birlikte azalmaların yanı sıra, kalp kapakları da sertleşip endokard kalınlaşır. Kan damarlarının yapısındaki elastik liflerin kaybından dolayı kan daha az esnek olurlar ve tansiyon yükselir (9). Kalbin ağırlığında artma meydana gelir. Kalp kası hücrelerinde azalma olurken, kollejenlerde artma, kalp kasında azalma, dilatasyon ve büyüme görülür. Kalpten pompalanan kan miktarında bu nedenle azalma olur. Kalp daha çok kan pompalamak için daha çok çalışmak mecburiyetinde kalacağından daha çok yıpranır. Arterlerde ise düz kas ve kollejen miktarı artar, elastik doku miktarı azalır ve sertleşir. Arterler daha kıvrımlı hal alır. Sistemik dolaşıma kan pompalamaya çalışan kalbin sol ventrikülüne daha çok yük biner (7,40). Bu değişiklikler yaş ile birlikte hipertansiyonun, aterosklerozun, inmenin, sol ventrikül hipertrofinin, kronik kalp yetmezliğinin ve atriyal fibrilasyonun artışını etkilemektedir (48).

Kardiyovasküler hastalıklar yaşlılarda mortalite ve morbiditenin en sık nedenidir. Hipertansiyon prevalansının yapılan çalışmalarda %50-%60 arasında değiştii bulunmuştur (43).

4.3.1.4.Solunum sisteminde meydana gelen değişiklikler

Akciğer dokularının yaşılanmayla esnekliğini yitirmesi, göğüs duvarının sertleşmesi ve solunum kaslarının kuvvetinin azalması oksijen taşınmasıyla ilgili solunum fonksiyonlarında azalmalara sebep olur. Göğüs kafesinin esnekliğindeki azalma

sebebiyle, toraks hareketleri güçleşir, solunum sisteminde verim düşüklüğü meydana gelir ve karın solunumu toraks solunumunun yerine geçer (10).

Zorlu vital kapasitede, difüzyon kapasitesinde, gaz değişiminde, ventilasyonda ve respiratuvar duyarlılıkta önemli azalmalar bu değişikliklerin sonucunda oluşmaktadır (38,40).

Yaşlılarda solunum sistemi enfeksiyonları özellikle de pnömoni dünyada ve ülkemizde önemli bir ölüm sebebidir. Yaşla beraber influenza virusu ve streptococcus pneumoniae gibi antijene karşı azalmış immün cevap sebebiyle solunum sistemi enfeksiyonlarına karşı daha duyarlı olabilir ve yaşlıların özellikle bu enfeksiyonlara karşı aşı ile bağışıklık kazandırılmaları çok önemlidir. Yaşlılarda çokça görülen ve hayatı tehdit eden hastalıklar arasında benzer olarak tüberküloz da gelmektedir (43).

4.3.1.5.Gastrointestinal sistemde meydana gelen değişiklikler

Sindirim sisteminde yaşlanmanın genel etkisi hareket, salgı ve emilim kapasitesindeki azalmadır. İntrensek faktörlerdeki azalma ile B12 vitamini azalır ve sonuçta pernisiyöz anemi görülebilir (7). Yaşla beraber yemek sonrası şişkinlik ve gaz yakınması gibi değişiklikler besinlerin mideden boşalma zamanının uzamasıyla meydana gelir (49). Yaşa bağlı sindirim sistemindeki değişiklikler yaşlı bireyin besin alımını etkiler (7). Yaşlanmayla beraber sindirim sistemi ve metabolik faaliyetlerin azalması, diş sağlığının bozulması, diş kayıpları, takma diş kullanımı gibi değişimler yaşlı insanların ağız kuruluğu, hazımsızlık, yanma, yutma güçlüğü gibi fonksiyonel sindirim bozukluklarına neden olur. Bununla beraber beslenme bozukluğu, çoklu ilaç kullanımı, çay, kahve, sigara kullanımı, stres, bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ve diğer sistemik hastalıklar bu şikâyetleri arttırır (42). Ayrıca fekal inkontinans anal sfinkter kontrol kaybına bağlı da görülebilir (38). Toplumda fekal inkontinansın görülme durumu %1-10 arasında değişirken, bu oran huzurevlerinde %10-60'lara kadar çıkmaktadır (50).

Safra kesesi hastalıkları insidansı bakterilerin çoğalmasıyla artar (7). Yaşlılarda bağırsak hareketlerinin yavaşlamasının sonucu olarak kabızlık görülür. Yaşlılarda karaciğer büyüklüğünde ve kanlanması azalmanın olması karaciğerden temizlenen bazı ilaçların etkilerinin değişmesine neden olabilir (49).

4.3.1.6. Üriner sistemde meydana gelen değişiklikler

Yaşla birlikte böbreğin yapısında küçülme, renal kan akımında azalma, renal korteks atrofisi, renal tübüllerin miktar ve genişliğinde azalma görülür. Glomerüler filtrasyon hızı 10 ml/dk azalmaktadır. Yaşla beraber glomerül sayısı azalır, örneğin glomerüller 40 yaşlarında bir milyon civarında iken 65 yaşında 700 bine kadar düşmektedir. Tübüler fonksiyon değişikliklerine böbrek değişiklikleri eşlik eder (51,52). Eritropoetin yapımında azalma böbrek fonksiyon kaybına ve kemik yoğunluğunda azalma kalsiyum metabolizmasında bozulmaya bağlı görülebilir (53). Sıvı-elektrolit dengesizlikleri, böbreğin idrarı konsantre etme ve sodyum tutma kabiliyetinde azalma ve susama hissiyatında yetersizlik sebebiyle gelişebilir (38). Mesane kapasitesi azalır; idrar yapmanın dışında mesane kasları kendiliğinden ara sıra kasılıp idrar yapma hissine sebep olur, nokturnal poliüri meydana gelebilir (38). Mesane kaslarının zayıflaması yaşlılarda rezidü idrar miktarının artmasına, sonuçta idrar kaçırmaya sebep olur (54,55). Menopozla azalan östrojenin etkisiyle kadınlarda üretra kısalır, iç yüzey kalınlığı azalır ve üretra sfinkter tonusu azalmasına bağlı idrar inkontinansı görülebilir (38). Kadınlarda inkontinansın bir diğer nedeni çok ve sık aralıklı gebelikler sebebiyle pelvik yapının zayıflamasıdır (56). Erkeklerde üriner retansiyon, prostatın idrar geçişini engelleyecek kadar büyümesi sonucu gelişebilir. Üriner enfeksiyon oluşma riski yaşlı insanlarda artmakla beraber kadınlarda %20, erkeklerde %10 oranında görülmektedir. Üriner enfeksiyon etkeni yaşlı bireylerde %60-70 oranında E.coli ve idrar kateteri uygulamaları en sık nedenidir. Bu nedenle idrar kateterizasyonu uygulamalarında aseptik tekniklere yaşlılarda çok dikkat edilmelidir (38).

Yaşla beraber renal ilaçların atılımı da azalır. Nefrotoksisiteye hassasiyet ilaçlar nedeniyle artar. Dijitaller gibi hidrofilik ilaçlara (suda eriyen) bağlı toksisiteler

dağılım hacminin azalmasına bağlı olarak meydana gelebilir. Tetrasiklinler, penisilinler, aminoglikozidler ve digoksin gibi ilaçlar ağırlıklı olarak glomerüllerden atılırlar. Bu ilaçların atılımı yaşla beraber yavaşlar (51,52).

4.3.1.7.Nörolojik sistemde meydana gelen değişiklikler

Yaşlanmayla beraber beyindeki hücre sayısı azalma gösterir, hücrelerin çalışması azalabilir ve yaşlılarda tepkime hızı buna bağlı yavaşlar (22,54,57). Çevrelerinde gelişen olaylara yaşlı insanlar daha yavaş tepki verirler. Yaşlılıkta düşüncenin yavaşlaması, kaçınılmaz bir süreçtir (36).

Kısa süreli hafıza, kelime hazinesi, öğrenme, bilgi depolama, sözcükleri anımsama, algılama gibi mental faaliyetlerde azalmalara rastlanabilir (38). Sinir sisteminde yaşın ilerlemesiyle beraber sinir dejenerasyon ve atrofi görülür. %10-15 oranında sinir iletim hızı azalır. Tremorlar görülür ve koordinasyon bozulur (44). Sinir dokusu yaşlılarda gençlere göre kendini daha yavaş ve kısmen onarabilir. Bu yüzden travmalara karşı yaşlı insanlar daha hassas ve kırılıgandırılar. Spinal kordda altmış yaşından sonra duyu kayıpları hücre sayısı azalmasına bağlı olarak meydana gelebilir. Bu sebeple ısıya ve travmalara karşı hassasiyet azalmaktadır (51). Ayrıca nörodejeneratif değişimlere bağlı yaşlı insanların çoğunda uyku problemleri de görülmektedir (7,38).

4.3.1.8.Endokrin sistemde meydana gelen değişiklikler

Yaşlanma süreci ile hormonal sistemde meydana gelen değişimlerin seksüel, kemik-mineral, kas-iskelet sistemi üzerinde olumsuz etkileri vardır (7,38). Fiziksel aktivitede azalma ve yağ dokusunda artma, özellikle de abdominal bölgenin yağlanması insülin direnci meydana gelmesinde etkilidir (9). Glikoz toleransında azalma görülmesinin sebebi dokuların insüline cevabının azalması ve glikoza karşı insülin salgılanmasındaki azalmadır (7,38) Bazal metabolizma hızında tiroid bezinin küçülmesine bağlı olarak yavaşlama görülür (7,38) Adrenal bezlerden salgılanan

aldosteron ve renin düzeyleri önemli oranda azalır, bu durum hipertansiyon kontrolünü güçleştirebilir (7).

Östrojen azalmasına bağlı gelişen menopoz, yaşlılığın kadınlarda başlıca belirtisidir. Osteoporoz riski menopoz ve paratiroid hormon artışı sonucunda artmaktadır. Erkeklerde ise; testosteron salınımında azalma daha yavaş ve geç gelişir (38). Kadınlarda erkeklere oranla gonodotropik hormonlar belirgin şekilde azalmıştır. Östrojen ve progesteron üretimi menopozdan sonra önemli ölçüde azalır. Yüzde kılınma, genital bölge kıllarında azalma gibi sekonder seks karakterlerinin değişmesine bu hormonların azalması neden olur (32).

4.3.1.9.Üreme sisteminde meydana gelen değişiklikler

Kadın üreme sistemine yaşlılığın etkisi incelendiğinde; hormonal seviyedeki azalma sebebiyle uterus ve overlerde atrofi görülür. Memeler daha sert, fibröz ve meme başı duyarlılığı azalmıştır. Vajen dokusu daha ince, kuru ve esnekliği azalmıştır. Menopozda başlayan bu değişimlerin bir kısmı seksüel aktivite ile ilgili olabilir. Fakat, yaş çoğu kadın için seksüel aktivite üzerinde bir etkiye sahip değildir. Genital sistem değişiklikleri erkeklerde daha az görülmekle beraber çoğu erkek ölene kadar fertildir. Erkeklerde görülen değişiklikler; sperm sayısı ve seminal mayide azalma, testosteron üretiminde azalma, penis ve testislerde küçülme ve prostatta büyüme olarak söylenebilir (38).

4.3.1.10.Bağışıklık sisteminde meydana gelen değişiklikler

Bağışıklık sisteminin fonksiyonlarındaki yavaşlamaya bağlı enfeksiyonlara karşı duyarlılık artar ve enfeksiyonlar (Pnömoni ve influenza gibi) ciddi seyreder (7,38). Yaşlılarda bağışıklık sisteminin yaşlanması enfeksiyon hastalıklarında artışa sebep olmaktadır (36).

Yaşlılarda otoimmün hastalıklar da sık gelişmektedir. İmmün hücrelerin kanser hücreleri, bakteri ve diğer yabancı cisimler ile savaşma hızları yaşlılarda azalmıştır.

İmmün sistemin zayıflaması yaşlılarda kanser sıklığının artmasının nedenlerindedir (38).

Yaşlanma ile beraber immün sistem fonksiyonları genelde baskılanır. Bu değişiklikler morbidite ve mortalite oranında artışa sebep olur. İmmün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı düzenli fiziksel aktivite azaltabilmektedir (9). Bağışıklık sistemindeki değişikliklerin tek olumlu sonucu yaşlılarda görülen alerjik semptomların ciddiyetindeki azalmadır (38).

4.3.2. Yaşlılık döneminde görülen psikolojik değişiklikler

Bireylerde psikolojik açıdan yaş ilerledikçe değişiklikler görülmektedir (58). Yaşlılıkta genelde psikolojik değişiklikler; eskiye aşırı bağlılık, yeni durumlara uyumsuzluk ve yeniliklerden korkma ile egoizm altında incelenebilir. Bunlar; Alzheimer hastalığı, bilinçte bulanıklık, depresyon, intihar, hastalık hastalığı, nevroz, narsistik kişilik bozukluğu, uyku bozuklukları, stres, yönelim bozukluğu ve ölüm korkusudur (7). Güncel konulara ve değişen dünyaya ayak uydurmakta güçlük çeken yaşlılar eskiye özlem duyarlar ve eski alışkanlıklarını devam ettirme konusunda ısrarcıdırlar. Toplumun ahlaki bakımdan yozlaştığını söyleyen yaşlılara göre toplum eskiden ahlaki anlamda daha iyidir ve yeni nesil devamlı eleştirilir. Bu durum yaşlıları daha benmerkezci davranmaya sevk edebilir ve yaşlılar daha çok içlerine kapanırlar (58). Toplumdaki geniş aile şeklinin yerini çekirdek ailenin almasına bağlı çocukların evden ayrılmaları ile geriye kalan yaşlı ebeveynler tek başına ve problemleri çözmede yetersiz kalmaktadır. Yaşlı birey bu durumda, kendini çaresiz, desteksiz ve tek başına hissetmektedir (59).

Yaşlanma ile beraber dikkatsizlik, algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, düşünme hızında yavaşlama olabilir. Hareketlerde yavaşlamayla beraber öğrenme yeteneğinde azalmanın da görülmesi olasıdır. Bu yavaşlamaların nedenleri arasında beyin işlevlerindeki fizyolojik gerilemenin yanı sıra, yaşlılarda sık karşılaşılan psikolojik faktörler, öğrenmeye motive olamama ve genel isteksizlik durumu şeklinde sıralanabilir (60). Ayrıca hastalık nedeniyle evde uzun zaman kapanıp

kalmak, dış dünya ile ilginin sona ermesi, bir yakının vefatı veya uzun zaman hastanede kalmak gibi nedenlerle yaşlılarda görülen psikiyatrik ve nörolojik işlevler bozulabilir (60).

Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişimlerin olumsuz etkileri sebebiyle hareket kabiliyeti sınırlanan yaşlının ev içindeki ve ev dışındaki hayatında kısıtlılıklar meydana gelir. Bunun neticesinde sosyal hayatı da olumsuz etkilenmektedir. Yaşlıların büyük kısmının emeklilik ile birlikte gelirindeki azalma, yaşlının sosyal statüsünün gerilemesine, kişinin pek çok sosyal faaliyetten vazgeçmesine sebep olmaktadır (61). Emeklilik ile kişi kendisini değersiz ve işe yaramaz hissedebilmektedir. Bu doğrultuda, yaşlıların imkanlar çerçevesinde zihinsel aktivitelerini devam ettirmeye çalışmaları ve dış uyaranlara açık olmaları, yaşamın içinde aktif olarak var olmalarını sağlayacak ve yaşlıların kendilerini değersiz hissetmelerinin önüne geçecektir. Yaşlılar yaşamın içinde aktif olarak ne kadar var olursa hem psikolojik, hem fizyolojik, hem de zihinsel açıdan sağlıklı bir yaşlanma süreci geçirmiş olacaklardır. Yaşlıların çevresine de bu durumun olumlu yansımaları olacaktır (5).

4.3.3. Yaşlılık döneminde görülen bilişsel değişiklikler

Yaşlanma ile beraber bilgi işleme hızı yavaşlar ve yeni bilgi öğrenme süreci eskiye göre daha uzundur ve bu yüzden de yaşlıların yeni bilgi sahibi olmak amacıyla daha çok bilişsel çaba göstermesi gerekir. Ayrıca yaşlılıkta dikkatin farklı boyutları olan bölünmüş dikkat, konsantrasyon, seçici dikkat olumsuz yönde etkilenir. Hem kısa süreli bellekte hem de uzun süreli bellekte bir gerileme söz konusudur. Yaşlılıkla beraber analitik işlemler, soyut ve somut kavramlar ile kısa süreli bellek zarar görür. Yaşlıların telefon numarası gibi kısa süreliğine hafızalarında tutmaları gereken bilgileri hafızalarında tutmaları eskisi kadar kolay değildir. Ancak uzun süreli bellekte çok daha ciddi boyutta gerileme meydana gelir. Özellikle yaşlılıkta yaşanan Alzheimer hastalığı da uzun süreli bellek fonksiyonlarına ciddi şekilde zarar vermektedir. Ancak, eskiden öğrenilmiş bilgilerin ve hatıraların bulunduğu uzak bellekte bir gerileme görülmez. Bundan dolayı az önce konuşulanları

anımsayamayan yaşlı, seneler önce yaşanmış bir olayı ayrıntılarına kadar anlatabilir. Konuşmada ise sözcük bulma ve/veya isimlendirme, kategoriye uygun sözcük bulma gibi dil becerileri bozulmuşken, anlamlı cümleler kurabilme gibi becerilerde bir gerileme söz konusu değildir. Yaşlılık süreci zihinsel bakımından ele alındığında, sözel zekâ bakımından bir gerileme olmaz; çünkü sözel işlemlerde kişi geçmiş bilgi birikimi ve deneyimleri kullanır. Sorgulama yeteneği gerektiren durumlar gibi sözel olmayan sorunların çözümünde yaşla beraber bir gerilemenin olduğu denilebilir. Bir başka deyişle yaşlanma sürecinde bilişsel işlevlerde bir gerileme görülür. Bu nedenle de zihinsel olarak yaşlı birey yavaş düşünür, daha ayrıntıcı ve sabit düşünceli olur. Ayrıca mantık yürütme ve sorgulama yeteneklerinde de bir gerileme söz konusudur. Yaşlılıkta meydana gelen iletişim zorlukları daha çok görme ve işitme kısmındaki duyuşsal yitimler nedeniyledir. İsimleri ve sözcükleri anımsamada yaşlılar güçlük yaşasa da sözlü anlatım ve dilbilgisi gibi dile ait beceriler yaşlanmaya rağmen korunur. Yaşlanma sürecinde bilişsel alanla alakalı fonksiyonların hepsinde gerileme görülmez. Bireyin yaşlılıktaki bilişsel becerilerini sosyoekonomik durumu, eğitim seviyesi, kişisel özellikleri, anatomik yapısı, geçirilen hastalıkları, genel psikolojik durumu gibi faktörler etkilemektedir (5).

4.3.4. Yaşlılık döneminde görülen sosyal değişiklikler

Yaşlanma sosyal bir geri çekilme ve hayatın pek çok alanında (iş, gelir, sağlık gibi) rol, statü kaybedilmesi anlamına gelebilmektedir. Kişinin yaşlılıkta toplumsal gücü ve etkinliği, saygınlığı, yakın ilişkileri, sosyal yaşantısı ve beklentileri azalır. Kendi gereksinimlerini karşılayıp başka kişilere yardım ederken giderek yardıma muhtaç insan durumuna gelebilmektedir. Yaşlanan insan, günün birinde çocuklarına kısa veya uzun bir dönemde bağımlı olarak kalabileceği düşüncesinden tedirgin olmaya başlar. Birilerine bağımlı olma fikri pek çok yaşlıya göre küçük düşürücü ve suçluluk duygusu uyandırıcıdır. Bazısına göre de memnuniyetle karşılayacakları yardım anlamı taşımaktadır (5).

4.4.Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, genel anlamda iyi olmayı tanımlayan, mutlu olma ve hayattan hoşnut olmayı içeren bir terimdir. Daha ayrıntılı bir ifade ile yaşam kalitesi, bireyin düşüncelerini geliştirebilmek, paylaşabilmek, savunabilmek, kendi yaşamını yönetebilmek, kendi iradesiyle, kendi seçimiyle, kendi yönlendirmesiyle hayatı devam ettirmektir (21).

DSÖ yaşam kalitesini “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi kapsamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları yönünden kişilerin hayatlarındaki pozisyonlarını algılaması” şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi; kişilerin fiziksel sağlığını, psikolojik durumlarını, bağımsızlık düzeylerini, sosyal ilişkilerini, inançlarını ve çevreyle etkileşimlerini kapsamaktadır (22).

Bireylerin yaşlılık döneminde yaşam kalitelerini azaltabilecek etkenler şunlardır:

Politik faktörler; yaşlı sağlığını ve yaşam kalitesini ulusal politika ve kararlar etkilemektedir.

Sosyal faktörler; yaşlının ekonomik yetersizliği, barınma şartları, özbakım gücünde azalma, ihmal-istismar yaşama durumu, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar ve ulaşım zorlukları yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Ekonomik faktörler; emeklilik durumu, evin geçimini sağlayan kişinin sakatlığı veya ölümü yaşlı kişilerin (özellikle kadınların) yaşam kalitelerini azaltmaktadır (23).

Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun çoğalması, özellikle ileri yaşlarda pek çok sağlık problemini yanında getirmekte, kronik hastalıklara bağlı olarak sınırlılık ve özürlülük durumları çoğalmaktadır (23). Yaşlanma dönemiyle beraber kronik hastalıklar sebebiyle toplum içindeki aktiflik sınırlanmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir. Bu durum yaşlılık konusuna ilişkin farkındalığı arttırmaktadır. Yaşlı

sağlığının gelişimi ve iyileştirilmesi açısından son yıllarda yapılan çalışmalarda yaşlılığın bir bütün olarak, yani psikolojik, fiziksel ve toplumsal boyutuyla değerlendirilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmış ve yaşlılıkta görülen belirtilerin her insanda değişebileceği belirtilmiştir (7).

Yaşlanma süreci bireylere göre farklılık göstermesine rağmen, yaşlılarda görülen sağlık problemleri benzerdir. Yaşlılık döneminde özellikle yaşlı insanlarda sıklıkla meydana gelen problemlere bakıldığında bilişsel problemlerin, hareket etme ve denge problemlerinin, üriner-fekal inkontinansın, kronik hastalıklara bağlı problemlerin ve sosyal problemlerin meydana geldiği görülmektedir (23).

Yaşlı insanların kronik hastalıkları, fiziksel yetersizlikleri, ağrıları, bilişsel bozuklukları, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyonu gibi problemleri sağlıkla alakalı yaşam kalitesini bozan etkenlerdir. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenler; sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği, ev ve aile ile alakalı konular, iş durumu, sosyal ve kamusal hizmetlerin varlığı, ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği gibi sosyal, ekonomik ve fiziksel faktörlerdir (21).

Sağlığı algılama biçimi, genel olarak kişilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve bireyin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendinin değerlendirmesine imkan sağlar. Sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan bu durum, basit fakat kuvvetli bir göstergedir (21,62). Sağlığı algılama ve yaşam kalitesini ölçme ile alakalı yaşlılara pek çok çalışma yapılmıştır (63,64,65,66).

Geriatric popülasyonda asıl hedef “yaşam kalitesinin korunmasıdır” (21). Bunun için yaşlılık döneminde yaşlının kapsamlı değerlendirilmesi önemlidir. Bireylerin yaşlanma süreçlerini farklılık gösterebilir; çünkü kişilerin genetik özellikleri, yaşadıkları sosyal çevre, psikolojik durum ve yaşam biçimleri yaşlanmayı etkileyebilmektedir. Bu nedenle yaşlının ayrıntılı değerlendirilmesinde; biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal problemlerin tanımlayıcı ve çözüm üretici bir yönden ele alınması önemlidir. Yaşlı insanların işitme, görme, bilişsel durum ve yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı (işitme cihazı gibi) değerlendirilmelidir. Yaşlı bireyin ayrıca beslenme özellikleri, GYA, ihmal-istismar durumu, fiziksel bası yaraları, diş

problemleri, düşme ve düşme riski, inkontinans, enfeksiyon, osteoporozun varlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, rehabilitasyon ihtiyaçları, uyku bozuklukları da dikkate alınmalıdır (23).

Yaşlıların yaşam kaliteleri, sağlıklı bir yaşam biçiminin oluşturulması, hareket ve denge bozukluklarının giderilmesi, sık görülen hastalıkların erken tanınip ilaçla tedavi edilmesi ve çoklu ilaç tedavilerinden kaçınılması gibi pek çok girişim ile artırılabilir. Kaliteli sağlık hizmetinin yaşlılar için sunulabilmesinde bakım ile alakalı kararlara yaşlının da katılması, yaşlı sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi, engelliliğin azaltılması ve kendi evlerinde hizmet alabilmeleri de gerekmektedir (7).

Yaşlı sağlığının günümüzde en önemli konusu olan başarılı yaşlanmadaki en doğru sağlık yaklaşımı, o toplumun kültür özellikleri dikakte alınarak belirlenir. Yaşlı sağlığı tanımının ülkemizde çağdaş çizgisini göstermesi yönünden toplumumuza uyarlanan 'Geriatride Yaşam Kalitesi' oldukça önemlidir (7).

4.5.Diz Eklemi Anatomisi

Vücuttaki en büyük eklem diz eklemidir. Bütün olarak ele alındığında ginglymus tipi eklemdir. Ayrı olarak incelendiğinde femur ve tibia arasında iki kondiler tip eklem patella ile femur arasında ise sellar tip olarak üç ayrı eklemden oluşmaktadır. Femur kondillerinden geçen transvers eksen etrafında fleksiyonda iken iç-dış rotasyon ve fleksiyon-ekstansiyon hareketleri yapabilmektedir. Eklem yüzlerinin uyumu eklem hareket aralığı geniş olmasına rağmen oldukça zayıftır. Yandan bakıldığında femoral kondiller, arkaya doğru artan bir eğimde spiral şekilli konvekstir. Fleksiyon, ekstansiyon, iç ve dış rotasyon normal diz eklemi hareketidir (16).

İskeletin en uzun iki kemiği arasında diz eklemi olduğundan, ligamentler ve kapsüler yapı eklem yapısal bütünlüğünü sağlamaktadır. Aşırı hareketler yapıldığında, eklem mesafesini korumakta bu yapılar zorlanacağı için, kolayca diz eklemi hasar görebilir. Diz eklemının bu sebeple en sık zedelenen eklemlerden biri olduğu dikkate alınmalıdır (15).

Diz ekleminde normalde aktif 140, pasif 160 derece fleksiyon açıklığı vardır. GYA'larını bireylerin yerine getirebilmesi için dizini 120° fleksiyona getirebilmesi gerekmektedir. Hastalar dizlerini ameliyattan sonra 100-120° arasında fleksiyona getirebilmektedir. Hastanın motivasyonuna, proteze özel etkenlere ve ameliyattan önceki fleksiyon kapasitesine göre bu durum farklılık göstermektedir (15).

4.6.Diz Eklemi Biyomekaniği

Genellikle ambulasyon için diz eklemi hareketleri istenir. Ambulasyon sırasındaki fonksiyonel yükler ayakta durma, 'stance' fazında ayağa binen yer reaksiyon kuvveti veya 'swing' salınma fazında bacağın kütesidir. Diz eklemi statik postürel faaliyetler dışında her üç komponentinde de hareket imkanı tanırken yük de taşımaktadır. Fleksiyon-ekstansiyon kontrol edilebilen majör hareketlerdir. Ayağın yerle temasına bağlı oluşan yüklere karşı koyacak diz eklemi, salınma fazında bacağın ağırlığına bağlı yükleri aşacak niteliktedir. Yürüme sırasında yer tepki kuvvetleri vücut ağırlığının 1.3 katı olurken, koşma sırasında 2 katını aşmaktadır (16).

4.7.Total Diz Protezi

4.7.1.Diz protezinin tarihçesi

1762 yılında Filkin tarafından dizde ilk artroplasti uygulandı (67,68). Bu artroplasti tüberküloz artritinde uygulanan bir rezeksiyon artroplastisiydi. Sonrasında 1863 yılında ilk interpozisyon artroplastisini Verneuil eklem kapsülünü kullanarak uyguladı (68,69). Bundan sonraki yıllarda osteoartritli ve romatoid artritli dizlerde interpozisyon artroplastisi 1940'lara kadar artrodez ve amputasyonun yanında tek alternatif olarak uygulandı. İlk yabancı materyal interpozisyonunu Baer 1918 yılında gerçekleştirdi. Bu interpozisyonda Baer kromize domuz mesanesi kullandı. Sonraki dönemde 1949'da Sampson selofan, 1950'de Kuhns ve Potter naylon, 1958'de Brown cilt interpozisyonunu uyguladılar (67,70). Osteoartritlik dizlerde ağrının azalmasını ve sınırlı bir hareket açıklığını tüm bu interpozisyon teknikleri sağladı; ama romatoid artritli dizlerde istenen sonuçlar alınamadı. 1940 yılında Smith-Peterson'un kalça

protezinde vitaliyumu başarılı bir şekilde kullanmasını takiben; diz eklemünde femoral kondilleri örten metalik bir kalıptan oluşan hemiartroplastiyi Boyd ve Campbell geliştirmiştir. Bu ilk protez denemesi başarısızlıkla neticelenmiştir. Smith-Peterson'un 1942 yılındaki metalik bir femoral kalıp hemiartroplasti uygulaması da başarısız olmuştur (71). Menteşeli protezlerin geliştirilmesiyle hem femur hem de tibial yüzeylerin değiştirilmesi sağlanmıştır. İlk menteşe tipi protez tasarımını 1947 yılında Judet oluşturmuştur. Menteşeli protezi Magnoni 1949'da, 1951'de Walldius, 1954'de Shires, 1957'de Mc Kee denemişlerdir (72). Bu basit menteşeli implantlarda diz hareketlerinin kompleks bölümleri sebebiyle başarı elde edilememiştir. Yüksek enfeksiyon ve erken gevşeme oranlarıyla karşılaşmıştır. Kondiler yüzeyin değiştirildiği tasarıma ek olarak rotasyonel harekete de izin veren sferosentrik protez 1981'de geliştirilmiştir. Menteşeli protezlerin kullanımı modern protez tasarımları sayesinde ekstremite koruyucu cerrahi ve ileri derece instabil dizlerde uygulanmıştır (73,74). Modern diz protezlerinin ilk ışığı olarak kabul edilen polisentrik diz protezini 1967 yılında Gunston tasarlamıştır (72). Diz protez cerrahisinde modern dönem 1970'li yılların başlarında Freeman-Swanson'un, UCI (University of California at Irvine), Marmor, Geometrik (Conventry, Mayo klinik) gibi birçok değişik protez tasarımını oluşturmasıyla başlamış oldu (72). İlk total diz artroplastisi ülkemizde 1972 yılında Dr. Güngör Sami Çakırgil tarafından, Gunston'un polisentrik diz proteziyle uygulanmıştır (75). 1982 yılında protez ameliyatları uygulanmaya başlanmış, ilk diz protezi kursu 1987 yılında Gazi Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir (76,77,78). Protez tasarımları ve bu konudaki tartışmalar sonraki yıllarda daha fazla tespit, arka çapraz bağın korunup korunmaması, patellanın değiştirilip değiştirilmemesi üzerine olmuştur. Tespit ve aşınma problemlerinin aşılması amacıyla ultra yüksek molekül ağırlıklı polietilen komponentlerin beraber kullanıldığı protez tasarımları kobalt-krom, titanyum, seramik gibi alaşımlarla oluşturulmuştur (71). Eklem yenilenmesinde kullanılan total diz protezi ameliyatı son 25 yıldır oldukça etkili ve başarılı neticeler alınan bir yöntemdir (77,79,80,81). Eklem fonksiyon bozukluğu nedeniyle yaşam kalitesi azalan insanların bağımsız hareket etmesini tekrar sağlama çabalarında, tarihsel süreç içerisinde sürekli gelişme gösteren artroplastik uygulamaları önemli bir role sahiptir (78).

4.7.2.Total diz protezinin tanımı

Diz protezi, eklemin yapay bir implantla diz ekleminde ağrıyı yok etmek, stabilizasyonu ve hareket genişliğini sağlamak ve böylece fonksiyonları tekrar kazandırmak için yeniden yapılanması işlemidir. Protezin stabilizasyonu ameliyatta sement kullanarak yapılabilmektedir. Daha iyi stabilite elde etmek için son yıllarda sement yerine porlu metaller kullanılmakta, porların içine doğru büyüyen kemik sebebiyle iyi bir biyolojik fiksasyon sağlanmaktadır (15).

Biyomekanik kavramların, protez materyallerinin ve cerrahi tekniklerin 140 yıllık gelişmelerinin bir ürünü olan total diz protezi, hastanın günlük faaliyetlerini kısıtlayan, yürümesine hatta geceleri uyumasına müsaade etmeyen kronik nitelikli ağrılar, eklem hareketlerinde engellenme ve gelişen deformiteler sebebiyle meydana gelen instabilitelerde endikedir. Total diz protezinin en sık sebebi primer osteoartrit, posttravmatik osteoartrit ve diğer dejeneratif ve destrüktif hastalıklardır (45).

Dünyada en sık rastlanan eklem hastalığı gonartrozdur ve erken fonksiyonel kısıtlılıkla beraber (7), yaşlılarda görülen fiziksel özürülüğün ana sebeplerinden biridir. Total diz protezi (TDP), medikal tedavi ve fizik tedavi rehabilitasyon uygulanmasına rağmen şiddetli ağrı ve fonksiyon kaybına sebep olan ilerlemiş gonartrozlu hastalarda ilk sırada yer alan cerrahi girişim olarak karşımıza çıkmaktadır (14).

İleri evre diz OA'nın tedavisinde Total Diz Protezi (TDP) operasyonları etkili ve uzun ömürlü bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir (82).

Dizde oluşan ciddi eklem hasarlarına Total Diz Protezi (TDP) uygulanır. Bu yöntem ağrıyı azaltır, fonksiyonu ve yaşam kalitesini artırır. 65-84 yaşları arasında ve kadınlarda daha çok TDP yapılmaktadır. Cerrahi endikasyonların artmasına, daha önce cerrahi aday olmayan (daha genç/yaşlı, daha fazla komorbiditeli) hastaların endikasyon yelpazesine girmesine, cerrahi teknik-protez teknolojisindeki ilerlemeler ve cerrahların bu konuda tecrübelerinin artmasına bağlı protezlerin ömürlerinin

artması sebep olmuştur. Bu da gelecekte daha çok TDP yapılacağını düşündürmektedir. TDP’de hedeflenen operasyondan sonra oluşabilecek komplikasyonları azaltmak, ağrı, kuadriseps zayıflığı, kas atrofisi gibi bozuklukların oluşturduğu fonksiyonel sınırlılıkları en aza indirmek, mobilizasyon ve GYA’larını düzeltmektir.

Cerrahiye karar vermeden önce hastaların radyolojik değerlendirmeleri iyi yapılmalıdır. Çünkü dizde eklem meşalesinde tam kapanma olmayan hastalar ameliyattan yeterince tatmin olmamaktadırlar. Antienflamatuar ilaçlar, aktivite kısıtlamaları, baston kullanma ve rehabilitasyon gibi konservatif tedavi yöntemleri cerrahiye karar vermeden önce denenmelidir (16).

Total diz protezi ile ilgili yapılan pek çok çalışma neticesinde ameliyatın uzun dönem sonuçlarında GYA’larını kazandırmakta başarılı olduğu ve harika sonuçlar elde edildiği belirtilmektedir. Ameliyat sonrası hasta memnuniyetini inceleyen çalışmalarda memnuniyet olarak %90’a varan oran bildirilmiştir. Protez ameliyatından sonra ağrının giderilmesi ve fonksiyonların yeniden kazanılmasında 2007 yılında yapılan bir çalışmada başarı oranının %85-90 olduğu belirtilmiştir (20). Günümüz dünyasında sosyal hayatın daha çok değer kazandığı, dejeneratif diz hastalığı ileri derecede olan, neredeyse günlük yaşam aktivitelerini bile yerine getiremeyen olgularda, total diz protezinin, kaliteli ve mutlu bir yaşam süreci sağlayıp, sosyal yaşantısına hastayı tekrar bağladığı düşünülmektedir (25).

4.7.3.Total diz protezi endikasyonları

TDP yapılabilmesi için;

- ✓ Hastada eklem hasarı ve kalınlaşmanın en az üç kompartmandan birinde (medial, lateral, patello femoral) olması ve hastayı ciddi bir şekilde bunun rahatsız etmesi,
- ✓ Bıçak saplanır tarzda hastanın diz önü veya iç arka bölümünde geceleri de rahatsızlık veren ağrı olması
- ✓ Kartilaj hasarının radyolojik grafiyle ve diğer görüntüleme yöntemleriyle (artroskopi, manyetik rezonans görüntüleme) görülmesi ve şikayetlerini kişinin ifade etmesi,

- ✓ Yürüme mesafesinin 500 m'nin altında rahat olması,
- ✓ Konservatif tedavinin (aktivite sınırlama, kilo verme, yürümeye yardımcı araç kullanımı, antienflamatuar ajanların kullanımı, steroid içerikli ilaçlar, intra artiküler enjeksiyonlar, fizyoterapi gibi) yetmemesi gibi durumlarda TDP uygulanmalıdır (15).

4.7.3.1.Osteoartrit

Noninflamatuar kronik dejeneratif bir hastalık olan Osteoartrit(OA), özellikle yük taşıyan eklemlerde progresif olarak meydana gelen kıkırdak yıkımı, osteofit oluşumu ve subkondral skleroz ile karakterizedir (83). En sık görülen artrit tipleri osteoartrit (OA) ve romatoid artrit (RA)tir (84). Semptomatik diz OA'ı dünyanın farklı yerlerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %10-30'unda görüldüğü bildirilmiştir. (83). Yaş ile birlikte OA'nın sıklığı artmaktadır ve diz ekleminde en sık görüldüğü belirtilmektedir (85). Obezite ve tekrarlayan travmalar osteoartriti kolaylaştıran faktörlerdir (86).

OA'ya bağlı diz ağrısının, özellikle de yaşlılarda en sık görülen fiziksel yetersizlik sebebi olduğu belirlenmiştir (87,88). OA, çeşitli eklemlerde meydana gelmekle beraber özellikle diz, kalça gibi yük binen eklemler ya da omurga etkilendiğinde sonuçları daha ağır olabilmektedir (89). En sık görülen osteoartrit formu diz osteoartriti gonartrozdur. (13) OA sıklıkla bilateraldir, kadınlarda daha sıktır (89). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, gonartroz, en sık dizabilite nedenlerinden kadın hastalarda dördüncü, erkek hastalarda ise sekizincidir. (13) OA hemen her yaş grubunu etkilemekle birlikte, prevalans kadınlarda 40, erkeklerde 50 yaşın üzerinde artar (90). Osteoartrit gelişiminde hem sistemik hem de lokal risk faktörleri önem taşımaktadır (91). Bu risk faktörleri içinde; cinsiyet ve hormonlar, yaşlanma, kalıtım, ırk, konjenital ve gelişimsel hastalıklar, diyet ve çevresel faktörler sistemik olanlardır. Obezite, yaralanma ve cerrahi, mesleksi faktörler, sportif faaliyetler, eklemlerde ve ekstremitelerdeki anormallikler, dizilim, mekanik faktörler, hipermobilitate lokal risk faktörleridir (92). En geçerli risk faktörü tüm eklemler için yaştır.

Patogeneğinde; mekanik, biyolojik, kimyasal, moleküler ve enzimatik nedenlerle eklem ve eklem çevresinde birbirini etkileyen olaylar zinciri ile pek çok doku etkilenmekle beraber, OA özellikle eklem kıkırdağının ilerleyici yıkımı ile karakterizedir (93). Eklem kıkırdağında dejenerasyon fibrilasyon, fissür oluşumu, ülserasyon ve eklem yüzeyinin tam kat kaybı ile gelişir. Eklem kıkırdağı, ekstrasellüler matris ve subkondral kemik sentezi ve yıkımı arasındaki dengede bozulmaya sebep olan mekanik ve biyolojik olaylar sonucu OA oluşmaktadır (94). OA tanısı hastanın yaşı, öyküsü, eklem anormalliklerinin yerleşmesi ve radyografik bulguların incelenmesi sonucu genel klinik izlenim ile konulmaktadır. Klinik ve laboratuvar bulgular OA tanısında önemli olmakla birlikte çoğu zaman yalnızca görüntüleme yöntemleri yeterli olmaktadır (90).

Ağrı, inflamasyon ve efüzyon, hareket sınırlılığı, sertlik, krepitasyon, engellilik, zaman zaman değişik derecelerde fonksiyonel yetersizlik, GYA'larında kayıp, yaşam kalitesinde bozulma OA'nın klinik özellikleridir (95). Yaşlılarda özellikle morbidite ve sakatlığın en önde gelen sebeplerinden biri osteoartritir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (96). Akut ya da kronik artan ve azalan periyodlarla olması OA ağrısının karakteristik özelliğidir (97).

Günümüzdeki tedavi yaklaşımlarının hedefi; ağrıyı azaltmak, fonksiyonelliği arttırmak, özürülülüğü azaltmak, hastalığın ilerlemesini önlemek ya da yavaşlatmaktır (67,90). Nonfarmakolojik tedavi yönteminde ayakkabının yüksek topuklu olmasından kaçınılmalıdır ve uygun ayakkabı seçimi (şoka absorban tabanlılık, ayağı pronasyonda tutma için ark desteği içeren) tavsiye edilebilir (98). Tüm hastalar bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Egzersizler, koltuk değneği, yürüteç (fizik tedavi değerlendirmesi) ağrıyı azaltmak, fonksiyonel düzeyi arttırmak için tavsiye edilir. Düzenli aerobik, kas kuvvetlendirme ve EHA egzersizleri yapılmalıdır. Kilo vermeleri için aşırı kilolu olanlar moral verilmelidir. Kısa süreli ağrının kontrolünde Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) etkilidir (90). Eklemlerin korunma yöntemleriyle ilgili hastanın eğitilmesi günlük yaşam aktiviteleri sırasında hem ağrıyı azaltır hem de eklemlerdeki hasarın ilerlemesini önler (99). Rehabilitasyona ulaşması güç hastalar için özellikle tele-rehabilitasyon uygun olabilir. Hastaların uzmanlara ulaşımını kolaylaştırdığından etkili ve uygun bir

yöntem olsa da bizim gibi ülkelerde uygulanabilirliği oldukça güçtür (100). Farmakolojik tedavi olarak Parasetamol ve Non Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ) medikal tedavi olarak en sık önerilen ilaçlardır (101). İntraartiküler (İA) kortikosteroid enjeksiyonu orta ve şiddetli ağrısı olan ve oral analjezik veya NSAİİ'lere yanıt vermemiş ya da efüzyonlu OA'da kullanılabilir (102). Eklem replasman cerrahisi açısından non-farmakolojik ve farmakolojik tedaviye rağmen ağrı ve fonksiyon kaybı yaşayan hastalar değerlendirilmelidir (103). Gece uykudan uyandıracak kadar diz ağrısı artmış, eklem hareket açıklığı azalmış, yaşlarına göre alt ekstremitelerde deformitesi başlamış, kas gücü zayıf ve yürüme değişimleri oluşmuş hastalar cerrahi için en uygun hastalardır (103).

4.7.3.2.Romatoid artrit

Yumuşak membranın enflamatuar hastalığı olan Romatoid Artrit, sinoviyum olarak bilinen eklem boşluğunu sarar. Eklem kıkırdağının bozulmasına ve eklem yıkımına sebep olan, eklem boşluğunda sebep olduğu ödem ve enflamasyondur. Erkeklerle göre kadınlarda iki kat fazla görülmektedir. RA, solunum sistemi ve sindirim sisteminde de birtakım problemlere sebep olan sadece eklemleri etkilemeyen sistemik bir hastalıktır (15). TDP yaşa bakılmadan ciddi ağrı ve hareket kısıtlılığı varsa uygulanmalıdır (16).

4.7.3.3.Gonartroz

Yaşı, mesleği, aktivite düzeyi, cinsiyeti ve ağırlığı hastanın dikkate alınmalıdır. Diz protezi 60 yaş altında, ağır işte çalışanlarda ve aşırı kilolu hastalarda önerilmez. Genellikle ameliyat sonrası dönemde erkeklerin aktivite düzeyi daha yüksek olduğu için cinsiyet önemlidir (16)

4.7.3.4.Posttravmatik osteoartrit

Sekonder osteoartrit de denilmektedir. Eklem kıkırdağında hasara travma sebep olur. Spor ya da motorlu taşıt yaralanmaları gibi travmatik olaylardan sonra eklem hasarının yanında ligament yaralanmasıyla meydana gelir. Genç hastalarda eklem içi kırıklarında veya diz yaralanmalarında nadir de olsa endikedir (15).

4.7.3.5.Yüksek tibial osteotomi sonrası yetersizlik

Yüksek tibial osteotomi gonartrozun ilerlemesinin bozulmuş olan yük dağılımının düzeltilerek önlenmesi ve bu durumdan oluşan ağrının giderilmesi için 55 yaşın altında, tek kompartman tutulumu olan ve yeterli hareket açıklığı mevcut hastalarda etkili bir yöntemdir. Ağrı şikayeti osteotomi uygulanmasına rağmen artan ve progresif osteoartrit gelişen hastalarda TDP uygulanmalıdır (15).

4.7.3.6.Patellofemoral osteoartrit

Yüklenme graflerinde femorotibial daralma görülüyorsa tek başına patellofemoral osteoartrit TDP için çoğu vakada bir endikasyon oluşturmaz. Ancak ciddi patellofemoral artrozun olduğu yaşlı hastalarda diğer yöntemlerden daha iyi sonuç verdiği için TDP tercih edilebilir (16).

4.7.4.Total diz protezi kontrendikasyonları

4.7.1.Kesin kontrendikasyonlar

- ✓ **Enfeksiyon:** TDP'nin en önemli engellerinden biri enfeksiyondur. TDP enfeksiyon tam olarak tedavi edilmeden yapılmamalıdır. Artrodez eğer enfeksiyon tedavisi tam olarak yapılamıyorsa daha iyi bir seçenektir.
- ✓ **Ekstansör mekanizma yetersizliği:** TDP'den dizin aktif ekstansiyonunu sağlayamayan hastalar yarar görmezler. Artrodez daha iyi bir seçenektir.
- ✓ **Genu rekurvatum:** TDP yi takiben deforme tekrarlayacağı için ve implanta binen yükün artmasına bağlı erken gevşeme olacağı için kas güçsüzlüğü ile birlikte rekurvatumun olması durumunda yapılmamalıdır.
- ✓ **Artrodez:** Artroplasti iyi pozisyonda, ağrısız bir artrodez varlığında hareket kazanmak amacıyla düşünülmemelidir. Diz çevresi bağların durumu öngörülemez için erken gevşeme siktir ve her zaman reartrodez mümkün olmamaktadır.

- ✓ **Anestezi:** Hastanın anestezi alması özellikle kardiyak açıdan sakıncalı ise yapılmamalıdır.
- ✓ **Dolaşım yetmezliği:** TDP planlanan hastanın dizini ilgilendiren bir periferik dolaşım bozukluğu varsa yapılmamalıdır (16).

4.7.4.2.Rölatif kontrendikasyonlar

Genel sağlık durumunun kötü olması, cilt problemleri, şişmanlık, nöropatik eklem, ileri derecede osteoporoz, psöriatik artrit, periferik dolaşım bozukluğu, hasta uyumsuzluğu (16) dur.

4.7.5.Total Diz Protezi Komplikasyonları

4.7.5.1.Tıbbi komplikasyonlar

Yaşlı insanlarda genellikle diz protezi uygulanmaktadır. Çoğunlukla bu hastalarda kalp hastalığı, diyabet hastalığı, renal ve pulmoner sorunlar gibi durum mevcut olduğu için komplikasyon gelişme riski yüksektir. Bazı hastalarda tüm önlem ve tedavilere rağmen kardiyak arrest, stroke, derin ven trombozu, pulmoner emboli, atelettazi, basınç yaraları, üriner inkontinans, konstipasyon gibi anesteziye veya cerrahiye bağlı komplikasyonlar kaçınılmazdır. Ameliyat sonrası değerlendirme, bakım, fizik egzersizler ve erken mobilizasyon komplikasyonları önlemede çok önemlidir. Geriatrik hastalarda genç hastalara göre ameliyattan sonra erken dönemde fonksiyonel durumun azalması pulmoner emboli riskini önemli oranda arttırdığı için hayati önem taşımaktadır. Geriatrik hastaların bu yüzden ameliyattan sonra erken dönemde yatak kenarında oturtulması ve en kısa zamanda ambulasyonu çok önemlidir (15).

4.7.5.2.Cerrahi komplikasyonlar

- ✓ **Enfeksiyon:** Total diz protezi sonrasında en sık rastlanılan ve en çok korkulan komplikasyon enfeksiyondur. En önemli etken enfeksiyon gelişmesinde cerrahi tekniktir. Enfeksiyon gelişme riskini diabet, kötü beslenme, romatoid artrit, ileri yaş, obezite, sigara ve steroid kullanımı arttırmaktadır. Total diz protezi ameliyatı sonrası meydana gelen enfeksiyonun çok zor ve masraflı bir tedavisi vardır. Tedavide antibiyotiğin yanında yara debritleme ve protezin çıkarılmasına kadar karmaşık olaylara sebep olabilir. Doktor ve hemşirenin yaptığı değerlendirmenin yanında enfeksiyonları önlemede iyi bir hemşirelik bakımı çok önemlidir (15).
- ✓ **Eklem sertliği:** Tedavisinde sebebi ne olursa olsun yoğun fizyoterapi, CPM (Continuous Passive Motion) cihazının kullanılması bulunmaktadır. Gerekirse anestezi altında eklem manipülasyonu ile tedavi edilebilmektedir (15).
- ✓ **Aseptik gevşeme:** TDP'de başarısızlığın en sık nedeni aseptik gevşemedir. İmmün reaksiyona bağlı oluşan aseptik gevşeme eklem ara yüzü olarak kullanılan polietilenin aşınmasına bağlı gelişir. Revizyon kesinlikle gerekmektedir (104,105,106).
- ✓ **Yara iyileşmesinde gecikme:** TDP sonrası ciddi bir sorun olup, çok seyrek görülen bir komplikasyondur. Enfeksiyon, obezite, romatoid artrit, periferik vasküler hastalıklar ve sigara kullanımı sebepleri arasındadır. Fizyoterapi yara kapanmasını etkileyeceği için yara iyileşmesinde problem varsa durdurulmalıdır. Tedavide cerrahi debritleme yapıp yara kapatılmaktadır (15).
- ✓ **Nörovasküler komplikasyonlar:** Sinirlerin yaralanması cerrahi insizyon sırasında ortaya çıkmaktadır. Tamamen uyuşma veya his azalması biçiminde görülür. Tedavisi yoktur. Hastanın duyusu ameliyattan yaklaşık altı ay bir yıl sonra normale dönecektir (15).

- ✓ **Tromboembolizm, Derin ven trombozu (DVT) veya Pulmoner emboli (PE):** Ameliyattan sonra en çok korkulan komplikasyonlardan biri derin ven trombozudur (107,108). DVT'nin bir komplikasyonu olarak Pulmoner emboli (PE) yüksek mortalite ile seyrederek (109). DVT ve PE'ye total diz protezi ameliyatları sonrası sebep olan pek çok risk faktörü vardır. Bunlar; genel anestezi, uzun ameliyat süresi, uzun süre immobilizasyon ve şişmanlıktır. Yaşlı bireylerde PE gelişme riski daha yüksektir. Tromboembolizm ve enfeksiyon total diz protezi sonrası en sık rastlanılan komplikasyonlardır. Komplikasyonlar açısından ileri yaş ve sistemik hastalıkların da bulunması risk faktörü oluşturmaktadır (15).

4.7.6.Total Diz Protezi Ameliyatlarında Hemşirelik Bakımı

Hastayı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilediğinden, hastaların Total Diz Protezi (TDP) ameliyatına hazırlığı önemlidir (80). Etkili bir TDP ameliyatına hazırlık programı; hastaların fonksiyonel durumunu, iyileşme sonuçlarını ve yaşam kalitesini arttırmayı içermektedir. Ameliyattan önce hazırlık; ameliyat öncesinde ve sonrasında verilen eğitimin yanı sıra fizik tedavi seansları, anestezi öncesi değerlendirme ve kişinin hayatını sürdürebilmesi için maddi durumunu planlama konusunda desteklenmesini de kapsamaktadır (110). Ameliyata hazırlık programlarının önemli bir yanı olan eğitim, hastanın sadece o andaki sağlık durumunu anlaması değil, sağlık bakımı ile ilgili uygun kararları alabilmesi ve en iyi sağlık düzeyine ulaşmak için gerekli değişiklikleri yapabilmesini sağlar. Hemşireler bu eğitimde önemli rol oynamaktadır (111).

4.7.6.1.Preoperatif dönem

Hemşire ameliyat öncesi dönemde hastayı kliniğe kabul ettikten sonra kendini ve kliniği tanıtır. Kahvaltı ve yemek saatleri, ilaç yapılma zamanları, ziyaret saatleri konularında bilgi verir; hastanın sorularını cevaplar, hemşireyi bir ihtiyacı olduğu zaman nerede bulabileceğini açıklar. Hemşire hastanın sağlık öyküsünü alır, kronik hastalıklarını, alerjisinin olup olmadığını, kullandığı ilaçları, daha önce ameliyat olup

olmadığını sorgular. Hastada idrar yolu enfeksiyonu, diş enfeksiyonu ve soğuk algınlığı gibi geçirilmiş veya mevcut herhangi bir enfeksiyon olup olmadığını değerlendirir. İdrar kültürü, EKG (Elektrokardiyografi), akciğer grafisi, kan tahlilleri gibi tanılama çalışmalarına yönelik aktiviteleri planlar. Bu tanılama çalışmalarında hastanın güvenli bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak ve riskli bir durum varsa doktora bilgi vermek hemşirenin temel sorumluluklarından biridir (22,80,108,112). Sadece operasyon yapılacak eklem bölgeleri açısından değil hastalar bir bütün olarak düşünülmelidir. Hastalara preoperatif süreçte özel bir eğitim verilmesi tavsiye edilmektedir (113). Hasta ameliyat öncesi, ameliyat süreci ve ameliyat sonrası konusunda ameliyat gününe göre bilgilendirilir (80,108,112). Ekstremitte kuvvetlendirme egzersizleri, solunum ve öksürme egzersizleri, yatak içi egzersizler, mobilizasyon, ameliyattan sonra uygulanacak rehabilitasyon programı ve ameliyat sonrasında dikkat etmesi gerekenler öğretilir (15). Bu eğitimdeki fiziksel hazırlığın ameliyat sonrasında iyileşmeye olumlu katkısı olduğu belirlenmiştir (113).

Ameliyat kararı ile birlikte hastada orta düzeyden şiddetli veya panik düzeye kadar anksiyete yaşanabilmektedir. Bu duruma anesteziye bağlı ölüm korkusu, yabancı bir ortamda bulunma, beden imajında değişiklikler, fiziksel güçsüzlük, hasta rolü, kontrol kaybı, ağrı ve dren ve kateter gibi invaziv girişimler sebep olabilmektedir. Ameliyat sonrası süreçle psikolojik yönden iyi hazırlanmış bir hastanın daha iyi baş edebileceği, kısa zamanda iyileşeceği ve komplikasyonların meydana gelme durumunun azalacağı belirtilmektedir. Hastanın hemşire psikososyal tanılmasını yapar, anksiyetesini belirleyerek uygun girişimleri planlar (15). Hemşire hastanın ağrı durumunu da değerlendirir, tanılama neticesini kaydeder, nonfarmakolojik ve farmakolojik girişimleri planlar ve sonuçlarını değerlendirir (22,114,115).

4.7.6.2.Postoperatif dönem

Büyük cerrahi girişim olan protez ameliyatlarından sonra hastanın izlemi ve bakımı çok önemlidir. Hemşirelik bakımı total diz protezi ameliyatı sonrasında; beslenme ve sıvı desteği, kanama kontrolü, ağrı, aldığı-çıkardığı izlemi, solunum, kardiyak, renal ve santral sinir sistemi fonksiyonlarının sağlanması, gastrointestinal sistemde bulantı-kusmanın önlenmesi ve bağırsak fonksiyonlarının devam ettirilmesi gibi genel

ameliyat sonrası bütün hastalarda uygulanan bakım ilkelerini içermektedir (15). Ana hedefler mobilitayı, gücü ve fleksibilitayı düzeltmek, ağrıyı azaltmak, derin ven trombozu ve diğer komplikasyonlardan korumaktır. Diğer hedefler; Eklem Hareket Açıklığını arttırmak, yük aktarma tedbirleri, uygun yardımcı cihazla bağımsız ambulasyon, hasta ve ailenin eğitimi ve evde gerekli düzenlemeleri yapmaktır(113). Günlük yaşam aktivitelerinde ameliyattan sonra 2-3. haftalardan 4-12. haftaya kadar geçen zamanda bağımsızlığın artırılması; çalışmaya, topluma ve boş zaman aktivitelerine dönüş düzenlenmelidir (15).

Şiddetli düzeyde ağrıya yol açan total diz protezi ameliyatı sonrasında hastanın ağrı olmadan geçirmesini sağlamak ortopedi hemşiresinin temel amaçlarındandır (15). Hemşireler ağrı kontrolünde ağrıyı tanımlayan, ağrı girişiminde non-farmakolojik yöntemleri uygulayan ve doktor ile işbirliği sağlayıp analjezik gerekliliğine karar veren sağlık profesyonelidir (116). Hastanın mobilizasyonunun sağlanması ve hastada komplikasyonların önlenmesi için egzersizlere erken başlanmasını sağlayan ağrının kontrolünün sağlanması çok önemlidir (12,108,112,117,118,119).

Ortopedi hemşiresinin temel tanılama yöntemlerinden biri de nörovasküler tanılama (NVT)dır. Ekstremitenin cilt rengi, ısısı, kapiller dolumu, nabız alınması, ödem varlığı, his ve hareketi nörovasküler izlemde dikkate alınmalıdır. Hemşireler NVT ile hastanın doku perfüzyonu bozulmaya başladığı zaman durumu fark ederek doktor ile işbirliği yapar (15).

Hemşire hastaların ameliyattan sonra kanama izlemine pansuman ve dren bölgelerinden yapmalıdır. Drenajın rengi, miktarı ve çeşidi izlenmelidir. Kanama belirtileri hastanın yaşam bulguları takip edilerek izlenmelidir. Erken dönemde hemorajik şok tanılanıp böylece gerekli girişimler uygulanmalıdır (15).

4.7.6.3.Total diz protezi rehabilitasyonu

Rehabilitasyon amaliyattan sonraki yetersizliği en aza indirmek için gereklidir (120). Egzersiz, TDP ve diğer cerrahi prosedürleri takiben uygulanan rehabilitasyon programlarında temeli oluşturur (121).

TDP'den sonra rehabilitasyonda erken dönem amaçları;

- ✓ Ağrı ve ödem kontrolünün sağlanması
- ✓ Erken mobilizasyonun sağlanması
- ✓ Kas gücünün korunması veya arttırılması
- ✓ Nöromüsküler stabilizasyonun arttırılması
- ✓ Eklem hareketliliğinin arttırılması
- ✓ Fonksiyonelliğin arttırılması
- ✓ Komplikasyonların önlenmesi (Derin ven trombozu [DVT], sinir hasarı, dekübit ülseri, yara yeri enfeksiyonu)
- ✓ Pulmoner fonksiyonların sürdürülmesi
- ✓ Maliyet ve bakım giderlerinin azaltılması (120).

TDP'den sonra rehabilitasyonda geç dönem amaçları;

- ✓ Eklem hareket genişliğinin arttırılması
- ✓ Kas kuvvetinin ve enduransının arttırılması
- ✓ Esnekliğin arttırılması
- ✓ Denge ve propriosepsiyon hissinin arttırılması
- ✓ GYA 'lerinde bağımsızlığının sağlanması
- ✓ Yürüyüş hızının arttırılması (120).

TDP sonuçlarını postoperatif fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları büyük oranda etkiler. Rehabilitasyonda mobilite ve günlük yaşam aktivitelerini düzeltmenin yanında postoperatif komplikasyonları da en aza indirmek önemlidir. Ağrı ve kanamanın azaltılması için başlangıçta bandaj ve splint ile diz immobilize edilir.

Egzersizle ilişkili soğuk uygulamanın lokal ağrıyı azalttığı, analjezik ihtiyacını azalttığı ve eklem hareket açıklığının daha hızlı kazanıldığını göstermiştir (122). Pasif eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizlerine yara drenaj kateterleri alındıktan sonra başlanır. Tam ekstansiyon ve 40° fleksiyon ile başlanır ve her gün 10° artırılır. Aktif diz fleksiyonuna 7. gün diz fleksiyonu 90° olunca başlanır. Yatakta pasif diz ekstansiyonu için ayak altına yastık konulabilir, pasif diz fleksiyonu için bacaklar yatak kenarında sarkıtılabilir (122).

4.7.6.4.Taburculuk dönemi

Asıl hedef klinik olarak hastanın ne zaman eve taburcu olabileceğini belirlemektir. Yardımcı bir cihaz ile 100 feet (=30.48 metre) yürüyebilen, tualete giden, transferleri ve temel GYA'larını yapabilen ve ev egzersiz programını birilerine bağımlı olmadan uygulayabilen hastalar taburcu edilebilirler (17). Fonksiyonelliği geliştirmek konusunda taburculuktan sonra uygulanan fizyoterapi ve fonksiyonel egzersizleri kapsayan ev veya grup programları hala önem taşımaktadır. (113).

5.MATERYAL VE METOT

5.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olarak Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine gelen ‘Yaşlı Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi’nde 15 Ağustos 2016 / 15 Şubat 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini belirtilen 6 aylık zaman dilimi içerisinde bir devlet hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine gelen, 65 yaş ve üzeri gonartroz tanısı almış, 64 hasta (kadın-erkek) oluşturmuştur.

Evrendeki 64 hastadan 1 tanesi ameliyat sonrasında serviste yattıktan bir süre sonra ex olmuştur. Bu nedenle araştırma örneklemini çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve veri toplama araçlarındaki soruları eksiksiz olarak tamamlayabilen 63 hasta oluşturmuştur.

5.4.Araştırmanın Uygulanması

Araştırma bir devlet hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvuran gonartroz tanısı almış, 65 yaş ve üzeri olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar ile ilk yatışında (preop) ve ameliyattan 1 ay sonra (post-op) yüz yüze veri toplama araçlarının (Sosyodemografik Bilgi Formu), (SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği) doldurulması şeklinde gerçekleştirilmiştir.

5.5.Araştırmanın Değişkenleri

- ✓ **Bağımlı Değişkenler:** Yaşlı hastaların yaşam kalitelerine yönelik belirleyiciler
- ✓ **Bağımsız Değişkenler:** Gonartroz ve total diz protezi ile ilgili özellikler

5.6.Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırma verileri için araştırmacı tarafından literatürler incelenerek oluşturulan: Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-1) Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 (Ek-2) kullanılmıştır.

5.6.1.Sosyodemografik bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatürlere dayalı yaşlı gonartrozlu hastalar için hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, tanıtıcı özellikleri (yaş grubu, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, ev yaşantısı, hastaneden yatış süresi) bilgisini içeren 7 soru, hastalık özellikleri (ek hastalık varlığı, ağrı süresi, total diz protezi ameliyatını seçme nedenleri, ameliyat ile ilgili eğitimi, ameliyattan beklentileri, ameliyat sonrası fizik tedavi alıp almama durumu, ameliyat sonrası iyileşme süresi algısı) bilgisini içeren 16 soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

5.6.2.Yaşam kalitesi ölçeği kısa form SF-36

Araştırmalarda ve klinik uygulamada kullanılmaya uygun, kısa fakat ayrıntılı, psikometrik özellikleri yönünden kuvvetli bir genel sağlık anketidir (123). 1988 yılında geliştirilen ölçeğin temeli olan MOS-20 (Medical Outcomes Study-20 Question Short Form Survey) anketi, Ware ve Sherbourne tarafından klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere 1992 senesinde geliştirilmiştir (124). Daha sonra 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Dündar ve ark. 2002 yılında, son dönem böbrek

yetmezliği hastalarının da aralarında bulunduğu kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirliğinin son derece yüksek olduğunu, Cronbach alfa katsayısının alt gruplar için 0.74-0.92 arasında olduğunu göstermişlerdir (125,127). Bu çalışmada SF-36'nın iç tutarlığı fiziksel ve ruhsal sağlık boyutu için Cronbach's alfa değerleri 0.81 ve 0.72 olarak bulunmuştur.

Son dört hafta içerisinde ölçekte sağlıktaki değişim algısını ve son bir hafta içerisinde sağlıktaki değişim algısını içeren maddeler bulunmaktadır (123). 8 boyutun ölçümünü sağlar ve 36 maddeden oluşur. Bu boyutlar, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algılanmasıdır. Sağlığı alt ölçekler sağlığı 0-100 puan arasında değerlendirmektedir; kötü sağlık durumunu 0 puan gösterirken, iyi sağlık durumunu 100 puan belirtmektedir. Fiziksel fonksiyon alt ölçeğindeki düşük puanlar, yıkanma ve giyinme dahil bütün fiziksel etkinlikleri uygulamada sınırlılığı gösterirken, yüksek puanlar en zor olanlar dahil bütün fiziksel etkinlikleri herhangi bir sınırlılık olmadan uygulayabilmeyi göstermektedir. Fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğindeki düşük puanlar fiziksel sağlığın bozulmasının neticesi olarak işte ya da diğer günlük faaliyetlerde problemleri gösterirken, yüksek puanlar fiziksel sağlık ile ilgili sorun olmamasını göstermektedir. Emosyonel rol güçlüğü alt ölçeğindeki düşük puanlar emosyonel problemlerin neticesinde işte ya da diğer günlük faaliyetlerde problemleri gösterirken, yüksek puanlar bu alanlarda problem olmadığını göstermektedir. Enerji/canlılık/vitalite alt ölçeğindeki düşük puanlar devamlı yorgun ve halsiz hissetmeyi işaret ederken, yüksek puanlar devamlı canlı ve enerjik hissetmeyi göstermektedir. Ruhsal sağlık alt ölçeğindeki düşük puanlar sürekli sinirlilik ya da depresyon duygularını gösterirken, yüksek puanlar sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetmeye işaret etmektedir. Sosyal işlevsellik alt ölçeğindeki düşük puanlar fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olmasını gösterirken, yüksek puanlar fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütmeyi göstermektedir. Ağrı alt ölçeğindeki düşük puanlar aşırı şiddetli ve sınırlayıcı ağrıya işaret ederken, yüksek puanlar ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı sınırlılık olmamasını göstermektedir. Genel sağlık algılanması alt ölçeğindeki düşük puanlar kişinin

sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inandığını gösterirken, yüksek puanlar sağlığının mükemmel olduğuna inanmaya işaret eder (127).

5.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda SF-36 alt boyutlarının normal olmayan dağılım ($p<0,05$) gösterdiği görülmüştür. Aşağıdaki tabloda, verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler görülmektedir.

Tablo 5.7.1: İncelenen Özelliklerde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özellikleri	Sayı, yüzde, ortalama
Ölçeklerin iç tutarlılığı	Cronbach alfa katsayısı
Normal Dağılım	Kolmogorov-Smirnov
Ameliyat öncesi ve sonrası SF-36'dan ve şikayet derecelerinden aldıkları puanların karşılaştırılması	Wilcoxon işaret testi
Ameliyat öncesi ve sonrası SF-36'dan aldıkları puanlar ile tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması	Mann Whitney U testi Kruskal Wallis testi

SF-36'nın iç tutarlılığı fiziksel ve ruhsal sağlık boyutu için Cronbach's alfa değerleri 0.81 ve 0.72 olarak bulundu.

5.8.Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul ili Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneler Kurumu'ndan araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin belgesi (Ek-3) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen yaşlı gonartrozlu hastalara çalışmanın içeriği ve amacı hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek izinleri alınmıştır. Çalışma yaşlı hastaların kendilerini güzel bir şekilde ifade edebilecekleri rahat ve sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olan yaşlı gonartrozlu hastaların mahremiyetine saygı duyularak bilgilerinin gizli tutulmasına dikkat edilmiştir. Elde edilen veriler sadece bu araştırma için kullanılmıştır.

5.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul için genellenmemiş oluşu, sadece araştırma yapılan hastaneyi yansıtması araştırmaya sınırlılık getirmiştir. Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi polikliniğine gelen çalışmayı gönüllü olarak kabul eden yaşlı gonartrozlu hastalar ile yapılmasından dolayı elde edilen veriler örneklem ile sınırlıdır. Bütün yaşlı gonartrozlu hastalara genellenemez. Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında başvuran bireylerin alınması daha geniş bir zaman aralığının olmaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



6.BULGULAR

Katılımcıların Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de, hastalık özelliklerine ilişkin bulgular ise, Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 6.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=63)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yatış Süresi (7,35±2,68) (4-16 Aralığı)	10	15,9
5 gün ve altı	41	65,1
6-9 gün	12	19,0
10 gün ve üzeri		
Yaş Grupları (72,92±4,63)(65-87 Aralığı)	15	23,8
65-69 yaş	27	42,9
70-74 yaş	21	33,3
75 yaş ve üzeri		
Cinsiyet		
Kadın	50	79,4
Erkek	13	20,6
Medeni Durum		
Evli	52	82,5
Bekâr	11	17,5
Eğitim Durumu		
Okuryazar	27	42,9
İlkokul	29	46,0
Ortaokul ve üzeri	7	11,1
Meslek		
Ev Hanımı	39	61,9
Emekli	24	38,1
Gelir Durumu		
Ancak geçinebiliyor	26	41,3
Orta derecede iyi	32	50,8
İyi	5	7,9
Ev Yaşantısı		
Yalnız	11	17,5
Eşiyle beraber	23	36,5
Eşi ve çocuklarıyla beraber	14	22,2
Çocuklarıyla beraber	15	22,3

Tablo 1 incelendiğinde; ortalama yatış süresinin $7,35 \pm 2,68$ olup, %65,1'inin 6-9 gün arasında hastanede yattığı belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $72,92 \pm 4,63$ olup, %42,9'unun 70-74 yaş grubunda (n=27) olduğu saptanmıştır. %79,4'ünün kadın (n=50), %82,5'inin evli, çoğunluğunun okuryazar (%42,9) ve ev hanımı (%61,9) olduğu görülmüştür. %50,8'i gelir durumunun orta derecede iyi olduğunu (n=32) ve %36,5'i eşiyile yaşadığını (n=23) belirtmiştir.



Tablo 6.2: Katılımcıların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=63)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Ek Hastalık Varlığı*		
Ek Hastalığı Olmayanlar	11	17,5
Hipertansiyon	47	74,6
Diyabet	14	22,2
Kronik Kalp Yetmezliği	10	15,9
Astım	5	7,9
Hİpotiroidi	4	6,4
Kronik Böbrek Yetmezliği	1	1,6
Diğer	1	1,6
Ağrı Süresi		
3 yıl altı	11	17,5
3 – 5 yıl	12	19,0
5 yıl ve üzeri	40	63,5
Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi		
Var	2	3,2
Yok	61	96,8
Total Diz Protezi Ameliyatını Seçme Nedenleri*		
Ağrıya daha fazla dayanamıyorum.	54	85,7
Doktorum önerdi.	50	79,4
Daha fazla yürümek istiyorum.	28	44,4
Gece ağrılarından kurtulmak istiyorum.	20	31,7
Diğer doktorlarda bu ameliyatı önerdi.	10	15,9
Topallamadan yürümek istiyorum.	9	14,3
Ameliyat olanlar gibi iyi olmak istiyorum.	7	11,1
Benim için en iyi çözüm bu ameliyattı.	4	6,3
Ailem/arkadaşlarım ameliyat olmam için ısrar etti.	1	1,6
Ameliyat Sonra İyileşme Süresi Algısı		
1 ay	28	44,4
2 ay	17	27,0
3 ay ve üzeri	18	28,6
Ameliyattan Beklentileri		
Günlük aktivitelerimi yerine getirebilmek	39	61,9
Ağrıdan kurtulmak	18	28,6
Yolda yürüyebilmek	5	7,9
Gece uyuyabilmek	1	1,6
Ameliyat ile İlgili Eğitim		
Evet	0	0
Hayır	63	100

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği sorulardır.

Tablo 2 incelendiğinde; %82,5'inin mevcut tanısının yanı sıra ek bir hastalığının bulunduğu (n=52) ve ek hastalıklar içinde en yüksek oranda (%74,6) hipertansiyonun (n=47) yer aldığı görülmüştür. %63,5'i 5 yıl ve üzerinde diz ağrısı yaşadığını (n=40) belirtmiştir. 63 katılımcıdan sadece 2'sini ameliyat sonrasında fizik tedavi aldığı belirlenmiştir (%3,2). Katılımcılara total diz protezi ameliyatı olma nedenleri sorulduğunda; %85,7'sinin "Ağrıya daha fazla dayanamıyorum", %79,4'ünün "Doktorum önerdi", %44,4'ünün "Daha fazla yürümek istiyorum" şeklinde en yüksek oranda yanıt verdiği görülmüştür. Katılımcıların %44,4'ü ameliyat olduktan sonra 1 ay içinde iyileşeceğini (n=28) ve %61,9'u ameliyattan beklentisini günlük aktiviteleri yerine getirebilmek (n=39) olarak belirtmiştir. Katılımcıların hiç birinin ameliyatta ilgili herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır.

Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36 Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3: Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)

SF-36 Alt Boyutları	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		Test ve p Değeri
	Ort. ± S.S.	Min.-Max. Değerler	Ort. ± S.S.	Min.-Max. Değerler	
Fiziksel Fonksiyon	21,90±15,69	0-70	50,47±13,72	25-80	Z=-6,545 p=0,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	50,39±3,14	50-75	25,39±24,38	0-50	Z=-5,424 p=0,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	66,66±0,00	66,6-66,6	43,38±34,20	0-100	Z=-3,843 p=0,000
Enerji/Canlılık/Vitalite	29,92±15,72	10-75	65,07±12,03	25-90	Z=-7,682 p=0,000
Ruhsal Sağlık	47,36±20,04	8-84	71,11±11,98	16-88	Z=-7,617 p=0,000
Sosyal İşlevsellik	22,81±22,17	0-75	61,50±19,48	25-100	Z=-7,222 p=0,000
Ağrı	13,49±14,40	0-47,5	60,71±13,51	32,5-87,5	Z=-7,811 p=0,000
Genel Sağlık Algısı	57,69±15,36	25-90	64,36±14,43	30-95	Z=-6,348 p=0,000

Tablo 3 incelendiğinde; katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ameliyat öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı derece yüksek

olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların ameliyat sonrasında fiziksel rol gücülüğü ve emosyonel rol gücülüğü alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının ameliyat öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).



Tablo 6.4: Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Hastalığa Yönelik Şikâyet Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

SF-36 Alt Boyutları	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası		Test ve p Değeri
	Ort. ± S.S.	Min.- Max. Değerler	Ort. ± S.S.	Min.- Max. Değerler	
Dizdeki Ağrı Düzeyi	4,90±2,96	4-5	3,10±0,81	1-4	Z=- 7,090 p=0,000
Banyo Yaparken Sorun Yaşama Düzeyi	3,33±0,96	1-5	1,97±0,67	1-3	Z=- 6,238 p=0,000
Taşıma Araçlarını Kullanırken Sorun Yaşama Düzeyi	3,78±0,52	3-5	2,29±0,65	1-3	Z=- 6,985 p=0,000
Alışveriş Yaparken Sorun Yaşama Düzeyi	4,24±0,81	2-5	2,92±0,78	1-5	Z=- 6,769 p=0,000
Ayağa Kalkarken Sorun Yaşama Düzeyi	3,95±0,60	3-5	2,11±0,76	1-4	Z=- 7,010 p=0,000
Yürürken Topallama Derecesi	3,78±1,50	1-5	1,95±1,02	1-4	Z=- 5,918 p=0,000
Günlük İşlerini Etkileme Derecesi	4,19±0,61	3-5	2,52±0,69	1-4	Z=- 6,870 p=0,000
Yatakta Rahatsız Etme Derecesi	4,14±1,33	1-5	2,54±1,26	1-5	Z=- 5,725 p=0,000

Tablo 4 incelendiğinde; katılımcıların ameliyat öncesi dizdeki ağrı düzeyi, banyo yaparken sorun yaşama düzeyi, taşıma araçlarını kullanırken sorun yaşama düzeyi, alışveriş yaparken sorun yaşama düzeyi, ayağa kalkarken sorun yaşama düzeyi, yürürken topallama derecesi, günlük işlerini etkileme derecesi ve yatakta rahatsız etme derecesinden aldıkları puan ortalamalarının ameliyat sonrasına göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında SF-36'nın fiziksel sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 5'de, SF-36'nın ruhsal sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise Tablo 6'da gösterilmektedir.



Tablo 6.5: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Ağrı		Genel Sağlık Algısı	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Yatış Süresi	30,50±	55,00±	50,00±	15,00±	13,50±	63,25±	66,00±	70,50±
5 gün ve altı	18,47	12,01	0,00	24,15	13,90	17,83	14,86	15,71
6-9 gün	19,51±	50,12±	50,60±	25,60±	14,32±	60,06±	56,34±	63,04±
10 gün ve üzeri	13,91	14,59	3,90	24,03	15,49	13,17	15,33	14,09
	22,91±	47,91±	50,00±	33,33±	10,62±	60,83±	55,41±	63,75±
	17,76	11,95	0,00	24,61	11,28	11,39	14,84	14,47
<i>Test Değeri (KW)*</i>	2,215	1,511	0,537	3,091	0,301	0,314	4,218	2,748
<i>p Değeri</i>	0,330	0,470	0,765	0,213	0,860	0,855	0,121	0,253
Yaş Grupları	23,33±	49,33±	51,66±	21,66±	10,33±	61,33±	54,33±	61,00±
65-69 yaş	17,28	14,49	6,45	24,76	14,54	13,72	19,80	19,29
70-74 yaş	21,85±	53,14±	50,00±	25,92±	17,31±	61,57±	59,81±	66,66±
75 yaş ve üzeri	14,08	14,28	0,00	24,49	16,46	13,30	13,40	12,40
	20,95±	47,85±	50,00±	27,38±	10,83±	59,16±	57,38±	63,80±
	17,14	12,40	0,00	24,88	10,40	14,14	14,45	13,02
<i>Test Değeri (KW)*</i>	0,781	1,650	3,200	0,504	3,019	1,028	0,726	0,996
<i>p Değeri</i>	0,677	0,438	0,202	0,777	0,221	0,598	0,696	0,608
Cinsiyet								
Kadın	20,50±	48,90±	50,50±	25,00±	11,45±	59,65±	54,80±	61,40±
Erkek	15,42	13,89	3,53	24,22	13,31	13,78	15,18	14,10
	27,30±	56,53±	50,00±	26,92±	21,34±	64,80±	68,84±	75,76±
	16,15	11,61	0,00	25,94	16,25	12,00	10,43	9,31
<i>Test Değeri (Z)**</i>	-1,693	-1,882	-0,510	-0,257	-2,142	-1,433	-3,025	-3,318
<i>p Değeri</i>	0,09	0,06	0,610	0,797	0,032	0,152	0,002	0,001
Medeni Durum								
Evli	20,19±	50,28±	50,48±	25,48±	12,45±	61,25±	56,92±	64,03±
Bekâr	15,01	13,91	3,46	24,50	14,04	12,72	15,34	14,17
	30,00±	51,36±	50,00±	25,00±	18,40±	58,18±	61,36±	65,90±
	17,02	13,43	0,00	25,00	15,78	17,25	15,66	16,25
<i>Test Değeri (Z)**</i>	-1,695	-0,100	-0,460	-0,061	-1,180	-0,718	-0,811	-0,410
<i>p Değeri</i>	0,09	0,920	0,646	0,951	0,238	0,473	0,418	0,682
Eğitim Düzeyleri								
Okuryazar	15,55±	46,85±	50,00±	22,22±	6,01±	56,85±	50,55±	58,33±
İlkokul	11,79	13,16	0,00	24,35	7,28	14,62	15,08	14,61
Ortaokul ve üzeri	25,86±	50,51±	50,86±	29,31±	16,20±	63,79±	62,06±	67,75±
	16,42	13,65	4,64	24,15	15,23	13,15	11,91	11,46
	30,00±	64,28±	50,00±	21,42±	31,07±	62,85±	67,14±	73,57±
	18,70	6,72	0,00	26,72	13,60	5,85	19,11	17,25

Test Değeri (KW)* p Değeri	9,348 0,009	10,045 0,007	1,172 0,556	1,388 0,500	18,033 0,000	3,558 0,169	10,977 0,004	7,542 0,023
Meslek								
Ev Hanımı	19,61±	46,66±	50,64±	26,28±	8,65±	60,12±	53,20±	59,87±
Emekli	15,49	14,01	4,00	24,29	10,24	14,98	15,10	13,97
	25,62±	56,66±	50,00±	23,95±	21,35±	61,66±	65,00±	71,66±
	15,62	10,90	0,00	24,97	16,79	10,92	13,02	12,21
Test Değeri (Z)** p Değeri	-1,963 0,052	-2,773 0,006	-0,784 0,433	-0,365 0,715	-3,084 0,002	-0,504 0,614	-2,934 0,003	-3,035 0,002
Gelir Durumu								
Ancak geçinebiliyor	21,73±	48,07±	50,00±	19,23±	9,71±	57,21±	55,57±	62,11±
Orta derecede iyi	15,74	14,35	0,00	23,77	12,75	14,53	16,45	15,30
İyi	22,18±	52,03±	50,78±	31,25±	16,17±	63,98±	58,28±	65,15±
	13,90	13,06	4,41	23,75	16,13	12,40	14,17	13,76
	21,00±	53,00±	50,00±	20,00±	16,00±	58,00±	65,00±	71,00±
	27,70	15,65	0,00	27,38	4,87	11,91	17,67	14,31
Test Değeri (KW)* p Değeri	1,367 0,505	1,131 0,568	0,969 0,616	3,752 0,153	4,506 0,105	3,014 0,222	1,369 0,504	1,891 0,389
Ev Yaşantısı								
Yalnız	29,09±	53,63±	50,00±	29,54±	21,36±	58,63±	64,54±	69,54±
Eşiyile beraber	19,21	11,85	0,00	24,54	15,98	11,58	12,73	11,50
Eşi ve çocuklarıyla beraber	21,52±	52,17±	50,00±	23,91±	15,32±	61,30±	60,21±	66,95±
	17,01	14,36	0,00	24,39	14,98	11,77	16,81	14,43
	20,71±	49,64±	51,78±	26,78±	10,89±1	60,71±	57,85±	65,35±
	12,98	13,36	6,68	24,93	5,42	14,02	13,96	14,33
	18,33±1	46,33±1	50,00±	23,33±2	7,33±7,	61,33±1	48,66±1	55,66±1
	2,63	4,57	0,00	5,81	81	7,54	3,02	3,99
Test Değeri (KW)* p Değeri	2,556 0,521	2,067 0,559	3,500 0,321	0,553 0,907	6,617 0,085	0,399 0,941	7,551 0,056	5,874 0,118

*: Kruskal Wallis testi

** : Mann Whitney U testi

Tablo 5’de katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **fiziksel fonksiyon** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Okuryazar eğitim düzeyinde olanların ameliyat öncesi ve sonrası fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, ilkokul ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların aldıkları

puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$).Katılımcıların meslek grupları ile ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Emekli katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **fiziksel rol güçlüğü** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **ağrı** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Okuryazar eğitim düzeyinde olanların ameliyat öncesi ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, ilkokul ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Katılımcıların meslek grupları ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Emekli katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası **ağrı** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **genel sağlık algısı** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında **ileri düzeyde** anlamlı fark olduğu

saptanmıştır ($p<0,01$). Erkek katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve ameliyat sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Okuryazar eğitim düzeyinde olanların aldıkları puan ortalaması, ilkokul ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların aldıkları puan ortalamasından ameliyat öncesi için ileri düzeyde ($p<0,01$) ve ameliyat sonrası için istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Katılımcıların meslek grupları ile ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Emekli katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası **genel sağlık** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.6: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)

ÖZELLİK LER	Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji/Canlılık/Vitalite		Ruhsal Sağlık		Sosyal İşlevsellik	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Yatış Süresi	66,66±	33,33±	32,50±	66,00±	55,60±	69,60±	20,0±	58,75±
5 gün ve altı	0,00	31,42	15,85	16,96	26,02	20,84	25,81	20,45
6-9 gün	66,66±	43,08±	30,48±	64,51±	47,41±	70,82±	22,25±	63,10±
10 gün ve üzeri	0,00	34,35	15,23	11,16	18,55	10,08	22,79	20,71
	66,66±	52,77±	25,88±	66,25±	40,33±	73,33±	27,08±	58,33±
	0,00	36,12	17,81	11,10	18,48	8,75	17,54	14,43
Test Değeri (KW)*	0,000	1,963	2,843	1,526	3,498	1,069	1,224	1,638
p Değeri	1,000	0,375	0,241	0,466	0,174	0,542	0,542	0,441
Yaş Grupları	66,66±	40,00±	27,33±	65,66±	44,53±	70,66±	25,83±	59,16±
65-69 yaş	0,00	33,80	15,45	12,65	18,99	9,02	20,30	21,37
70-74 yaş	66,66±	41,97±	28,88±	64,81±	44,59±	69,77±	24,07±	65,74±
75 yaş ve üzeri	0,00	34,08	14,95	13,83	21,58	15,26	24,98	18,53
	66,66±	47,61±	33,09±	65,00±	52,95±	73,14±	19,04±	57,73±
	0,00	35,85	17,06	9,35	18,36	8,86	20,00	19,15
Test Değeri (KW)*	0,000	0,531	1,847	0,126	2,498	0,634	0,974	2,251
p Değeri	1,000	0,767	0,397	0,939	0,287	0,728	0,614	0,324
Cinsiyet								
Kadın	66,66±	46,00±	27,10±	62,90±	43,84±	69,60±	18,75±	58,75±
Erkek	0,00	34,92	14,28	11,99	19,47	12,62	21,61	19,60
	66,66±	33,33±	40,76±	73,46±	60,92±	76,92±	38,46±	72,11±
	0,00	30,42	16,81	8,00	16,58	6,76	17,27	15,43
Test Değeri (Z)**	0,000	-1,168	-2,729	-2,838	-2,708	-2,248	-3,045	-2,225
p Değeri	1,000	0,243	0,006	0,005	0,007	0,025	0,002	0,026
Medeni Durum	66,66±	42,30±	29,23±	65,09±	47,15±	71,30±	23,55±	63,46±
Evli	0,00	35,00	15,69	11,00	19,58	9,78	21,67	19,62
Bekâr	66,66±	48,48±	33,18±	65,00±	48,36±	70,18±	19,31±	52,27±
	0,00	31,13	16,16	16,73	23,07	20,02	25,22	16,60
Test Değeri (Z)**	0,000	-0,437	-1,061	-0,313	-0,345	-0,741	-0,762	-1,839
p Değeri	1,000	0,662	0,289	0,755	0,730	0,459	0,446	0,066
Eğitim Durumu	66,66±	40,74±	25,18±	61,29±	42,07±	67,70±	12,50±	55,55±
Okuryazar	0,00	33,75	12,44	13,48	18,80	15,56	15,88	20,60
İlkokul	66,66±	49,42± 3	32,58±	66,72±	50,34±	73,37±	27,58±	63,36±
Ortaokul ve üzeri	0,00	5,20	16,93	9,75	20,71	7,35	20,42	16,68
	66,66±	28,57±	37,14±	72,85±	55,42±	74,85±	42,85± 3	76,78±
	0,00	29,99	18,67	10,74	19,24	9,44	1,33	18,29
Test Değeri	0,000	2,327	4,432	4,554	3,718	2,055	11,527	5,892
p Değeri	1,000	0,312	0,109	0,103	0,156	0,358	0,003	0,055

(KW)* p Değeri								
Meslek								
Ev Hanımı	66,66±	47,00±	26,41±	61,66±	42,87±	68,71±	19,23±	58,33±
Emekli	0,00	38,01	12,87	12,31	18,87	13,19	21,43	20,14
	66,66±	37,50±	35,62±	70,62±	54,66±	75,00±	28,64±	66,66±
	0,00	26,58	18,37	9,36	20,10	8,60	22,56	17,54
Test Değeri (Z)** p Değeri	0,000 1,000	-1,092 0,275	-1,867 0,062	-2,789 0,005	-2,271 0,023	-2,024 0,043	-1,707 0,088	-1,336 0,182
Gelir Durumu								
Ancak	66,66±	38,46±	27,11±	64,03±	48,46±	69,69±	17,30±	56,25±
geçinebiliy	0,00	36,13	13,64	11,49	20,15	13,58	15,44	19,76
or	66,66±	47,91±	31,09±	65,62±	46,25±	72,25±	26,56±	64,06±
Orta	0,00	31,60	16,49	11,41	18,86	8,18	25,35	18,71
dercede	66,66±	40,00±	37,00±	67,00±	48,80±	71,20±	27,50±	72,50±
iyi	0,00	43,34	20,79	19,87	30,11	23,04	28,50	18,54
İyi								
Test Değeri (KW)* p Değeri	0,000 1,000	1,193 0,551	1,170 0,557	0,769 0,681	0,214 0,899	0,944 0,624	1,559 0,459	3,528 0,171
Ev Yaşantısı								
Yalnız	66,66±	54,54±	45,45±	72,27±	60,72±	78,90±	25,00±	57,95±
Eşiyile	0,00	34,23	20,05	7,53	19,58	7,17	23,71	15,07
beraber	66,66±	40,57±	26,73±	66,73±	45,56±	73,39±	23,91±	67,39±
	0,00	33,26	15,34	10,93	19,58	6,22	22,89	22,53
Eşi ve	66,66±	45,23±	27,85±	61,07±	46,85±	68,85±	26,78±	60,71±
çocuklarıyla	0,00	36,06	12,66	14,02	21,98	14,48	22,39	16,88
a beraber	66,66±	37,77±3	25,33±	61,00±1	40,80±1	64,00±1	15,83±2	55,83±1
Çocuklarıyla	0,00	5,33	7,43	2,27	6,15	5,11	0,30	8,81
beraber								
Test Değeri (KW)* p Değeri	0,000 1,000	1,489 0,685	9,239 0,026	7,977 0,046	6,691 0,082	12,803 0,005	2,401 0,493	4,168 0,244

*: Kruskal Wallis testi

** : Mann Whitney U testi

Tablo 6'da katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **emosyonel rol güçlüğü** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **enerji/canlılık/vitalite** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında

ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Erkek katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların meslek grupları ile ameliyat sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Emekli katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların evde yaşadıkları bireyler ile ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yalnız yaşayan katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, diğer gruptaki katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası **enerji/canlılık/vitalite** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **ruhsal sağlık** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve ameliyat sonrası puan ortalamaları arasında **istatistiksel olarak** anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların meslek grupları ile ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Emekli katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların evde yaşadıkları bireyler ile ameliyat sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Yalnız yaşayan katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, diğer gruptaki katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası **ruhsal sağlık** alt

boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında **sosyal işlevsellik** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve ameliyat sonrası puan ortalamaları arasında **istatistiksel olarak** anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların aldıkları puan ortalaması, okuryazar ve ilkokul eğitim düzeyine sahip katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrası **sosyal işlevsellik** alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların Hastalık Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların hastalık özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında SF-36'nın fiziksel sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6.7'de, SF-36'nın ruhsal sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise Tablo 8'de gösterilmektedir



Tablo 6.7: Katılımcıların Hastalıklarına Yönelik Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Ağrı		Genel Sağlık Algısı	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Ek Hastalık Varlığı								
Var	22,11± 16,43	49,51± 14,25	50,48± 3,46	25,96± 24,23	12,11± 13,81	60,72± 13,98	57,40± 15,29	63,75± 14,27
Yok	20,90± 12,21	55,00± 10,24	50,00± 0,00	22,72± 26,11	20,00± 16,04	60,68± 12,14	59,09± 16,40	67,27± 15,55
Test Değeri (Z)*	-0,266 0,790	-1,195 0,232	-0,460 0,646	-0,396 0,692	-1,576 0,115	-0,285 0,775	-0,155 0,877	-0,602 0,547
p Değeri								
Ağrı Süresi								
3 yıl altı	23,18±	53,18±	50,00±	13,63±	13,86±	60,22±	59,54±	65,90±
3-5 yıl	21,12	15,69	0,00	23,35	16,06	12,01	18,76	16,25
5 yıl üzeri	25,83± 15,93	45,41± 13,04	50,00± 0,00	33,33± 24,61	18,12± 14,46	57,70± 11,15	55,00± 14,61	60,83± 15,64
	20,37± 14,06	51,25± 13,33	50,62± 3,95	26,25± 23,98	12,00± 13,99	61,75± 14,63	58,00± 14,88	65,00± 13,77
Test Değeri (KW)**	1,225 0,542	2,503 0,286	0,575 0,750	3,874 0,144	2,414 0,299	1,267 0,531	0,433 0,805	0,991 0,609
p Değeri								
İyileşme Süresi Algısı								
1 ay	17,32± 13,36	51,07± 11,08	50,00± 0,00	22,32± 24,85	12,05± 13,54	63,75± 10,50	54,28± 13,38	62,50± 11,74
2 ay	23,23± 14,35	54,70± 14,83	50,00± 0,00	20,58± 25,36	16,32± 14,92	62,20± 14,97	61,17± 15,65	68,23± 16,19
3 ay ve üzeri	27,77± 18,64	45,55± 15,51	51,38± 5,89	34,72± 21,24	13,05± 15,63	54,58± 14,90	59,72± 17,61	63,61± 16,52
Test Değeri (KW)**	4,929 0,085	4,279 0,118	2,500 0,287	3,708 0,157	1,279 0,528	4,600 0,100	3,282 0,194	2,652 0,266
p Değeri								
Ameliyattan Beklentileri								
Günlük aktivitelerim i karşılayabil mek	15,55± 8,38	48,88± 12,19	50,00± 0,00	25,00± 25,72	11,25± 14,32	63,05± 14,38	51,38± 11,60	59,72± 12,18
Ağrıdan kurtulmak	35,00± 12,74	59,00± 12,94	50,00± 0,00	20,00± 27,38	22,00± 15,94	65,00± 10,45	60,00± 10,00	68,00± 15,24
Yolda yürüyebilme k/Gece uyuyabilmek	23,12±1 7,38	50,12±1 4,38	50,62± 3,95	26,25±2 3,98	13,43±1 4,24	59,12±1 3,46	60,25±1 6,75	66,00±1 5,11
Test Değeri (KW)**	6,697 0,035	1,526 0,466	0,575 0,750	0,294 0,863	2,627 0,269	1,991 0,370	5,175 0,075	2,619 0,270
p Değeri								

*: Mann Whitney U testi

**: Kruskal Wallis testi

Tablo 6.7’de katılımcıların hastalık özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücü, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) .



Tablo 6.8: Katılımcıların Hastalıklarına Yönelik Özellikleri ile Ameliyat Öncesi ve Sonrasında SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=63)

ÖZELLİKLER	Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji/Canlılık/Vitalite		Ruhsal Sağlık		Sosyal İşlevsellik	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Ek Hastalık Varlığı								
Var	66,00± 0,00	44,87± 35,47	30,28± 16,37	64,23± 12,73	46,61± 21,02	70,76± 12,81	22,35± 21,62	60,81± 19,65
Yok	66,00± 0,00	36,36± 27,70	28,18± 12,70	69,09± 7,00	50,90± 14,86	72,72± 7,11	25,00± 25,61	64,77± 19,21
Test Değeri (Z)*	0,000 1,000	-0,760 0,447	-0,009 0,993	-0,938 0,348	-0,763 0,446	-0,110 0,913	-0,235 0,814	-0,663 0,507
p Değeri								
Ağrı Süresi								
3 yıl altı	66,00± 0,00	27,27± 35,95	28,18± 16,92	68,18± 9,29	52,00± 21,16	72,72± 8,16	20,45± 20,36	65,90± 22,42
3-5 yıl	66,00± 0,00	52,77± 30,01	29,58± 14,21	65,41± 7,82	47,33± 17,87	71,66± 5,77	28,12± 17,77	59,37± 1,40
5 yıl üzeri	66,00± 0,00	45,00± 34,21	30,50± 16,16	64,12± 13,67	46,10± 20,63	70,50± 14,16	21,87± 23,97	60,93± 18,38
Test Değeri (KW)**	0,000 1,000	3,518 0,172	0,282 0,868	0,266 0,875	0,675 0,713	0,177 0,915	1,554 0,460	0,466 0,792
p Değeri								
İyileşme Süresi								
Algısı	66,00± 0,00	35,71± 33,85	26,76± 12,41	65,17± 8,65	42,42± 17,08	71,71± 5,95	15,17± 19,05	63,39± 16,98
1 ay	66,00± 0,00	39,21± 31,70	31,47± 13,89	69,11± 7,75	52,00± 20,04	74,35± 8,13	31,61± 25,04	67,64± 19,79
2 ay	66,00± 0,00	59,25± 33,44	33,33± 21,07	61,11± 17,86	50,66± 23,44	67,11± 19,42	26,38± 20,95	52,77± 20,80
3 ay ve üzeri	66,00± 0,00	59,25± 33,44	33,33± 21,07	61,11± 17,86	50,66± 23,44	67,11± 19,42	26,38± 20,95	52,77± 20,80
Test Değeri (KW)**	0,000 1,000	5,527 0,063	1,720 0,423	1,554 0,460	3,190 0,203	1,264 0,532	6,358 0,042	5,526 0,063
p Değeri								
Ameliyattan Beklentileri								
Günlük aktivitelerim	66,00± 0,00	33,00± 34,29	25,83± 12,63	63,61± 11,22	40,22± 18,22	67,77± 14,67	15,27± 17,96	62,50± 19,64
karşılatabilirim	66,00± 0,00	40,00± 36,51	32,00± 14,83	69,00± 9,61	48,80± 24,88	76,00± 5,65	40,00± 22,36	70,00± 16,77
Ağrıdan kurtulmak	66,00± 0,00	48,33± 33,71	31,50± 17,02	65,25± 12,75	50,40± 19,92	72,00± 11,05	24,06± 22,88	60,00± 19,85
Yolda yürüyebilmek/Gece uyuyabilmek	66,00± 0,00	48,33± 33,71	31,50± 17,02	65,25± 12,75	50,40± 19,92	72,00± 11,05	24,06± 22,88	60,00± 19,85
Test Değeri (KW)**	0,000 1,000	2,206 0,332	1,695 0,428	1,105 0,575	3,052 0,217	2,421 0,298	5,095 0,078	2,306 0,270
p Değeri								

*: Mann Whitney U testi

**: Kruskal Wallis testi

Tablo 6.8’de katılımcıların ameliyat sonrası iyileşme süresi algısı ile ameliyat öncesi sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) . 1 ay iyileşme süresi algısına sahip katılımcıların aldıkları puan ortalaması, 2 ay ve 3 ay ve üzeri iyileşme süresi algısına sahip katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) .Katılımcıların diğer hastalık özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında emosyonel rol gücü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) .



7.TARTIŞMA

7.1.Sosyodemografik Bilgiler

Yaşam kalitesinin korunması geriatrik popülasyonda önemlidir. Yaşam kalitesi, iyi olmayı tanımlayan, mutlu ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren bir terimdir (21). Yaşlıların yaşam kaliteleri, sağlıklı bir yaşam biçiminin oluşturulması, hareket ve denge bozukluklarının engellenmesi, sık görülen hastalıkların erken tanınip ilaçla tedavi edilmesi ve çoklu ilaç tedavilerinden uzak durulması gibi pek çok girişim ile arttırılabilir (7). Yaşlı insanların kronik hastalıkları, fiziksel yetersizlikleri, ağrıları, bilişsel bozuklukları, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyonu gibi problemleri sağlıkla alakalı yaşam kalitesini bozan faktörlerdir (21).

Total diz protezi, hastanın günlük faaliyetlerini sınırlayan, yürümesine hatta geceleri uyumasına müsaade etmeyen kronik nitelikli ağrılar, eklem hareketlerinde sınırlanma ve oluşan deformiteler sebebiyle oluşan instabilitelerde endikedir. Total diz protezinin en sık sebebi primer osteoartrit, posttravmatik osteoartrit ve diğer dejeneratif ve destrüktif hastalıklardır (45). Etkili bir TDP ameliyatına hazırlık programı; hastaların fonksiyonel durumunu, iyileşme sonuçlarını ve yaşam kalitesini arttırmayı içermektedir (110).

Gonartroz tanısı konulmuş total diz protezi uygulanacak hastalara, preop ve postop dönemde yaşam kalitesini ölçmeye yönelik uyguladığımız ölçek ve bunun hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilişkilendirilmesi sonucunda ortaya çıkan verileri tartışacağız.

Literatürde yapılan TDP çalışmalarının çoğunda hastaların yaş ortalamalarının 65 yaş üstü olduğu ve erkek hasta sayısına oranla kadın hasta sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (120). Erkeklerle göre kadınların yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilenmesinin nedeni 50 yaşından sonra menapozla bağlı östrojen eksikliği nedeniyle menisküs, kemik ve kıkırdakta hızlı ve ilerleyici dejenerasyon olmasıdır

(139). Ağaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yaş ortalaması 62 (46-83) ve %93'ü kadındır (130). Jacobson ve arkadaşlarının (2008) diz protezi olan hastalarla yapılan çalışmasında hastaların yaş ortalaması 66.03 ± 12.1 olarak belirlenmiştir (15). Bizim çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $72,92 \pm 4,63$, %79,4'ünün kadın (n=50) olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literatürle uyumludur.

Kas-iskelet sistemi hastalıklarının 60 yaş ve üstü bireyleri etkilemesi, osteoartritin görülme oranının yaşla beraber artması ve TDP'nin 60 yaş ve üstü bireylerde uygulanması ile bu durum açıklanabilir. Yaşlanmayla beraber meydana gelen kemik kaybı, eklem kıkırdağında incelme, kas etkinliği, nörolojik cevabın periferlerde azalması ve eklemi koruyan kas-sinir mekanizmalarının bozulmasıyla yaş faktörü açıklanabilir.

Yaşam kalitesi açısından önemli göstergelerden biri yaştır. Her yaş döneminde yaşam kalitesinin önemi vurgulansa da genelde yaşlılık dönemi yaşam kalitesi yönünden daha fazla ele alınmaktadır. Çünkü yaşam kalitesinde düşüşün en yüksek olduğu dönem yaşlılık dönemidir. Bu dönemde sağlık sorunlarının artması, emeklilik sonrası gelirin düşmesi, rol ve mevki kaybı, yalnızlık (çocukların evden ayrılması, eşin vefatı, anne babanın vefatı vb.), bilişsel becerilerin azalması, sosyal hayattan kopma, cinsel fonksiyonların azalması vb. durumlar yaşam kalitesini büyük oranda etkilemektedir (131).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu olarak değerlendirilmesinde %42.9'unun okuryazar (n=27), %46.0'inin ilkokul mezunu (n=29), %11.1'inin ortaokul ve üzeri (n=7) olduğu belirlenmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hastaların %42'si (n=21), Su ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hastaların %54.1'i (n=85) ilkokul mezunudur. Çalışmamız literatürle uyumludur. Bu durumu araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturması ve kadınların ortaöğretim ve sonrasındaki eğitim durumu oranlarının ülkemizde düşük olması açıklamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların mesleğine göre değerlendirildiğinde %61.9'u ev hanımı, %38.1'i emeklidir. Tekin'in (2009) yaptığı çalışmasında hastaların %74.8'inin (134), Çınar ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise hastaların %63.6'sının ev hanımı olduğu

bulunmuştur. Sonuçlarımız literatürle benzerdir. Meslek durumunda çoğunluğunun ev hanımı olmasının sebebi katılımcıların genelinin kadın ve orta yaş grubunda olmasından kaynaklanabilir. Kadınların Türk toplumunda ev hanımı olmasında eğitim durumlarının düşük olması ve toplumun kadına yüklediği roller temel oluşturmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların evde yaşama durumuna göre değerlendirildiğinde %36.5'i eşyle, %22.3'ü çocuklarıyla, %22.2'si eşi ve çocuklarıyla beraber ve %17.5'i de yalnız yaşamaktadır. Su ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) hastaların %98.8'i ailesiyle, %1.2'si yalnız yaşamaktadır. Tekin'in (2009) çalışmasında ise hastaların %80.2'si ailesiyle yaşamaktadır. Literatürde ve çalışmamızda da görüldüğü gibi hastaların çoğu eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir. Türk toplumunda bu yaş grubundaki kişilerin genellikle evli olması hastaların çoğunun eşyle yaşaması durumunu açıklamaktadır.

Çalışmamızda katılımcılara total diz protezi ameliyatı olma nedenleri sorulduğunda; %85,7'sinin "Ağrıya daha fazla dayanamıyorum", %79,4'ünün "Doktorum önerdi", %44,4'ünün "Daha fazla yürümek istiyorum" şeklinde en yüksek oranda yanıt verdiği görülmüştür. Öztürk ve ark. çalışmasında operasyona karar vermelerindeki en önemli ortak noktaları, istirahatte ve uykudan uyandıran; ilaçla ve fizik tedavi ile geçmeyen şiddetli ağrı, merdiven inip çıkamama, namaz kılamama ve hareket kısıtlılığı olduğu görülmüştür (128). Literatürlerden de yola çıkılarak ağrı, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve cerrahiye karar vermelerinde önemli bir faktördür. Hastalar günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayacak kadar dayanılmaz bir ağrıdan bahsederler. Ameliyat ile ağrının%90'ın üzerinde azalmasıyla, TDP ameliyatını yaptıran hastaların yaşam kalitelerinde önemli düzeyde iyileşme görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %63,5'i 5 yıl ve üzerinde diz ağrısı yaşadığını (n=40) belirtmiştir. Su ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hastaların %34'ünün 60-120 ay (5-10 yıl) içinde,%32'sinin 60 ay ve altı (5 yıl ve altı), %22.4'ünün 120 ay ve üstü (10 yıl ve üstü) (129), Çınar ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hastaların ortalama 10 yıl olmak üzere uzun zaman diz sorunu yaşadığı belirlenmiştir. (130) Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir.

Diz osteoartriti tanısı alan hastaların ilk önce kilo vermesi söylenir, sonrasında ilaç tedavisi ve fizyoterapi ile ağrı ve fiziksel sınırlılık kontrol altına alınmaya çalışılır. Bu konservatif tedavilerin ağrıyı azaltmaması durumunda, bireyin yaşı da göz önüne alınarak TDP uygulama kararı alınır. Ancak hastalar ameliyat olmayı ağrı ve yürüyememe korkusuyla ertelemektedirler. Hastalar problemlerini giderebilmek için kendi kendilerine baş etme yöntemleri geliştirerek yaşadıkları problemleri senelerce yalnız başlarına yönetmeye çalışırlar. Bu durum da bireylerin diz ağrısıyla uzun yıllar yaşamalarına sebep olmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %82,5'inin evli olduğu belirlenmiştir. Akyol (2009) diz protezli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %97.5'inin (132), Kılıç ve ark (2009) yaptığı çalışmada ise hastaların %58'inin evli olduğu belirtilmiştir (127). Elde edilen sonuçlar literatürle hemen hemen paraleldir.

Bir eş ile beraber yaşamının ya da evli olmanın yaşam kalitesini arttırdığını yapılan çalışmalar göstermektedir. Orta yaş dönemindeki hastalara TDP uygulanmaktadır. Bu yaş grubundaki bireylerin birçoğu evli, bakımda hastaların eşlerine yardımcı olduğu ve sosyal olarak destek sağladığı düşünülmektedir. Bu durum da ameliyat sonrasında bireyin iyileşmesine katkıda bulunmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %61,9'unun ev hanımı olduğu görülmüştür. Çınar ve ark (2003) çalışmasında %63.6'sının ev hanımı olduğu bulunmuştur (132) Tekin'in 2009 yılında yaptığı çalışmada da hastaların %74.8'i ev hanımı olarak belirlenmiştir (134). Hastaların çoğunun kadın ve orta yaş grubunda olması meslek olarak ev hanımının fazla olmasını açıklamaktadır. Literatür çalışmamızla benzerdir.

Katılımcıların %44,4'ü ameliyat olduktan sonra 1 ay içinde iyileşeceğini (n=28) ve %61,9'u ameliyattan beklentisini günlük aktiviteleri yerine getirebilmek (n=39) olarak belirtmiştir. Kılıç ve ark. 2009 çalışmasında ameliyat sonrası altıncı haftada çalışmaya alınan tüm olguların SF-36 puanlarında anlamlı yükselme gözlenmiştir (127).

Hastaların kendini iyileşmeye hazırlaması ve doğru beklentilere sahip olması açısından iyileşmenin ne zaman olacağını bilmesi önemlidir. Çalışmamızda katılımcıların çoğu bir ay içinde iyileşeceğini düşünmektedir. Hastaların iyileşmekten neyi algıladığı da bu konuda önemlidir. Hastaların ameliyatı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme beklentisiyle kabul etmeleri ameliyattan sonraki dönemde iyileşmeyi de etkilemektedir. Hastaların iyileşme sürecine daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olması açısından, hastalarda gerçekçi beklentilerin oluşmasına yönelik hastalara doğru bir eğitimin verilmesi son derece önemlidir.

7.2.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Katılımcıların ameliyattan önce ve sonrasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ameliyat öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Kılıç ve ark çalışmasında SF-36 testinin fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde ameliyattan önce ile ameliyattan sonra altıncı hafta arasında belirlenen anlamlı fark, altıncı haftadan sonraki ölçümlerde de anlamlı artış şeklinde devam etmiştir (127). Bizim çalışmamızda da dördüncü hafta itibariyle anlamlı fark oluşmuştur. Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Hastalar ameliyat olduktan bir gün sonra mobilize olurlar ve eklem katılığı olmaması için fizyoterapistin gösterdiği hareketleri uygulamaya başlarlar. Hastanın kasları güçlendirilerek fonksiyonlarının artırılması sağlanmaya çalışılır. GYA'larını yavaş yavaş yerine getirmek için hastalar çaba gösterirler. İyileşme sürecindeki başarıda hastanın gayreti kadar hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi de oldukça önemlidir.

Katılımcıların ameliyat sonrasında fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının ameliyat öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Gülseren ve ark çalışmasında

hastaların yaşam kalitelerinin en fazla bozulmuş olduğu alanlar fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlıktır (135). Hastalar için önemli olan günlük işlerini kimseye muhtaç olmadan yapabilmektir. Günlük işlerinde birilerine bağımlı olma düşüncesi hastayı psikolojik olarak yıpratıcı bir durumdur. Bu durumdaki hasta belirsizliği düşünmekten strese girer ve genel sağlığı bozulabilir. Hastanın motivasyonu düşer ve iyileşme isteği azalabilir. Kendi kendine yetemeyen hasta özbakımı bile yerine getiremeyecek duruma gelince yaşam kalitesi düşer.

Katılımcıların ameliyat öncesi dizdeki ağrı düzeyi, banyo yaparken sorun yaşama düzeyi, taşıma araçlarını kullanırken sorun yaşama düzeyi, alışveriş yaparken sorun yaşama düzeyi, ayağa kalkarken sorun yaşama düzeyi, yürürken topallama derecesi, günlük işlerini etkileme derecesi ve yatakta rahatsız etme derecesinden aldıkları puan ortalamalarının ameliyat sonrasına göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Sağlıkla ilgili objektif yaşam kalitesi göstergelerinden en önemlileri; kişinin ne durumda olursa olsun yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen faaliyetler ile GYA'larını ayrıca öz bakımını yerine getirebilmesi ve bunların yeterli düzeyde olmasıdır. Sağlıkla ilgili subjektif yaşam kalitesi göstergeleri ise; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik öznel görüşleridir. Özellikle kronik hastalıkların önlenmesinde en önemli faktörlerden birisi olan aktif yaşam biçiminin (fiziksel aktivite) yaşam kalitesini arttırdığı yapılan çalışmalarda belirenmiştir. Dizdeki ağrı ve hareket kısıtlılığı bireylerin objektif ve subjektif sağlık kalitesini dolayısıyla da yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Ağrı için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler, hareket kısıtlılığı için de uygun fizik tedavi egzersizleri için gereken eğitim ve danışmanlık ile hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine katkıda bulunabiliriz.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Okuryazar eğitim düzeyinde olanların ameliyat öncesi ve sonrası fiziksel

fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, ilkokul ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Eğitim kişinin gelişiminde ve sahip olduğu işin niteliği üzerinde etkilidir. Eğitim düzeyi daha yüksek bireylerin maddiyatı ve niteliği yüksek işe sahip oldukları ve buna bağlı olarak da daha iyi sosyal imkanlara ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları; eğitim düzeyi düşük olan bireylerin ise tam tersine düşük maddiyat, kötü çalışma koşulları hatta işsizliğe bağlı psikolojik kaygı ve yetersiz beslenme gibi sebeplerle kötü bir yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir.

Li ve ark.na göre eğitim seviyesi arttıkça çoğu yaşam kalitesi skorları da artış göstermektedir (136). Göçgeldi ve ark çalışmasında da benzer olarak eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi skorlarının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (136). Eğitim düzeyi düşük bireylerde yaşam kalitesinin düşük olması; ağrının ve fonksiyonel durumun bozulması, başka tarafa dikkati çekebilme, ağrı duyusunu yeniden yorumlayıp aktif başa çıkma yöntemlerini eğitim seviyesi yüksek olan bireyler kadar başarılı kullanamama ya da daha az kullanma ile bağdaştırılmıştır (139). Çalışmamız literatürle paraleldir.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinden meslek grupları ile ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık/vitalite ve ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Emekli katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Günün büyük çoğunluğunu emekliler ev dışında geçirmekte ve böylece ev hanımlarına göre daha aktif olmaktadır. Çünkü ev hanımlarının faaliyetleri, ev işleri ve belli aralıklarla yapılan ev ziyaretlerinden oluşmaktadır.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kadınların yaşam süresinin erkeklere göre daha uzun olmasına bağlı olarak kronik hastalıklar ve sağlık sorunları daha çok görülmektedir. Yaşlı kadınlar için eğitim, sosyal güvence ve ekonomik alanlardaki sosyal eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlükler önemli problemlerdir. Toplumumuzun kültürel yapısı sebebiyle kadınların yapması gereken roller genellikle ev işi yapmaları ve çocuk bakmaları olmuştur. Kadınların sosyal ve ekonomik bağımsızlıklarının gelişmesine bu durum engel olmuştur.

Çalışmamıza paralel olarak Ethgen ve ark da diz protezi ameliyatından sonra erkek hastaların kadın hastalara göre çok fayda yarar gördüğünü bildirmişlerdir (138). Ünal ve ark 2016 yılındaki çalışmasında kadın katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların daha düşük olduğu saptanmıştır (139).

Katılımcıların evde yaşadıkları bireyler ile ameliyat öncesi ve sonrası enerji/canlılık/vitalite alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yalnız yaşayan katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, diğer gruptaki katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat sonrasında ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evde yaşadıkları bireyler ile ameliyat sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Yalnız yaşayan katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, diğer gruptaki katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bu durum yalnız yaşayan bireylerin diğer gruptaki katılımcılara göre yeterli destek alamadığını düşündürmektedir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda birçok hastanın

yalnız yaşaması kültürel ve toplumsal farklılıktan kaynaklanabilir. Bireyin yaşam kalitesi açısından önemli sosyal destek sağlayıcıları arkadaşları, komşuları ve akrabalarıdır. Bireyin sosyal çevresi ve bu çevreyle olan ilişkisinde aile önemli bir rol oynamaktadır. Yaşam kalitesinin gelişmesinde bireyin var olabileceği, ait olabileceği ve kendini gerçekleştirebileceği destekleyici bir aile çevresi çok önemlidir. Tek yaşayan bireylerin çoğu eşini kaybettiğinden yalnız yaşamaktadır.



8.SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1.Sonuç

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre;

- ✓ Hastanede ortalama yatış süresinin $7,35 \pm 2,68$ olup, hastaların %65,1'inin 6-9 gün arasında hastanede yattığı belirlenmiştir.
- ✓ Katılımcıların yaş ortalaması $72,92 \pm 4,63$ olup, %42,9'unun 70-74 yaş grubunda (n=27) olduğu saptanmıştır.
- ✓ Katılımcıların %79,4'ünün kadın (n=50), %82,5'inin evli, çoğunluğunun okuryazar (%42,9) ve ev hanımı (%61,9) olduğu görülmüştür.
- ✓ Katılımcıların %63,5'i 5 yıl ve üzerinde diz ağrısı yaşadığını (n=40) belirtmiştir.
- ✓ Katılımcılara total diz protezi ameliyatı olma nedenleri sorulduğunda; %85,7'sinin "Ağrıya daha fazla dayanamıyorum", %79,4'ünün "Doktorum önerdi", %44,4'ünün "Daha fazla yürümek istiyorum" şeklinde en yüksek oranda yanıt verdiği görülmüştür.
- ✓ Katılımcıların %44,4'ü ameliyat olduktan sonra 1 ay içinde iyileşeceğini (n=28) ve %61,9'u ameliyattan beklentisini günlük aktiviteleri yerine getirebilmek (n=39) olarak belirtmiştir.
- ✓ Katılımcıların ameliyat sonrasında fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının ameliyat öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001).
- ✓ Katılımcıların ameliyat sonrasında fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının ameliyat öncesine göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (p<0,001).
- ✓ Katılımcıların ameliyat öncesi dizdeki ağrı düzeyi, banyo yaparken sorun yaşama düzeyi, taşıma araçlarını kullanırken sorun yaşama düzeyi, alışveriş yaparken sorun yaşama düzeyi, ayağa kalkarken sorun yaşama düzeyi, yürürken topallama derecesi, günlük işlerini etkileme derecesi ve yatakta rahatsız etme derecesinden aldıkları puan

ortalamalarının ameliyat sonrasına göre çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

- ✓ Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyleri ile ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Okuryazar eğitim düzeyinde olanların ameliyat öncesi ve sonrası fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, ilkokul ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$).
- ✓ Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinden meslek grupları ile ameliyat sonrası fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık/vitalite ve ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Emekli katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- ✓ Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat öncesi ve sonrasında ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile ameliyat öncesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- ✓ Katılımcıların evde yaşadıkları bireyler ile ameliyat öncesi ve sonrası enerji/canlılık/vitalite alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yalnız yaşayan katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası aldıkları puan ortalaması, diğer gruplardaki katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- ✓ Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ameliyat sonrasında ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evde yaşadıkları bireyler ile ameliyat sonrası aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Yalnız yaşayan katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası

aldıkları puan ortalaması, diğer gruplardaki katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

8.2.Öneriler

Total diz protezi uygulaması diz eklemde ağrıya ve hareket kısıtlılığına sebep olan, başka tedavilerin başarılı olamadığı dejeneratif bozuklukların tedavisinde, etkinliği kanıtlanmış, ortopedik cerrahi girişimler içinde en sevindirici olanlardan birisidir. Önceden kontrendike kabul edilen hastalıklarda bile cerrahi deneyimlerin artması ve modern tasarımların devreye girmesiyle başarıyla uygulanmaktadır.

- ✓ Uygun hasta seçimi, ameliyattan önce yeterli hazırlık, hastaya uygun protez seçimi ve dikkatli cerrahi teknik total diz protezinin başarısında etkilidir.
- ✓ Konservatif tedaviler total diz protezi endikasyonu verilmeden önce mutlaka denenmelidir. Hasta tarafından konservatif tedavilerin yeterli olmadığı söylenilmesi, protez kararının hasta tarafından da kabul edilmesinde cerraha çok yardımcı olacaktır.
- ✓ Biz hemşireler hastayla beklentileri hakkında konuşmalı, operasyon sonrası kendini nelerin beklediği, oluşabilecek komplikasyonlar konusunda hastayı uyarmalıyız. Hastayı ameliyat öncesinde ve sonrasında rehabilitasyonla ilgili eğitmeliyiz (77). Bu durumun ameliyat sonrası iyileşmeye olumlu katkıları olacaktır.
- ✓ Gonartrozda osteoartrit önemli bir risk faktörüdür. OA'in risk faktörleri, ilerlemesinin önlenmesi, tedavi ve başatme yöntemleri (düzenli ilaç kullanımı, egzersiz, diyet, sıcak ve soğuk uygulamalar, cerrahi girişim ve alternatif tedaviler) konusunda yaşlı hastalara eğitim verilmesi önerilebilir.
- ✓ Ağrıyı azaltmak, fonksiyonları arttırmak ve sonuçta bireyin yaşam kalitesini yükseltmek açısından total diz protezi ameliyatı başarılı bir yöntemdir. Tedavinin sağladığı yararları belirleyebilmek, yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek ve hastanın durumuna bütüncül bir bakış sağlamak için yapılan değerlendirmenin genel yaşam kalitesi ölçekleri içermesi önemlidir (127).

- ✓ Gonartroz hastalarında hedeflenen yüksek yaşam kalitesi ve başarılı bir tedavi için daha geniş popülasyonlarda risk faktörlerini de değerlendirerek yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bağımsız ve başarılı bir yaşlanma fizyolojik, psikolojik, sosyal ve üretkenlik açısından iyilik hali ile mümkün olabilecektir (5). Yaşam süresinin uzamasının yanında yaşam kalitesinin de artmasıyla sağlıklı bir yaşlanma dönemi geçirmek halk sağlığı politikası açısından da oldukça önemlidir.



9.KAYNAKLAR

- 1.Güzel A, Burdur İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Aynı Nedenle Birden Fazla Kez Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı, Depresyon Sıklığı, Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya, 2016.
2. www.tuik.gov.tr İstatistiklerle Yaşlılar, 2017 Erişim Tarihi:25.04.2018
- 3.Uçku R, Şimşek H. Halk Sağlığı Uygulamaları ve Yaşlanma; Ne Kadar Yeterli? p.9-11. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 1. Baskı Palme Yayıncılık. Aslan D, Ertem M, Editor. Ankara, 2012.
- 4.Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi p.1-8. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 1.Baskı Palme Yayıncılık. Aslan D, Ertem M, Editor. Ankara, 2012.
- 5.Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi Cilt: 10 Sayı: 52, Ekim 2017.
- 6.Yılmaz A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler s. 1-8, Altındış M. (ed.) Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı içinde, İstanbul Tıp Kitapevi. İstanbul, 2013.
- 7.Güneş D, Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
- 8.Kılıç B, Korkmaz M, Yücel AS. 40-90 Yaş Arası Kadın ve Erkeklerde Görülen Ortopedik ve Travmatolojik Sağlık Sorunlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi Mayıs / Haziran / Temmuz – Ağustos Yaz Dönemi Sayı: 4. Elazığ, 2015.
- 9.Soyuer F, Soyuer A.Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 15 (3); 219-224, 2008.
- 10.Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 16:1, 2013.
- 11.Toramam F. Yaşlılarda Kas ve İskelet Sistemi Sorunları. Gerofam –Kanıtı Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, Cilt:2, Sayı:2, s.1-16, 2011.

12. Temple J. Care of Patients Undergoing Knee Replacement Surgery. Nursing Standart, 20:48, 2006.
13. Sarıfakıoğlu B, Güzelant AY, Özduran E. Gonartroz Tedavisinde Kısa Dalga Diatermi ve Ultrason Tedavi Etkinliğinin Karşılaştırılması. Türk Osteoporoz Dergisi 20: 16-20, 2014.
14. Şahin Ö, Çakıcı H, Özturan KE, Çoğalgil Ş. Total Diz Artroplastisi Tedavisinin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Ağrı ve Fonksiyon Üzerine Etkisi: Birinci Yıl Sonuçları. Konuralp Tıp Dergisi 5(1):23-26, 2013.
15. Taşkın EÜ. Total Diz Protezi Uygulanan Hastalara Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlığın Özbakım Gücü, Fonksiyonel Durum ve Ağrıya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
16. Durgut F. Total Diz Protezi Cerrahisinde İntraartiküler Uygulanan Traneksamik Asit ve Adrenalinin Postoperatif Kanama Üzerine Etkinliklerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Konya, 2015.
17. Tümerdem, Y. Gerçek Yaş. Türk Geriatri Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 3, s. 195, 2006.
18. <http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/9943/288662.pdf>
Erişim Tarihi: 20.06.2018.
19. Elmalı N. Artroplastisi Tarihiçesi. Türkiye Klinikleri Ortopedi ve Travmatoloji Özel Sayısı, 2(1):1-7, 2009.
20. Dorr LD, Chao L. The Emotional State of the Patient After Total Hip and Knee Arthroplasty. Clinical Orthopaedics and Related Research, 463:7-12, 2007.
21. Altay B, Çavuşolu F, Çal A. Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 15(3), 2016.
22. Karadakovan A. Yaşlılık ve Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F. (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi 1. Basım s: 113-136, Adana, 2010.
23. Pınar R, Sert H. Türkiye'nin Ulusal Yaşlı Bakım Politikası Nasıl Olmalıdır? Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 46-8, 2009.
24. Beşen M, Oskay Ü, 2016. Bir Aile Hekimliği Bölgesinde Yaşayan Geriatrik Kadınların Jinekolojik Şikayetleri ve Çözüm Arayışlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19:3, 2016.

- 25.Üstüner Y. Total Diz Artroplastisi Erken Dönem Sonuçları. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2006
- 26.Koldaş ZL.Yaşlılık ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir? İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 45(5):1-4, 2017.
- 27.Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Halk Sağlığı Açısından Yaşlılarda Yeti Yitimi. Bakırköy Tıp Dergisi, 12:57-63, 2016.
- 28.Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Gelişim Dergisi, 25:1-3, 2012.
- 29.Hablemitoğlu Ş, Özmete E. Yaşlı Refahı: Yaşlılar için Sosyal Hizmet. Kilit Yayınları, Ankara, 2010.
- 30.Oğuz TM. Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
- 31.Terkeş N, Bektaş H. Yaşlıda Teknoloji Kullanımı. DEUHFED, 9(4), 153-159, 2016.
- 32.Çakır Dolu İ. Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
- 33.Seyhun ÖK. Avrupa Birliği'ndeki demografik dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyeliği çerçevesinde iş gücü piyasalarına yansımaları. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Ankara, 2006.
- 34.Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Palme Yayıncılık, s.1-96, 2012b.
- 35.Baran E, Özvarış ŞB. Yaşlılık Döneminde Sağlığın Geliştirilmesi. Aslan D, Ertem M, Editor. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar Ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları 1. Baskı, Palme Yayıncılık, p.25-30, Ankara, 2012.
- 36.Genç A, Gönül Y, Karabacak H, Çoban NF, Üçok K. Yaşlanmanın Fizyolojisi ve Anatomisi. Altındış M. (ed.), Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı, İstanbul Tıp Kitapevi, s.11, İstanbul, 2013.
- 37.Besdine RW. Brown Üniversitesi, Warren Alpert Tıp Fakültesi, Gerontoloji ve Sağlık Araştırmaları, 2017.

- 38.Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2: 385-395, 2013.
- 39.<http://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/approach-to-the-geriatric-patient/physical-changes-with-aging> Erişim Tarihi:10.05.2018
- 40.Karakaş S. Yaşlanmanın Anatomisi. Turkish Family Physician, 3: 23-29, 2012.
- 41.Aging Changes in the Senses, 2017 “Medical Encyclopedia”, MedlinePlus: Trusted Health Information for You içinde, U. S. National Library of Medicine, Atlanta (GA): A.D.A.M., Inc., [son güncelleme 16 Ağustos 2017; alıntı tarihi 05 Eylül 2017], <https://medlineplus.gov/ency/article/004013.htm> Erişim Tarihi: 20.08.2017.
- 42.Karadeniz G. Yaşlılık Dönemi Fiziksel Özellikler. Ersanlı K, Kalkan M. (eds). Pegem Akademi, Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık içinde, s. 19-38, Ankara, 2008.
- 43.Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2: 19-23, 2012.
- 44.Solmaz T. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımı ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
- 45.Savcı A, Bilik Ö. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. Dokuz Eylül Üniversite Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 14: 156-163, 2014.
- 46.Yaman H. Yaşlılarda Sporun Fizyolojik Fonksiyon Kaybına Etkisi. Türk Geriatri Dergisi, 6:142, 2003.
- 47.Özerkan Çakan F. İleri Yaşta Kardiyovasküler Fizyolojide Değişiklikler. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları 45(5): 5–8, İzmir, 2017.
- 48.Enç N, Öz Alkan N. Yaşlı Kardiyovasküler Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları 45(5): 120–123, İstanbul, 2017.
- 49.Bozoğlu E, Aras S, Atlı T, Şahin S, Ülger Z, Varlı M. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Sağlığı Modülleri- Eğitimciler için Eğitim Rehberi, 1.Baskı, s.413-429, Ankara, 2011.

- 50.Parlar S. Yaşlılarda Görülen İnkontinans: İleri Geriatri Hemşireliği. Fadıoğlu Ç (ed.), Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, s.117-128, İzmir2006.
- 51.Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü. Akademik Geriatri Dergisi, 4:1-11, 2012.
- 52.Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiz P. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler. Gerofam, 2:1-12, 2011.
- 53.Özbek Z, Öner P. Geriatrik Fizyolojik Ve Biyokimyasal Değişiklikler. Türk Klinik Biyokimya Dergisi, 6(2):73-80, 2008.
- 54.Nalbant S. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi, 2008.
- 55.Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ. Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu. Türk Geriatri Dergisi, 8:94-100, 2005.
- 56.İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda Üriner Ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme Ve Eğitim. Anatol J Clin Investig, 5(1):15-23, 2011.
- 57.Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, s.33-40, Ankara, 2005.
- 58.Hasta ve Yaşlı Hizmetleri: Yaşlı Psikolojisi, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınevi, Ankara, 2013.
- 59.Er D. Psikososyal Açıdan Yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4: 131- 144, 2009.
- 60.Barut, Y. Yaşlılık Dönemi Zihinsel ve Ruhsal Özellikler. Erganlı K, Kalkan M. (eds), Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık içinde, s. 39-60. Pegem Akademi, Ankara, 2008.
- 61.Bilir N, Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı. Kutsal Gökçe Y, Aslan D.(editörler). Güneş Tıp Kitapevleri, Temel Geriatri 1.Baskı s.3-9, Ankara, 2007.
- 62.Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 3, 2008.
- 63.Baysan NP. Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Malatya, 2008.

- 64.Özyurt BC, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye Bölgesindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 10(3): 117-23, 2007.
- 65.Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics, 15(4): 424-33, 2012.
- 66.Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Relationship of Socioeconomic Status with Health Behaviors and Selfperceived Health in the Elderly: A Community-Based Study, Turkey. Geriatr Gerontol Int., 14(4): 960-8, 2014.
- 67.Mc Elfresh E. History of Arthroplasty. Morrey BF,editor. Joint Replacement Arthroplasty. Churchill Livingstone, s.3, New York, 1991.
- 68.Tooms RE. Arthroplasty of Ankle and Knee. Crenshaw AH, editor. Campbel's Operative Orthopaedics. 8th ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc., 15: 390, 1992.
- 69.Insall JN. Historical Development, Classification and Characteristics of Knee Prostheses. Insall JN editor. Surgery of the Knee. 2nd ed. Churchill Livingstone Inc., s.677, New York, 1993.
- 70.Riley LH. The Evolution of Arthroplasty of the Knee. Instructional Course Lectures. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 23: 1, 1974.
- 71.Aydoğdu S, Sur H. Total Diz Protezleri. Ege R editör. Diz sorunları. Bizim Büro Basımevi, s.391-403, Ankara, 1998.
- 72.Kurtoğlu A. Deneysel Enfekte Diz Protezi Modelinde Enfeksiyonun Eredikasyonu ve Eklem Kıkırdağı Hasarı Üzerinde İntraartiküler Uygulanan Ozonun (O3) Etkileri. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Denizli, 2013.
- 73.Guyton JL, Crockarell JR, Jr. Arthroplasty of Ankle and Knee. Campbel's Operative Orthopaedics. 10th ed. St. Louis: Mosby Inc, s.243-313, 2003.
- 74.Vince KG. Principles of Condylar Knee Arthroplasty. Issues Evolving. Instructional Course Lectures. Rosemont: AAOS, 42: 315, 1993.
- 75.Şener N. Total Diz Artroplastisi Revizyonları. İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1997.

76. Aydoğdu S, etin İ, Erdemli B, Erdoğan F, Güney N, Gr E, Sur HE, Şener N, Tandoğan R, Tzn R. Total Diz Protezi (TDP), Artroplastisi, In: Ege R, editör. Diz Sorunları, Bizin Basım Evi, Ankara, 1998.
77. Berk A, Total Diz Protezi Sonrası Orta Dönem Sonuçları. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2008.
78. Elmalı N. Artroplastisi Tarihiçesi. Türkiye Klinikleri Ortopedi ve Travmatoloji zel Sayısı, 2(1):1-7, 2009.
79. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Clinical Guideline on Osteoarthritis of the Knee (Phase 2), p.15, 2003.
80. Lucas B. Preparing Patient for Hip and Knee Replacement Surgery. Nursing Standart, 22: 50-56, 2007.
81. Barbay K. Research Evidence for the Use of Preoperative Exercise in Patient Preparing for Total Hip or Knee Arthroplasty. Orthopaedic Nursing, 28(3):127, 2009.
82. Bledjan , Gökçe Kutsal Y. Diz Osteoartritinde Total Protez Ağrı İçin zm müdür? Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Bil Der 17: 99-106, Ankara, 2014 / J PMR Sci 17: 99-106, 2014.
83. Atmaca H, zkan A. Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Gebelik ve Vücut Kitle İndeksinin Etkisi. Abant Tıp Dergisi, cilt:2 sayı:1, 2013.
84. Parlar S, Fadiloğlu , Argon G, Keser G. Artritli Hastalarda Bireysel Hastalık Yönetiminin Hastaların Yetersizlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 30(4):1236-45, 2010.
85. Ersöz M, Yanıkoğlu İ, Ergün S. The Evaluation of the Functional Knee Pain Assessment Methods in Knee Osteoarthritis Patients. Türk Geriatri Dergisi, 4(2):69-72, 2001.
86. Akalı D, İnan N, Vurallı D, Dayanır H, Babacan A. Gonartroz Hastalarında İnterartikler Ozon Enjeksiyonunun Ağrıya Etkisi. GMJ, 27: 132-134, 2016.
87. Altman RD, Lozada CJ. Clinical Features of Osteoarthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. 4th ed. Mosby Elsevier, 1703-10, Spain, 2008.
88. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee Pain and Osteoarthritis in Older Adults: A Review of Community Burden and Current Use of Primary Health Care. Ann Rheum Dis 60:91-7, 2001.

- 89.Büyükpatır L. Diz Osteoartritli Hastalarda İntraartiküler Hyaluronik Asit ile İntraartiküler Tenoksikamin Etkinliklerinin Karşılaştırılması. Bozok Tıp Dergisi, 3:(1-6), 2012.
- 90.Gümüş Atalay S, Alkan BM, Aytekin MN. Osteoartrite Güncel Yaklaşım. Ankara Tıp Dergisi, 13(1):26-32, 2013.
- 91.Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clin Geriatr Med, 26(3):355-69, 2010.
- 92.Jordan JM. Epidemiology and Classification of Osteoarthritis.In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Winblatt ME, Weisman MH (Eds). Rheumatology. Mosby Elsevier, p.1691-701, Philadelphia, 2008.
- 93.Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI Recommendations for the Management of Hip and Knee Osteoarthritis, Part 1: Critical Appraisal of Existing Treatment Guidelines and Systematic Review of Current Research Evidence. Osteoarthritis Cartilage, 15:981-1000, 2007.
- 94.Brandt KD, Dieppe P, Radin EL. Etiopathogenesis of Osteoarthritis. Rheum Dis Clin N Am, 34:531-59, 2008.
- 95.Hunter DJ, McDougall JJ, Kefe FJ. The Symptoms of Osteoarthritis and Genesis Pain. Med Clin N Am, 93(1):83-100, 2009.
- 96.İlhan M, İnanmaz ME, Uslu M. Total Diz Artroplastisinde Yakın Dönem Sonuçlarımız. Konuralp Tıp Dergisi, 5(1):27-30, 2013.
- 97.Koç B, Boyraz İ, Sarman H. Gonartozun Patofizyolojisi ve Klinik Değerlendirilmesi. Abant Medical Journal, Cilt 4 sayı:4, 2015.
- 98.Moyer RF, Birmingham TB, Bryant DM, Giffin JR, Marriott KA, Leitch KM. Valgus Bracing for Knee Osteoarthritis: A Meta-analysis of Randomized Trials. Arthritis Care Res (Hoboken), p.8, 2014.
- 99.Jamtvedt G, Dahm KT, Christie A, et al. Physical Therapy Interventions for Patients with Osteoarthritis of the Knee: An Overview of Systematic Reviews. Phys Ther, 88(1):123-36, 2008.
- 100.Davis AM. Osteoarthritis Year in Review: Rehabilitation and Outcomes. Osteoarthritis Cartilage, 20(3):201 -16, 2012.
- 101.Silvers HJ. Viscosupplementation During Rehabilitation. Sports Health, 6(5):422-6, 2014.

- 102.Rozendaal RM, Koes BW, van Osch GJ, et al. Effect of Glucosamine Sulfate on Hip Osteoarthritis: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*, 148(4):268-77, 2008.
- 103.Silkman Baker C, McKeon JM. Does Preoperative Rehabilitation Improve Patient - Based Outcomes in Persons Who Have Undergone Total Knee Arthroplasty? A Systematic Review. *PM R*, 4:756 –67, 2012.
- 104.Best TJ. Revision Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 24(3):174, 2005.
- 105.Bellemans J, Vandenuecker H, Vanlauwe J. Total Knee Replacement. *Current Orthopaedic*, 19: 446-452, 2005.
- 106.Altıntaş F, Uluçay Ç, Kılınçoğlu V. Total Diz Artroplastisinin Endikasyonları, Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri Ortopedi ve Travmatoloji Özel Dergisi*, 2(1), 2009.
- 107.Brugioni DJ, Falkel J. Total Knee Replacement And Rehabilitation: The Knee Owner’s Manuel. Hunter House Publishers, CA, 2004.
- 108.Hohler SH. Total Knee Artroplasty: Past Successes and Current Improvements. *AORN Journal*, 87: p.143, 2008.
- 109.<http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/9943/288662.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim Tarihi:10.05.2018.
- 110.Lucas B, Cox C, Perry L, Bridges J. Changing Clinical Team Practices in Preparation of Patients for Total Knee Replacement: Using Social Cognitive Theory to Examine Outcomes of an Action Research Study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, p.140- 150, 2013.
- 111.Walker J. Care of Patients Undergoing Joint Replacement. *Nursing Older People*, 24(1), p.14-20, 2012.
- 112.Smeltzer SC, Bare BG. Brunner& Suddarth’s Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams& Wilkins, p.2035-2045, USA, 2005.
- 113.Ekşioğlu E, Gürçay E. Total Diz Artroplastisi Sonrası Rehabilitasyon. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, cilt: 76 , sayı:1, 2013.
- 114.<http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/9943/288662.pdf>
Erişim Tarihi:15.05.2018
- 115.Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Arı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gazi Tıp Dergisi*, 14:53-58, 2008.

- 116.Büyükylmaz F. Ortopedi ve Travmatoloji Hastaarında Postoperatif Arı Tanılaması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- 117.<http://acikerisim.deu.edu.tr/> Erişim Tarihi: 02.06.2018
- 118.Ranawat AS, Ranawat CS. Pain Management and Accelerated Rehabilitation for Total Hip and Total Knee Artroplasty. The Journal of Artroplasty, 22(7): 12-14, 2007.
- 119.Ay F, Alpar Ş. Postoperatif Ağrı ve Hemşirelik Uygulamaları. Ağrı Dergisi, 22(1):21-29, 2010.
- 120.Öztürk N. Primer ve Revizyon Diz Protezli Hastalarla Gonartrozlu Hastalar İçin Önemli Olan Aktivitelerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.
- 121.Rooks DS, Huang J, Bierbaum BE, Bolus SA ve ark. Effect of Preoperative Exercise on Measures of Functional Status in Men and Women Undergoing Total Hip and Knee Arthroplasty. Arthritis Rheum, 55: 700-708, 2006.
- 122.Kayak N. Total Diz Protezli Hastalarda Propriyoseptif Egzersiz Eğitiminin Fonksiyonel Durum ve Denge Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2012.
- 123.Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 1: 107-13, 2011.
- 124.Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36 İtem Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and İtem Selection. Med Care, 30: 473-83, 1992.
- 125.Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 12: 102-6, 1999.
- 126.Dündar P, Fidaner C, Fidaner H, Oral A, Eser S, Atman UC, et al. Quality of Life, İnternal Consistencies of SF-36 and WHOQOL-Bref. Hippokratia 6: 37-43, 2002.
- 127.Kılıç E, Sinici E, Tunay V, Hasta D, Tunay S, Başbozkurt M. İki Taraflı Total Diz Protezi Uygulanan Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, 43(3):248-253, 2009.

- 128.Öztürk H, Bulut o. Total Diz Protezi Erken Değerlendirme Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 29 (3): 90-96, 2007.
- 129.Su H, Tsa Y, Chen W, Chen M. Health Care Needs of Patient During Early Recovery After Total Knee-Replacement Surgery. Journal of Clinical Nursing 19:673-681, 2009.
- 130.Ağaoğlu S, Güngör Ş, Kırşanlı O, Özkan F. Total Diz Artroplastisi Uygulamalarımız. XVI. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, p: 907-909, Sargın Ofset Ltd. Şti. Ankara, 1999.
- 131.Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. Hacettepe Üniversitesi Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi Cilt: 8, Sayı: 15, 2016.
- 132.Akyol O, Karayurt O, Salmond S. Experiences of Pain and Satisfaction with Pain Management in Patient Undergoing Total Knee Replacement. Orthopaedic Nursing , 28(2):79-85, 2009.
- 133.Çınar C, Alanoğlu E, Sezgin M, Bal A, Çakçı A. Diz Osteoartritli Hastalarda Total Diz Artroplastisinin Ağrı, Fonksiyon ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Fiziksel Tıp, 6(1):1-7, 2003.
- 134.Tekin B. Türk toplumunda Total Diz Protezi Uygulanan Hastaların Beklentilerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- 135.Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yeti Yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2):89-98, 2001.
- 136.Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and Healthrelated Quality of Life:An EpidemiologicalStudy in Patients Attending Hospital Clinics in China.J Hyperten, 23: 1667-1676, 2005.
- 137.Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 50: 172-179, 2008.
- 138.Ethgen O, Bruyere O, Richey F, Dardennes C, Reginster JY. Health-Related Quality of Life in Total Hip and Total Knee Arthroplasty. A Qualitative and Systematic Review of the Literature. J Bone Joint Surg (Am), 86:963-74, 2004.

139.Ünal N, Tosun B, Can N, Tunay S, Bek D, Özkan H, Başbozkurt M. Diz Osteoartriti Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin ve Etki Eden Parametrelerin Belirlenmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 18(3): 83-90, 2016.



10.EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar;

Bu çalışma Yaşlı Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma sırasında yaşamınızı tehdit edecek herhangi bir girişim ya da ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığınız için bakım ve tedavi işlemlerinizi ihmal edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

**SELDA TIRAŞ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Anket No:

Adı-Soyadı:

Tel:

Adres:

Tanı:

Yatış Tarihi:

Ameliyat Tarihi:

Taburculuk

Tarihi:

Pre-op Görüşme:

Post-op Görüşme (1 ay sonra)

:

1. Yaşı:.....

2. Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durum: a) Evli b)Bekar

4. **Eğitim Durumu:** a)Okuryazar b) İlkokul c) Ortokul d) Lise e) Yükseköğrenim

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

6. **Gelir durumu nedir?** a)Ancak geçinebiliyor b) Orta derece iyi c) İyi

7. **Evde kiminle yaşıyor?** a)Yalnız b)Eşiyle c)Eşi ve çocuklarıyla d) Çocuklarıyla e)Diğer...

8. **Herhangi bir sistem hastalığınız var mı? Evet Hayır**

a)Yüksek tansiyon	.....	.....
b)Kalp hastalığı	.....	.....
c)Sık üst solunum yolu enfeksiyonu	.....	.....
d)Astım	.....	.....
e)Şeker hastalığı	.....	.....
f)Böbrek hastalığı	.....	.....
g)Karaciğer hastalığı	.....	.....
l)Romatizma	.....	.....
m)Diğer	.....	.....

9. **(Post-op) Fizik tedavi aldınız mı?** a)Evet b) Hayır

10. **Dizinizdeki ağrıyı ne kadar süredir çekiyorsunuz?**

a) 3 yıldan az b) 3-5 yıl c) 5 yıl üzeri

11. **Dizinizdeki ağrı derecesini gösteren rakamı daire içine alınız.**

Hiç ağrım yok					Aşırı ağrım var
1	2	3	4	5	

12. **Kendi başınıza banyo yaparken veya kurulanırken dizinizden dolayı sorun yaşama derecenizi gösteren rakamı daire içine alınız.**

Hiç yaşamadım sorun				Yapmam mümkün değildi
1	2	3	4	5

13. **Dizinizden dolayı, ulaşımda arabaya binip, inerken veya toplu taşıma araçlarını kullanırken dizinizden dolayı sorun yaşama derecenizi gösteren rakamı daire içine alınız.**

Hiç yaşamadım sorun				Yapmam mümkün değildi
1	2	3	4	5

14. Kendi başınıza eviniz için alışveriş yaparken dizinizden dolayı sorun yaşama derecenizi gösteren rakamı daire içine alınız.

Hiç sorun Yapmam mümkün
yaşamadım 1 2 3 4 değildi 5

15. Yemekten sonra (masada otururken) sandalyeden kalkarken dizinizdeki ağrı derecesini gösteren rakamı daire içine alınız.

Hiç ağrım yok Aşırı ağrım var
1 2 3 4 5

16. Yürürken dizinizden dolayı topallama derecenizi gösteren rakamı daire içine alınız.

Hiç Her zaman
1 2 3 4 5

17. Dizinizdeki ağrının genel olarak işlerinizi (ev işi de dahil) etkileme derecesini gösteren rakamı daire içinde alınız.

Hiç etkilemiyor Tamamen etkiliyor
1 2 3 4 5

18. Gece yatakta, dizinizdeki ağrının sizi rahatsız etme derecesini gösteren rakamı daire içine alınız.

Hiç etmiyor Aşırı ediyor
1 2 3 4 5

19. Total diz protezi ameliyatını seçmenizin başlıca neden / nedenleri nelerdir?

- Ağrıya daha fazla dayanamıyorum.
- Eklem protezi olan insanları tanıyorum onlar gibi iyi olacağıma inanıyorum.
- Başka tedavileri düşündüm benim için en iyi çözümün ameliyat olacağımı hissediyorum.
- Ailem ve / veya arkadaşlarım ameliyat olmam için ısrar etti.
- Doktorum bu ameliyatı önerdi.
- Başka görüş araştırdım, diğer iki cerrah da bu ameliyatı olmamı istedi.
- Daha fazla yürümek istiyorum.
- Topallamadan yürümek istiyorum ve/veya koltuk değneği/baston olmadan yürümek istiyorum.
- Gece ağrılarından kurtulmak istiyorum.
- Diğer nedenler.....

20. Bu ameliyattan tam olarak iyileşmenizin ne kadar zaman alacağını düşünüyorsunuz? ay/yıl

21. Bu ameliyattan beklentileriniz nelerdir?

- a) Ağrıdan kurtulmak
- b) Yol yürüyebilmek
- c) Günlük aktivitelerimi yapabilmek
- d) Gece uyuyabilmek

22. Diz protezi ameliyatı ile ilgili herhangi bir eğitim veya rehberlik aldınız mı?

- a)Evet
- b)Hayır

23. Yukarıdaki soruya yanıtınız “evet” ise kim/kimlerden aldığınızı açıklayınız.

.....



EK-2: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1) Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?

A. Mükemmel B. Çok İyi C. İyi D. Orta E. Kötü

2) Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

A. Bir Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi

B. Bir Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi

C. Bir Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı

D. Bir Yıl Öncesine Göre Daha Kötü

E. Bir Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3) Aşağıdakiler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız bunları kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4) Son dört hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5) Son dört hafta boyunca duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6) Son dört hafta boyunca bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi

b) Biraz etkiledi

c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

7) Son dört hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç

b) Çok hafif

c) Hafif

d) Orta

e) Şiddetli

f) Çok şiddetli

8) Son dört hafta boyunca ağrınız, işlerinizi (ev veya ev dışı işlerinizi) ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

9) Aşağıdaki sorular son dört hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçiniz.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?					
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?					
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?					
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?					
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?					
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?					
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?					
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?					
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?					

10) Son dört hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- a) Her zaman
- b) Çoğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Çoğunlukla Bilmiyorum	Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

EK-3 Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ KHBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
05/10/2016 15:23 - 40580992 - 501.07.01 - E.20028
00031032672

Sayı : 40580992-501.07.01
Konu : Selda TIRAŞ'ın Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
(Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19 Kavacık Kavşağı 34810 Beykoz/İSTANBUL)

İlgi:10/08/2016 tarihli ve 31034136-302.08.01-12972 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Selda TIRAŞ'ın "**Yaşlı Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi**" konulu yüksek lisans tezi kapsamında; Genel Sekreterliğimize bağlı Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi'nde çalışma yapma talebi ile ilgili yapmış olduğu başvuru değerlendirilmiş olup, söz konusu araştırma konusundaki çalışmaların hizmeti aksatmayacak şekilde, gönüllülük esası, kişisel veriler ve özel hayatın korunması ile yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi ilkelerine dikkat edilmesi kaydıyla yapılması uygun görülmüştür.

Çalışmanın Üniversite tarafından kabul edilmesini müteakip bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Abdulkali KUMBASAR
Genel Sekreter V.

İstanbul İli Çekmece Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge
Birimi Zafer Mah.Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna/İSTANBUL
Faks No:

e-Posta: bilal.alegoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Biyolog Bilal ALEGÖZ İletişim: 0212
454 61 00 - 6410 Fax: 0212 454 61 61

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 40c64c09-ad14-48d1-86b0-03bb480f5816 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Bilal ALEGÖZ

Unvan: BİYOLOG

Telefon No:

11-ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9058
Konu : Etik Kurulu Kararı

23/06/2016

Sayın Selda Tıraş

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Yaşlı Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.06.2016 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 94D77F56XB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr






İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yaşlı Gonartrozlu Hastalarda Total Diz Protezinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Selda Tıraş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	20.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Karar Bilgileri	Karar No: 331	Tarih: 22/06/2016				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Selda
Soyadı	Tıraş
E-mail	selda_inaloz_01@windowlive.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	Adana Çukurova Üniversitesi	2013
Lise	Adana Danişment Gazi Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Servis Hemşiresi	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	11.2015-
Yoğun Bakım Hemşiresi	İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medipol Üniversitesi	01.2014-11.2015

Yabancı diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
Microsoft Office Word	İyi
SPSS	İyi

