



Kronik ortopedik hastaların kaygı düzeylerinin incelenmesi

Bilal DEMİR, Sarper GÜRSU, Timur YILDIRIM, Turgay ER

Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı kronik ortopedik hastaların kaygı düzeylerini etkileyen değişkenleri değerlendirmek ve tedavileri için motivasyon yöntemleri geliştirmektir.

Çalışma planı: Çalışmaya konservatif tedaviye cevap vermeyen ve en az bir yıldır devam eden ortopedik hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi kararı verilen veya ortopedik cerrahi girişim sonrası komplikasyon geliştirerek yeni bir cerrahi girişim amacıyla hastaneye yatırılan 100 hasta (55 erkek, 45 kadın; ortalama yaş: 46.8, dağılım: 18-83) alındı. Hastaların ruhsal durumları Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*) TX 1 ve 2 formları ile yapıldı. Veriler SPSS 11.0 programı ile analiz edilerek ANOVA, Tukey, t ve post hoc testleri ile değerlendirildi. P değeri anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak alındı.

Bulgular: Durumluk kaygı puanları ortalaması 43.08, sürekli kaygı puanları ortalaması 42.61 bulundu. Yirmi dört hastada depresyon, 29 hastada kaygı tipi ruhsal bozukluk saptandı. Dört hastada tedavi endikasyonu değiştirildi.

Çıkarımlar: Kronik ortopedik hastalarda mental sorun ve davranış bozuklukları oldukça yaygındır. Bu nedenle, tedavi yöntemlerinin hastalığın psikolojik ve sosyal boyutlarını da içeren biyo-psiko-sosyal modelde kurulması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Biyo-psiko-sosyal tedavi; kaygı düzeyi; kronik ortopedik hastalık.

Çalışmanın yapıldığı merkezin istatistiklerine göre; kronik ortopedik hastalıklar nedeniyle tedavi olan hastaların sayısı yıllar içinde artış göstermiştir. Literatürde de bildirildiği gibi, bu hastalar, hastalıklarının uzun süreli etkisi ile psikosomatik mental ve/veya davranış bozuklukları geliştirmeye yatkın bir hale gelmektedirler.^[1,2] Bu hastalar, kronik ortopedik hastalıkları ve fiziksel kısıtlılıkları nedeniyle daha önceden toplumda üstlendikleri rolleri gerçekleştirememektedirler. Bu nedenle, ortopedik hastalıklarının yanı sıra psiko-sosyal komplikasyonlarla da karşılaşan hastaların tedavisi tek-

nik, ekonomik ve psiko-sosyal zorluklar da içermektedir.^[3-5]

Tedavi yöntemlerinin teknik ve ekonomik boyutları daha çok tedavi sistemlerine bağlı iken, psiko-sosyal boyutları ise daha çok hastaya bağlıdır. Geleneksel tedavi yaklaşımlarında, hastanın psiko-sosyal sorunları yeterince dikkate alınmamaktadır. Bunun sonucunda da, tedavi yöntemleri mükemmel bir şekilde uygulanırsa bile başarısız olabilmektedir. Literatürde kronik medikal hastalıklar sonucu ortaya çıkan psikosomatik hastalıklar yeterince incelenmiş de olsa, kronik ortopedik

Yazışma adresi: Dr. Bilal Demir, Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Rumeli Hisarı Cad. No. 62, Baltalimanı 34470 İstanbul.

Tel: 0212 - 323 70 76 e-posta: bilalbirkan Demir@yahoo.com

Başvuru tarihi: 02.10.2011 **Kabul tarihi:** 05.07.2012

©2012 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aottt.org.tr adresinde
doi:10.3944/AOTT.2012.2756
Karekod (Quick Response Code):



hastalıklar ile ilgili ortaya çıkan benzeri sorunlar yeterince irdelenmemiştir.

Bu çalışmamızda kronik ortopedik hastalıklar ile birlikte ortaya çıkan ve göz ardı edilmesi sonucu ortopedik tedavileri olumsuz etkileyen psiko-sosyal parametreleri inceledik.^[6-8]

Hastalar ve yöntem

Çalışmaya konservatif tedaviye cevap vermeyen ortopedik hastalığı en az bir yıldır devam eden ve cerrahi tedavi kararı verilen veya cerrahi tedavi sonrası komplikasyon geliştirerek yeni bir cerrahi girişim kararı verilerek hastaneye yatan 100 hasta (55 erkek, 45 kadın; ortalama yaş: 46.8, dağılım: 18-83) alındı. Yaşı 85'ten büyük, 18'den küçük olan hastalar veya travma nedeni ile acil servislerde yatan olgular çalışma dışında tutuldu. Etik kurul onayı sonrası çalışma hakkında hastalara bilgi verilerek sözel onayları alındı.

Çalışma, her katılımcı için ayrı ayrı ve karşılıklı görüşme şeklinde, tanımlayıcı nitelikte iki bölüm halinde gerçekleştirildi. Birinci bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki eğitim gibi sorular ile sosyo-demografik özellikler incelendi. İkinci bölümde ise sağlık personeli ile ilişkiler, fiziksel kısıtlılık, boş zaman aktiviteleri ve yatış şekli gibi konuları irdeleyen anket çalışması yapıldı (Tablo 1). Son olarak, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*) TX 1 ve 2 formları ile hastaların ruhsal durumları değerlendirildi.^[9] STAI, durumluk kaygı puanı (DKP) ve sürekli kaygı puanının (SKP) ölçüldüğü iki ölçekten oluşur. Bu testte, yüksek puanlar artan kaygıyı, 60 ve üzeri puanlar patolojik kaygı durumunu göstermektedir.

Elde edilen veriler SPSS 11.0 programı ile işlenerek istatistiksel sonuçlar elde edildi. Ortalama ve standart sapmalar ANOVA yöntemi ve Tukey, Student t ve post hoc testleri ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p \leq 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Ortalama DKP 43.1 (dağılım: 39.7-45.6), ortalama SKP 42.61 (dağılım: 39.7-45.6) olarak kaydedildi. Kadın hastaların DKP ve SKP'lerinin erkek hastalarından anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu görüldü ($p=0.029$). Daha uzun süredir yatan hastaların ise DKP puanları daha düşük idi (Tablo 1 ve 2). Olguların 23'ünde kaygı, 19'unda depresyon, 21'inde öfke ve 14'ünde paronoid düşünce reaksiyonları izlendi. Tüm olguların 38'inde bu tip reaksiyonlardan en az biri mevcuttu. Buna göre, 28 hasta cerrahi öncesi psikolojik destek aldı. Üç hastanın tedavisi ortopedik tedavileri tamlandıktan sonra ortalama 7 ay daha devam etti.

Çalışmaya katılan hastaların %22'sinin öğrenim düzeyi ilkökul seviyesindeydi. Bu hastaların DKP ortalamaları öğrenim düzeyleri yüksek diğer hastalardan anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.039$) (Tablo 3). Planlı veya cerrahi komplikasyon nedeniyle yatışlara göre DKP ve SKP puanları arasında önemli bir fark bulunmadı. Tedavisi daha önce başka merkezlerde yapılan hastaların DKP ve SKP'leri, aynı merkezde cerrahi sonrası komplikasyon nedeniyle tekrar yatan hastalara göre daha yüksekti (Tablo 1).

Hastaların %36'sı hastane personeli ile sorun yaşadıklarını bildirdi. Bu hastalarda kaygı ve depresyon gibi reaksiyonlar daha yaygındı. Hastalarda daha önceden yapılan ameliyat sayısı arttıkça DKP ve SKP'leri de daha yüksek değerler almıştı. Hastalardan %5'i fiziksel çevre koşullarının fiziksel hareketlerini kısıtlayıcı nitelikte olduğunu bildirdi. Bu hastaların kaygı puanı ortalamaları anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0.002$) (Tablo 1 ve 3).

Hastaların %48'i tedavi aralarında boş zamanlarını değerlendirmek için herhangi bir uğraşları olmadığını belirtti. Boş zamanlarında hobi ve el işleri ile uğraşan hastaların DKP ve SKP değerleri daha yüksekti. Bu hastalarda fiziksel hareket kısıtlılığı büyük endişe kaynağı idi. Dinlenme ve sohbet etme gibi faaliyetler ile vakit geçiren hastaların DKP ve SKP değerleri arasında anlamlı farklar görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tartışma

Ortopedi ve travmatoloji bilimi sınırları içinde yapılan değerlendirme ve tedavi faaliyetleri sıklıkla ortopedi sınırlarını aşarak diğer uğraşı alanlarına da yayılmaktadır. Bu durumun dikkate alınmaması uygulanan tedavilerin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olabilmektedir. Kronik ortopedik hastalarda gelişen olumsuz ruhsal tepkiler kişinin fizyoloji ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda da mental uyum bozukluğu, kaygı ve depresyon gibi psikolojik reaksiyonlar ortaya çıkabilmektedir. Biz tedavi planlaması yapılırken bu noktaların da dikkate alınmasının hastalığa değil ama hastaya uygun bir tedavi şeklinin belirlenmesinde yardımcı olacağını düşünüyoruz.^[10-13]

Kronik ortopedik hastalarda uzun süreli fiziksel yetmezlik, yaşam biçimi ve toplumsal rollerde kesintiye neden olmaktadır. Bu ortamda iyileşme süreci de baskılanmaktadır.^[14] Bu nedenle, mental ve toplumsal stres kaynaklarının kontrol edilmesi uygulanan tedavinin başarısı için gereklidir. Bu tedavi yaklaşımı biyopsiko-sosyal tedavi modeli olarak da adlandırılmaktadır.^[15] Uygun psikolojik destek, erken işbirliği ve zamanında müdahale medikal tedavinin etkisini arttırmaktadır. Kaygı düzeylerinin ölçülerek nedensel değerlendirilmesi

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik, hastaneye yatış durumları, hastane personeli ile ilişkileri ve diğer özellikleri.

Değişken	n	%	STAI-1		STAI-2		
			Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Yaş	18-20	7	7	43.42	5.96	39.85	8.35
	21-23	19	19	41.47	5.50	43.00	6.07
	24-35	11	11	44.27	7.45	44.90	4.54
	36-45	16	16	42.93	7.79	42.50	7.33
	46-55	12	12	45.41	5.36	39.41	5.35
	56-65	21	21	43.61	7.10	43.61	5.66
	66-74	8	8	41.87	8.93	43.50	8.31
	75-85	6	6	41.00	5.86	42.33	5.46
Cinsiyet	Kadın	45	45	44.68	6.52	43.77	5.99
	Erkek	55	55	41.76	6.62	41.98	6.55
Öğrenim durumu	İlk	22	22	45.59	6.92	42.27	6.43
	Orta	19	19	39.68	5.87	39.31	6.93
	Lise	42	42	43.30	6.50	43.75	5.18
	Yüksekokul	15	15	42.73	7.10	45.20	7.15
	Üniversite	2	2	41.50	3.53	38.00	2.82
Çalışma durumu	İşi var	22	22	41.45	6.71	41.86	6.62
	Öğrenci	5	5	43.20	5.16	41.20	6.22
	Ev hanımı	31	31	44.96	7.27	43.04	7.05
	Emekli	25	25	42.72	6.76	43.25	5.77
	İşsiz	17	17	41.58	6.03	42.70	6.30
Medeni durum	Evli	61	61	43.42	7.04	42.91	6.41
	Bekar	31	31	42.64	6.17	42.19	5.87
	Dul	8	8	42.12	6.70	41.87	7.82
Hastaneye yatma	Komplikasyon sonrası	37	37	42.56	6.63	42.35	5.90
	Planlı yatış	63	63	43.38	6.78	42.76	6.59
Hastanede yatış süresi	1-10 gün	41	41	43.92	5.70	43.62	6.32
	10-20 gün	35	35	42.80	7.04	43.51	6.20
	>20 gün	24	24	42.04	7.83	40.75	6.34
Daha önce hastanede yatış	Evet	69	69	43.75	6.58	43.01	6.47
	Hayır	31	31	41.58	6.85	41.70	5.95
Düzenli ziyaretçi	Evet	99	99	43.07	6.74	42.71	6.25
	Hayır	1	1	45.00	-	42.00	-
Doktorlarla ilgili sorun yaşama	Evet	21	21	43.09	6.64	42.61	4.40
	Hayır	79	79	42.34	6.74	42.60	6.75
Hemşire ile sorun yaşama	Evet	30	30	44.16	6.29	44.50	5.27
	Hayır	70	70	42.61	6.87	41.80	6.58
Hastabakıcılar ile sorun yaşama	Evet	26	26	43.85	7.02	43.19	5.89
	Hayır	74	74	43.13	6.67	42.45	6.45

rin ortaya çıkarılması uygun psikolojik destek ve tedavi alternatifleri geliştirilmesini de sağlamaktadır. Bizim çalışmamıza katılan hasta grubunun bir kısmı için seçilen tedavi yöntemi hastanın psiko-sosyal durumunun değerlendirilmesinden sonra revize edildi veya tamamen değiştirildi.

Kronik ortopedik hastalarda uzun süreli fiziksel kısıtlılık, bağımlı yaşama korkusu, zaman ve para kaybı,

tedavi harcamaları gibi olumsuz koşullar depresyon, kaygı veya bunların kombinasyonlarına neden olmaktadır.^[16] Çalışmamızdaki hastaların 19'unda depresyon, 23'ünde kaygı, 21'inde öfke-düşmanlık, 14'ünde paranoid düşünce saptanmıştı. Bu tür hastalarda tedaviye karşı direnç de mevcuttu. Bu durum anlaşılmadan uygulanan tedavi yöntemi başarısızlık ile sonuçlanabilir. Bunun da en çarpıcı örneği eksternal fiksator tedavisinde izlenebilmektedir.^[16,17] Bu anlamda bazı olgularımız-

Tablo 2. Hastaların cinsiyet ve fiziksel kısıtlılıklarından kaynaklanan kaygı düzeylerinin puanlaması.

		n	Ortalama kaygı düzeyi puanı	İndeks değeri	t	p
Cinsiyet	Kadın	45	446.889	98	2.111	0.029
	Erkek	55	417.636	98		
Fiziksel aktivitelerde zorlanma	Evet	96	427.396	98	2.553	0.012
	Hayır	4	512.500	98		

Tablo 3. Hastaların öğrenim durumu ve hastane fiziksel koşullarının kaygı düzeyleri ile ilişkisi.

		Ortalama kaygı STAI-1 skoru	SS	f	p
Öğrenim seviyesi	Düşük	45.59	5.90	2.171	0.039
	Yüksek	39.68			
Çevre fiziksel koşullarının hastanın durumuna uygunluğu	Memnun	44.04	0.88	0.157	0.002
	Memnun değil	43.16			

da eksternal fiksator uygulamasını planlandıktan daha erken sonlandırdık. Hastalarımızın %4'ünde ise mental durumları nedeniyle tedavi değişikliğine gidildi. Merken de tedavi planlamasında hastaların psiko-sosyal uyumlarının yeterince dikkate alınmadığını vurgulamıştır.^[18] Birçok hasta tedavi personeli ile sorun yaşamakta ve karşılıklı güvensiz bir ortam oluşmaktadır. Bu nedenle, bize göre de, hastalığın değil hastanın tedavisi esastır.^[19,20] Ayrıca, bu tip olumsuz reaksiyon geliştiren hastaların diğer hastalar ile birlikte kalış sürelerinin mümkün olduğunca kısaltılması, diğer hastaların motivasyonlarının korunması için de gereklidir.

Cerrahi gibi büyük bir stres kaynağı, yatkınlığı olan hastalarda değişik psikiyatrik tablolar geliştirebilmektedir. Çalışmamıza katılan hastalardan sirküler fiksator tedavisi uygulanan 2 olguda tedavi tamamlanmadan tedavi sonlandırılmış, total diz endoprotezi uygulanan bir hastada da deliryum reaksiyonu gelişmişti. Bu nedenle, cerrahi sonrası tedavisi devam eden hastalarda belli aralar ile yapılacak psikolojik gözlem yararlı olabilir.

Eğitim düzeyi ile gelişen stres arasında pozitif korelasyon saptanmıştı. Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda DKP değerleri hastaneye yatış sürecinin başlangıcında daha yüksek değerler almaktaydı. Bu hastalar, zamanla, stres ile baş etmede etkin beceriler geliştirebilmişlerdir. Bu hastalarda bilgilendirme ve uygun psikolojik destek DKP değerlerini düşürmektedir. Literatürde hastaneye yatış sayısı ile DKP değerleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.^[21]

Sonuç olarak, bize göre, hastaların psikolojik durumlarını ve sosyal ortamlarını göz ardı eden tedavi yaklaşımları tedavinin etkinliğini büyük ölçüde azaltmaktadır. Bu açıdan, biyo-psiko-sosyal tedavi yöntem-

leri hastaların tedaviye ilişkin beklenti ve inanışlarının doğru şekilde anlaşılmasını sağlayarak tedavide başarı oranını yükseltmektedir.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H. Frequency of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital patients. [Article in German] Dtsch Med Wochenschr 1984;109:1438-42.
2. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2001;42:504-10.
3. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF, Burchett BM, Hays JC, Fillenbaum GG, et al. Sociodemographic characteristics of the neighborhood and depressive symptoms in older adults: using multilevel modeling in geriatric psychiatry. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:498-506.
4. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. Psychol Med 2005;35:1655-65.
5. Atik OA, Suluova F, Görmeli G, Yıldırım A, Ali Kh. A. Case report: insufficiency femoral fractures in patients undergoing prolonged alendronate therapy. Eklem Hastalık Cerrahisi 2010;21:56-9.
6. Ekşioğlu E, Gürçay E, Yüzer S, Bal A, Çakıcı A. Effects of exercise, spa and physical therapy methods on functional status, disease activity, and quality of life of patients with ankylosing spondylitis. Eklem Hastalık Cerrahisi 2007;18:24-8.
7. Benjamin LT Jr, Simpson JA. The power of the situation: The impact of Milgram's obedience studies on personality and social psychology. Am Psychol 2009;64:12-9.
8. Adang EM, Kootstra G, Baeten CG, Engel GL. Quality-of-life ratings in patients with chronic illnesses. JAMA 1997; 277:1038.
9. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No: 333; 1985.

10. Gibbons FX, Lane DJ, Gerrard M, Reis-Bergan M, Lautrap CL, Pexa NA, et al. Comparison-level preferences after performance: is downward comparison theory still useful? *J Pers Soc Psychol* 2002;83:865-80.
11. Hall LE, Tucker CM. Relationships between ethnicity, conceptions of mental illness, and attitudes associated with seeking psychological help. *Psychol Rep* 1985;57:907-16.
12. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL, Holzer CE 3rd. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health specialist services. *J Community Psychol* 1987; 15:275-84.
13. Hamilton A. Sexual problems in arthritis and allied conditions. *Int Rehabil Med* 1980;3:38-42.
14. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988;50:510-9.
15. Smilkstein G. Psychosocial influences on health. In: Rakel R. editor. *Textbook of family practice*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p. 46-54.
16. Yildiz C, Uzun O, Sinici E, Atesalp AS, Ozsahin A, Basbozkurt M. Psychiatric symptoms in patients treated with an Ilizarov external fixator. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 2005;39:59-63.
17. Young N, Bell DF, Anthony A. Pediatric pain patterns during Ilizarov treatment of limb length discrepancy and angular deformity. *J Pediatr Orthop* 1994;14:352-7.
18. Benjamin LT Jr. Why don't they understand us? A history of psychology's public image. *Am Psychol* 1986;41:941-6.
19. Rogers MP, Liang MH, Daltroy LH, Eaton H, Petzet J, Wright E, et al. Delirium after elective orthopedic surgery: risk factors and natural history. *Int J Psychiatry Med* 1989; 19:109-21.
20. Akarcali I, Tugay N, Erden Z, Atay A, Leblebicioglu G, Doral MN. Patellafemoral pain rehabilitation: Outcomes of a Home Based Program. *Ekleml Hastalik Cerrahisi* 2001;12: 56-60.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *The state-trait anxiety inventory: test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.