

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

**TOTAL DİZ ARTROPLASTİSİ UYGULANAN HASTALARDA
PERİOPERATİF BAKIM KALİTESİNİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI, KİNEZYOFOBİ VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Selda URFA

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2024

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

**TOTAL DİZ ARTROPLASTİSİ UYGULANAN HASTALARDA
PERİOPERATİF BAKIM KALİTESİNİN AMELİYAT SONRASI
AĞRI, KİNEZYOFOBİ VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Selda URFA

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN**

**ANKARA
2024**

ONAY SAYFASI**TOTAL DİZ ARTROPLASTİSİ UYGULANAN HASTALARDA PERİOPERATİF
BAKIM KALİTESİNİN AMELİYAT SONRASI AĞRI, KİNEZYOFOBİ VE
ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****Öğrenci: Selda URFA****Danışman: Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN**

Bu tez çalışması 01.07.2024 tarihinde jürimiz tarafından "Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR*
Atılım Üniversitesi

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Prof. Dr. Hatice AYHAN*
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Üye: *Doç. Dr. Çiğdem CANBOLAT SEYMAN*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Sevcan AVCI IŞIK*
Başkent Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

25 Temmuz 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

..01 / ...07... / 2024

(İmza)

Öğrencinin Adı SOYADI
SELDA URFA

¹⁾Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metodların kullandığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, omniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir ". Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

01/07/2024

Selda URFA

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde bilgi ve deneyimleriyle bana rehber olan ve akademik duruşunu örnek aldığım tez danışmanım sayın hocam Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN'e

Akademik hayata başlarken bana yol gösteren ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Çiğdem CANBOLAT SEYMAN'a

Yüksek lisansa başlamamda büyük etkisi olan beni ve çalıştığım klinikteki tüm hemşire arkadaşlarımı destekleyen değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Özgür YILDIRIM'a

Beni her zaman destekleyen, veri toplama aşamasına katkı sağlayan sevgili arkadaşlarım Saliha ERTÜRK ve Büşra BİNBOĞA'ya ve tüm hemşire arkadaşlarıma,

Ortopedi ameliyathanesi sorumlularım Yasemin CİCİBAŞ ve Saliha CENK'e

Tüm ortopedi ve travmatoloji kliniği asistan hekimlerine ve hocalarıma,

Her zaman bana destek olan hayatın zorluklarıyla mücadele ederken elimden tutan anneme ve babama, daima örnek olmaya çalıştığım, kendim için olduğu kadar onlar içinde mücadele ettiğim sevgili kız kardeşlerim Selin ve Seçil'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

URFA, S., Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2024. Bu çalışma, total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesinin kinezyofobi, ağrı ve anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla prospektif tanımlayıcı- ilişkisel tipte araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Ankara’da bir kamu hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 22 Ekim 2023-22 Nisan 2024 tarihleri arasında total diz artroplastisi uygulanan 279 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası, Tampa Kinezyofobi Ölçeği, Görsel Analog Skala, Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Oxford Diz Skoru kullanılmıştır. Verilerin analizinde tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirmesinde ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastaların %86’sı kadın ve yaş ortalaması $68,09 \pm 6,98$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda hastaların algıladıkları perioperatif hemşirelik bakımı kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($124,14 \pm 14,14$). Hastaların postoperatif erken dönemde orta düzeyde kinezyofobi ($38,75 \pm 6,72$) ve anksiyeteye ($37,66 \pm 9,44$) sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların ağrı puanı ortalamasının ise operasyon günü en yüksek ($VAS=5,80 \pm 1,90$) olduğu ve ağrının postoperatif birinci ve ikinci günde giderek azaldığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması ile postoperatif kinezyofobi, anksiyete ve ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Perioperatif hemşirelik bakımının kalitesinin artması, postoperatif erken dönemde kinezyofobi, anksiyete ve ağrı düzeylerinde azalma sağlamaktadır. Total diz artroplastisi uygulanan hastalara perioperatif süreçte sağlanan nitelikli hemşirelik bakımının, kinezyofobi, anksiyete ve ağrının yönetimini kolaylaştırarak, postoperatif hasta sonuçlarına ve fonksiyonel durumun iyileşmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, anksiyete, kinezyofobi, perioperatif hemşirelik, total diz artroplastisi

ABSTRACT

URFA, S., Evaluation of the Relationship Between Perioperative Care Quality and Postoperative Pain, Kinesiophobia and Anxiety in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty. Master's Thesis in Surgical Diseases Nursing, Graduate School of Health Sciences, Hacettepe University, Ankara, 2024. This study was conducted as prospective descriptive-correlational research with the aim of examining the relationship between the quality of perioperative care and kinesiophobia, pain, and anxiety in patients undergoing total knee arthroplasty. The study was carried out with 279 patients who underwent total knee arthroplasty at the Orthopedics and Traumatology Clinic of a state hospital in Ankara between October 22, 2023, and April 22, 2024. Data were collected using the Patient Introductory Features Form, the Quality of Perioperative Nursing Care Scale, the Tampa Scale for Kinesiophobia, the Visual Analog Scale, the State-Trait Anxiety Inventory, and the Oxford Knee Score. One-way analysis of variance, independent groups t-test, and Pearson correlation analysis were used to analyze the data. Among the patients included in the study, 86% were women, and the mean age was 68.09 ± 6.98 . The results of the study indicated that the perceived quality of perioperative nursing care was high (124.14 ± 14.14). Patients were found to have moderate levels of kinesiophobia (38.75 ± 6.72) and anxiety (37.66 ± 9.44) in the early postoperative period. The mean pain score was highest on the day of the operation ($VAS=5.80 \pm 1.90$) and gradually decreased on the first and second postoperative days. A statistically significant relationship was found between the average score of quality perioperative nursing care and postoperative kinesiophobia, anxiety, and pain scores ($p < 0.05$). An increase in the quality of perioperative nursing care resulted in a decrease in kinesiophobia, anxiety, and pain levels in the early postoperative period. It is thought that providing high-quality nursing care during the perioperative period to patients undergoing total knee arthroplasty will facilitate the management of kinesiophobia, anxiety, and pain, thereby contributing to improved postoperative patient outcomes and functional status.

Keywords: anxiety, kinesiophobia, pain, perioperative nursing, total knee arthroplasty

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Osteoartrit	6
2.2. Diz Osteoartriti	7
2.2.1. Diz Osteoartriti Patofizyolojisi	8
2.2.2. Diz Osteoartritinin Tanı ve Tedavisi	8
2.3. Total Diz Artroplastisi	10
2.3.1. Total Diz Artroplastisi Komplikasyonları	14
2.4. Total Diz Artroplastisinde Perioperatif Hemşirelik Bakımı	15
2.4.1. Preoperatif Hemşirelik Bakımı	15
2.4.2. İntraoperatif Hemşirelik Bakımı	18
2.4.3. Postoperatif Hemşirelik Bakımı	19
2.5. Total Diz Artroplastisinde Fonksiyonel Sonuçları Etkileyen Uygulamalar	22
2.6. Total Diz Artroplastisi Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete	24
2.6.1. Ağrı	24
2.6.2. Kinezyofobi	24
2.6.3. Anksiyete	25
2.7. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı ve Hasta Sonuçlarına Etkisi	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	30
3.5. Araştırmanın Uygulaması	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	34
4. BULGULAR	35
4.1. Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
4.2. Hastaların Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımına, Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular	37
4.3. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımının Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı, Anksiyete, Ameliyatla İlgili Özellikler ve Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikler ile İlişkisine Ait Bulgular	39
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
6.1. Sonuçlar	51
6.2. Öneriler	52
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	64
EK-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-2. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	
EK-3. Tampa Kinezyofobi Ölçeği	
EK-4. Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale –VAS)	
EK-5. STAI Durumluk- Kaygı Ölçeği	
EK-6. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası Kullanım İzni	
EK-7. Tampa Kinezyofobi Ölçeği Kullanım İzni	
EK-8. STAI Durumluk-Kaygı Ölçeği Kullanım İzni	
EK-9. Oxford Diz Skoru Kullanım İzni	
EK-10. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Belgesi	

EK-11. Aydınlatılmış Onam ve Katılımcının Beyanı

EK-12. Turnitin Raporu

EK-13. Turnitin Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

84

SİMGELER ve KISALTMALAR

BKİ	:Beden Kitle İndeksi
DVT	:Derin Ven Trombozu
ERAS	: Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery)
HKA	:Hasta Kontrollü Analjezi
KPHBS	:Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası
NMES	: Nöromusküler Elektrik Stimülasyonu
NSAİİ	:Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
TDA	:Total Diz Artroplastisi

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Diz Artroplastisinde Hasta Pozisyonu (araştırmacının arşivinden)	12
2.2.	Total Diz Artroplastisinde Cerrahi Teknik (araştırmacının arşivinden)	13

TABLULAR

Tablo		Sayfa
2.1.	Osteoartrit Risk Faktörleri	7
2.2.	Amerikan Romatoloji Derneği Diz Osteoartriti Tanı Kriterleri ve Kellgren-Lawrance Skalası	9
2.3.	Total Diz Artroplastisi Endikasyon ve Kontrendikasyonları	11
4.1.	Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri	35
4.2.	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	37
4.3.	Hastaların Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri	38
4.4.	KPHBS Puanlarının, Tampa Kinezyofobi Ölçeği, VAS ve Durumluk-Kaygı Ölçeği Puanları ile İlişkisi	39
4.5.	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Ameliyata İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	41
4.6.	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanlarının İlk Mobilizasyona Kadar Geçen Süre, Hasta Kontrollü Analjezi ve Dren Kullanım Süresi ile İlişkisi	42
4.7.	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması	43

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Osteoartrit özellikle yük taşıyan eklemlerde ortaya çıkan eklemi oluşturan tüm yapıların bozulmasıyla karakterize non inflamatuvar, kronik, dejeneratif bir hastalıktır (1). Osteoartrit, eklem hastalıkları içinde en sık görülen hastalıklardan biri olup, en yaygın görülen osteoartrit tipi ise diz osteoartritidir (2). Diz osteoartritinin görülme oranı yaşla beraber artmakla birlikte özellikle cinsiyet, kilo, genetik faktörler, aktivite azlığı gibi faktörlerden etkilenmektedir (2). Dünyada yaşlı nüfus oranının artması osteoartriti daha sık görülen ve önemli bir sorun haline getirmiştir. Amerika'da yaşlı popülasyonun fonksiyonel yetersizliğinin en önemli nedeni diz osteoartritidir (3). Amerika'da 65 yaş üstü popülasyonda, kadınlarda %42,1 erkeklerde %31,2 oranında diz osteoartriti görüldüğü bildirilmektedir (4).

Diz osteoartriti primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer diz osteoartriti daha çok idiyopatik sebeplerle ortaya çıkan osteoartrit tipidir. Bu tip osteoartrit, eklem hiyalin kıkırdağın hasarlanması ve eklem fonksiyonlarının azalmasıyla karakterizedir. Sekonder osteoartrit ise daha önceden geçirilmiş mikro ve makro travmalar, çeşitli bağ dokusu hastalıkları, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, geçirilmiş eklem içi enfeksiyonlar nedeniyle gelişmektedir (5). Diz osteoartriti diz eklemının medial, lateral, patellofemoral komponentlerini etkilemektedir. Bu üç eklem komponenti yürüme, günlük aktiviteleri yapabilme ve ayakta durabilme fonksiyonlarının diz eklemindeki primer sağlayıcılarıdır. Bu komponentlerde oluşan dejenerasyon nedeniyle hiyalin kıkırdağ kaybı sonucunda hastalarda ortaya çıkan ilk bulgu ağrıdır (6). Keskin, batıcı tarzda, hareketle artan, sabah eklem tutukluğu gösteren bu ağrının hafiften şiddetliye doğru geniş bir skalası vardır (7). Hastalığın ortaya çıkardığı ağrı, şişlik, ödem diz ekleminde hareket kaybına ve hastanın yürüme, merdiven çıkma ve inme, günlük işleri gerçekleştirmede problem yaşamasına, hareketsizlik ve azalmış kas gücü nedeniyle fonksiyonel durumda bozulmaya ve sakatlıklara neden olmaktadır. Hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bu fiziksel yetersizlikler psikolojik problemleri de beraberinde getirmektedir (2, 8). Hastada, yorgunluk, depresyon, kaygı, hareket korkusu gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır (9, 10).

Diz osteoartritinin tedavi seçenekleri farmakolojik olmayan, farmakolojik ve cerrahi tedavi olarak sınıflandırılmakta ve tedavi şekli hastanın yaşı, ek hastalıkları, kilosu ve osteoartrit etiyojisine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Farmakolojik olmayan tedavide ilk basamak hastaya osteoartrit eğitiminin verilmesidir (11). Eğitim kapsamında, hastaya osteoartrite bağlı olarak gelecekte yaşayabileceği durumlar ve osteoartritin ilerlemesini önlemek ya da yavaşlatmak için yapılması gerekenler anlatılır. Bu doğrultuda hastaya günlük egzersiz programları, yüzme aktiviteleri, düz yolda kısa mesafe yürüyüşler ve kas güçlendirici fizik tedavi programlarının anlatılması ve uygulanması, obez hastaların kilo vermelerinin sağlanması osteoartritin ilerlemesini yavaşlatabilir (12). Ekleme binen yükü azaltacağından hastaya günlük hayatında baston gibi bir destek kullanması önerilir. Osteoartritin farmakolojik tedavisinde, evre 1 ve 2 osteoartritte ilk aşamada ağrının azaltılması için parasetamol preparatların kullanımı önerilir (13). Ağrının parasetamol ile kontrol altına alınamadığı durumlarda nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ikinci aşamada yer alır. Diz osteoartritinin cerrahi tedavisinde, yumuşak doku ameliyatları (sinovyektomi), düzeltici kemik osteotomileri ve total diz artroplastisi (TDA) ameliyatları yer almaktadır. Bu tedavi yöntemleri arasında TDA halen cerrahi tedavide ilk seçenek olmayı sürdürmektedir (14). TDA sonrası hastalarda ameliyat öncesine göre ağrı düzeyi azalmakta ve ekstremitte işlevleri iyileşmektedir. Hastanın merdiven inip çıkabilme, uzun mesafe yürüyüşlerde ağrısız hareket edebilme gibi günlük yaşam aktivitelerinde önemli ölçüde bir iyileşme görülmektedir (15). Ameliyatı takiben erken dönemde kas gücünün kazanılması hastaların ağrısını azaltmakta ve günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı bir dönüş sağlamaktadır (16). Timmer ve ark. çalışmasında (2019) günlük postoperatif bakıma yönelik eğitimin TDA'yı takiben dört hafta içinde hastaların ağrı düzeylerini önemli ölçüde azalttığı, ayrıca fiziksel fonksiyonları, yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini kendi kendilerine gerçekleştirme becerilerini arttırdığı bulunmuştur (17). Etkili ağrı yönetiminin, daha iyi ve daha erken fonksiyonel iyileşme sağladığı ve kronik ağrıyı önlediği belirtilmektedir (18). TDA uygulanan hastalarda, ameliyat öncesi döneme ilişkin bazı psikososyal faktörler de TDA sonrası fonksiyonel sonuçları etkilemektedir (19). Hastaların özellikle ameliyat sonrası yürüme döneminde ağrı duyma korkusu fonksiyonel sonuçları olumsuz etkileyen önemli faktörlerden biridir. Ameliyat öncesi korku, ameliyat sonrası hareket

ve geri kazanımları etkilemektedir (20). Ağrı ve hareket korkusu olarak bilinen kinezyofobi, TDA sonrası hastanın günlük aktivitelerindeki kazanımları kaybetmesine neden olabilmektedir (21, 22). Filardo ve ark. (2017) çalışmasında kinezyofobinin diğer fizyolojik ve psikolojik faktörlerden bağımsız olarak fonksiyonel diz skorlarını önemli ölçüde etkilediği ve buna yönelik preoperatif dönemde uygulanan bakımın hastaların fonksiyonel durumunu iyileştirdiği bildirilmiştir (23). Güneydeniz ve ark. (2017) kinezyofobinin TDA uygulanan hastaların erken dönem sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmada kinezyofobisi olan hastalarda fonksiyonel sonuçların daha kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca, kinezyofobiyi azaltmak için çeşitli disiplinlerin bir arada çalışması ve hastalara bu konuda eğitimlerin verilmesi önerilmiştir (24). TDA uygulanacak hastalarda preoperatif kinezyofobi, anksiyeteyi de beraberinde getirmektedir (25). Vogel ve ark. (2022) çalışmasında, anksiyete, depresyon ve kinezyofobinin birbirini tetiklediği ve bu durumun ameliyatın fonksiyonel sonuçları üzerine negatif etkisi bulunduğu saptanmıştır (25). TDA sonrası hastaların anksiyetelerinin yüksek seviyede olması fonksiyonel sonuçları etkileyen faktörlerden bir diğeridir (26). TDA uygulanan hastalar; ameliyat sonucunun bilinmemesi, ameliyatla ilgili yeterince bilgilendirme yapılmaması gibi nedenlerle anksiyete yaşayabilmekte ve bu durum artan ağrı, gecikmiş taburculuk, geç yara iyileşmesine kadar birçok olumsuz duruma sebep olabilmektedir (27). George ve ark. (2022) 2638 hasta üzerinde yaptığı çalışmada kronik ağrı yaşayan hastaların anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu ve bu hastalarda fonksiyonel sonuçların da daha kötü olduğu belirtilmiştir (28). Pinto ve ark. (2013) çalışmasında ameliyat sonrası kaygı ile akut ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (29). Filardo ve ark. (2017) çalışmasında da özellikle kadınlarda depresyonla kinezyofobinin anksiyeteyi arttırdığı ve fonksiyonel sonuçları kötüleştirdiği ortaya konmuştur (23).

Total diz artroplastisi sonrası hastaların genel memnuniyetinin ve fonksiyonel sonuçların en güçlü belirleyicisi perioperatif süreçte verilen hemşirelik bakımının kalitesidir (30). Perioperatif hemşirelik bakımı, hastanın bireyselleştirilmiş bakım gereksinimlerinin belirlenmesini ve bu gereksinimlerin bütüncül bir yaklaşımla preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemde karşılanmasını içermektedir (31). Perioperatif hemşirelik bakımı kapsamında hastaların perioperatif süreçte ağrı yönetiminin, fiziksel konforunun ve tedavi süreciyle ilgili yeterli bilgilendirilmesinin

sağlanması postoperatif sonuçları olumlu etkilemektedir (32, 33). Bruckenthal ve ark. (2016) çalışmasında ameliyat sonrası dönemde ağrı, anksiyete ve kinezyofobinin hemşirelik bakımıyla azaldığı ve hasta sonuçlarını iyileştirdiği, hastaların günlük aktivitelerine dönüşünün hızlandığı bildirilmiştir (34). Aktaş ve Karabulut (2020) çalışmasında perioperatif hasta konforunun, perioperatif hemşirelik bakımının kalitesinden etkilendiği belirtilmiştir (35). İbrahimoglu ve ark. (2023) eklem artroplastisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada, ameliyat sırasındaki bakım kalitesi arttıkça ameliyat sonrası konfor düzeyinin de arttığı bulunmuştur (36). Koçak ve Akbuğa (2022), perioperatif bakım kalitesi ve memnuniyet arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ve bakım kalitesi arttıkça memnuniyetinde arttığını ortaya koymuştur (37).

Total diz artroplastisi sonrası yaşanan ağrı, kinezyofobi ve anksiyete hastaların fonksiyonel durumunu önemli ölçüde etkilemektedir. TDA sonrası yaşanan bu problemlerin hastaya perioperatif süreçte sağlanan bakımın kalitesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde kaliteli perioperatif hemşirelik bakımının postoperatif hasta sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmektedir (34-36). Bunun yanı sıra, TDA uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesini değerlendiren ve bakım kalitesinin ağrı, kinezyofobi ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. TDA uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesinin ameliyat sonrası ağrı, kinezyofobi ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen çalışmalara gereksinim olduğu görülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesinin ameliyat sonrası ağrı, kinezyofobi ve anksiyete ile ilişkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- Total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesi, ağrı, kinezyofobi ve anksiyete ne düzeydedir?
- Total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesiyle kinezyofobi arasında ilişki var mıdır?

- Total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesiyle ağrı arasında ilişki var mıdır?
- Total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesiyle anksiyete arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Osteoartrit

Osteoartrit eklem kıkırdaklarının patolojik değişimi ve harabiyetiyle kendini gösteren, eklemi oluşturan kemik kenarlarında değişikliklerle ortaya çıkan heterojen bir eklem hastalığı grubudur (1, 38, 39). Osteoartrit kronik, ilerleyici ve ağrıyla ortaya çıkan, hasta yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen bir hastalık grubu olup günlük iş ve güç kaybına neden olması, tekrarlayan tedavi giderlerinin artması nedeniyle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir ekonomik yük nedenidir (40). Amerika Birleşik Devletleri'nde 30 milyon erişkin ve tüm dünyada 300 milyon osteoartrit tanılı hasta olduğu ve hastaların ağrılarının ve fonksiyon kayıplarının giderilmesi amacıyla yapılan tedavilerin 300 milyar dolar civarında olduğu bildirilmektedir (40, 41). Tüm dünyada 60 yaş üstündeki erkek nüfusun %10' unun , kadın nüfusunun ise %18-30' unun bu hastalıktan etkilendiği bildirilmektedir (8, 39).

Osteoartrit, inflamatuvar ve metabolik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık bir fizyopatolojiye sahiptir. Sinoviyit ve sistemik inflamasyon patolojide önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte vücut ağırlığının artışı ve eklem biyomekaniğinin bozulması osteoartrit etiyolojisinde yer almaktadır. Osteoartrit, primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer osteoartrit, idiyopatik olarak nitelendirilen sebebi bilinmeyen osteoartrit türüdür. Sekonder osteoartrit ise travma, obezite veya sistemik inflamatuvar hastalıklara bağlı olarak gelişmektedir (38, 40). Osteoartrit gelişiminde tüm dünyada kabul edilen belirli risk faktörleri Tablo 2.1.' de gösterilmiştir (38, 39, 42).

Tablo 2.1. Osteoartrit Risk Faktörleri

- Yaş >50
- Obezite
- Eklem travması
- Genetik yatkınlık
- Düşük seks hormon seviyeleri
- Kas zayıflığı
- Tekrarlayan travma (aşırı kullanıma bağlı)
- Enfeksiyon
- Kristal depo hastalıkları
- Akromegali
- İnflamatuar artrit öyküsü
- Metabolik hastalıklar (Alkaptanüri, hemokramatozis)
- Hemoglobinopatiler
- Nöropatik hastalıklar (Diyabetes mellitus, tabes dorsalis)
- Eklem anomalileri (Gelişimsel kalça displazisi)
- Kemik hastalıkları (Paget, avasküler nekroz)
- Geçirilmiş cerrahiler (Menisektomi)

Osteoartrit, diz, kalça, servikal ve lomber omurga faset eklemleri ve birinci metatarsofalangeal eklemden sık olarak görülmekte olup, bunlar arasında ise en yaygın olanı diz OA'dır (43, 44).

2.2. Diz Osteoartriti

Diz osteoartriti, diz ekleminde tibiofemoral ve patellofemoral eklemlerin fonksiyon kaybıyla ortaya çıkan, ağrı ve fonksiyon kaybı nedeniyle hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır (45). 60 yaş ve üzeri kadınların kabaca %13'ünde ve erkeklerin %10'unda semptomatik diz OA görülmektedir. 70 yaşın üzerindeki kişilerde görülme sıklığı %40'a kadar çıkmaktadır (46, 47). Türkiye'de yapılan bir çalışmada diz osteoartriti kadınlarda %22,5, erkeklerde ise %8 oranında görüldüğü rapor edilmiş, 55 yaş üstü erişkinlerde ise görülme oranı %13 olarak bildirilmiştir (48).

2.2.1. Diz Osteoartriti Patofizyolojisi

Diz osteoartriti erken dönemde zayıflayan kıkırdağın degenerasyonu gibi görünse de aslında tüm eklemi etkileyen matris proteaz enzimlerinin önemli rol oynadığı kompleks bir patofizyolojiye sahiptir. Eklemde oluşan inflamasyon sitokinler, interlökin 6 ve TNF α gibi maddelerin salınımına sebep olmaktadır. Aynı zamanda metalloproteinaz enzimleri eklem kıkırdağındaki dejenerasyonun önemli faktörleridir. Kıkırdağ matrisinde vasküler yapılar bulunmazken subkondral kemik dokuda damar ağına sahip bir yapı vardır. Kıkırdağ dokuda oluşan kayıplar vasküler yönden zengin subkondral dokuda değişiklikleri başlatır. Özellikle kemikteki trabeküler yapının geçiş zonları bozularak subkondral kistler ve osteofitler ortaya çıkar. Diğer bir patolojik değişiklik sinovya meydana gelir. Osteoartritin erken evresinde sinovyal hücre proliferasyonu ve sinovya hipertrofisi sıklıkla görülür. Sinovya hücreleri inflamatuvar mediyatörleri ve yıkıcı enzimleri salgılar. Bu mediyatörler sebebiyle de eklemdeki dejenerasyon ve artrit artar (8, 40, 49).

2.2.2. Diz Osteoartritin Tanı ve Tedavisi

Diz osteoartritin tanısı klinik, laboratuvar ve radyolojik testler ile konulmaktadır. Hastanın hikayesinde uzun süren diz ağrısı, 50 yaş üzerinde olma, 30 dakikadan az süren eklem katılığı, fizik muayenede eklemde krepitasyon, kemik hassasiyeti olması tanılamada önemlidir. Hastanın klinik bulgularında günlük yaşam fonksiyonlarının ağrı nedeniyle kısıtlanması belirgin olup, yürüme, merdiven çıkma, oturma ve oturlan yerden kalkma fonksiyonlarında hastalar sıklıkla istirahatle azalır hareketle artan ağrıdan şikayet etmektedir (50). Laboratuvar testlerinde yükselmiş sedimentasyon, eklem aspirasyonu sıvısının berrak visköz kıvamda olması tanı konulmasına yardımcıdır (38). Tablo 2.2.'de Amerikan Romatoloji Cemiyeti'nin (American College of Rheumatology) osteoartrit tanı kriterleri bulunmaktadır. Bu kriterlerin 1-2-3-4. veya 1-2-5. veya 1-4-5. maddelerinin hastada bulunması diz osteoartritin tanılanmasında önemlidir (38, 51). Diz osteoartritin radyolojik evrelemesinde ise çoğunlukla beş evreye sahip Kellgren-Lawrance skalası Tablo 2.2.'de gösterilmiştir (50).

Tablo 2.2. Amerikan Romatoloji Derneği Diz Osteoartriti Tanı Kriterleri ve Kellgren-Lawrance Skalası

Amerikan Romatoloji Derneği diz osteoartriti tanı kriterleri	Kellgren-Lawrance skalası
1. Önceki ayın birçok gününde diz ağrısı	<i>Evre 0:</i> Normal yapıda eklem
2. Aktif eklem hareketinde krepitasyon	<i>Evre 1:</i> Eklem aralığı normal, osteofit varlığı şüpheli
3. Sabah tutukluğu ≤ 30 dakika süreli	<i>Evre 2:</i> Eklem aralığında şüpheli daralma, osteofit varlığı mevcut
4. Yaş ≥ 50	<i>Evre 3:</i> Eklem aralığında kesin daralma, çok sayıda osteofit varlığı, hafif subkondral skleroz
5. Muayenede dizin kemik genişlemesi	<i>Evre 4:</i> Eklem aralığında ileri daralma, subkondral skleroz, subkondral kistler ve osteofitler

Diz osteoartritinin tedavisinde amaç ağrının azaltılması, fonksiyonların geri kazanımı ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (48, 52). Tedavi basamakları genel osteoartrit tedavisinde olduğu gibi farmakolojik olmayan yöntemlerle başlayıp, farmakolojik yöntemlerle devam eder ve cerrahi girişimlerle sonlanır.

Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri: Amerikan Romatoloji Cemiyet'i tarafından tavsiye edilen non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden birisi egzersiz programları, özellikle su içi egzersizleri ve hastanın kilo vermesidir. Özellikle manuel terapi ve fizik tedavi programları diğer yöntemler arasındadır. Patellofemoral osteoartrit varlığında veya tek kompartmanlı diz osteoartriti varlığında yürümeye yardımcı cihazların kullanımı, özel egzersiz programları, termal ajanlar ağrıyı gidermede etkili non-farmakolojik tedavi yöntemleri arasında yer alır (38, 53).

Farmakolojik Tedavi Yöntemleri: Farmakolojik tedavi yöntemleri basamaklı uygulanan birkaç yöntemi içerir. Topikal nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve oral parasetamol tedavide ilk basamaktır. Daha sonra oral NSAİİ ilaçlar tedaviye eklenir (53). Amerikan Romatoloji Cemiyet'i tarafından oral NSAİİ ilaç kullanımında tedaviye proton pompa inhibitörü, H2 reseptör antagonist preparatlarının eklenmesi tavsiye edilmektedir. Tavsiye edilen diğer bir uygulama ağrı modülasyonu açısından eklem içi steroid enjeksiyonlarıdır. Eklem içi steroid enjeksiyonların, inflamasyonu azaltmak amacıyla yılda en fazla üç kez olmak üzere kullanımı tavsiye edilmektedir (38, 54, 55). Amerikan Romatoloji Cemiyet'i, diğer eklem içi enjeksiyonların

(hyaluronik asit) kullanımını etkinlikleri kanıtlanmamış olması nedeniyle tavsiye etmemektedir. Bununla birlikte eklem içi plateletten zengin plazma enjeksiyonları diz osteoartritinin erken evresinde sıklıkla kullanılmaktadır (56).

Cerrahi Tedavi: Diz osteoartritinde cerrahi tedavi eklem tutulum seviyesine ve osteoartritin hangi eklem kompartmanlarında bulunduğuna göre değişmektedir. Birinci basamak cerrahi tedavilerde uygulanan yöntemlerden biri eklem yıkanması ve sinevyektomi olup, bu yöntemlerin ağrı modalitesinde etkinliği tartışmalıdır (39). Osteoartritte bir diğer cerrahi tedavi yöntemi artroskopik debridmandır. Artroskopik debridman tedavisinin uzun dönemde başarılı sonuçları net değildir. Cerrahi tedavide bir diğer yöntem eklem aksının bozulduğu durumlarda yalnızca medial tibiofemoral ya da lateral tibiofemoral eklem etkilendiği durumlarda uygulanan yüksek tibial osteotomi yöntemidir. Bu yöntemde hastanın genç olması ve osteoartritin erken evrede tanınması önemlidir (38). Cerrahi tedavide son basamakta ise günümüzde en çok uygulanan cerrahi tedavi yöntemi olarak TDA yer almaktadır (55)

2.3. Total Diz Artroplastisi

Total diz artroplastisi, diz osteoartritinin son evresinde uygulanan yüksek başarı oranlarına sahip cerrahi girişimdir (57). Artroplastinin, diz ekleminde yer alan medial, lateral tibiofemoral, patellofemoral eklemlerden birinin değiştirilmesi yoluyla gerçekleştirilmesi unikompartmantal diz artroplastisidir. Unikompartmantal diz artroplastisi genç hastalarda, diz ekleminde tek eklem yüzünün tutulumunun ve eklem hareket açıklığının ameliyat öncesi dönemde iyi olduğu durumlarda uygulanmaktadır. Medial ve lateral her iki eklem yüzeyinin ve patellofemoral eklem yüzeyinin değiştirilmesi ise total diz artroplastisi olarak adlandırılır. (57, 58). TDA'nın endikasyon ve kontrendikasyonları Tablo 2.3.'te görülmektedir (59).

Tablo 2.3. Total Diz Artroplastisi Endikasyon ve Kontrendikasyonları

Endikasyonlar	Mutlak Kontrendikasyonlar	Rölatif Kontrendikasyonlar
<ul style="list-style-type: none"> • Osteoartrit • İnflamatuar Artrit • Romatoid Artrit • Osteokondromatozis • Villonodüler Sinoviyit • Metabolik Artrit • Osteonekroz • Posttravmatik Artrit • Eklem içi kırıklar • Ankiloz • Başarısız Yüksek Tibial Osteotomi 	<ul style="list-style-type: none"> • Kronik Eklem Enfeksiyonu • Ciddi Vasküler Hastalıklar • Ekstansör Mekanizma Disfonksiyonu 	<ul style="list-style-type: none"> • Genel Kas Hastalıkları • İmmun Yetmezlik • Yetersiz Yumuşak Doku Örtüsü • Nöropatik Artropati • Osteomyelit Öyküsü • Obezite

Total diz artroplastisinde temel amaç, hastanın ağrısının giderilmesi, diz hareket açıklığının sağlanması ve yürüme kısıtlılığının giderilmesidir (60). TDA cerrahisi detaylı bir preoperatif değerlendirme sonrasında gerçekleştirilmektedir. Preoperatif değerlendirme ve cerrahi teknik aşağıda açıklanmıştır:

Preoperatif Değerlendirme: TDA'da preoperatif planlama en önemli basamaklardan biridir. Hastanın hikayesi, daha önceden geçirilmiş travmalar veya kemik enfeksiyonları dikkatle incelenir. Fizik muayenede eklem düzgünlüğü, varus veya valgus deformitesinin varlığı, eklem stabilitesi eklem hareket açıklığı ve kas kuvveti ölçülür. Ameliyat öncesi diz eklemi grafileri, ön arka ve yan olacak şekilde ve kalça dahil tüm alt ekstremitiyi görüntüleyecek şekilde çekilir. Bu grafilerde mekanik ve anatomik alt ekstremitte aksları ölçülerek, cerrahi planlanır (61).

Cerrahi Teknik: TDA'da impant ve fiksasyon şekilleri farklı yöntemlerle uygulanabilir, protez kemiğe çimentolu, çimentosuz ya da hibrit yöntemlerle yerleştirilebilir. En çok tercih edilen fiksasyon yöntemi çimentolu uygulamalardır. Patellar yüzeyin değiştirilip değiştirilmemesi, arka bağı kesen ya da koruyan protezlerin uygulanması farklı cerrahi yöntemlerdir. Özellikle romatolojik inflamatuvar hastalıklara bağlı gelişen diz osteoartrinde arka çapraz bağı kesen protezlerin kullanılması gerekmektedir (61). Günümüzde ERAS kapsamında taburculuk

kriterlerine ulaşmayı bağımsız olarak etkileyecek bir cerrahi tekniğin (yaklaşım türü, minimal invaziv teknik kullanımı, protez seçimi veya bilgisayar navigasyonu ya da robot kullanımı) diğerine göre önermeye yetecek kadar kanıt bulunmamaktadır (62).

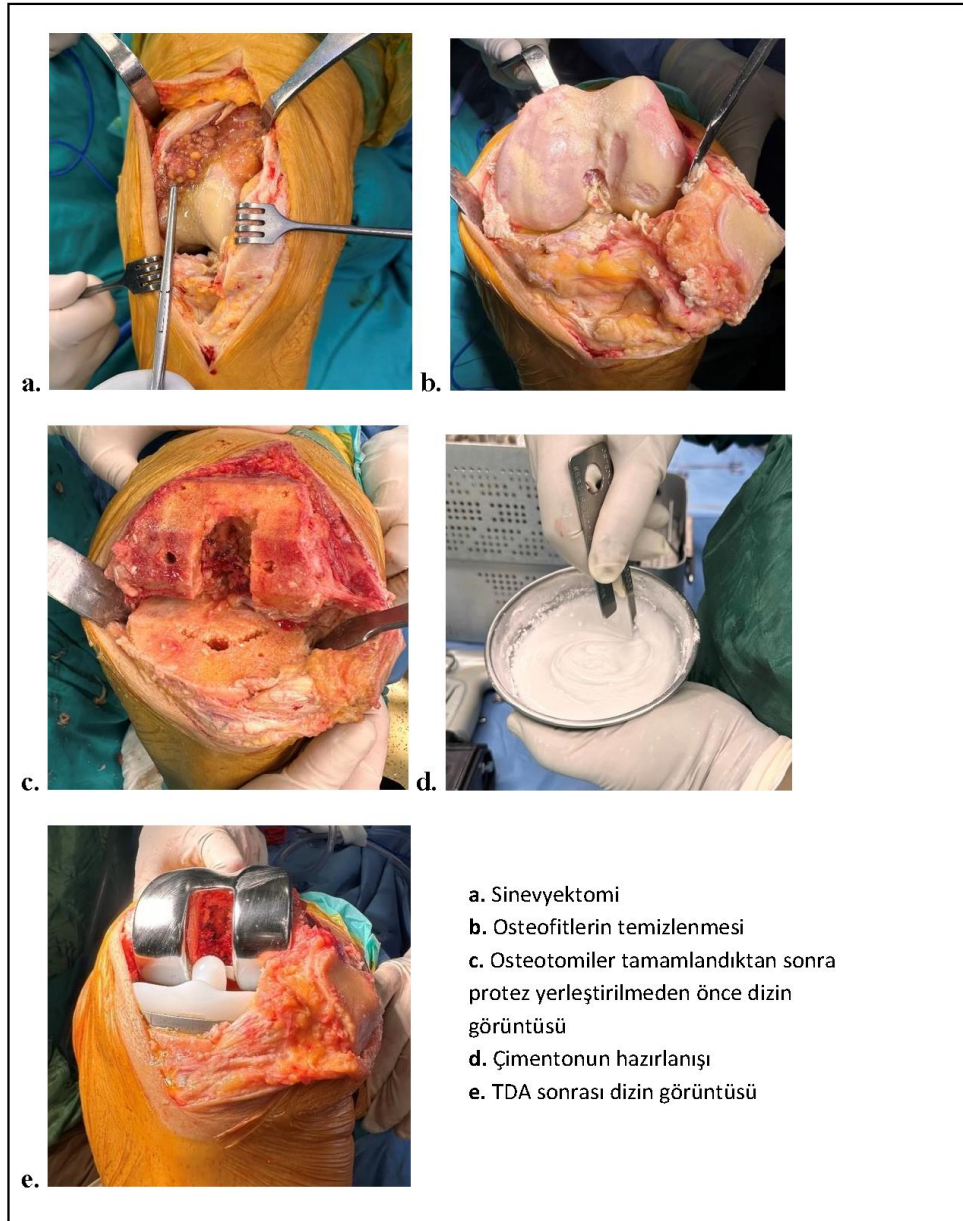
Hasta ameliyat odasına alındığında ameliyat öncesinde anestezi uygulamasını takiben öncelikle birinci kuşak sefalosporinle antibiyotik profilaksisi yapılmaktadır. Hasta ameliyat masasında supine pozisyonunda yatırılır (Şekil 2.1), ekstremiteye cerrahi ekibin tercihinine göre turnike uygulanabilir. TDA ameliyatlarında turnike kullanımı, kanamayı azaltma amacıyla yapılmasına rağmen çalışmalar turnike kullanımının toplam kan kaybını azaltmadığını ve kullanımının şişmeye neden olabileceğini ve erken fonksiyonel iyileşmeyi bozabileceğini göstermektedir (63, 64). Cerrahi alan steril boyamayı takiben örtülerek drape ile kaplanır. Patellanın proksimalinden tibial çıkıntıya kadar uzunlamasına orta hat cilt insizyonu yapılır.



Şekil 2.1. Diz Artroplastisinde Hasta Pozisyonu (araştırmacının arşivinden)

Cerrahi yaklaşımda, derin fasya medial artrotomi olacak şekilde quadriceps tendonunun medialinden başlayıp distalde tibial çıkıntının medialinde sonlanır. Patella döndürülüp laterale sublukse edilir (61). Dizde, anterior sinoviyektomi gerçekleştirilir (Şekil 2.2.a). Diz 90° fleksiyona getirilip patella, femur ve tibia eklem yüzlerindeki osteofitler temizlenir (Şekil 2.2.b). Medial ve lateral menisküsler ve ön çapraz bağ rezeke edilir (61, 65). Kemik hazırlanma aşamasında ilk basamak femur interkondiler mesafeden intramedüller kılavuzun yerleştirilmesidir. Daha sonra kesici kılavuzlar femur distaline ve anterioruna yerleştirilip femoral kesiler tamamlanarak femur proteze hazır hale getirilir. Tibial kesi ekstramedüller veya intramedüller kılavuz

kullanılarak yapılabilir. Tibial kesi tamamlandıktan sonra tibiofemoral aralık fleksiyon ve ekstansiyonda ölçülerek yumuşak doku dengesi kontrol edilir (61). Osteotomiler tamamlandıktan sonra dizin görüntüsü Şekil 2.2.c’de görülmektedir. Bu aşamada diz yıkanarak, çimento hazırlanır (Şekil 2.2.d). Çimento uygulaması öncesinde tüm kemik yüzeyler temizlenip protez yerleşimi için uygun hale getirilir. Daha sonra çimento kullanılarak önce tibial kompanent, daha sonra femoral kompanentler, en son adımda ise insert yerleşimi tamamlanarak artroplasti işlemi tamamlanır (Şekil 2.2.e) (66).



Şekil 2.2. Total Diz Artroplastisinde Cerrahi Teknik (araştırmacının arşivinden)

Çimentonun donma aşamasında ısınan çimentonun çevre yumuşak dokulara vereceği zarardan kaçınmak açısından eklem yıkanır. Daha sonra, önce fasya ve medial retinakulum sağlam dikişlerle dikilerek, cilt altı ve cilt kapatılır (61).

2.3.1. Total Diz Artroplastisi Komplikasyonları

Total diz artroplastisi, son derece başarılı sonuçları olan bir cerrahi yöntem olmasına rağmen, aynı zamanda çeşitli komplikasyonlara neden olabilen bir tedavidir. TDA komplikasyonları ameliyat sırasında, ameliyat sonrası erken dönemde ve ameliyat sonrası geç dönemde ortaya çıkabilir.

Ameliyat Sırasında Gelişebilecek Komplikasyonlar: TDA, ameliyat öncesi dikkatli hazırlık ve planlamayı gerektirir. Bu planlamanın yapılması ameliyat sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları azaltır. Buna rağmen ameliyat sırasında damar sinir yaralanması, medial ve lateral kollateral bağların kemik kesileri esnasında görülebilecek önemli komplikasyonlar arasındadır (67). Femur ve tibia kesileri yapılırken ekstansör mekanizma yaralanmaları, protezi yerleştirme aşamasında sert darbelere bağlı kemiklerde kırıklar ortaya çıkabilir. İntraoperatif çimento uygulaması esnasında, çimentonun yüksek derecelere kadar ısındığı ve donmasına kadar geçen sürede ısı değişikliklerine bağlı çimento komplikasyonları ortaya çıkabilir (68) (69).

Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonlar: Ameliyat sonrası erken dönemde yara iyileşmesine ilişkin problemler ve tromboembolik komplikasyonlar en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek bu komplikasyonlara bağlı tromboemboli profilaksisi TDA'da önemli bir yer tutar. Bu komplikasyonu önlemek için, güncel kılavuzlarda önerilen farmakolojik profilaksi (düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi) tüm TDA ameliyatlarında kullanılmaktadır (70). Düşük molekül ağırlıklı heparinle yapılan venöz tromboemboli profilaksisine ek olarak, mekanik profilaksinin, pasif yardımcı ayak bileği hareketlerinin ve erken mobilizasyonun venöz tromboemboliyi engellediği bildirilmektedir (71). TDA uygulanan hastalarda ameliyat sonrası dönemde görülen periprostetik enfeksiyonlar en önemli revizyon nedenlerinden biridir. Periprostetik enfeksiyonların oluşumunda en sık karşılaşılan etken Stafilokok aureus'tur. Bu nedenle ameliyat öncesi profilakside birinci kuşak sefalosporinlerle profilaksi yapılması ve ameliyat esnasında aseptisyeye özen gösterilmesi önerilmektedir (72). TDA

sonrası gelişebilecek komplikasyonlardan bir diğeri periprostetik kırıklardır. TDA, çoğunlukla yaşlı hastalarda uygulanan bir cerrahi işlem olup, kemik kalitesinin düşük oluşu ve yapılan teknik hatalar ameliyat sonrası dönemde femur, tibia veya patellada periprostetik kırıklara sebep olabilir. En sık görülen periprostetik kırık, femur kırıklarıdır. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastanın kemik kalitesinin dikkatli değerlendirilmesi, protez yerleştirilmesi esnasında sert hareketlerden kaçınılması ve protezin uygun teknikle yerleştirilmesi gereklidir (73).

Ameliyat Sonrası Geç Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonlar: Ameliyat sonrası geç dönemde instabilite, eklem sertliği, periprostetik eklem enfeksiyonları, periprostetik kırıklar ve enfeksiyöz olmayan protez gevşemesi gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (68).

2.4. Total Diz Artroplastisinde Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Total diz artroplastisinde perioperatif hemşirelik bakımının amacı hasta sonuçlarını iyileştirmek, komplikasyonları önlemek, mortalite ve morbidite oranlarını düşürmektir. TDA yapılan hastaların sayısının gün geçtikçe artmasıyla bu ameliyata ilişkin çeşitli bakım modellerinin geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmış, hemşirelik bakımının önemi artırmıştır (74).

2.4.1. Preoperatif Hemşirelik Bakımı

Diz artroplastisi acil cerrahi girişim olmaması nedeniyle elektif cerrahi girişimlerde uygulanan preoperatif bakım prensiplerinden vazgeçilmemelidir (75). Preoperatif hazırlıkta Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme protokolü (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) oldukça önemli kılavuzlardan birisidir. Preoperatif dönemde yapılacak bu hazırlıklar hastanın ameliyat sonrası yara iyileşmesini hızlandırmakta, glisemik kontrolün sağlanmasını, anksiyetenin azalmasını sağlamakta, taburculuk süresini kısaltmakta ve günlük hayata dönüşü hızlandırmaktadır (62). Preoperatif hemşirelik bakımı kapsamında; preoperatif hasta optimizasyonu, nutrisyonel değerlendirme ve beslenmenin planlanması, preoperatif bilgilendirme ve danışmanlık, preoperatif hasta eğitimi, kan transfüzyonunu önleme, ağrı tedavisinin planlanması, DVT profilaksisinin planlanması ve cilt hazırlığı ele alınmıştır.

Preoperatif Hasta Optimizasyonu: Preoperatif dönemde hasta sonuçlarını iyileştirme amacıyla preoperatif bakım optimize edilmeye çalışılmalıdır. Özellikle hastanın ameliyat öncesi dış problemleri, uyku apnesi, sigara kullanımı, beden kitle indeksi (BKİ), anemi, düşük fiziksel aktivite, hipertansiyon, hiperglisemi, alkol kullanımı gibi risk faktörleri optimize edilmeli bu potansiyel morbidite ve mortalite riskleri mümkün olduğunca azaltılmalıdır (62, 76). TDA ameliyatından en az 4 hafta önce sigaranın bırakılması önerilmektedir (62). Preoperatif hastanın anemisinin tespit edilip, hastaya anemi tedavisi planlanması preoperatif demir veya eritropoetin tedavisi ile ameliyat sonrası kan transfüzyonu gereksinimi azalmaktadır (77).

Nutrisyonel Değerlendirme ve Beslenmenin Planlaması: Preoperatif beslenme problemlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda yapılan planlama cerrahinin komplikasyonlarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Husted ve ark. (2008) çalışmasında klinik malnütrisyonu olan hastalarda cerrahi komplikasyonların arttığı, morbidite ve mortalite oranlarının yükseldiği ve bu hastaların rehabilitasyon sürelerinin uzadığı bildirilmektedir (78). Preoperatif dönemde hastanın malnütrisyon açısından değerlendirilmesi, hastanın malnütrisyondan korunması ve malnütrisyon tespit edildiye buna yönelik beslenme planının yapılması önemlidir (75).

Preoperatif Bilgilendirme ve Danışmanlık: Preoperatif eğitim ve danışmanlığı öneren güçlü kanıtlar eksik olmasına rağmen hastaları ameliyat öncesi bilgilendirmenin hastaların anksiyetesinin azalmasında etkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (74, 79).

Preoperatif Hasta Eğitimi: Hastaların elektif cerrahiye girerken sağlık personeli tarafından eğitilmesinin hasta yaşam kalitesine etkisi çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Bergin ve ark. (2014) yaptığı çalışmada eğitilen hastaların eğitilmeyen hastalara oranla düşük komplikasyon oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (74).

Kan Transfüzyonunu Önleme: TDA ameliyatları belirgin kan kayıplarıyla ilişkilendirilmiştir. TDA ameliyatlarında yumuşak doku ve kemik kesileri nedeniyle postoperatif dönemde hastaların kan transfüzyon ihtiyacı ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte kan transfüzyonları, transfüzyon reaksiyonları, hastalık bulaşması, koagülopati, böbrek yetmezliği gibi ciddi riskler taşımaktadır (62). Bundan kaçınmak için hastaların hemoglobin ve hematokrit değerlerinin ameliyat öncesi dönemde iyileştirilmesi ve anemi tedavisinin multidisipliner şekilde yapılması gereklidir (75) .

İntraoperatif aşamada kan kaybını azaltmak ve böylece transfüzyon ihtiyacını azaltmak için ise; lokal ve sistemik traneksamik asit kullanılmaktadır (80).

Ağrı Tedavisinin Planlanması: TDA uygulanacak hastanın postoperatif ağrı ile ilgili bir takım risk faktörleri barındırdığı unutulmamalıdır. Mental bitkinlik, vücudun diğer bölgelerindeki kronik ağrılar, depresyon, uykusuzluk ve ameliyat öncesi stres ameliyat sonrasında ağrı için önemli risk faktörleridir (81). Bu nedenle hastalarda daha önce geçirilmiş hastalıklar ve kronik ağrı şikayetleri dikkate alınmalı hastanın daha önce geçirdiği ameliyatlardaki ağrılı durumlar hastanın hikayesinde sorgulanmalı uzun süreli opioid analjeziklerin kullanım hikayesi, nöropatik ağrı varlığı cerrahi ekibin dikkatini çekmelidir. Genel ağrı planlamasında ağrı kesicilerin ve farmakolojik olmayan tedavilerin kombine kullanımını sağlanmalıdır (75).

Derin Ven Trombozu Profilaksisi Planlaması: TDA'da DVT ve pulmoner emboli oranları oldukça yüksektir. İnaktif, dehidrate ve daha önce geçirilmiş DVT hikayesi olan hastalar dikkatli bir şekilde incelenmeli ve DVT profilaksi protokolleri uygulanmalıdır. Bu hastalara farmakolojik antikoagülan tedavinin yanına mekanik terapi de eklenmelidir. Mekanik terapidaki uygulamalar kompresyon çoraplarının kullanımının önemiminin belirtilmesi ve kullanımı hakkında eğitim verilmesi, kullanılmadığı durumlarda ortaya çıkacak problemler hakkında bilgi verilmesidir. Erken mobilizasyon DVT profilaksisinde etkin bir yöntemdir. Hasta ve hasta yakınlarının erken mobilizasyon ve mekanik profilaksi eğitimine alınması kullanılacak farmakolojik ajanların kullanım eğitiminin verilmesi preoperatif dönemde planlamada etkili bir basamaktır (62, 75).

Cilt Hazırlığı: Cerrahi alan enfeksiyonlarından korunmak için hastanın ve hasta yakınlarının burun kültürlerinin alınması, vücudun başka sistemlerinde mevcut olan enfeksiyonların sorgulanması ve mikroorganizma kolonizasyonunun önlenmesi gereklidir. Bu noktada hemşireler hastaları eğiterek preoperatif dönemde hastalara enfeksiyonla ilgili bilgileri verebilirler. Ayrıca hastanın ameliyata gitmeden önce banyo ve temizlik protokollerini uygulaması, temiz elbiselerin banyo sonrası yatakta giyilmesi hemşire ekibi tarafından dikkatle takip edilmelidir (82). Preoperatif deri antisepsisinde klorheksidin glukonat ile temizlenme işlemi oldukça etkili bir yöntemdir. Bu yöntemde ameliyattan bir gün önce ve sabahleyin hastaların ciltte krem,

losyon, pudra gibi malzemeleri kullanmaması ve sadece hemşireler tarafından kendisine verilen antiseptik ajanlarla cilt temizliğini sağlaması gereklidir (83).

2.4.2. İntraoperatif Hemşirelik Bakımı

İntraoperatif hemşirelik bakımı kapsamında; cilt antisepsisinin sağlanması, anestezi tipi, antibiyotik profilaksisi, DVT profilaksisi, ameliyathane trafiği ve hipotermi önlenmesi konuları ele alınmıştır.

Cilt Antisepsisi: Ameliyat sahası hazırlığında ekstremitenin povidon iyot solüsyonu, izopropil alkol veya klorheksidin glukonatla boyanması kuvvetle tavsiye edilmektedir (84).

Anestezi: Anestezi şekilleri postoperatif ağrının düşürülmesinde en önemli noktalardan biridir. TDA ameliyatında anestezi şekli genel anestezi veya nöroaksiyel anestezi şeklindedir. Nöroaksiyel anestezi epidural veya spinal blok tiplerinde olabilir. Ayrıca alt ekstremitte blokları rejyonel anestezi olarak uygulanabilir (62). Hastanın ameliyata geldiği anda hastaya uygulanacak anestezi tipine göre hemşirenin hastaya bilgi vermesi gereklidir. Hastaya hangi tip anestezi uygulanacaksa sirküle hemşire bu anestezi tipinin nöroaksiyel anestezi olması durumunda sterilizasyon konusunda tüm şartları sağlamalıdır. Sirküle hemşire hastanın ameliyat masasında doğru yerleşimine yardım etmeli ve anestezistin monitör ve diğer ekipmanlarla koordinasyonuna yardım etmelidir. Bu uygulamalar esnasında hastanın masada bası noktalarının takip edilmesi ayrıca önemlidir (75).

Antibiyotik Profilaksisi: TDA'da hasta ameliyathaneye gelmeden 60 dakika önce preoperatif hazırlık odasında antibiyotik profilaksisi uygulanmalıdır. Hemşire antibiyotik profilaksisini uygularken hastadaki alerji hikayesini sorgulamalı ve ortaya çıkabilecek anafilaksi durumuna karşın gerekli önlemleri almalıdır (75).

Derin Ven Trombozu Profilaksisi: TDA ameliyatında intraoperatif DVT profilaksisi varis çorapları ve kompresyon çoraplarıyla yapılabilir. Bu çoraplar ameliyat olmayacak ekstremiteye uygulanır ve hemşire hasta örtülmeden önce çorabın uygun giyilip giyilmediğini mutlaka kontrol etmelidir. Çoraplardaki kıvrılmaların ekstremiteye bası yapıp yapmadığını gözlemlemelidir (75).

Ameliyathane Trafiği: Ameliyat odasının havadan bakteriyel kontaminasyonu periprostetik enfeksiyonlar için önemli bir risk faktörüdür. Mikroorganizmaların

ameliyathane odasında artması odaya girip çıkan personelin sayısı ile ilgilidir. Bu nedenle personel trafiğinin azaltılması, ameliyat odasının kapılarının kapalı tutulması, cerrahi alet ve enstrümanların ameliyathane odasında hazır bulundurulması önemli prosedürlerdir (85). Ameliyathane hemşiresi bu protokolleri planlarken trafiği de kontrol etmek zorundadır. Kullanılacak implantların ve cerrahi aletlerin neler olduğunu ameliyat öncesinde planlarken ameliyat esnasında gelişebilecek komplikasyonlarına karşı ameliyat odasında cerrahi setleri hazır bulundurmalıdır (75).

Hipoterminin Önlenmesi: Postoperatif dönemde hastalarda istenmeyen hipotermi gelişme riski vardır. Hipotermi; yara iyileşmesinde gecikme, hastanede kalış süresinin uzaması ve cerrahi alan enfeksiyonu vb. ciddi sorunlara neden olmaktadır (86). İngiltere Ulusal Sağlık Ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Excellence - NICE) hastaların ameliyat öncesi ısıtılmasını ve ameliyat sırasında tüm yetişkinlerde aktif ısıtmanın sürdürülmesini önermektedir (87). Vücut sıcaklığının korunmasında anestezik gazların nemlendirilmesi, intravenöz ve irrigasyon sıvılarının ısıtılması ve hava üfleli ısıtma battaniyeleri ve cihazları dahil olmak üzere birçok yöntem mevcuttur (88). TDA ameliyatlarında cerrahi alan enfeksiyonlarından kaçınmak için hastanın normotermisinin korunması gereklidir. Hastanın vücut ısısının düşmesi, anestezi uygulaması ve ameliyathane oda ısısının düşük olması nedeniyle istenmeyen bir durumdur. Özellikle cerrahi insizyonun ve deri yüzeylerinin açık olması, hastanın kan kaybı hipotermiye sebep olabilir. Ameliyathane hemşiresi hastanın hipotermiden korunması için operasyon odasına geliş süresini planlayarak odada kalış süresini optimize etmeye çalışmalıdır. İntraoperatif dönemde vücut ısıtıcılarının kullanımı ısı kaybını önleyeceği gibi ameliyathane odasının da ameliyat boyunca uygun ısıda tutulması gerekmektedir (89).

2.4.3. Postoperatif Hemşirelik Bakımı

Postoperatif hemşirelik bakımı kapsamında; ağrı yönetimi, insizyon bakımı, nütrisyonel bakım ve erken mobilizasyon konuları ele alınmıştır.

Ağrı Yönetimi: Postoperatif dönemde ağrı yönetimi hasta memnuniyetini arttırmak, erken mobilizasyonu sağlamak ve komplikasyon oranını azaltmak açısından önemlidir. TDA cerrahisi sonrası kullanılan opioidlerin olumsuz ilaç etkileri ve uzun yatış süreleriyle ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla belirtilmiştir. Bu nedenle

postoperatif ağrı yönetiminde multimodal analjezi yöntemlerinin kullanımı önerilmektedir (90). Postoperatif ağrı yönetiminde kullanılan NSAİİ'ler ödemi azaltmasının yanında hafif-orta şiddetteki ağrıların yönetiminde etkili bir ajandır. Multimodal analjezinin bir parçası olan parasetamol ve NSAİİ'ler daha az postoperatif ağrı ve opioid kullanımı ile ilişkilidir (91). Farklı sınıflarda ve farklı etkilere sahip oral analjezik kullanımı; perioperatif dönemde opioid kullanımının sınırlanmasında ve yan etkilerinden kaçınmada etkili bir yoldur. Opioidlerin intraoperatif ve postoperatif dönemde uzun süre kullanımının hastalarda bağımlılık için risk faktörü olduğu göz ardı edilmemeli ve kaçınılmalıdır (92). TDA sonrası ağrı yönetiminde periferik sinir bloklarının kullanımı opioid kullanımını ve hastanede yatış süresini azaltması nedeniyle gün geçtikçe artmaktadır. Duyusal sinirleri hedefleyen bu blok işlemi quadriceps kasının ambulasyon için gücünü koruması ve etkin mobilizasyonla birlikte düşme riskinin azalmasında etkilidir (90).

Parasetamol: ERAS protokollerinde parasetamolün perioperatif dönemde kullanımı tavsiye edilmektedir. Parasetamol kullanımının ağrıyı azalttığı özellikle TDA ameliyatlarında ilk 24 saatte morfin kullanımını azalttığı gösterilmiştir (62). Özellikle postoperatif akut ağrı yönetiminde parasetamol düşük yan etki profiliyle önerilmektedir (93).

Non-Steroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ): Literatürde NSAİİ'lerin ameliyat sonrası dönemde opioid ihtiyacını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. ERAS protokollerinde multimodal analjezinin en önemli basamaklarından biri NSAİİ'lerdir. Ancak NSAİİ'lerin kullanımında dikkat edilmesi gereken önemli hasta riskleri mevcuttur. Bu ilaçların kullanımında hastanın; karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının iyi olması, gastroduodenal ülser olmaması, kardiyovasküler hastalık hikayesinin olmamasına dikkat edilmelidir. (62, 94).

Gabapentin ve türevleri: Bir meta-analiz çalışmasında gabapentinlerin postoperatif opioid ihtiyacını azalttığı, opioidlerin yan etkisinden kaçınmak için kullanılabileceği belirtilmiştir (95). Bununla birlikte kanıt düzeyi yüksek NSAİİ ve parasetamol kullanımının ağrı modülasyonunda öne çıkması gabapentinlerin rutin kullanıma girmesini engellemiştir (62, 95).

Opioidler: ERAS kılavuzları postoperatif ağrı tedavisinde opioid kullanımı minimize etmeyi önermektedir. Opioidlerin ameliyat sonrası ağrıyı azaltmada çok

yüksek etkinliği olduğu kanıtlanmıştır. Ancak ciddi yan etkileri, özellikle solunum depresyonu, bulantı, kusma, kaşıntı, idrar retansiyonu ve bağımlılık yapma potansiyeli opioid kullanımından kaçınılmasının en önemli nedenleridir. Opioid analjezikler postoperatif ağrı yönetiminde multimodal analjezi kapsamında kullanılmaktadır (96).

İnsizyon Bakımı: Postoperatif cerrahi alan enfeksiyonu gelişimini önlemede uygun yara bakımının sağlanması önemli konulardan biridir. (86). Ameliyat sonrası, insizyon bölgesinde sızıntı olmadıkça pansumanın değiştirilmesi ilk 24-48 saat önerilmemektedir. 24-48 saat sonra pansuman değişimi yara yeri ve çevresine zarar vermeyecek şekilde aseptik teniklere uygun olarak yapılmalıdır (97). Yarada bir miktar nem olması enfeksiyonun ve ağrının azaltılması açısından önemlidir. Ancak nemin fazla olması cilt hasarına ve bakteriyel infiltrasyona sebep olabilir. Bu durum hemşirelik bakımında dikkate alınmalıdır (98). Hastalar pansuman sonrası cilt tahrişi, alerjik reaksiyonlar ve enfeksiyon açısından hemşire tarafından değerlendirilmelidir. (75). Jing Han ve ark. (2023) meta-analiz çalışmasında hemşirelerin kliniklerde bakım kılavuzlarını kullanmasının yara yeri enfeksiyon oranını ve TDA komplikasyonlarını azalttığı bildirilmiştir (99).

Nütrisyonel Bakım: ERAS protokollerinde hastanın postoperatif en erken dönemde normal beslenme komponentlerine dönmesi önerilmektedir. Hastanın kendini iyi hissettiği anda normal diyetine dönmesi ameliyat sonrası dönemde taburculuğun hızlanmasını da sağlamaktadır. Özellikle postoperatif 1. gün görülebilecek bulantı ve kusma semptomlarından kaçınmak için hastaların sıvı gıdalarla beslenmesi, iyi hissettikleri anda normal gıdalara geçmesi önerilmektedir (62).

Erken Mobilizasyon: Günümüzde TDA ameliyatlarının artması ve bu ameliyatların maliyetlerinin ülke ekonomilerine getirdiği yük, hastaların en kısa sürede taburculuğunu gerektirmektedir. Bu nedenle TDA ameliyatlarından sonra hastanın ameliyat öncesi duruma en erken zamanda dönmesi amaçlanmaktadır. Bu hedefe ulaşılması hastanın erken mobilizasyonu ile mümkündür. Uygun protokoller kullanılarak iyi bir ağrı yönetimi ve agresif egzersiz protokolleri hastanın ameliyat sonrası birinci günde bile taburculuğunu sağlayabilmektedir. Erken mobilizasyonun pulmoner emboli, kronik antikoagülan tedaviye ihtiyacı ve diğer komplikasyonları azalttığı literatürde gösterilmiştir (100, 101). Bu nedenle ERAS önerilerine göre

hastalar mümkün olan en kısa zamanda hareket ettirilmelidir (62). Multimodal ağrı protokollerinin kullanılması, sinir bloklarının ağrı kontrolü için uygulanması erken mobilizasyona imkan sağlamakta ve hastaların ameliyat öncesi durumlarına hızlı dönüşlerini mümkün kılmaktadır. Bu da postoperatif komplikasyonları azaltmakta ve taburculuğu hızlandırmaktadır (102).

2.5. Total Diz Artroplastisinde Fonksiyonel Sonuçları Etkileyen Uygulamalar

Preoperatif Egzersiz Programı: TDA öncesi hastalara verilen egzersiz programları ameliyatın sonuçlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu egzersiz programları kas güçlendirme, germe ve fleksibilite egzersizleridir. Hastanın bu egzersizleri öğrenmesi ameliyat sonrası dönemde aynı egzersizlerle eklem hareket açıklığını kazanmasını sağlar (103).

Preoperatif Hasta Eğitimi: TDA'da preoperatif eğitim, hastanın postoperatif döneme uyumunu artırmaktadır. Hastanın ameliyatıyla ilgili bilgi alması hasta beklentileri açısından önemli olup, özellikle taburculuk planı, ameliyat sonrası rehabilitasyon programı, kullanılacak yardımcı cihazlar ve düşme kontrolünün sağlanması ameliyat öncesi verilen eğitimde yer almalıdır (103).

Sürekli Pasif Hareket (Continuous Passive Motion - CPM): Primer, komplike olmayan TDA geçirmiş hastalar için rutin kullanımı önerilmemektedir. Bu yöntem hastaların mobilizasyonunu azaltıp, hastanın yatak içerisinde uzun süre kalmasına sebep olduğundan fonksiyonel sonuçları olumsuz etkileyebilir (103, 104).

Kriyoterapi: TDA yapılan hastalarda ağrı yönetiminde ağrı toleransını artırmak üzere kullanılan yöntemlerden biri kriyoterapidir (105). Kriyoterapi uygulaması etil klorid spreyle egzersizlerden önce yapılmaktadır. Aynı amaçla basit soğuk buz kalıpları da kullanılmaktadır. Bu uygulama, potansiyel deri irritasyonu ve yanıklar açısından dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır (103).

Fiziksel Aktivite Programı: TDA'da erken mobilizasyon ve fiziksel aktivitenin progresif şekilde artırılması hastanın fiziksel ve psikolojik durumuyla ilgilidir. Aktif ve mobilizasyona istekli hastaların erken dönemde yük verme egzersizleri, denge aktiviteleri ameliyat sonrası fonksiyonel kazanımları artırır. Denge ve yürüyüş egzersizleri, ameliyat sonrası düşme ve periprostetik kırık insidansının azaltılmasında

yararlıdır (103). Denge ve yürüme eğitiminin, ameliyat sonrası hastanın yürüyüş hızı, merdiven tırmanma zamanı ve diz fonksiyonlarını önemli ölçüde düzelttiği bildirilmektedir (106). Bu egzersizlerin hastalarda WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) skorlarını da artırdığı bulunmuştur (103, 106).

Ameliyat Sonrası Diz Eklem Hareket Açıklığı Egzersizleri (Range of Motion - ROM): Ameliyat sonrası yapılacak diz eklem hareket açıklığı egzersizleri ameliyat sonrası dönemde fonksiyonel sonuçları etkilemektedir(107). Ameliyat sonrası yapılan ROM egzersizleri, hastanın ilerlemiş diz osteoartritine bağlı fleksiyon kontraktürü ve kısıtlılığının giderilmesi ve eklem açıklığının geri kazanımı açısından önemlidir (103, 107).

Dinlenme Anındaki Diz Eklemi Pozisyonu: TDA ameliyatlarından sonra ilk yedi günde hastanın diz eklemine pozisyonu önemlidir. Postoperatif kan kaybının azaltılması şişliğin ve ödemin geriletilmesi için diz eklemine 30-90° arasında fleksiyonda tutulması gerekmektedir. Postoperatif ilk dinlenme pozisyonunun 30° kalça ve 30° diz fleksiyonu olarak verilmesinin ödem ve şişliğin azaltılmasında önemli olduğu bildirilmektedir (108).

Nöromusküler Elektrik Stimülasyonu (Neuromuscular electrical stimulation - NMES): TDA'nın cerrahi yaklaşımında kuadriseps kasının medialden açılarak kesilmesi ve protez uygulandıktan sonra dikilmesi postoperatif kuadriceps kas fonksiyonları açısından kayba sebep olabilir. NMES, postoperatif kuadriceps ve hamstring kaslarının gelişimini sağlayarak hastanın diz fleksiyon ve ekstansiyon gücünün de artmasına katkıda bulunur. NMES'in postoperatif yürüyüş, merdiven çıkma performansını pozitif yönde etkilediği bildirilmektedir (103, 109).

Prognostik Faktörler: TDA uygulanan hastalarda prognostik faktörlerin belirlenmesi tedavinin etkili olması açısından önemlidir. Bu prognostik faktörler; hastanın BKİ, preoperatif eklem hareket açıklığı, fiziksel fonksiyon durumu, ileri yaş diyabet, komorbidite, depresyon ve cinsiyet olarak belirtilmektedir (110). Yüksek BKİ, postoperatif hasta sonuçlarının kötü olması ve daha fazla komplikasyonla ilişkilendirilmektedir. Preoperatif eklem hareket açıklığı postoperatif eklem hareket açıklığıyla ilişkili olup, preoperatif fiziksel fonksiyon ve güç postoperatif fiziksel fonksiyonları etkilemektedir. İleri yaş ve diyabet postoperatif hasta sonuçlarını

doğrudan etkileyen faktörler olmamakla birlikte, postoperatif yara iyileşmesi problemleri ve komorbidite nedeniyle prognostik faktörler arasında yer almaktadır. Bunların yanı sıra kadın cinsiyet, hastada depresyon varlığı ve komorbidite postoperatif fonksiyonel sonuçları olumsuz etkileyen diğer faktörlerdir (103, 111).

2.6. Total Diz Artroplastisi Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete

2.6.1. Ağrı

Ağrı Uluslararası Ağrı Çalışma Grubu (International Association for the Study of Pain- IASP) tarafından potansiyel doku hasarına bağlı olarak gelişen hoş olmayan bir emosyonel durum olarak tanımlanmıştır (112). Ağrının subjektif bir duygu olduğu ve hastanın genetik yatkınlığına, cinsiyetine ve mental durumuna göre değiştiği belirlenmiştir. Akut ağrı hoş olmayan dinamik bir psikofizyolojik durumken ağrının üç aydan uzun devam etmesi kronik ağrı olarak tanımlanır. Kronik ağrı hastalığa spesifik ve kendine özgü olup yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (113). Ağrı duyan bir hastada ağrı yönetiminin sağlanamaması hastada anksiyete ve depresyon gelişimine neden olmaktadır. Cohen ve ark. (2021) çalışmasında, en sık görülen ağrı çeşitlerinin sırt ağrısı, baş ağrısı ve osteoartrite bağlı ağrı olduğu gösterilmiştir (114). Buvanendran ve ark. (2015) çalışmasında cerrahi hastalarının %12-13'ünün taburculuk sonrası ağrıdan yakındıkları ve ağrı tedavisinin sistematik bir şekilde erken postoperatif dönemden itibaren ele alınması gerektiği belirtilmektedir (115). De Luca ve ark. (2018) çalışmasında total diz artroplastisi sonrası etkili ağrı yönetiminin, daha iyi ve daha erken fonksiyonel iyileşme sağladığı ve kronik ağrıyı önlediği belirtilmektedir (18).

2.6.2. Kinezyofobi

Kinezyofobi hastaların normal hayata ve normal fonksiyonlara dönmesini tehdit eden hareket etme korkusu olarak tanımlanmaktadır (22). Günümüzde kinezyofobi üzerine çok kapsamlı araştırmalar yapılmaktadır. Kinezyofobinin kronik ağrı döngüsüne sebep olduğu ve ameliyat sonrası dönemde en önemli sakatlık nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (116). Kinezyofobi, ameliyatların erken döneminde normal bir fizyolojik reaksiyon olarak ortaya çıkabilir. Ancak yaşam

kalitesini düşürdüğü ve hastanın psikolojik durumunu önemli ölçüde etkilediği gösterilmiştir (116). TDA sonrası fonksiyonel durumu iyileştirmek için en önemli basamaklardan bir tanesi eklem hareket açıklığının kazanılmasıdır (26). Bu noktada kinezyofobi ameliyattan sonra yapılacak aktiviteler, erken hareket ve yürüme egzersizlerini olumsuz etkilemekte ve iyileşme sürecini uzatmaktadır. TDA ameliyatlarında kinezyofobinin uzun dönem fonksiyonel sonuçları etkilediği ve kinezyofobinin preoperatif dönemde değerlendirilmesinin ve çözümlenmesinin ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçları iyileştirdiği bildirilmektedir (117). TDA öncesinde kinezyofobiyi gidermek için yapılan fiziksel egzersiz programları ve ağrı tedavi protokolleri ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçların iyileşmesine katkı sağlamaktadır (24). Tan ve ark. (2022) çalışmasında, kinezyofobinin diz osteoartriti olan yaşlı hastalarda %57.89 oranında görüldüğü, bu oranın genç hastalarda daha düşük olduğu, kinezyofobiyi önlemede hastaların rehabilitasyon farkındalıklarının artırılmasının, duygusal ve fizyolojik iyileşmeyi sağlamada hemşire-hasta iletişiminin oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (118).

2.6.3. Anksiyete

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) kriterlerine göre anksiyete, mental hastalıklar sınıfında yer almakta olup, iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birincisi karakter anksiyetesi, diğeri ise durum anksiyetesidir (119). Durum anksiyetesi, mevcut duruma karşı kişinin kendisinde oluşan stres ve gerginlik durumudur. Ameliyat olacak hastalarda ameliyatla ilgili yeterli bilgi sahibi olmama, üçüncü kişilere bağımlılık endişesi, anestezi korkusu, ölüm korkusu, yan etkilerden korkma ve ağrı yaşama kaygısı hastada perioperatif süreçte anksiyete yaratmaktadır. Anksiyetenin vücutta oluşturduğu fizyolojik etkiler (taşikardi, aritmi veya hipertansiyon ve benzeri) cerrahi ve anestezi risklerini artırmakta, komplikasyon oranlarını yükseltmekte ve taburculuk süresini uzatmaktadır (120). Alattas ve ark. (2017) çalışmasında TDA hastalarında ameliyat öncesi anksiyete ve depresyonun ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçları etkilediği ve bu hastalarda ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmak için psikiyatri desteğinin sağlanması gerektiğini bildirilmiştir (121). Hernandez ve ark. (2020) çalışmasında ise, ameliyat öncesi hemşirelik bakımının ve hasta merkezli yaklaşımların anksiyeteyi azalttığı ve ameliyat

sonrası hastanın yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirtilmiştir (119). TDA hastalarında, ameliyat sonucunun bilinmemesi, ameliyatla ilgili yeterince bilgilendirme yapılmaması gibi nedenlerle anksiyete ortaya çıkabilmekte ve bu hastalarda anksiyete ağrı düzeyinde artış ve taburculuğun gecikmesine neden olabilmektedir (27).

2.7. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı ve Hasta Sonuçlarına Etkisi

Perioperatif hemşirelik; ameliyat sürecindeki ya da invaziv işlem uygulanan hastalarda, kişi odaklı bakım planları geliştirerek uygulanan, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif süreçte nitelikli bakım sunan ve hasta sonuçlarının iyileşmesine katkısı olan bir bakım sistemidir (122). Perioperatif bakım ise ameliyat öncesi dönemden başlayarak ameliyat sonrası hastanın normal fonksiyonları yerine gelene kadar verilen bakımı kapsamaktadır. Hastaların sağlık düzeylerinin en az ameliyat ya da diğer invaziv girişimler öncesi kadar veya daha iyi düzeyde olması perioperatif bakımın en önemli amaçlarından biridir (123). Perioperatif bakım kavramı ilk kez Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Operating Room Nurses) tarafından 1978 yılında şekillendirilmiştir. Günümüzde, Perioperatif Hemşireler Birliği (Association of Perioperative Registered Nurses - AORN) tarafından perioperatif hemşirelik standartlarını geliştirecek birey merkezli perioperatif bakımın verilmesi desteklenmiştir (124, 125). Perioperatif alanda uygulanan hemşirelik bakımının bireyin ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda uygulanmasıyla hastaların iyileşme ve hastanede kalış sürelerinin kısalmasına, maliyetin azalmasına katkı sağladığı bildirilmektedir (126, 127). Perioperatif hemşirelik uygulamalarıyla, hasta-hemşire arasında etkili iletişim kurulabilir. Hastaların terapötik ihtiyaçlarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesiyle, hastaların fiziksel ve psikolojik açıdan entegre bakım alması sağlanır (128). Ayrıca nitelikli hemşirelik bakımı, hastaları ameliyat süresince yaşayabileceği potansiyel risklerden koruyarak hasta sonuçlarını iyileştirir, istenmeyen olayların gelişme riskini azaltır ve hastalık tablosunun değişiminde daha hızlı tıbbi ve bakım müdahalesi sağlar. Nitelikli perioperatif hemşirelik bakımı; hastaların kaygı, depresyon ve ağrısının azalmasında ayrıca hastaların yaşam kalitesi, memnuniyet ve konfor düzeylerinin artmasında etkilidir (129-132). Perioperatif dönemde uygulanan hemşirelik bakımının hastaların anksiyete düzeylerinin

azalmasında, postoperatif fonksiyonel sonuçlarının iyileşmesinde etkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (119, 121).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma prospektif ve tanımlayıcı-ilişkisel tipte araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nöroloji-Ortopedi Hastanesinde Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Bu klinikte bir yılda yaklaşık 1000 TDA ameliyatı yapılmaktadır. Klinikte 60 klinik hemşiresi, 20 ameliyathane hemşiresi görev yapmaktadır. Klinik hemşireleri 08.00-16.00, 16.00-08.00 ve 08.00-08.00 (24 saat), ameliyathane hemşireleri ise 08.00-16.00 ve 08.00-08.00 (24 saat) vardiyalarında çalışmaktadır. Klinikte TDA hastalarının perioperatif bakımına yönelik standardize edilmiş bir bakım protokolü bulunmamaktadır. Bununla birlikte TDA hastaları için perioperatif süreç şu şekilde işletilmektedir: TDA uygulanacak hastalara, ameliyat kararı verildikten sonra poliklinikte gerekli tetkikler yapıp anestezi onayı alınmakta, hastaların ameliyattan bir gün önce kliniğe yatışı yapılmaktadır. Klinikte hastanın anamnez ve fizik muayenesi tekrar yapılarak, hekim ve hemşire tarafından hasta bilgilendirmeleri yapılmakta ve ameliyat için onamları alınmaktadır. Ameliyat günü, hasta klinikten ameliyathanenin preoperatif bekleme salonuna transfer edilmekte, bu alanda hemşire tarafından hastanın vital bulgularının takibi ve ameliyat hazırlıklarının kontrolü yapılmaktadır. Hasta ameliyathane odasına alındıktan sonra anestezi hekimleri ve teknisyenleri, ameliyathane hemşireleri ve destek personelleri tarafından ameliyata hazırlanmaktadır. Ameliyat genellikle supine pozisyonda, diz anteriorundan yapılan kesiyle gerçekleştirilmekte, ortalama 60 dakika sürmektedir. Ameliyat sonrası hastalar postoperatif hasta takip salonuna alınmakta, burada hastanın hemodinamik monitorizasyonu ve vital bulgu takibi yapılmaktadır. Bu süreçte, hasta postoperatif bakım hemşireleri tarafından değerlendirilmekte ve anestezi ekibi ile koordinasyon kurularak stabil duruma geldiğinde, hemşire refakatinde kliniğe transfer edilmektedir. Hasta ameliyat sonrası birinci gün mobilize edilmektedir. Klinikte postoperatif ağrı yönetiminde rutin bir analjezi protokolü uygulanmamakta olup, hastanın ağrı puanı doğrultusunda gereksinime göre farklı saatlerde, farklı ajanlarla

(parasetamol, nonsteroid-antiinflamatuvar, opioid) analjezik uygulanmaktadır. Hasta, ameliyat sonrası yaklaşık 3 gün hastanede kalmakta, diz egzersizleri, yürüme süre ve şekilleri klinik hekimleri, hemşireleri ve fizyoterapistler tarafından öğretilmektedir. Hastanın taburculuk sonrası 18. gün insizyon dikişlerinin alınması ve genel kontrol amacıyla poliklinik izlemi yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde TDA uygulanan hastalar oluşturmuştur. Klinikte, 2022 yılında 1000 hastaya TDA uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü; bir yıllık TDA uygulanan hasta sayısı temel alınarak, evreni bilinen örneklem hesabıyla %95 güven ve %5 hata payı ile en az 278 olarak belirlenmiştir. Araştırma 279 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

Dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etme
- TDA endikasyonu primer osteoartrit olma
- Primer, unilateral TDA cerrahisi olma

Dışlanma kriterleri

- İletişim problemi olma (konuşma ve işitme engeli olan)
- Alzheimer, demans gibi nörolojik ve psikiyatrik problemleri olma
- Aktif malignitesi olma
- Alt ekstremitesine ortopedik cerrahi dışında başka bir cerrahi işlem uygulanmış olma
- Alt ekstremitede yürümesini etkileyecek nörolojik sorunu olma
- Yürüyememe
- Bilateral diz artroplastisi uygulanmış olma

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-1), Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (EK-2), Tampa Kinezyofobi Ölçeği (EK-3), Görsel Analog Skala (EK-4), Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (EK-5), Oxford Diz Skoru (EK-6) kullanıldı.

Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu: Hasta tanıtıcı özellikler formu, araştırmacılar tarafından oluşturulan hastanın cinsiyet, yaş, BKİ, meslek, medeni durum, eğitim durumu gibi 18 sorunun yer aldığı bir soru formudur.

Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası: Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (KPHBS), perioperatif dönemde hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla 2001 yılında Tuija Leinonen ve Helena Leinonen-Kilpi tarafından geliştirilmiş 34 maddelik bir ölçüm aracıdır (133). Ölçek, 2006 yılında Dönmez ve Özbayır tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (134). Ölçek, fiziksel bakım, bilgi verme, destek, saygı, personel karakterleri, çevre ve hemşirelik süreci olmak üzere toplam yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, 5'li Likert tipinde olup, puanlama "tamamen katılıyorum (5 puan)" ile "tamamen katılmıyorum (1 puan)" arasında yapılmaktadır. Sıfır sayısı, "Bu yönü değerlendiremedim", 3 sayısı "ne katılıyorum - ne katılmıyorum, farklı değil, fikrim yok" düşüncesini temsil etmektedir. Ölçeğin uyarlama çalışmasında, Chronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçek puanı 0-160 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Alınan puan ne kadar yüksekse hastaya sağlanan hemşirelik bakımının o kadar kaliteli olduğu kabul edilmektedir (134, 135). Bu çalışmamızda ölçeğin Chronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,880 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyut Chronbach Alfa güvenilirlik katsayıları ise; bilgi verme 0,861, hemşirelik süreci 0,859, fiziksel bakım 0,820, personel karakterleri 0,759, çevre 0,737, saygı 0,694, destek 0,367 olarak bulunmuştur.

Tampa Kinezyofobi Ölçeği: Tampa Kinezyofobi Ölçeği ,1991 yılında Miller, Kopri ve Todd tarafından geliştirilmiş, ancak 1995 yılında Vlaeyen ve arkadaşları tarafından yayınlanması sağlanmıştır. Tampa Kinezyofobi Ölçeği, hareket/tekrar yaralanma korkusunu ölçmek amacıyla geliştirmiştir. Ölçeğin, Türk popülasyonunda geçerlik-güvenirlik çalışması, 2011 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (136). Ölçekte dördümlü Likert puanlaması (1=kesinlikle katılmıyorum,

4=tamamen katılıyorum) kullanılmaktadır. Ölçeğin 4, 8, 12 ve 16. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-68 arasında değerlendirilmektedir. Ölçekte kişinin aldığı puanın yüksek olması kinezyofobinin yüksek olduğunu göstermektedir (137, 138). Yılmaz ve ark. çalışmasında ölçeğin güvenirlik katsayısı ICC=0.806 olarak hesaplanmış ve ölçek Türk toplumu için güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir (136).

Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale –VAS): Subjektif olarak algılanan ağrının değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçek, Price ve arkadaşları tarafından 1983'te geliştirilmiştir (139). Bu ölçek, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek “en şiddetli ağrı” yazan 10 cm'lik bir cetveldir. Ölçeğin kullanımında, ölçekte bulunan “0” rakamının “hiç ağrı hissetmiyorum” anlamına geldiği ve rakamlar büyüdükçe ağrı şiddetinin arttığı ve “10” rakamının “en şiddetli ağrı hissediyorum” anlamına geldiği açıklanarak, o an hissedilen ağrı şiddetinin ölçek üzerinde işaretlenmesi istenir. Değerlendirmede ölçekten alınan puanın artması ağrının arttığını ifade etmektedir (139). Çalışmada, hastaların ameliyat günü, ameliyat sonrası 1. ve 2. günde, altı saat aralıklarla ağrı değerlendirmesi yapılmıştır, tüm ölçümlere ait ağrı puanlarının ortalaması alınarak hastanın postoperatif erken döneme ilişkin ağrı düzeyi belirlenmiştir.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI): Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Orijinal formun güvenirliği ilk olarak Spielberger ve arkadaşları (1964) tarafından incelenmiş, daha sonra 1974-1977 yıllarında Oner ve Le Compte tarafından envanterin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyonu yapıldıktan sonra, bu ölçeğin genç ve yetişkin Türk gruplarını içeren araştırmalarda kullanımının uygun olduğu belirtilmiştir (140-142). Durumluk- Süreklilik Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Durumluk Kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğinin belirlenmesinde, içinde bulunduğu durumla ilişkili duygularını dikkate alınarak cevapladığı; Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğinin betimlemesinde kullanılan bir ölçektir (140). Durumluk kaygı ölçeğinin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantının şiddetine göre; 1) hiç, 2) biraz, 3) çok ve 4) tamamıyla seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran),

1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Bu değerlendirme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 sabiti eklenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse, ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi de o kadar fazladır (142). Süreklilik kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre; 1) hemen hiçbir zaman, 2) bazen, 3) çok zaman ve 4) hemen her zaman şeklinde seçeneklerden oluşmaktadır. Sürekli anksiyete puanları için ise 35 sabiti eklenerek sonuca ulaşılmaktadır. Her iki envanterden elde edilen puanların değerlendirilmesinde puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek anksiyete seviyesini, düşük puan düşük anksiyete seviyesini göstermektedir (140). Bu çalışma kapsamında Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

Oxford Diz Skoru: Dawson ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen ölçeğin Tuğay ve ark. tarafından 2016'da Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach's α : 0,90). Oxford diz skoru, ağrı ve fonksiyonel durumu sorgulayan 12 soruluk tek bir kısımdan oluşmaktadır ve 0-48 aralığında puanlandırılmaktadır. 0-19 puan şiddetli diz artrit, 20-29 puan orta-şiddetli diz artrit, 30-39 puan hafif-orta diz artrit, 40-48 puan ise tatmin edici eklem fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir (143, 144). Oxford diz skoru çalışmaya dahil edilen hastaların diz artrit şiddetini preoperatif dönemde tespit etmek amacıyla kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma 22 Ekim 2023- 22 Nisan 2024 tarihleri arasında Ankara'da bir kamu hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde total diz artroplastisi uygulanan 279 hastayla gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada şu aşamalar izlenmiştir:

- Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalarla ameliyat gününden bir gün önce ilk kez görüşülmüş ve bu görüşmede hastaya öncelikle çalışma hakkında bilgi verilip, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan aydınlatılmış onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır. Ayrıca, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Hasta Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu" ve "Oxford Diz Skoru" hastayla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

- Hastanın, ameliyat günü, ameliyat sonrası 1. ve 2. günde 6., 12., 18., ve 24. saatlerde olmak üzere VAS kullanılarak ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır. Hastaların bir gün içerisindeki ortalama ağrı puanlarını tespit etmek amacıyla 6 saatte bir ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır. Postoperatif analjezik uygulaması, hastanın ağrı puanı doğrultusunda gereksinime göre farklı saatlerde, farklı ajanlarla (parasetamol, nonsteroid-antiinflamatuvar, opioid) yapıldığından ve hastaların bir güne ait ağrı ortalamasının belirlenmesi amaçlandığından, analjezik uygulanma saatleri dikkate alınmaksızın 6 saat arayla ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır.
- Diğer verilerin toplanması için hastalarla postoperatif ikinci günde görüşülmüştür. TDA uygulanan hastaların mobilizasyonun postoperatif birinci günde gerçekleştirilmesi ve üçüncü günde taburculuğunun planlanması nedeniyle görüşme için hastanın daha stabil olduğu postoperatif ikinci gün tercih edilmiştir. Araştırmacı tarafından mobilizasyon sonrası “Durumluk Kaygı Ölçeği”, “Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası”, “Tampa Kinezyofobi Ölçeği” hasta odasında ya da klinikte görüşmeye uygun bir ortamda hasta ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Görüşmeler yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmeleri SPSS (IBM SPSS Statistics 23) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı verileri ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerler, frekans ve yüzde hesaplamaları ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ikiden çok kategori için nicel değişkenler için yapılan karşılaştırmalarda Tek Yönlü Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi ile iki kategorili grup için karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirmesinde ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16 Aęustos 2023 tarih ve E2-23-4715 karar numarası ile etik kurul ve uygulama izni alınmıştır (EK-10). Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası, Tampa Kinezyofobi Ölçeği ve Durumluluk-Kaygı Ölçeği'nin geçerlik gúvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacıardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-6, EK-7, EK-8). Oxford Diz Skoru kullanım izni ise Oxford University Innovation Ltd'den e-posta yoluyla alınmıştır (EK-9). Araştırmaya katılmaya gönúllü olan hastalardan yazılı onamları alınmıştır (EK-11).

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen sonuçlar “Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular”, “Hastaların Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımına, Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular” ve “Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımının Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı, Anksiyete ve Ameliyatla İlgili Özellikler ile İlişkinine Yönelik Bulgular” olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri (n=279)

Tanıtıcı ve tıbbi özellikler	n / $\bar{X} \pm SS$	% / Min-Max
Yaş	68,09±6,98	49-85
Cinsiyet		
Kadın	240	86,0
Erkek	39	14,0
Medeni durum		
Evli	204	73,1
Bekar	75	26,9
Eğitim durumu		
Okuryazar	92	33,0
İlkokulöğretim	149	53,4
Lise/Önlisans	25	9,0
Lisans/Lisansüstü	13	4,7
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	274	98,2
Çalışıyor	6	1,8
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eşi	178	63,8
Yalnız	49	17,6
Çocukları	27	9,7
Eşi ve çocukları	25	9,0
BKİ*	32,43±5,07	19,53-48,24
BKİ*		
Normal	16	5,7
Kilolu	79	28,3
1. derece obez	102	36,6
2. derece obez	59	21,1
Morbid obez	23	8,2
Kronik hastalık varlığı		
Evet	226	81,0
Hayır	53	19,0

Tablo 4.1. (Devam) Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikleri (n=279)

Tanıtıcı ve tıbbi özellikler	n / $\bar{X} \pm SS$	% / Min-Max
Kronik hastalık sayısı (n=226)		
1	89	31,9
2	91	32,6
3 ve üzeri	46	16,5
Kronik hastalık **		
Hipertansiyon	191	68,5
Diabetes mellitus	87	31,2
Tiroid	35	12,5
Astım	34	12,2
Kardiyak problemler	23	8,2
Hiperlipidemi	17	6,1
Osteoporoz	9	3,8
Bening prostat hiperplazisi	8	20,5
Romatoid artrit	7	2,5
Geçirilmiş kanser	5	1,8
Ameliyat bölgesi		
Sol diz	140	50,2
Sağ diz	139	49,8
Anestezi türü		
Spinal	260	93,2
Genel	19	6,8
HKA ***		
Evet	36	12,9
Hayır	243	87,1
HKA kalış süresi (saat) (n=36)	37,54±10,67	10-48
Dren varlığı		
Evet	271	97,1
Hayır	8	2,9
Dren kalış süresi (saat) (n=271)	21,93±3,86	7-48
Osteoartrit sınıflaması (Oxford diz skoru)		
Şiddetli Osteoartrit	207	74,2
Şiddetli-orta Osteoartrit	65	23,3
Hafif-orta Osteoartrit	7	2,5
Sigara Kullanımı		
Evet	25	9,0
Hayır	254	81,0
Alkol Kullanımı		
Evet	2	0,7
Hayır	277	99,3
İlk mobilizasyona kadar geçen süre (saat)	21,72±4,26	5-46,5

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, *: Beden Kitle İndeksi, **: n katlamıştır, ***: Hasta Kontrollü Analjezi

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamasının $68,09 \pm 6,98$, %86'sının kadın, olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %73,1'inin evli, %53,4'ünün eğitimi durumunun ilköğretim olduğu saptanmıştır. Hastaların %98,2'si çalışmıyorken, %63,8'i eşiyile birlikte yaşamaktadır. Hastaların BKİ ortalaması $32,43 \pm 5,07$ ve %36,6'sında 1. derece obez olduğu saptanmıştır. Hastaların %81'inin ek kronik hastalıklarının olduğu bulunmuştur. Hastaların %50,2'sinin sol dizden ve %93,2'nin spinal anestezi ile ameliyat edildiği saptanmıştır. Hastaların %12,9'unda ameliyat sonrası HKA, %97,1'inde dren kullanıldığı saptanmıştır. Oxford diz skoru sınıflamasına göre hastaların çoğunluğunun (%74,2) şiddetli osteoartriti olduğu saptanmıştır. Hastaların %9'unun sigara, %0,7'sinin alkol kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların ilk mobilizasyonuna kadar geçen süre ortalama $21,72 \pm 4,26$ saat olarak bulunmuştur. Ortalama HKA kalış süresi $37,54 \pm 10,67$ saat ve ortalama dren kalış süresi $21,93 \pm 3,86$ saatolarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

4.2. Hastaların Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımına, Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

KPHBS toplam puan ve alt boyut puanları	Ölçekten alınabilecek min-max puan	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max puan
Fiziksel bakım	0-50	$40,94 \pm 4,89$	22-50
Bilgi verme	0-25	$18,11 \pm 5,11$	0-25
Destek	0-20	$13,34 \pm 2,69$	2-20
Saygı	0-15	$12,39 \pm 1,42$	5-15
Personel karakterleri	0-20	$16,05 \pm 2,71$	0-20
Çevre	0-20	$15,95 \pm 2,33$	3-20
Hemşirelik süreci	0-10	$7,36 \pm 2,36$	0-10
Toplam puan	0-160	$124,14 \pm 14,14$	77-158

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Hastaların KPHBS toplam puan ortalamasının $124,14 \pm 14,14$ olarak bulunmuştur. KPHBS alt boyutlarından saygı, çevre, personel karakterleri ve hemşirelik süreci alt boyutlarının ortalama puanlarının yüksek olduğu, fiziksel bakım,

bilgi verme ve destek alt boyut puanlarının da yüksek olmakla birlikte diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri

Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri	Ölçekten alınabilecek min-max puan	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max puan
Tampa Kinezyofobi Ölçeği	17-68	38,75±6,72	21-56
VAS ameliyat günü		5,80±1,90	0-10
VAS Postoperatif 1. gün	0-10	3,89±1,73	0-9
VAS Postoperatif 2. gün		1,86±1,57	0-8
Durumluk - Kaygı Ölçeği	20-80	37,66±9,44	20-72

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum

Tampa Kinezyofobi ölçeği puan ortalamasının 38,75±6,72 ve buna göre hastaların orta derecede kinezyofobisi olduğu tespit edilmiştir. VAS ağrı puanlarına göre hastaların ameliyat günü en yüksek ağrı düzeyine (5,80±1,90) sahip olduğu, ağrı düzeyinin postoperatif 1. ve 2. günde azaldığı tespit edilmiştir. Durumluk- Kaygı ölçeği puan ortalamasının 37,66±9,44 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

4.3. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımının Postoperatif Kinezyofobi, Ağrı, Anksiyete, Ameliyatla İlgili Özellikler ve Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özellikler ile İlişkisine Ait Bulgular

Tablo 4.4. KPHBS Puanlarının, Tampa Kinezyofobi Ölçeği, VAS ve Durumluk-Kaygı Ölçeği Puanları ile İlişkisi

KPHBS Toplam ve Alt Boyut Puanları	Tampa Kinezyofobi Ölçeği		VAS						Durumluk-Kaygı Ölçeği	
			Ameliyat günü		Postoperatif 1. gün		Postoperatif 2. gün			
	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p
Fiziksel bakım	-0,308	0,001	-0,197	0,001	-0,211	0,001	-0,177	0,003	-0,409	0,001
Bilgi verme	-0,295	0,001	-0,217	0,001	-0,236	0,001	-0,185	0,002	-0,364	0,001
Destek	-0,269	0,001	-0,006	0,923	-0,075	0,211	-0,085	0,157	-0,252	0,001
Saygı	-0,247	0,001	-0,101	0,093	-0,138	0,022	-0,130	0,029	-0,297	0,001
Personel karakterleri	-0,286	0,001	-0,106	0,078	-0,202	0,001	-0,174	0,004	-0,302	0,001
Çevre	-0,373	0,001	-0,128	0,033	-0,200	0,001	-0,154	0,010	-0,449	0,001
Hemşirelik süreci	-0,259	0,001	-0,042	0,486	-0,137	0,022	-0,119	0,046	-0,267	0,001
Toplam puan	-0,449	0,001	-0,206	0,001	-0,281	0,001	-0,236	0,001	-0,527	0,001

*Pearson korelasyon analizi

KPHBS toplam ve alt boyut puanları ile Tampa Kinezyofobi Ölçeği, VAS ağrı skoru, Durumluk-Kaygı Ölçeği arasındaki ilişkiler Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Bu ilişkiler incelendiğinde; KPHBS genel ve alt boyut puanlarındaki artışın; Tampa Kinezyofobi ve Durumluk-Kaygı ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüş sağladığı ve negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,001$) belirlenmiştir. KPHBS toplam puanı ile ameliyat günü, postoperatif 1. ve 2. gün ağrı puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). KPHBS toplam puanındaki artışın, ameliyat günü, postoperatif 1. ve 2. gün ağrı puanlarında azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. KPHBS alt boyut puan ortalamaları ile ağrı puanları

arasındaki ilişki incelendiğinde, destek alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puanlarının postoperatif 1. ve 2. gün ağrı puanı ile istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişkili olduğu bulunmuştur ($p < 0,005$). Destek alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puanlarındaki artış, ameliyat günü, postoperatif 1. ve 2. gün ağrı puanlarında azalma ile ilişkilidir. Ayrıca KPHBS alt boyutlarından yalnızca fiziksel bakım, bilgi verme, çevre alt boyut puanlarındaki artışın ameliyat günü ağrı puanında azalma ortaya çıkardığı tespit edilmiştir ($p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,033$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Ameliyata İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Ameliyata İlişkin Özellikler	KPHBS Toplam ve Alt Boyut Puanları									
	Fiziksel bakım	Bilgi verme	Destek	Saygı	Personel karakterleri	Çevre	Hemşirelik süreci	Toplam puan		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ameliyat tarafı										
Sağ diz	41,21±4,72	18,17±5,21	13,36±2,68	12,41±1,54	16,24±2,58	15,80±2,56	7,27±2,47	124,47±13,63		
Sol diz	40,67±5,06	18,05±5,02	13,33±2,71	12,36±1,31	15,85±2,83	16,10±2,07	7,46±2,24	123,82±14,67		
p*	0,354	0,842	0,923	0,789	0,225	0,280	0,500	0,703		
Anestezi türü										
Spinal	41,05±4,87	18,15±5,14	13,36±2,69	12,42±1,38	16,05±2,72	15,92±2,34	7,32±2,36	124,28±14,13		
Genel	39,42±5,16	17,58±4,75	13,11±2,82	11,89±1,85	15,95±2,70	16,37±2,14	7,89±2,26	122,21±14,47		
p*	0,161	0,639	0,690	0,119	0,869	0,418	0,308	0,538		
Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı										
Var	41,00±4,76	17,08±6,00	12,72±2,36	12,56±1,34	15,53±3,92	15,81±3,11	7,69±2,20	122,39±15,51		
Yok	40,93±4,92	18,26±4,96	13,44±2,73	12,36±1,44	16,12±2,49	15,97±2,19	7,31±2,38	124,40±13,94		
p*	0,940	0,197	0,138	0,448	0,219	0,691	0,365	0,426		
Dren kullanımı										
Var	40,99±4,92	18,15±5,14	13,37±2,71	12,38±4,44	16,08±2,71	15,98±2,23	7,35±2,38	124,31±14,22		
Yok	39,13±3,87	16,75±4,03	12,50±2,07	12,50±1,07	15,00±2,73	15,00±4,65	7,75±1,49	118,63±9,94		
p*	0,287	0,446	0,369	0,821	0,269	0,242	0,637	0,263		
Oxford diz skoru										
Şiddetli osteoartrit	40,84±4,93	18,16±5,04	13,45±2,64	12,38±1,34	16,21±4,44	16,02±2,15	7,37±2,36	124,44±13,69		
Şiddetli-orta osteoartrit	41,44±4,14	17,78±5,45	12,85±2,76	12,48±1,46	15,57±3,39	15,69±2,87	7,29±2,43	123,11±14,89		
Hafif-orta osteoartrit	39,28±9,14	19,57±4,28	14,71±3,04	11,86±2,97	11,86±2,97	16,14±1,77	7,71±1,80	124,85±21,19		
p**	0,455	0,652	0,112	0,540	0,223	0,592	0,898	0,796		

Ameliyata ait özellikler ile KPHBS genel ve alt boyut puanlarının karşılaştırma sonuçlarının incelendiği Tablo 4.5.'e göre; KPHBS toplam ve alt boyut puanları ile ameliyatla ilgili değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanlarının İlk Mobilizasyona Kadar Geçen Süre, Hasta Kontrollü Analjezi ve Dren Kullanım Süresi ile İlişkisi

KPHBS Toplam ve Alt Boyut Puanları	İlk mobilizasyona kadar geçen süre		Hasta kontrollü analjezi kullanım süresi		Dren kullanım süresi	
	r*	p	r*	p	r*	p
Fiziksel bakım	-0,036	0,549	-0,237	0,163	0,018	0,768
Bilgi verme	-0,011	0,850	-0,258	0,129	-0,012	0,842
Destek	0,019	0,755	-0,095	0,582	-0,011	0,859
Saygı	0,012	0,840	-0,348	0,037	0,026	0,673
Personel karakterleri	-0,052	0,388	-0,287	0,090	0,013	0,834
Çevre	-0,082	0,171	-0,212	0,214	-0,030	0,626
Hemşirelik süreci	0,028	0,640	-0,252	0,138	-0,036	0,557
Toplam puan	-0,031	0,611	-0,368	0,027	-0,006	0,924

*Pearson korelasyon analizi

Hastalarda KPHBS toplam ve alt boyut puanları ile ilk mobilizasyon saati, hasta kontrollü analjezi kullanım süresi ve dren kullanım süresinin ilişkileri Tablo 4.6'da incelenmiştir. KPHBS toplam ve saygı alt boyut puanları ile HKA kullanım süresi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,027$, $p=0,037$). Diğer değişkenler için istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmadığı tespit edilmiştir ($p<0,005$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hastalara ilişkin tanıtıcı ve tıbbi özellikler	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları									
	Fiziksel bakım	Bilgi verme	Destek	Saygı	Personel karakterleri	Çevre	Hemşirelik süreci	Total		
Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Kadın	40,83±4,97	18,11±2,57	13,48±2,57	12,36±1,42	16,07±2,73	15,95±2,38	7,33±2,39	124,14±14,17		
Erkek	41,61±4,37	12,49±3,23	12,49±3,23	12,56±1,45	15,87±2,65	15,95±2,00	7,59±2,15	124,18±14,12		
p**	0,356	0,991	0,032	0,404	0,665	0,997	0,516	0,986		
Medeni durum										
Evli	41,25±4,77	18,09±5,07	13,47±2,60	12,48±1,36	16,15±2,43	16,06±2,30	7,39±2,35	124,89±13,43		
Bekar	40,09±5,14	18,17±5,24	12,99±2,92	12,13±1,56	15,77±3,36	15,65±2,40	7,29±2,39	122,11±15,82		
p**	0,079	0,902	0,179	0,071	0,308	0,197	0,769	0,145		
Eğitim durumu										
Okur-yazar	40,63±5,03	17,34±5,71	13,37±2,40	12,20±1,41	16,02±2,23	15,63±2,55	7,13±2,33	122,32±13,93		
İlköğretim	40,80±4,89	18,20±4,80	13,29±2,88	12,44±1,49	16,06±2,80	16,11±2,34	7,53±2,35	124,45±14,12		
Lise/önlisans	42,24±4,14	19,28±5,06	13,68±2,27	12,52±1,05	16,24±3,71	16,00±1,66	7,24±1,90	127,20±15,60		
Lisans/lisansüstü	42,23±5,26	20,31±3,17	13,08±3,38	12,77±1,42	15,69±2,78	16,31±1,32	7,31±3,35	127,69±12,43		
p*	0,371	0,118	0,903	0,378	0,949	0,436	0,635	0,310		
Çalışma durumu										
Hayır	40,97±4,92	18,13±5,08	13,35±2,70	12,39±1,44	16,04±2,72	15,94±2,33	7,38±2,33	124,22±14,14		
Evet	39,40±2,61	16,80±7,26	12,80±2,17	12,00±0,00	16,00±2,55	16,40±2,07	6,60±3,97	120,00±14,94		
p**	0,478	0,564	0,649	0,541	0,969	0,663	0,467	0,509		

Tablo 4.7.(Devam) Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası Toplam ve Alt Boyut Puanları										
Birlikte yaşadığı kişi										
Eş	41,22±4,71	17,96±5,19	13,42±2,68	12,43±1,35	16,10±2,44	15,98±2,27	7,34±3,33	124,45±13,67		
Çocuklar	40,44±6,61	18,04±5,37	12,59±3,38	12,78±1,28	16,67±2,50	15,85±2,44	7,59±2,02	123,96±17,35		
Yalnız	39,88±4,32	18,16±5,33	13,20±2,64	11,73±1,60	15,26±3,63	15,33±2,57	7,04±2,55	120,61±15,24		
Eş ve çocuklar	41,56±5,08	19,16±3,77	13,92±1,91	12,92±1,32	16,56±2,45	17,04±1,74	7,88±2,52	129,04±9,80		
p*	0,311	0,751	0,321	0,001	0,092	0,027	0,498	0,104		
Beden kitle indeksi										
Normal	40,81±3,37	19,87±3,22	13,06±2,93	12,12±2,06	15,87±2,28	14,87±3,79	6,81±2,48	123,44±14,21		
Kilolu	40,89±4,78	17,08±6,24	13,33±2,62	12,43±1,14	15,96±3,12	16,23±2,01	7,44±2,54	123,37±14,96		
1. der.	41,06±5,57	18,46±5,01	13,28±3,02	12,41±1,49	16,10±2,67	15,88±2,39	7,47±1,99	124,67±14,80		
2. der.	40,66±4,59	18,34±4,38	13,56±2,42	12,20±1,47	15,92±2,61	15,81±2,12	7,31±2,40	123,80±13,10		
Morbid	40,94±4,89	18,30±3,44	13,30±1,92	12,79±1,35	16,56±1,90	16,39±2,19	7,13±3,06	125,87±11,35		
p*	0,977	0,217	0,963	0,496	0,887	0,227	0,840	0,940		
Kronik hastalık sayısı										
Yok	41,11±6,24	18,38±5,75	13,45±2,48	12,47±1,26	15,91±3,36	16,35±1,89	7,40±2,59	125,08±16,36		
1	41,68±4,27	18,44±4,97	13,40±2,64	12,17±1,79	16,13±2,43	15,76±2,53	7,77±1,98	125,37±13,92		
2	40,32±4,78	18,02±5,10	13,23±2,69	12,54±1,22	16,22±2,75	16,05±1,93	7,25±2,31	123,64±12,71		
3-4	40,54±4,41	17,34±4,67	13,33±3,09	12,41±1,15	15,70±2,34	15,63±2,99	6,74±2,74	121,70±14,60		
p*	0,274	0,670	0,962	0,346	0,713	0,356	0,104	0,496		
Sigara içme durumu										
Hayır	41,01±4,98	18,18±5,14	13,35±2,72	12,37±1,46	16,05±2,78	15,92±2,35	7,29±2,43	124,17±14,30		
Evet	40,24±3,95	17,40±4,83	13,32±2,43	12,56±1,00	16,04±1,99	16,24±2,13	8,08±1,22	123,88±12,66		
p**	0,453	0,467	0,963	0,526	0,990	0,514	0,009	0,415		

̄: Ortalama, SS: Standart sapma, *: Tek Yönlü Anova, **: Bağımsız gruplarda t testi

Çalışmada ayrıca KPHBS puanlarının hastaların tanıtıcı ve tıbbi özellikleri ile ilişkisi de değerlendirilmiştir (Tablo 4.7). KPHBS toplam ve alt boyutları puanları ile hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişi, BKİ, kronik hastalık sayısı, sigara içme durumu arasında genel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. KPHBS'nin birkaç alt boyutuna ilişkin puanlar ile hastaların bazı tanıtıcı özellikleri arasında istatistiksel anlamlı bazı sonuçlar elde edilmiştir. KPHBS'nin destek alt boyut puan ortalamasının erkeklerle göre kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,032$), yalnız yaşayanlarda saygı alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p=0,001$), eş ve çocuklarıyla yaşayanlarda çevre alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,027$) tespit edilmiştir. Ayrıca sigara içenlerde, içmeyenlere göre hemşirelik süreci alt boyut puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,009$) bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu sonuçlar klinik açıdan anlamlı olarak değerlendirilmemiştir.

5. TARTIŞMA

Diz osteoartritinde uygulanan TDA ameliyatlarının temel hedefi hastanın fonksiyonelliğinin artırılması ve ağrısının ortadan kaldırılması iken, TDA uygulanan hastalarda postoperatif fonksiyonel sonuçları etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır (17). Bu faktörler arasında, ağrı, anksiyete, kinezyofobi, postoperatif rehabilitasyon ve hastanın psikolojik durumu öne çıkmaktadır. TDA uygulanan hastalarda perioperatif sürecin multidisipliner ekip tarafından iyi yönetimi bu faktörlerin ameliyat sonrası hasta sonuçları üzerine olumsuz etkisini önlemekte, perioperatif dönemde verilen nitelikli hemşirelik bakımı ile bu faktörler kontrol altına alınarak postoperatif hasta sonuçları iyileşmektedir (37). Bu çalışmada TDA uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesinin ameliyat sonrası kinezyofobi, ağrı ve anksiyete ile ilişkisi ortaya konmuştur.

Bu çalışmada perioperatif hemşirelik bakımı kalitesi KPHBS'den alınan puanlar doğrultusunda değerlendirildiğinde, TDA uygulanan hastaların perioperatif bakım kalitesi yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçları, bakım kalitesinin saygı ve hemşirelik süreci alt boyutlarında en yüksek, destek alt boyutunda ise en düşük olduğunu göstermiştir. Çalışmanın bu sonuçları, literatürde ortopedik cerrahi geçiren hastaların perioperatif bakım kalitesini değerlendiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir (36, 37, 145). İbrahimoglu ve ark. (2023) kalça protezi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesini değerlendirdiği çalışmada bakım kalitesi çalışmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur (36). Koçak ve Aydın Akbuğa (2022) farklı endikasyonlarla ortopedik cerrahi geçiren hastaların perioperatif bakım kalitesini incelediği çalışmada ise bakım kalitesi çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur (37). Kızılcık Özkan ve ark. (2023) abdominal ve ortopedik cerrahi geçiren hastaların dahil edildiği çalışmasında perioperatif bakım kalitesi ortopedik cerrahi geçiren hastalarda daha yüksek bulunmuş olup, çalışmamıza benzer olarak bakım kalitesi saygı alt boyutunda en yüksek, destek alt boyutunda ise en düşük bulunmuştur (145). Gröndahl ve ark. (2019) ortopedi, üroloji, gastrointestinal cerrahi, toraks-kalp cerrahisi, jinekoloji, göz-kulak cerrahisi hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmada, cerrahi geçiren hastaların hemşirelik bakım kalitesini yüksek algıladığı bildirilmiştir (146). Türkiye'de ortopedik cerrahi dışındaki alanlarda da perioperatif bakım kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar mevcut olup, bakım kalitesini üroloji

alanında yüksek (147), genel cerrahi alanında ise daha düşük olarak bildiren çalışmalar bulunmaktadır (148-150).

Total diz artroplastisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası erken ve uzun dönemde ağrıdan ve protezin dislokasyonundan kaçınma gibi nedenlerle kinezyofobi görülebilmektedir (24, 151). Literatürde TDA uygulanan hastalarda kinezyofobiyi değerlendiren pek çok çalışma mevcut olup, çalışmalar bu hasta grubunda ameliyat sonrası orta ve yüksek düzeyde kinezyofobi görüldüğünü bildirmektedir (21, 23, 116, 152, 153). Çalışmamız sonuçlarına göre TDA uygulanan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde orta düzeyde kinezyofobiye ($38,75 \pm 6,72$) sahip oldukları görülmüş olup, bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir. Brown ve ark. (116) diz artroplastisi hastalarında kinezyofobi oranlarını incelediği sistematik derleme çalışmasında, bu hastalarda kinezyofobi görülme oranının yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır. Vroey ve ark. (152) çalışmasında diz artroplastisi uygulanan hastalarda kinezyofobi düzeylerinin yüksek olduğu, bu sonucun ameliyat sonrası kısa dönem hasta sonuçlarını etkilediği bildirilmiştir. Cai ve ark. (2018) 862 total diz artroplastisi uygulanan hastayı içeren çalışmasında hastaların kinezyofobi düzeyinin düşük olduğu bildirilmiş olup, bu sonucun hastaların daha az ağrı yaşamasını ve daha kısa sürede mobilize olmalarını sağladığı belirtilmiştir (21). TDA ameliyatı oldukça kompleks olan hazırlık ve bakım süreçlerini içermektedir. Bu süreçte hemşireler tarafından verilen nitelikli perioperatif bakım ve sürecin iyi yönetimi ameliyat sonrası hasta sonuçlarını ve memnuniyetini arttırmakta hastaların özellikle kinezyofobi deneyimini etkilemektedir (89). Çalışmamız sonuçlarına göre TDA uygulanan hastalarda KPHBS puanı daha yüksek olan hastaların kinezyofobi düzeyinin daha düşük olduğu saptanmış olup, bu durum perioperatif hemşirelik bakım kalitesinin kinezyofobi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastalara kaliteli hemşirelik bakımının sunulması ameliyat sonrası süreçte hareket etme korkusunu azaltarak, hastaların daha rahat bir şekilde mobilizasyonunu ve egzersiz yapmasını sağlamakta, bu durum hastaların ameliyat sonrası rehabilitasyon sürecini ve iyileşmesini hızlandırmakta, fonksiyonel sonuçlarını iyileştirmektedir (153). TDA uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesinin kinezyofobi ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamış olup, farklı hasta gruplarında bu ilişkiyi değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır (24, 154, 155). Atta ve ark. (2024) kardiyak cerrahi geçiren hastalarla yaptığı bir çalışmada, kişi merkezli

bakım uygulamalarının kinezyofobinin iyileştirilmesine bağımsız olarak katkıda bulunduğu, ayrıca anksiyete ve depresyonun azaltılmasında etkili olduğunu belirtmektedir (155). Najafi ve ark. (2022) TDA uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada kaliteli hemşirelik bakımının etkileri ile ilgili olmamakla birlikte, hastaların perioperatif süreçte bilgilendirilmesinin ve sağlık çalışanlarının hastayla yakın iletişiminin kinezyofobiye azalttığını ortaya çıkarmıştır (22).

Total diz artroplastisi hastalarında postoperatif ağrı postoperatif hasta sonuçlarını önemli ölçüde etkileyen faktörlerden biridir (26). Diz artroplastisi uygulanan hastalarda ağrının, postoperatif ilk gün en yüksek düzeylerde olduğu ve ilerleyen günlerde azaldığı görülmektedir (156, 157). Çalışmamızda TDA uygulanan hastaların ağrı düzeylerinin postoperatif ilk 24 saatte en yüksek düzeyde ancak orta düzeyde olduğu, postoperatif 1. ve 2. günde ise ağrı düzeylerinin çok hafif düzeye gerilediği tespit edilmiştir. Bulut ve Vatansever (2022) ve Canbolat Seyman ve Şara (2022) çalışmalarında, çalışmamıza benzer olarak diz artroplastisi sonrası ağrının ameliyat sonrası giderek azaldığı saptanmıştır (156) (157). Kornilov ve ark. (2016) yaptığı çalışmada diz artroplastisi hastalarında postoperatif ağrının ilk gün en yüksek seviyede ölçüldüğü ve üçüncü gün taburculuk öncesinde önemli ölçüde azaldığı, ağrı düzeyinin özellikle kadınlarda ve ameliyat öncesi anksiyetesi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (158). Postoperatif ilk 24 saatte ağrı düzeyinin yüksek seviyelerde olması cerrahi kesi alanında yumuşak doku inflamasyonun başlaması ve eklem içi hematoma ile ilişkilidir (158). Total diz ve kalça artroplastisi uygulanan hastalarda postoperatif ağrının yönetiminde hemşirelik bakımının etkisi önemlidir (159). Ortopedik cerrahi geçiren hastalara verilen hemşirelik bakım kalitesinin artmasıyla hastalarda ağrı seviyesinin azaldığı belirtilmektedir (160). Çalışmamızda KPHBS puanı yüksek olan hastaların, postoperatif ağrı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiş olup; bu sonuç hastalara verilen perioperatif kaliteli hemşirelik bakımının postoperatif ağrı düzeylerini azalttığını göstermiştir. Çalışmamız sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir (161, 162). Özdemir ve ark. (2022) kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada, perioperatif bakımın hastaların postoperatif dönemdeki ağrısını önemli ölçüde etkilediği ortaya çıkarılmıştır (163). Literatürde perioperatif bakım kalitesi ile postoperatif ağrı ilişkisini farklı hasta gruplarında inceleyen ve benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur. Liuyuan ve ark. (2021)

safra kesesi ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada, nitelikli hemşirelik bakımının hastaların ağrı düzeyini düşürdüğü ve komplikasyonları azalttığı gösterilmiştir (164).

Total diz artroplastisi sonrası hasta sonuçlarını etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri de anksiyetedir. Hastaların anksiyete düzeyinin yüksek olması postoperatif mobilizasyon ve rehabilitasyon süreçlerini önemli derecede etkilemektedir (165). Dinç ve Yılmaz Güven (2023) çalışmasında, TDA yapılan hastaların orta derecede anksiyete yaşadıkları ve bu anksiyetenin en önemli nedeninin postoperatif ilk üç gün ağrı düzeyinin yüksek olması ve proteze uyum nedeniyle olduğu bildirilmiştir (165). Varış ve Peker (2023) çalışmasında, TDA hastalarında anksiyetenin ilk 24 saatte yüksek olduğu, ancak postoperatif 3. ve 6. ay takiplerinde progresif olarak düştüğü ve bunun analjezi kullanımına bağlı olduğu belirtilmiştir (166). Hirschmann ve ark. (2013) çalışmasında ise TDA hastalarında orta düzeyde anksiyete tespit edilmiştir (167). Çalışmamız sonuçları da literatüre benzer olarak TDA uygulanan hastalarda postoperatif erken dönemde anksiyete düzeyinin orta düzeyde olduğunu göstermiştir. TDA uygulanan hastalarda stres ve anksiyetenin iyi bir hemşirelik bakımı ile yönetebileceği belirtilmektedir (162, 168). Çalışmamızda KPHBS puanı daha yüksek olan hastaların, postoperatif anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuş olup, bu durum perioperatif bakım kalitesinin, postoperatif anksiyetenin azaltılması ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamız sonuçları literatür ile benzerdir. Garzón'un (2019) randomize kontrollü çalışmasında TDA uygulanan hastalarda hemşirelik bakımının ve bilgilendirmenin anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (168). Fu ve ark. (2020) çalışmasında da perioperatif hemşirelik bakımının TDA uygulanan hastalarda anksiyeteyi azalttığı ve postoperatif hasta sonuçlarını pozitif yönde etkilediği gösterilmiştir (162). Kalça ve diz artroplastisi uygulanan hastaların dahil edildiği başka bir çalışmada ise perioperatif bakımın hasta stresini azalttığı ve hasta memnuniyet düzeylerini artırdığı bildirilmiştir (169). Diz ve kalça artroplastisi dışında ortopedik cerrahi geçiren diğer hasta gruplarında da perioperatif hasta bakımının anksiyete ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Sun ve ark. (2021) çalışmasında distal femur osteosarkomu nedeniyle artroplasti uygulanan hastalarda perioperatif hemşirelik bakımının hasta stresini ve anksiyetesini azalttığı bildirilmiştir (170). Farklı endikasyonlarla ortopedik cerrahi geçiren

hastaların dahil edildiği çalışmalarda da nitelikli hemşirelik bakımının hastaların anksiyete düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (162, 171).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Total diz artroplastisi uygulanan hastalarda perioperatif bakım kalitesinin ağrı, kinezyofobi ve anksiyete ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası toplam puan ortalamasının 124,14±14,14 olduğu ve hastaların perioperatif bakım kalitesinin yüksek olduğu bulunmuştur.
- Tampa Kinezyofobi ölçeği toplam puan ortalaması 38,75±6,72 olarak bulunmuş olup, hastaların postoperatif erken dönemde orta düzeyde hareket etme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir.
- VAS ağrı puanı ortalamasının, ameliyat günü en yüksek (5,80±1,90) olduğu ve ağrının postoperatif birinci ve ikinci günde giderek azaldığı saptanmıştır.
- Durumluk-kaygı ölçeği puan ortalamasının 37,66±9,44 olduğu ve hastaların postoperatif erken dönemde orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir.
- Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası toplam ve alt boyut puanlarındaki artışın, kinezyofobi ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).
- Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası toplam ve alt boyut puanlarındaki artışın, anksiyete ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).
- Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası toplam puanındaki artışın, VAS ağrı puanlarında (ameliyat günü, postoperatif 1. ve 2. gün) istatistiksel olarak anlamlı azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).
- Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası destek alt boyut puanı hariç diğer tüm alt boyut puanlarındaki artışın VAS ağrı puanının (postoperatif 1. ve 2.gün) azalmasında etkili olduğu, ayrıca KPBHS fiziksel bakım, bilgi verme, çevre alt boyutlarındaki puan artışının ameliyat günü VAS ağrı puanının azalmasında etkili olduğu saptanmıştır.
- Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası toplam ve saygı alt boyut puanları ile hasta kontrollü analjezi kullanım süresi arasında istatistiksel

anlamli iliŒki saptanmiŒtır ($p=0,027$, $p=0,037$). Ameliyatla ilgili diğer deęiŒkenler için istatistiksel olarak anlamli iliŒkiler bulunmamıŒtır ($p<0,005$) (Tablo 4.6.).

- Kaliteli Perioperatif HemŒirelik Bakım Sklası toplam ve alt boyut puanlarının hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine göre karŒılaŒtırmalarında destek alt boyut puan ortalamasının kadınlarda anlamli derecede yüksek olduğu ($p=0,032$) yalnız yaŒayanların saygı alt boyut puan ortalamasının dŒk olduğu ($p=0,001$) saptanmiŒtır.

6.2. neriler

AraŒtırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Total diz artroplastisi uygulanan hastalara perioperatif bakım veren hemŒirelerin nitelikli perioperatif bakımın hasta sonuçları üzerine etkileri konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalığın artırılması,
- Perioperatif hemŒirelik bakım kalitesinin periyodik olarak hasta geri bildirimleri ile değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bakımın niteliğini artırmaya yönelik giriŒimlerin planlanması,
- Perioperatif hemŒirelik bakım kalitesinin artırılmasına yönelik eğitimlerin gerekleŒtirilmesi,
- Farklı cerrahi alanlarda, perioperatif bakım kalitesinin hasta sonuçlarına ve postoperatif sürece etkisini inceleyen alıŒmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Diamond LE, Grant T, Uhlrich SD. Osteoarthritis year in review 2023: Biomechanics. *Osteoarthritis Cartilage*. 2024;32(2):138-47.
2. Michael JW, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(9):152-62.
3. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(9):e508-e22.
4. Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2016;12(2):92-101.
5. Berenbaum F. Osteoarthritis as an inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthrosis!). *Osteoarthritis Cartilage*. 2013;21(1):16-21.
6. D'Ambrosia RD. Epidemiology of osteoarthritis. *Orthopedics*. 2005;28(2 Suppl):s201-5.
7. Mahir L, Belhaj K, Zahi S, Azanmasso H, Lmidmani F, El Fatimi A. Impact of knee osteoarthritis on the quality of life. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2016;59:e159.
8. Glyn-Jones S, Palmer AJR, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, et al. Osteoarthritis. *The Lancet*. 2015;386(9991):376-87.
9. Wolfe F. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness scores: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*. 1999;38(4):355-61.
10. Suzuki Y, Iijima H, Shimoura K, Tsuboyama T, Aoyama T. Patients with early-stage knee osteoarthritis and knee pain have decreased hip abductor muscle strength while descending stairs. *Clin Rheumatol*. 2019;38(8):2249-54.
11. Bruyère O, Reginster JY, Honvo G. Health Economic Evaluation of a High and Low Molecular Weight Hyaluronic Acid Formulation for the Treatment of Knee Osteoarthritis. *Post Hoc Analyses from a Randomized Clinical Trial*. *Rheumatol Ther*. 2022;9(4):1119-28.
12. Kulkarni K, Karssiens T, Kumar V, Pandit H. Obesity and osteoarthritis. *Maturitas*. 2016;89:22-8.
13. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, Arden NK, Branco J, Curtis EM, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum*. 2019;49(3):337-50.
14. Goh GS, Schwartz AM, Friend JK, Grace TR, Wickes CB, Bolognesi MP, et al. Patients Who Have Kellgren-Lawrence Grade 3 and 4 Osteoarthritis Benefit Equally From Total Knee Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2023;38(9):1714-7.
15. Bade MJ, Kohrt WM, Stevens-Lapsley JE. Outcomes before and after total knee arthroplasty compared to healthy adults. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2010;40(9):559-67.
16. Winther SB, Foss OA, Klaksvik J, Husby VS. Pain and load progression following an early maximal strength training program in total hip- and knee arthroplasty patients. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2020;28(2):2309499020916392.

17. Timmers T, Janssen L, van der Weegen W, Das D, Marijnissen WJ, Hannink G, et al. The Effect of an App for Day-to-Day Postoperative Care Education on Patients With Total Knee Replacement: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(10):e15323.
18. De Luca ML, Ciccarello M, Martorana M, Infantino D, Letizia Mauro G, Bonarelli S, et al. Pain monitoring and management in a rehabilitation setting after total joint replacement. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(40):e12484.
19. Koller-Hodac A, Leonardo D, Walpen S, Felder D. Knee orthopaedic device how robotic technology can improve outcome in knee rehabilitation. *IEEE Int Conf Rehabil Robot*. 2011;2011:5975347.
20. Hidaka R, Tanaka T, Hashikura K, Oka H, Matsudaira K, Moro T, et al. Association of high kinesiophobia and pain catastrophizing with quality of life in severe hip osteoarthritis: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1):388.
21. Cai L, Liu Y, Xu H, Xu Q, Wang Y, Lyu P. Incidence and Risk Factors of Kinesiophobia After Total Knee Arthroplasty in Zhengzhou, China: A Cross-Sectional Study. *J Arthroplasty*. 2018;33(9):2858-62.
22. Najafi F, Zare Z, Javad Mortazavi SM, Lundberg M, Shahsavari H. Overcoming fear of movement resulting from knee replacement; strategies used by patients: An interview study. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2022;45:100904.
23. Filardo G, Merli G, Roffi A, Marcacci T, Berti Ceroni F, Raboni D, et al. Kinesiophobia and depression affect total knee arthroplasty outcome in a multivariate analysis of psychological and physical factors on 200 patients. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2017;25(11):3417-23.
24. Güney-Deniz H, Irem Kınıklı G, Çağlar Ö, Atilla B, Yüksel İ. Does kinesiophobia affect the early functional outcomes following total knee arthroplasty? *Physiother Theory Pract*. 2017;33(6):448-53.
25. Vogel M, Binneböse M, Lohmann CH, Junne F, Berth A, Riediger C. Are Anxiety and Depression Taking Sides with Knee-Pain in Osteoarthritis? *J Clin Med*. 2022;11(4).
26. Filardo G, Roffi A, Merli G, Marcacci T, Ceroni FB, Raboni D, et al. Patient kinesiophobia affects both recovery time and final outcome after total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24(10):3322-8.
27. Pulkkinen M, Jousela I, Sintonen H, Engblom J, Salanterä S, Juntila K. A randomized clinical trial of a new perioperative practice model on anxiety and health-related quality of life in arthroplasty patients. *Nurs Open*. 2021;8(4):1593-605.
28. George SZ, Bolognesi MP, Ryan SP, Horn ME. Sleep disturbance, dyspnea, and anxiety following total joint arthroplasty: an observational study. *J Orthop Surg Res*. 2022;17(1):396.
29. Pinto PR, McIntyre T, Ferrero R, Almeida A, Araújo-Soares V. Predictors of acute postsurgical pain and anxiety following primary total hip and knee arthroplasty. *J Pain*. 2013;14(5):502-15.
30. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(2):188-95.
31. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*. 2019;6(2):535-45.

32. Bowyer A, Jakobsson J, Ljungqvist O, Royse C. A review of the scope and measurement of postoperative quality of recovery. *Anaesthesia*. 2014;69(11):1266-78.
33. Heidegger T, Saal D, Nübling M. Patient satisfaction with anaesthesia - Part 1: satisfaction as part of outcome - and what satisfies patients. *Anaesthesia*. 2013;68(11):1165-72.
34. Bruckenthal P, Simpson MH. The Role of the Perioperative Nurse in Improving Surgical Patients' Clinical Outcomes and Satisfaction: Beyond Medication. *Aorn j*. 2016;104(6s):S17-s22.
35. Aktas YY, Karabulut N. The Association between Quality of Perioperative Nursing Care and Comfort among Neurosurgery Patients. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2020;10(4):332-7.
36. İbrahimoğlu Ö, Gezer N, Öğütlü Ö, Polat E. The Relationship Between Perioperative Care Quality and Postoperative Comfort Level in Patients With Hip Replacement Surgery. *J Perianesth Nurs*. 2023;38(1):69-75.
37. Koçak T, Akbuğa GA. Ortopedik Cerrahi Geçiren Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti İlişkisinin Belirlenmesi. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine/Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2022;75(3).
38. Taruc-Uy RL, Lynch SA. Diagnosis and treatment of osteoarthritis. *Prim Care*. 2013;40(4):821-36, vii.
39. Hsu H, Siwiec RM. *Knee Osteoarthritis*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing

Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.

40. Abramoff B, Caldera FE. Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options. *Med Clin North Am*. 2020;104(2):293-311.
41. Hall M, van der Esch M, Hinman RS, Peat G, de Zwart A, Quicke JG, et al. How does hip osteoarthritis differ from knee osteoarthritis? *Osteoarthritis and Cartilage*. 2022;30(1):32-41.
42. Hall M, van der Esch M, Hinman RS, Peat G, de Zwart A, Quicke JG, et al. How does hip osteoarthritis differ from knee osteoarthritis? *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30(1):32-41.
43. Yang D, Xu J, Xu K, Xu P. Skeletal interoception in osteoarthritis. *Bone Res*. 2024;12(1):22.
44. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(2):149-62.
45. Moseng T, Vliet Vlieland TPM, Battista S, Beckwée D, Boyadzhieva V, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(6):730-40.
46. Magnusson K, Turkiewicz A, Englund M. Nature vs nurture in knee osteoarthritis - the importance of age, sex and body mass index. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(4):586-92.
47. Li JS, Tsai TY, Clancy MM, Li G, Lewis CL, Felson DT. Weight loss changed gait kinematics in individuals with obesity and knee pain. *Gait Posture*. 2019;68:461-5.

48. Uysal FG, Basaran S. Knee Osteoarthritis. *Turkiye Fiziksel Tip Ve Rehabilitasyon Dergisi-Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009;55:1-7.
49. Kisand K, Tamm AE, Lintrop M, Tamm AO. New insights into the natural course of knee osteoarthritis: early regulation of cytokines and growth factors, with emphasis on sex-dependent angiogenesis and tissue remodeling. A pilot study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2018;26(8):1045-54.
50. Lespasio MJ, Piuizzi NS, Husni ME, Muschler GF, Guarino A, Mont MA. *Knee Osteoarthritis: A Primer*. Perm J. 2017;21:16-183.
51. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum*. 1991;34(5):505-14.
52. Long MJ, Papi E, Duffell LD, McGregor AH. Predicting knee osteoarthritis risk in injured populations. *Clinical Biomechanics*. 2017;47:87-95.
53. Kan HS, Chan PK, Chiu KY, Yan CH, Yeung SS, Ng YL, et al. Non-surgical treatment of knee osteoarthritis. *Hong Kong Med J*. 2019;25(2):127-33.
54. Ma J, Chen X, Xin J, Niu X, Liu Z, Zhao Q. Overall treatment effects of aquatic physical therapy in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res*. 2022;17(1):190.
55. Vitaloni M, Botto-van Bemden A, Sciortino Contreras RM, Scotton D, Bibas M, Quintero M, et al. Global management of patients with knee osteoarthritis begins with quality of life assessment: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):493.
56. Newberry SJ, FitzGerald J, SooHoo NF, Booth M, Marks J, Motala A, et al. *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Treatment of Osteoarthritis of the Knee: An Update Review*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017.
57. Brown NM, Sheth NP, Davis K, Berend ME, Lombardi AV, Berend KR, et al. Total Knee Arthroplasty Has Higher Postoperative Morbidity Than Unicompartmental Knee Arthroplasty: A Multicenter Analysis. *Journal of Arthroplasty*. 2012;27(8):86-90.
58. Canovas F, Dagneaux L. Quality of life after total knee arthroplasty. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018;104(1s):S41-s6.
59. Kuzuca BC, Güçlü B. Total diz artroplastisi öncesi planlama. *TOTBİD*. 2021;20:507-14.
60. Pua YH, Poon CL, Seah FJ, Thumboo J, Clark RA, Tan MH, et al. Predicting individual knee range of motion, knee pain, and walking limitation outcomes following total knee arthroplasty. *Acta Orthop*. 2019;90(2):179-86.
61. Wong J, Ries MD. Chapter 27 - Total Knee Arthroplasty. In: Maxey L, Magnusson J, editors. *Rehabilitation for the Postsurgical Orthopedic Patient (Third Edition)*. St. Louis (MO): Mosby; 2013. p. 480-503.
62. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthop*. 2020;91(1):3-19.
63. Husted H, Gromov K, Malchau H, Freiberg A, Gebuhr P, Troelsen A. Traditions and myths in hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop*. 2014;85(6):548-55.

64. Liu PL, Li DQ, Zhang YK, Lu QS, Ma L, Bao XZ, et al. Effects of Unilateral Tourniquet Used in Patients Undergoing Simultaneous Bilateral Total Knee Arthroplasty. *Orthop Surg.* 2017;9(2):180-5.
65. Kılıç B, Turhan Y, Demiroğlu M, Akçay S, Gürcan S. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6(2):135-8.
66. Skou ST, Roos EM, Laursen MB, Rathleff MS, Arendt-Nielsen L, Rasmussen S, et al. Total knee replacement and non-surgical treatment of knee osteoarthritis: 2-year outcome from two parallel randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2018;26(9):1170-80.
67. Cowell GW, Boom SJ, Ablett MJ. Thrombosis of popliteal artery pseudoaneurysm by deployment of angioplasty balloon after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2009;24(5):825.e11-3.
68. Basa CD. Total diz protezi komplikasyonlarının epidemiyolojisi ve sınıflaması. *TOTBİD.* 2019;18:102-7.
69. Spicer E, Thomas GR, Rumble EJ. Comparison of the major intraoperative and postoperative complications between unilateral and sequential bilateral total knee arthroplasty in a high-volume community hospital. *Can J Surg.* 2013;56(5):311-7.
70. Senay A, Trottier M, Delisle J, Banica A, Benoit B, Laflamme GY, et al. Incidence of symptomatic venous thromboembolism in 2372 knee and hip replacement patients after discharge: data from a thromboprophylaxis registry in Montreal, Canada. *Vasc Health Risk Manag.* 2018;14:81-9.
71. Tateiwa T, Ishida T, Masaoka T, Shishido T, Takahashi Y, Nishida J, et al. Does intraoperative mechanical prophylaxis prevent venous thromboembolism in total knee arthroplasty? - effectiveness of passive-assisted ankle motion in surgical/non-surgical side. *Arthroplasty.* 2021;3(1):35.
72. Sebastian S, Sezgin EA, Stučinskis J, Tarasevičius Š, Liu Y, Raina DB, et al. Different microbial and resistance patterns in primary total knee arthroplasty infections - a report on 283 patients from Lithuania and Sweden. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22(1):800.
73. Ebraheim NA, Kelley LH, Liu X, Thomas IS, Steiner RB, Liu J. Periprosthetic Distal Femur Fracture after Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review. *Orthop Surg.* 2015;7(4):297-305.
74. Bergin C, Speroni KG, Travis T, Bergin J, Sheridan MJ, Kelly K, et al. Effect of preoperative incentive spirometry patient education on patient outcomes in the knee and hip joint replacement population. *J Perianesth Nurs.* 2014;29(1):20-7.
75. Candy Mori VR. Best Practice Guideline Total Knee Replacement (Arthroplasty). *Advancing the Art and Science of Orthopaedic Care.* 2018.
76. Machin JT, Phillips S, Parker M, Carrannante J, Hearth MW. Patient satisfaction with the use of an enhanced recovery programme for primary arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(8):577-81.
77. Muñoz M, Acheson AG, Bisbe E, Butcher A, Gómez-Ramírez S, Khalafallah AA, et al. An international consensus statement on the management of postoperative anaemia after major surgical procedures. *Anaesthesia.* 2018;73(11):1418-31.
78. Husted H, Holm G, Jacobsen S. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: fast-track experience in 712 patients. *Acta Orthop.* 2008;79(2):168-73.

79. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(5):Cd003526.
80. Nielsen CS, Jans Ø, Ørsnes T, Foss NB, Troelsen A, Husted H. Combined Intra-Articular and Intravenous Tranexamic Acid Reduces Blood Loss in Total Knee Arthroplasty: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2016;98(10):835-41.
81. Ayers DC, Franklin PD, Ploutz-Snyder R, Boisvert CB. Total knee replacement outcome and coexisting physical and emotional illness. *Clin Orthop Relat Res.* 2005;440:157-61.
82. Mori C. Implementing Evidence-Based Practice to Reduce Infections Following Arthroplasty. *Orthop Nurs.* 2015;34(4):188-94; quiz 95-6.
83. Bebeko SP, Green DM, Awad SS. Effect of a preoperative decontamination protocol on surgical site infections in patients undergoing elective orthopedic surgery with hardware implantation. *JAMA Surg.* 2015;150(5):390-5.
84. Tokarski AT, Blaha D, Mont MA, Sancheti P, Cardona L, Cotacio GL, et al. Perioperative skin preparation. *J Orthop Res.* 2014;32 Suppl 1:S26-30.
85. Hamilton WG, Balkam CB, Purcell RL, Parks NL, Holdsworth JE. Operating room traffic in total joint arthroplasty: Identifying patterns and training the team to keep the door shut. *Am J Infect Control.* 2018;46(6):633-6.
86. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017;6(4):280-9.
87. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Hypothermia: prevention and management in adults having surgery. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Copyright © NICE 2019.; 2016.
88. Koc BB, Schotanus MGM, Kollenburg J, Janssen MJA, Tijssen F, Jansen EJP. Effectiveness of Early Warming With Self-Warming Blankets on Postoperative Hypothermia in Total Hip and Knee Arthroplasty. *Orthop Nurs.* 2017;36(5):356-60.
89. Tripp H, Fencl JL. Perioperative Nursing Considerations for Patients Undergoing Total Hip or Knee Arthroplasty. *Aorn j.* 2020;111(2):227-32.
90. Rutherford RW, Jennings JM, Dennis DA. Enhancing Recovery After Total Knee Arthroplasty. *Orthop Clin North Am.* 2017;48(4):391-400.
91. O'Neill A, Lirk P. Multimodal Analgesia. *Anesthesiol Clin.* 2022;40(3):455-68.
92. Clarke H, Soneji N, Ko DT, Yun L, Wijeyesundera DN. Rates and risk factors for prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study. *Bmj.* 2014;348:g1251.
93. Lavand'homme PM, Kehlet H, Rawal N, Joshi GP. Pain management after total knee arthroplasty: PROcedure SPECific Postoperative Pain Management recommendations. *Eur J Anaesthesiol.* 2022;39(9):743-57.
94. Bjerregaard LS, Jorgensen CC, Kehlet H. Serious renal and urological complications in fast-track primary total hip and knee arthroplasty; a detailed observational cohort study. *Minerva Anesthesiol.* 2016.

95. Malviya A, Martin K, Harper I, Muller SD, Emmerson KP, Partington PF, et al. Enhanced recovery program for hip and knee replacement reduces death rate. *Acta Orthop*. 2011;82(5):577-81.
96. Rothwell MP, Pearson D, Hunter JD, Mitchell PA, Graham-Woollard T, Goodwin L, et al. Oral oxycodone offers equivalent analgesia to intravenous patient-controlled analgesia after total hip replacement: a randomized, single-centre, non-blinded, non-inferiority study. *Br J Anaesth*. 2011;106(6):865-72.
97. Centers for Disease Control and Prevention. Surgical Site Infection (SSI) Event: CDC; 2023 [Available from: <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9psccurrent.pdf>].
98. McGuinness W, Vella E, Harrison D. Influence of dressing changes on wound temperature. *J Wound Care*. 2004;13(9):383-5.
99. Han J, Liu XJ. Effects of application of the clinical nursing pathway on surgical site wound infection and postoperative complication rates in patients with total knee arthroplasty: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2023.
100. Callaghan JJ, Pugely A, Liu S, Noiseux N, Willenborg M, Peck D. Measuring rapid recovery program outcomes: are all patients candidates for rapid recovery. *J Arthroplasty*. 2015;30(4):531-2.
101. Guerra ML, Singh PJ, Taylor NF. Early mobilization of patients who have had a hip or knee joint replacement reduces length of stay in hospital: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2015;29(9):844-54.
102. Perlas A, Kirkham KR, Billing R, Tse C, Brull R, Gandhi R, et al. The impact of analgesic modality on early ambulation following total knee arthroplasty. *Reg Anesth Pain Med*. 2013;38(4):334-9.
103. Jette DU, Hunter SJ, Burkett L, Langham B, Logerstedt DS, Piuze NS, et al. Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Physical Therapy*. 2020;100(9):1603-31.
104. Alkire MR, Swank ML. Use of inpatient continuous passive motion versus no CPM in computer-assisted total knee arthroplasty. *Orthop Nurs*. 2010;29(1):36-40.
105. Chughtai M, Sodhi N, Jawad M, Newman JM, Khlopas A, Bhave A, et al. Cryotherapy Treatment After Unicompartamental and Total Knee Arthroplasty: A Review. *The Journal of Arthroplasty*. 2017;32(12):3822-32.
106. Bruun-Olsen V, Heiberg KE, Wahl AK, Mengshoel AM. The immediate and long-term effects of a walking-skill program compared to usual physiotherapy care in patients who have undergone total knee arthroplasty (TKA): a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil*. 2013;35(23):2008-15.
107. Panni AS, Cerciello S, Vasso M, Del Regno C. Knee flexion after total knee arthroplasty reduces blood loss. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2014;22(8):1859-64.
108. Li B, Wen Y, Liu D, Tian L. The effect of knee position on blood loss and range of motion following total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2012;20(3):594-9.
109. Yoshida Y, Ikuno K, Shomoto K. Comparison of the Effect of Sensory-Level and Conventional Motor-Level Neuromuscular Electrical Stimulations on Quadriceps Strength After Total Knee Arthroplasty: A Prospective Randomized Single-Blind Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(12):2364-70.

110. Naylor JM, Yeo AE, Mittal R, Ko VW, Harris IA. Improvements in knee range and symptomatic and functional behavior after knee arthroplasty based on preoperative restriction in range. *J Arthroplasty*. 2012;27(6):1100-5.
111. Kauppila AM, Kyllönen E, Ohtonen P, Leppilahti J, Sintonen H, Arokoski JP. Outcomes of primary total knee arthroplasty: the impact of patient-relevant factors on self-reported function and quality of life. *Disabil Rehabil*. 2011;33(17-18):1659-67.
112. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
113. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160(1):28-37.
114. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021;397(10289):2082-97.
115. Buvanendran A, Fiala J, Patel KA, Golden AD, Moric M, Kroin JS. The Incidence and Severity of Postoperative Pain following Inpatient Surgery. *Pain Med*. 2015;16(12):2277-83.
116. Brown OS, Hu L, Demetriou C, Smith TO, Hing CB. The effects of kinesiophobia on outcome following total knee replacement: a systematic review. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2020;140(12):2057-70.
117. Doury-Panchout F, Metivier JC, Fouquet B. Kinesiophobia negatively influences recovery of joint function following total knee arthroplasty. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(2):155-61.
118. Tan M, Liu Y, Li J, Ji X, Zou Y, Zhang Y, et al. Factors associated with kinesiophobia in Chinese older adults patients with osteoarthritis of the knee: A cross-sectional survey. *Geriatric Nursing*. 2022;48:8-13.
119. Ruiz Hernández C, Gómez-Urquiza JL, Pradas-Hernández L, Vargas Roman K, Suleiman-Martos N, Albendín-García L, et al. Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3274-85.
120. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res*. 2018;23(1):41.
121. Alattas SA, Smith T, Bhatti M, Wilson-Nunn D, Donell S. Greater pre-operative anxiety, pain and poorer function predict a worse outcome of a total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2017;25(11):3403-10.
122. Spry C. *Essentials of perioperative nursing*: Jones & Bartlett Publishers; 2016.
123. Acar EÇ. Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.
124. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(1):3-11.
125. Benze C, Spruce L, Groah L. *Perioperative nursing: Scope and standards of practice*. Denver: AORN Inc. 2021.

126. Bergström A, Håkansson Å, Stomberg MW, Bjerså K. Comfort theory in practice—Nurse anesthetists' comfort measures and interventions in a preoperative context. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2018;33(2):162-71.
127. Barboza HR, Dsilva F, Moosaba M, Lobo AS. Effectiveness of multimodal care interventions on enhanced recovery among the patients undergoing abdominal surgery. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*. 2023;18(2):244-8.
128. Ding W, Jian M, Xu R-j. The impact of standardized perioperative care management on improving outcomes in patients with peptic ulcer disease. *Medicine*. 2023;102(21):e33769.
129. Wang L, Zhang Q. Effect of the Postoperative Pain Management Model on the Psychological Status and Quality of Life of Patients in the Advanced Intensive Care Unit. 2024.
130. Yuan Z, Gao L, Zheng M, Ye X, Sun S. Effect of Multimodal Health Education Combined with the Feedback Method in Perioperative Patients with Lung Cancer: A Randomised Controlled Study. *Patient preference and adherence*. 2023:413-20.
131. Xin L, Guo J. Impacts of Perioperative Comprehensive Nursing Intervention on Postoperative Urinary Incontinence and Quality of Life of Patients Undergoing Laparoscopic Radical Prostatectomy. *Cancer Investigation*. 2024;42(3):202-11.
132. Bai L, Liu X, Li Y, Liu J, Liu X, Li Q. Effect of the clinical nursing pathway on clinical symptoms, hip joint function, and nursing satisfaction in male patients with artificial hip arthroplasty. *Journal of Men's Health*. 2023;19(6):41-8.
133. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MR, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *J Adv Nurs*. 2001;35(2):294-306.
134. Donmez YC, Ozbayır T. Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *J Clin Nurs*. 2011;20(1-2):166-74.
135. Rehnström L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(3):308-14.
136. Yılmaz ÖT, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenirliliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2011;22(1):44-9.
137. Hudes K. The Tampa Scale of Kinesiophobia and neck pain, disability and range of motion: a narrative review of the literature. *J Can Chiropr Assoc*. 2011;55(3):222-32.
138. Rusu AC, Kreddig N, Hallner D, Hülsebusch J, Hasenbring MI. Fear of movement/(Re)injury in low back pain: confirmatory validation of a German version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:280.
139. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983;17(1):45-56.
140. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı: Boğaziçi Üniversitesi; 1997.
141. Oner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Yayınları. 1985.
142. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayri D, Yılmaz U. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2007;17(2):87-93.

143. Tuğay BU, Tuğay N, Güney H, Kınıklı G, Yüksel İ, Atilla B. Oxford Knee Score: cross-cultural adaptation and validation of the Turkish version in patients with osteoarthritis of the knee. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2016;50(2):198-206.
144. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 1998;80(1):63-9.
145. Özkan Zk, Diğın F, Sekmen ID. Hastalarda perioperatif hemşirelik bakımı kalitesi ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2023;10(1):26-32.
146. Gröndahl W, Muurinen H, Katajisto J, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ open.* 2019;9(4):e023108.
147. Saray Kiliç H, Pazar B, İbrahimoğlu Ö, Naldan ME. Quality of care perceived by patients during cystoscopy and affecting factors. *Medicine.* 2023;102(50).
148. Eyi S, Kanan N, Akyolcu N, Akın ML, Acaroğlu R. Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2016;15(2):159-70.
149. Özpekin ÖG, Erdim A. Ameliyathane hemşirelerinin mesleki profesyonelliklerinin introperatif bakım kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.* 2016;8(4):277-87.
150. Şahin G, Başak T. Perioperatif Hemşirelik Bakımının Hemşire Ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi (Evaluation Of Perioperative Nursing Care By Nurses And Patients. *International Refereed Journal Of Nursing Researches.*82.
151. Cici R, Bulbuloglu S, Kapikiran G. Effect of meditation music and comedy movie interventions on postoperative kinesiophobia and pain in patients undergoing total knee arthroplasty. *ANZ J Surg.* 2023;93(1-2):302-9.
152. De Vroey H, Claeys K, Shariatmadar K, Weygers I, Vereecke E, Van Damme G, et al. High Levels of Kinesiophobia at Discharge from the Hospital May Negatively Affect the Short-Term Functional Outcome of Patients Who Have Undergone Knee Replacement Surgery. *Journal of Clinical Medicine.* 2020;9(3).
153. Bal D, Cilingir D. A New Concept in Nursing Care After Surgery: Kinesiophobia. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2022;19(1).
154. Marques MDC, Pires R, Perdigão M, Sousa L, Fonseca C, Pinho LG, et al. Patient-Centered Care for Patients with Cardiometabolic Diseases: An Integrative Review. *J Pers Med.* 2021;11(12).
155. Atta MHR, Elsayed SM, Shurafi SOA, Eweida RS. The mediating role of cardiac patients' perception of nursing care on the relationship between kinesiophobia, anxiety and depression in rural hospitals: a cross-sectional study. *BMC nursing.* 2024;23(1):238.
156. Bulut A, Vatansever N. Determination of Factors Affecting Early Mobilization of Patients Who Have Undergone Knee and Hip Arthroplasty. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 2022;37(5):646-53.
157. Canbolat Seyman Ç, Şara Y. Kırılğanlığın Tek Taraflı Primer Total Diz Artroplastisi Sonrası Erken Dönem Hasta Sonuçlarına Etkisinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı-Kesitsel Bir Çalışma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.* 2023;15(2).

158. Kornilov N, Lindberg MF, Gay C, Saraev A, Kuliaba T, Rosseland LA, et al. Factors Related to Postoperative Pain Trajectories following Total Knee Arthroplasty: A Longitudinal Study of Patients Admitted to a Russian Orthopaedic Clinic. *Pain Res Treat.* 2016;2016:3710312.
159. Moon M, Oh EG, Baek W, Kim YM. Effects of Nurse-Led Pain Management Interventions for Patients with Total Knee/Hip Replacement. *Pain Manag Nurs.* 2021;22(2):111-20.
160. Gunes H, Bulbuloglu S, Kapikiran G, Saritas S. The effect of nursing care satisfaction on pain and anxiety levels of patients undergoing orthopedic surgery in the early postoperative period. *Med Sci.* 2022;11:1258-63.
161. Pulkkinen M, Junttila K, Lindwall L. The perioperative dialogue—a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2016;30(1):145-53.
162. Fu S, Wang Q, Fan C, Jiang Y. The efficacy of nursing intervention to reduce preoperative anxiety in patients with total knee arthroplasty: A protocol of prospective randomized trial. *Medicine.* 2020;99(38):e22213.
163. Özdemir C, Karazeybek E, Söyüncü Y. Relationship between quality of care and patient care outcomes for postoperative pain in major orthopedic surgery: Analytical and cross-sectional study. *Clinical Nursing Research.* 2022;31(3):530-40.
164. Wei L, Hong Q, Lin X, Chen Y, Yang F, Li F, et al. Effect of comprehensive high-quality nursing care on postoperative complications, degree of pain, and nursing satisfaction in gallstone patients during perioperative period. *Am J Transl Res.* 2021;13(4):2678-85.
165. Dinç G, Yılmaz Güven D. Total Diz Artroplastisi Ameliyatı Yapılan Hastaların Cerrahi Korku Düzeyleri ile Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Mobilizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.* 2023;15(2).
166. Varış O, Peker G. Effects of preoperative anxiety level on pain level and joint functions after total knee arthroplasty. *Sci Rep.* 2023;13(1):20787.
167. Hirschmann MT, Testa E, Amsler F, Friederich NF. The unhappy total knee arthroplasty (TKA) patient: higher WOMAC and lower KSS in depressed patients prior and after TKA. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2013;21(10):2405-11.
168. Medina-Garzón M. Effectiveness of a Nursing Intervention to Diminish Preoperative Anxiety in Patients Programmed for Knee Replacement Surgery: Preventive Controlled and Randomized Clinical Trial. *Invest Educ Enferm.* 2019;37(2).
169. Pulkkinen M, Junttila K, Lindwall L. The perioperative dialogue--a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scand J Caring Sci.* 2016;30(1):145-53.
170. Sun H, Li Y, Liu KM, Xin DS, Chen HW, Niu XM, et al. Effect of perioperative nursing for artificial knee replacement on patients with osteosarcoma of the distal femur. *American Journal of Translational Research.* 2021;13(9):10356-62.
171. Yu X, Luo Y, Wei W. Effects of nursing care based on positive suggestions on perioperative negative emotion and postoperative quality of life in orthopedic patients. *Int J Clin Exp Med.* 2019;12(7):8978-84.

8. EKLER

EK- 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Görüşme tarihi:

1. Hasta No

2. İletişim bilgisi:

3. Yaş:

4. Boy (cm):

Kilo (kg):

BMI (kg/m²):

5. Cinsiyet:

6. Medeni durum:

a. Erkek

a. Bekar

b. Kadın

b. Evli

7. Eğitim durumu:

8. Çalışma Durumu:

a. Okur-yazar

a. Çalışıyor (Açıklayınız).....

b. İlköğretim

b. Çalışmıyor

c. Lise/Ön lisans

d. Lisans/Lisansüstü

9. Yaşadığı yer:

10. Birlikte yaşadığı kişiler:

a. Ev

a. Eşi

b. Kurum

b. Çocukları

(Huzurevi/Bakımevi)

c. Yalnız

c. Diğer:.....

d. Bakıcı

e. Diğer.....

11. Kronik hastalıklar (belirtiniz):

12. Kullanılan ilaç sayısı:

13. Alışkanlıklar:

Sigara kullanımı.....tane/paket, ay/yıl

Alkol kullanımı.....ml günde/haftada/ayda,.....ay/yıl

14. Ameliyat tarafı: a. Sağ diz b. Sol diz

15. Ameliyatta kullanılan anestezi türü:

16. İlk mobilizasyon zamanı: (postoperatif saat)

17. HKA kullanımı Evet () Hayır ()

HKA toplam kullanım süresisaat

HKA infüze edilen ilaç.....

18. Dren varlığı Evet () Hayır () Dren toplam kalış süresisaat

EK-2. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası

(Hastalar İçin)

Aşağıda ameliyathanedeki tedavinizle ilgili bir dizi ifade verilmiştir. Sizden istediğimiz, her bir ifadeye ne derece katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmenizdir. Görüşünüze en uygun seçeneği işaretleyiniz. Eğer ifade tedavinizle (size yapılanlar) ilgili değilse veya bu konuda hiç bir şey hatırlamıyorsanız lütfen son seçeneği (Bu durumu değerlendiremedim) işaretleyiniz.

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Bu durumu değerlendiremedim
1- Ameliyathanede tedavim süresince, yeterli ağrı kesici aldım ve ağrı hissetmedim.						
2- Ameliyattan sonra ayılma odasında kaldığım sürece yeterli ağrı kesici verildi ve ağrı hissetmedim.						
3- Hiçbir ağrı hissetmeden, nazikçe kaldırıldım ve taşındım.						
4- Ameliyat masasında rahat bir cerrahi pozisyon verildi (Destekler vücudumun hiçbir bölgesine baskı yapmadı ve vücudumda herhangi bir uyuşukluk olmadı)						
5- Ameliyathanede üşümedim. (Gerektiğinde ısıtıcı araçlarla ısıtıldım).						
6- Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim.						
7- Anestezimin (genel veya bölgesel anestezi) iyi yapıldığını düşünüyorum.						

7 nolu ifade konusunda aynı fikirde değilseniz, aşağıdaki boşluğa anestezi ile ilgili yaşadığınız problemleri açıklayınız.

.....

.....

8- Ameliyatımın / tedavimin çok iyi uygulandığını düşünüyorum.						
--	--	--	--	--	--	--

Eğer aynı fikirde değilseniz, aşağıdaki boşluğa ameliyatınızla ilgili yaşadığınız problemleri açıklayınız.

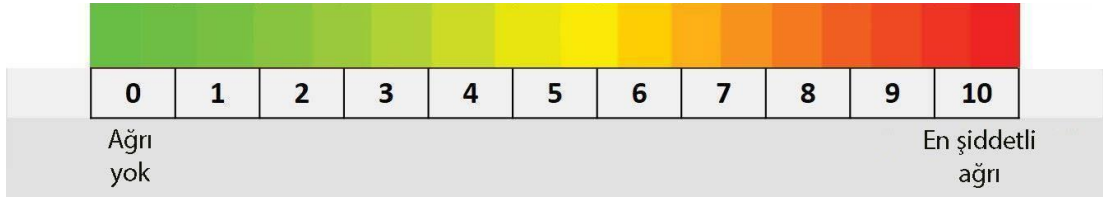
9- Ameliyathanedeki personel görevini iyi yapıyordu.						
10- Ameliyathanedeki personel görevlerini yerine getirirken çok dikkatli ve titizdi.						
11- Ameliyathanede bana yapılanlarla ilgili sürekli bilgi aldım. (Hiçbir tıbbi ifade kullanılmadan).						
12- Ayılma odasında/yoğun bakımda bana yapılan uygulamalarla ilgili sürekli bilgi aldım.						
13- Ameliyathanedeki hemşireler bana yapılan uygulamalar ve bunların neden yapıldığı konusunda yeterli bilgi verdiler.						
14- Cerrah ameliyatımla ilgili konularda bana yeterli bilgi verdi.						
15- Anestezi hekimi genel veya bölgesel anestezi ile ilgili konularda yeterli bilgi verdi.						
16- Ameliyathanede ne düşündüğümü ve istediğimi söyleyerek tedavimi yönlendirebildim.						
17- İstedimde müzik dinleyebildim.						
18- Ameliyathanedeki personel bana cesaret verdi ve ruhsal olarak destekledi.						
19- Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi.						
20- Ameliyathanede bana saygılı ve düşünceli biçimde davranıldı.						
21- Ameliyathanede rahatsız olacak veya utanacak durumlara düşürülmedim.						
22- Ameliyathanede bakımımın ve tedavimin kişiye özel olduğunu hissettim (Montaj fabrikasındaymış gibi yapıldığını hissetmedim).						
23- Ameliyathanedeki personel bana arkadaşça davrandı.						
24- Ameliyathanedeki personel, birbirleri ile uyumlu çalıştılar.						
25- Ameliyathanedeki personel espiriliydi.						
26- Ameliyathanedeki personel kibardı ve davranışları memnuniyet vericiydi.						
27- Ameliyathanedeki personel bana yeterince zaman ayırdı.						
28- Ameliyathane ortamı, telaşsız ve huzurluydu.						

29- Aylma odası/yoğun bakım, ameliyattan sonra kendine gelmek için sakin bir ortamdı.						
30- Ameliyathanede kendimi güvende hissettim.						
31- Ameliyathaneye alınmak için (serviste veya acil serviste) gereğinden fazla beklemek zorunda kaldığımı hissetmedim.						
32- Aylma odasından kliniğe çok erken nakil edildiğimi hissetmedim.						

EK- 3. Tampa Kinezyofobi Ölçeği

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz). Teşekkür ederiz.

	Kesirlikle Kabılıyorum	Kabılıyorum	Kabılıyorum	Tamamen Kabılıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrımla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağrımın olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-4. Görsel Analog Skala (Visual Analogue Scale –VAS)

Postoperatif Ağrı Değerlendirmesi	6. saat	12. saat	18. saat	24. saat
Ameliyat günü				
Postoperatif birinci gün				
Postoperatif ikinci gün				

EK-5. STAI Durumluk- Kaygı Ölçeği

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-6. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası Kullanım İzni



Selda Urfa

Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası İzni Hakkında

3 ileti

Selda Urfa

6 Eylül 2023 15:33

Alıcı:

Değerli Hocam,

Merhaba, Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda sizlerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalasını izninizle kullanmak istiyorum. Kullanım izni verdiğiniz takdirde ölçeği, ölçeğin kullanım yönergesini ve puanlamasını göndermeniz mümkün müdür? Çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,

Selda URFA

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Yelda Candan Dönmez <

8 Eylül 2023 15:35

Alıcı: 5

Merhaba Selda

Ekte yer alan Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası'nı tez çalışmada kullanabilirsin. Ölçeğin değerlendirilmesi: Likert tipi olan bu ölçeğin her alt boyutunun puanları ayrı ayrı hesaplanmaktadır, daha sonra en fazla puanlanan alt boyuttan başlayarak alt boyutları sıralanmaktadır. Hasta veya hemşireler arasında alt boyutlara göre öncelikler belirlenmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesi de artmaktadır şeklinde yorumlanmaktadır.

Tez çalışmada kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

From: Selda Urfa <

Sent: Wednesday, September 6, 2023 3:33 PM

To: <

Subject: Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası İzni Hakkında

[Alınılan meşin gizlendi]

EK-7. Tampa Kinezyofobi Ölçeği Kullanım İzni

22.05.2024 13:57

Gmail - Tampa Kinezyofobi Ölçeği İzni Hakkında



Selda Urfa <

Tampa Kinezyofobi Ölçeği İzni Hakkında

3 ileti

Selda Urfa

9 Ekim 2023 22:27

Alıcı: yavuz

Değerli Hocam;

Merhaba, Ben Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilimsel yüksek lisans öğrencisiyim. Yapacağım tez çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Tampa Kinezyofobi ölçeğini tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Kullanım izni verdiğiniz takdirde ölçeği, ölçeğin kullanım yönergesini ve puanlamasını göndermeniz mümkün müdür? Çok teşekkür ederiyorum.

Saygılarımla,

Selda URFA

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Yavuz YAKUT <

11 Ekim 2023 09:19

Alıcı: Selda Urfa

Merhaba
Kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.
Prof. Dr. Yavuz Yakut

Selda Urfa <

n>, 9 Eki 2023 Pzt, 22:27 tarihinde şunu yazdı:

[Alınılan metin gizlendi]

2 eklenti



Tampa Kinezyofobi ölçeği Türkçe.png
84K

Tampa Kinezyofobi.pdf
323K

Selda Urfa <

11 Ekim 2023 10:33

Alıcı: Yavuz Y

Değerli Hocam ;
Teşekkür ederim .
Saygılarımla

EK-8. STAI Durumluk-Kaygı Ölçeği Kullanım İzni



Selda Urfa ·

STAI Durumluluk Kaygı Ölçeği İzni Hakkında

5 ileti

Selda URFA <

6 Eylül 2023 15:37

Alıcı: ' >

Değerli Hocam,

Merhaba, Ben Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı yüksek lisans öğrencisiyim. Yapacağım tez çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız STAI Durumluluk-Kaygı ölçeğini tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Kullanım izni verdiğiniz takdirde ölçeği, ölçeğin kullanım yönergesini ve puanlamasını göndermeniz mümkün müdür? Çok teşekkür ederiyorum.

Saygılarımla,

Selda URFA

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

YÖRET Vakfı <

7 Eylül 2023 12:36

Alıcı:

Merhaba,

08.09.2023

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Sınav Kaygısı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Hacettepe Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Selda Urfa'nın "**Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyetesi ile İlişkinin Değerlendirilmesi**" konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner

EK-9. Oxford Diz Skoru Kullanım İzni

About knee score permission 1633501

**Martina Zagaria** <

21.11.2023 (Sal), 18:05

SELDA URFA ✓



Your Request has been ...

138 KB



✓ 1 ekin (138 KB) tümünü göster İndir

Hi Selda

Your licence request was approved in October, see email attached.

Next OoO :**Kind regards****Martina Zagaria**

Project Manager, Clinical Outcomes, Oxford University Innovation Ltd.



**EK-10. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik
Kurul İzin Belgesi**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E2-23-4715 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği’nde planlanan; Prof. Dr. Ahmet Özgür YILDIRIM’ın sorumlu araştırmacısı olduğu “Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete İle İlişkinin Değerlendirilmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

16/08/2023

Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan
K.Çetindağ
G.Uzun


Tel: ()

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete İle İlişkisinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 ÇANKAYA /ANKARA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ahmet Özgür YILDIRIM						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi						
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-						
	DESTEKLEYİCİ	-						
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>					
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>					
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>					
FAZ 4		<input type="checkbox"/>						
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>						
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>						
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>						
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>						
Diğer ise belirtiniz: Prospektif Çalışma (Hemşire Selda URFA'nın tezi)								
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza: 

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete İle İlişkisinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:E2-23-4715	Tarih: 16/08/2023				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza: _____

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyete İle İlişkinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki			Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H		
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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"/>		
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum /Perinatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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 checked="" type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahit ŞENDUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	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"/>		
Prof. Dr. Bilgen BAŞGUT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	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"/>		
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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"/>		
Prof. Dr. Bedia DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (S.B.Ü)	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"/>		
Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi(YBÜ)	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"/>		
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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"/>		
Doç. Dr. Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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"/>		
Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	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"/>		
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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"/>		
Sağ. Mens. Olm. Üye. Mehmet Hilmi ŞEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	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 checked="" type="checkbox"/>		
Av. Mesut KELEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	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"/>		
Mühendis Bilal BECEREN	Biyomedikal Mühendis	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	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"/>		

*:Toplantıda Bulunma

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

EK-11. Aydınlatılmış Onam ve Katılımcının Beyanı

Değerli Katılımcı,

Diz artroplastisi (protezi) uygulanan hastalarda perioperatif hemşirelik bakımının ameliyat sonrası ağrı, kinezyofobi (hareket etme korkusu) ve anksiyete ile ilişkisini değerlendirmek için yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi Ve Anksiyete İle İlişkisinin Değerlendirilmesi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin amacı klinikte aldığınız hemşirelik bakımının ameliyat sonrası ağrı, kinezyofobi (hareket etme korkusu) ve anksiyete durumunuz üzerinde etkili olup olmadığını değerlendirmektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle sizin için düzenlenen ve yaklaşık 30 dakika süren “Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Oxford Diz Skoru”, “Kaliteli Perioperatif Bakım Skalası”, “Tampa Kinezyofobi Ölçeği”, “Görsel Analog Skala” ve “Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği” doldurmanız istenecektir.

Bu araştırmaya tahminen 278 gönüllünün katılması beklenmektedir. Gönüllülere ulaşma ve uygulamaları gerçekleştirmek tahmini olarak 12 ay sürecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilmektedir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamanız halinde söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak

kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz.Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında veri toplama formları ve ölçekleri doldurmamanız halinde araştırmaya katılımınız sona erdirilecektir. Araştırmacılar araştırma sırasında yeterli katılımcı sayısına ulaşamadıklarında araştırmayı sonlandırabilir.

Testler ve tedavi sırasında oluşabilecek riskler: Uygulanacak değerlendirmeler size zarar verecek herhangi bir risk içermemektedir.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı) Araştırmacı Zeliha Özdemir Köken ve Hemşire Selda Urfa tarafından “Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi ve Anksiyeye İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ve hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Selda Urfa 'ya no'lu telefondan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya

katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesine hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

İmza:

Sorumlu Araştırmacılar

Doç. Dr. Zeliha zdemir Köken Telefon:

Hemşire Selda Urfa Telefon: E.posta:

Adres: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi/ Ortopedi Ameliyathane

EK-12. Turnitin Raporu

Total Diz Artroplastisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Bakım Kalitesinin Ameliyat Sonrası Ağrı, Kinezyofobi Ve Anksiyete İle İlişkinin Değerlendirilmesi

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 12	% 9	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
8	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

9. ÖZGEÇMİŞ