T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANACAK HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ KORKU DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mehmet Coşkun DEMİRATLI

Referans no: 10468265

EDİRNE-2023

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

TOTAL DİZ PROTEZİ UYGULANACAK HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ KORKU DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mehmet Coşkun DEMİRATLI

Destekleyen kurum:

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresi içerisinde yardım ve desteklerini benden esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi hocalarıma, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi hemşirelerine, çalışma arkadaşlarıma ve desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **TOTAL DİZ PROTEZİ** 3
- **DİZ EKLEMİ ANATOMİSİ** 4
- **TOTAL DİZ PROTEZİ ENDİKASYONLARI** 4
- **TOTAL DİZ PROTEZİ KONTRAENDİKASYONLARI** 5
- **TOTAL DİZ PROTEZİNİN SINIFLANDIRILMASI** 5
- **TOTAL DİZ PROTEZİ KOMPLİKASYONLARI** 6
- **TOTAL DİZ PROTEZİ VE AĞRI** 9
- **TOTAL DİZ PROTEZİ VE KORKU** 11
- **AĞRI KORKUSU** 12
- **CERRAHİ KORKU** 13
- **TOTAL DİZ PROTEZİ HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI** 13
- **TOTAL DİZ PROTEZİ HASTALARINDA TABURCULUK EĞİTİMİ** 21

GEREÇ VE YÖNTEM 23

BULGULAR 27

TARTIŞMA 36

SONUÇLAR 42

ÖZET 45

SUMMARY 47

KAYNAKLAR **49**
TABLOLAR LİSTESİ **62**
ÖZGEÇMİŞ **63**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ASA : American Society of Anesthesiologists

ASAKÖ : Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği

BKİ : Beden Kitle İndeksi

CKÖ : Cerrahi Korku Ölçeği

DVT : Derin Ven Trombozu

EKG : Elektrokardiyografi

GİS : Gastrointestinal Sistem

Hg : Hemoglobin

Htc : Hematokrit

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development

TDK : Türk Dil Kurumu

TDP : Total Diz Protezi

TKP : Total Kalça Protezi

GİRİŞ VE AMAÇ

Osteoartrit morbidite ve sakatlığın en önde gelen nedenlerinden ve önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Diz osteoartriti, diz ekleminin dejenerasyonu sonucu ağrı ve hareket kısıtlılığına yol açmaktadır (1,2). Özellikle ileri yaştaki hastalarda çok ciddi fonksiyon bozukluğuna sebep olarak kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Tedaviye ilk önce yaşam tarzının düzenlenmesi, fizik tedavi, analjezik ve anti-enflamatuar ilaçları içeren konservatif yöntemler ile başlanmaktadır (3). Konservatif tedavinin fayda sağlamadığı hastalar için eklem protez ameliyatları, hastanın kısa sürede fonksiyon kazanmasını sağlayan güvenilir bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Total diz protezi (TDP) ameliyatı osteoartrit, romatoid artrit, posttravmatik artrit ve diğer spesifik olmayan artritler sonucu ciddi olarak yapısı bozulmuş diz ekleminde bozulan eklem alanlarının çıkarılması ve çeşitli maddelerden hazırlanmış protezlerin eklem bölgesine yerleştirilmesi işlemidir (4,5). Her yıl yaklaşık 500.000 yeni TDP cerrahisi uygulanmakta olup, bu sayının 2030 senesine gelindiğinde 1,2 kat artacağı öngörülmektedir (6,7). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2021 raporlarına göre 2019 yılında İsviçre'de total diz protezi uygulanan hasta sayısı 100.000/260 kişi iken ülkemizde 100.000/123 kişi olarak bildirilmiştir (8).

Mete ve Avcı Işık(2020) tarafından yapılan TDP uygulanan hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinin belirlendiği bir çalışmada TDP uygulanan hastaların orta dereceye yakın korku yaşadıkları ve daha çok cerrahinin uzun dönem korkularından etkilendikleri belirtilmiştir (9). Ameliyat öncesi hastalarda korkunun anestezi korkusu, ağrı korkusu, hastaların yeterli bilgiye sahip olmaması, ölümden korkma, beden imajındaki değişikliklerden korkma gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (9,10). Korku, stres ve anksiyete

algılanan bir tehdide karşı vücudun fizyolojik ve psikolojik tepkileridir ve bu tepkiler, ameliyat olacak birçok hasta için ortak deneyimlerdir (11). Korku, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ‘‘Gerçek veya olası bir tehlike ya da yoğun bir acı karşısında ortaya çıkan ve coşku, solgunluk, ağız kuruluğu, solunum ve kalp atışı hızında artma vb. belirtileri olan veya daha karmaşık fizyolojik değişimlerle kendini gösteren duygu’’ olarak tanımlanmaktadır (12). Ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi korku düzeyinin yüksek olmasının, ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşam bulgularının anormal düzeylerde olmasına, korku ve strese bağlı kortikosteroid hormonlarının daha fazla salınmasına ve hastanın iyileşmesinin gecikmesine neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (13). Aşçı (2019) tarafından TDP uygulanan hastalara yönelik retrospektif olarak yapılmış bir çalışmada ameliyat öncesi korku düzeyleri düşük olan hastaların ameliyat sonrasında sosyal işlev ve mental parametrelerindeki iyileşmenin korkusu fazla olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (14).

Diz osteoartriti olan hastaların en önemli semptomlarından olan ağrı; bireyin deneyimlediği, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir uyaran olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağrı tedavisinde yaklaşım hastanın ifadesine dayalı olmalı, hastanın ağrı bildirmesi yok sayılmamalıdır (15,16). TDP ameliyatı sonrası hastaların ciddi düzeyde ağrı yaşadıkları bildirilmektedir (17). Damar ve Bilik (2018)’in çalışmasında diz protezi hastalarının ameliyat sonrası en kötü ağrı şiddeti ortalamasının 9,08/10 olduğu belirtilmiştir. Hastaların TDP sonrası yüksek düzey ağrı yaşamaları ameliyat öncesinde ameliyat sonrası ağrı korkusuna neden olabilmektedir (18). Aşçı (2019) tarafından retrospektif olarak TDP uygulanan hastalarda yapılmış bir çalışmada ağrı korkusuna dayalı bir ölçek kullanılmış ve hastaların %62,5’inde korku değerinin yüksek olduğu bulunmuştur (14). Yılmaz ve Aydın (2018) tarafından diz ve kalça artroplastisi hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise ameliyat öncesi korku ve anksiyetesi yüksek olan hastaların ameliyat sonrasında daha çok ağrı deneyimlediği, daha geç mobilize oldukları, hastanede daha çok kaldıkları ve daha geç iyileştikleri belirtilmiştir (19). Hastaların cerrahi işleme ve ameliyat sonrası ağrıya ilişkin korku düzeyini azaltmada hemşirelik bakımı girişimleri önemlidir (20). TDP uygulanan hastalarının cerrahi korku ve ağrı korkusu düzeylerine yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı TDP uygulanan hastaların ameliyat öncesi dönemde ağrı korkusu ve cerrahi korku düzeylerini belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

TOTAL DİZ PROTEZİ

TDP cerrahisi dünyada ve ülkemizde sık uygulanan, zamanla sayısı artan cerrahi girişimlerin başlarında gelmektedir. Dünya genelinde yılda yaklaşık 500.000 TDP ameliyatı uygulanmakta olup güncel Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporlarına göre dünyada TDP cerrahisi oranın 100.000 nüfusta 174 olduğu görülmektedir (6,21). Dünyada, 2050 yılına kadar ise sayının giderek artarak %855 oranında artacağı öngörülmektedir (22). Türkiye'de 2021 OECD raporlarına göre 2019 yılında uygulanan TDP cerrahisi oranı 100.000 nüfusta 123 kişi olarak kaydedilmiş olup sayının sonraki yıllarda artacağı düşünülmektedir (21).

TDP diz osteoartriti gibi eklem bölgesinde zedelenme ve aşınmaya sebep olan hastalıklar nedeniyle diz ekleminin aşınmış bölgesinin çıkarılarak yerine çeşitli maddelerden oluşabilen yapay eklemin bölgeye yerleştirilmesi işlemidir (23). Osteoartrit, yetişkinlerde en sık görülen eklem hastalıklarındandır ve yetişkinlerin %6'sında görülmektedir. Osteoartrite en çok diz ekleminde rastlanmaktadır (24). TDP cerrahisi günümüzde cerrahi dışı yöntemlerin yanıt vermediği durumlarda sıklıkla uygulanan cerrahilerden olup diz bölgesindeki ağrı ve günlük yaşamı kısıtlayan nedenleri gidermede en başarılı tedavi seçeneklerindendir (23,25). Protezin bölgeye yerleştirilip sabitlenmesinde özel çimento malzemeleri kullanılmaktadır. Ameliyatın süresi bölgedeki hasar ve hastaların anatomisine göre değişmekle birlikte yaklaşık 1,5-2 saat arasında değişebilmektedir (26). TDP cerrahisindeki amaç hastaların yoğun ağrısını gidermek, yürümekte zorlanma, merdiven çıkamama gibi eklem hareket kayıplarını geri kazandırmak kısacası hastaların bağımsızlık düzeyi ve yaşam kalitesini arttırmaktır (9,27).

TDP genellikle yaşlı nüfusa uygulanan bir cerrahi girişimdir ve buna bağlı olarak yaşlanan nüfusun artmasıyla doğru orantılı vaka sayıları da yükseliş göstermektedir (28,29). Kurtz ve ark. (2007)'nın projeksiyon çalışmasında 2030 yılına kadar her yıl yapılacak yaklaşık 3.48 milyon TDP vakasıyla sayının hızla artması öngörülmektedir (30,31).

TDP'nin gelişmesindeki ilk adımlar Dr. Themistocles Gluck' un 1890 yılında Almanya'daki bir konferansta fildişinden yapılmış bir protezi tanıtmasıyla atılmıştır. Dünyada ilk diz protezi 20 Mayıs 1890'de Dr. Gluck tarafından 17 yaşındaki bir kıza takılmıştır. Fildişinden yapılmış bu protezler sebep oldukları enfeksiyon nedeniyle kullanıma uygun bulunmamıştır. 1950'li yılların başında Waldius'un akrilikten ürettiği protezler ortaya çıkmış, 1958'li yıllarda protezler kobalt ve kromdan üretilmeye başlanmış, daha sonra molib ve paslanmaz çelikten üretilen protezler kullanılmaya başlanmıştır. Zaman içindeki gelişimle dizdeki kemik yapının bir kısmının korunmasını amaçlayan sadece bir tibio-femoral kompartmanın değiştirildiği tek kompartmanlı diz protezi ameliyatları geliştirilmiştir (30,32). Türkiye'de ise ilk diz protezi ameliyatı 1981 yılında Prof. Dr. Orhan Aslanoğlu tarafından Ege Üniversitesinde yapılmıştır. 1987 yılında Gazi Üniversitesinde ilk diz protezi kursu verilmiş bu sayede büyük şehirlerde diz protezi ameliyatları yapılabilmiştir (33).

DİZ EKLEMİ ANATOMİSİ

Diz eklemi insan vücudunda ayakta durma, yürüme, koşma, merdiven çıkma, çömelme gibi bir çok işlevi yerine getiren vücuttaki en büyük ve en ağır yükü taşıyan eklemdir (34). İnsan vücudunda, sık zarar gören ve yaralanan eklemlerin arasında diz eklemi de sayılmaktadır. Diz eklemi ekstansiyon ve fleksiyon hareketlerinin yanında bazı durumlarda lateral ve medial rotasyon hareketlerinin de yapıldığı karmaşık yapılı bir eklemdir (35). Diz eklemi femur, patella ve tibia olmak üzere 3 kemikten ve 2 eklemden oluşmaktadır. Femur ve tibia arasındaki kemik eklem (tibiofemoral eklem) vücut yükünün büyük kısmını taşırken, patella ve femur arasındaki kemik eklem (patellofemoral eklem) ise kuadriseps femoris kasının oluşturduğu kuvvetin diz üzerinde sürtünmesiz aktarımını sağlamaktadır. Patellofemoral eklemde dizin üç farklı düzlemde (sagittal, transvers, frontal) hareketi sağlanmaktadır (36). Diz ekleminde çeşitli hareketlerin sağlanmasında kemik yapıların yanı sıra; bağlar, kapsüller, menisküs, kas ve tendonların işlevleri de büyük rol oynamaktadır (37).

TOTAL DİZ PROTEZİ ENDİKASYONLARI

TDP'nin en önemli ve en sık kullanılan endikasyonu osteoartrittir (Van Manen ve ark., 2012). TDP cerrahisi, 6 aylık ameliyat dışı tedavi uygulanmış ancak ağrısı geçmemiş

hastaların tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ağrıyla birlikte hastaların günlük hareketlerini etkileyecek düzeyde hareket kısıtlılığı ve diz eklem deformiteleri TDP ameliyatının başlıca endikasyonlarıdır. Ağrı olmaksızın eklem deformitesi ve hareket kısıtlılığı tek başına TDP için endikasyon sebebi değildir (38). Aşçı (2019) Total diz artroplastisinde korku ve anksiyetenin yaşam kalite ve işlevsel sonuçlara etkisi başlıklı araştırmasında hastaların ameliyat öncesi ve taburculuk sonrası, ağrı ve fiziksel fonksiyon durumunu karşılaştırmış, ameliyat sonrası hastaların fiziksel aktivite durumunda artış, ağrı düzeylerinde ise azalma olduğunu saptamıştır (14). Konservatif ve diğer tedavi seçeneklerine yanıt vermemiş, tercihen ileri yaşta olan, semptomları ciddi derecede süren, çoğunlukla ileri derecede osteoartrit olmakla birlikte posttravmatik artrit ve romatoid artrit tanısı olan hastalarda TDP cerrahisi endikedir (3). Hastalar yaşadıkları yoğun ağrı ve hareket kısıtlılığından kurtulmak, günlük hayatlarındaki konforu ve işlevselliği geri kazanmak için TDP ameliyatı oldukları görülmektedir (39).

TOTAL DİZ PROTEZİ KONTRENDİKASYONLARI

-Hastalarda genel durum bozukluğu: Genel sağlık durumu kötü hastaların TDP ameliyatı sonrası komplikasyon riski, hastanede kalış süreleri ve mortalite oranları artmaktadır (3).

-Hastalarda stabil ve ağrılı olmayan artrodez: Artrodez hareket yeteneğini kaybetmiş eklem bölgesinin tedavi amacı ile birleştirilip dondurulması işlemidir. Bu tedavi yöntemi eklemde ağrıyı gidermekte ancak eklemde hareket kısıtlılığına yol açmaktadır. Artrodezli diz ekleminde TDP cerrahisi kontrendike olmaktadır (40).

-TDP uygulanacak taraftaki eklem bölgesinde psöriyazis gibi cilt sorunları

-Obezite: BKİ 40'dan yüksek olan hastalarda yara yeri problemlerinin, enfeksiyon oranının, akciğer embolisi ve derin ven trombozu (DVT) gibi komplikasyonların daha sık görüldüğü; buna bağlı olarak hastanede daha uzun süre kaldıkları görülmüştür (3).

-Enfeksiyon: Diz ekleminde aktif veya yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon varlığı ya da vücutta aktif enfeksiyon varlığı TDP için kesin bir kontrendikasyondur (41).

-Şiddetli vasküler hastalık varlığı, kuadriseps kas gücünün yetersiz olması, dizi etkileyen periferik dolaşım bozukluğu olması, şiddetli osteoporoz ve hastaların cerrahiye uyumsuzluğu olarak sıralanabilir (41,42).

TOTAL DİZ PROTEZİNİN SINIFLANDIRILMASI

-Dizde hasar olan ve cerrahi operasyon yapılacak bölgeye göre:

1. Unikompartmantal (Tek bölge) protezler

2.Bikompartmantal (İki bölge) protezler

3. Trikompartmantal (Üç bölge) protezler olarak sıralanmaktadır (43).

-Kısıtlama durumuna göre:

1.Kısıtlayıcı Olmayan (Unconstrained) protezler

2.Yarı Kısıtlayıcı (Semi-constrained) protezler

3.Tam Kısıtlayıcı (Fully constrained) protezler olarak sıralanmaktadır (43).

-Tespitine göre:

1.Sementli (çimentolu) protezler

2.Sementsiz protezler olarak sıralanmaktadır (43).

TOTAL DİZ PROTEZİ KOMPLİKASYONLARI

Son yıllarda TDP vaka sayılarının artmasıyla ameliyata bağlı gelişen komplikasyon sayısı da artış göstermiştir. Farklı kaynaklarda TDP ameliyatı sonrası %4-28 oranında komplikasyon oluştuğu bildirilmektedir (44). Bazı komplikasyonlar çözümü basit ve risksizken bazı komplikasyonlar ise çözümü güç ve riskli olabilmektedir. Protezin işlevini yitirdiği ciddi komplikasyonlarda revizyon TDP cerrahisi gerekebilmektedir. Çankaya ve ark. (2014)'nın çalışmasında ileri yaşın, hastaların ASA (American Society of Anesthesiologists) skorunun, sigara kullanma durumunun, hastaların yalnız ya da huzurevinde yaşıyor oluşunun, eğitim durumu ve kronik ağrı süresinin TDP sonrası komplikasyon oranlarını etkilediği belirtilmektedir (45). TDP komplikasyonları lokal komplikasyonlar ve genel komplikasyonlar olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir (46,47).

Lokal Komplikasyonlar

TDP cerrahisi sonrası sık karşılaşılan lokal komplikasyonlar; enfeksiyon, yara yeri problemleri, tromboembolik komplikasyonlar, instabilite, periprostetik kırıklar, eklem sertliği olarak belirtilmektedir (46).

-Enfeksiyon: TDP cerrahisi sonrası en korkulan, hastalara ve hekimine ciddi yük oluşturan komplikasyonlarından birinin enfeksiyon olduğu belirtilmektedir (47). Diz bölgesi, kalça ya da omuz dokusuna göre daha ince tabakalı olduğundan enfeksiyona yatkınlığı daha fazla olduğu kabul edilmektedir. Komplikasyonlardan bir diğeri olan yara yeri problemlerinin yaranın iyileşmesini olumsuz etkilediği, yaranın iyileşmesini geciktirdiği ve bölgede enfeksiyon oluşumuna zemin hazırladığı belirtilmektedir. Cilt hazırlığının uygun yapılmaması, cerrahi sırasında steriliteye dikkat edilmemesi, uzamış ameliyat süresi,

uygunsuz pansumanlar, hasta odalarının temiz olmaması ya da aynı odada enfekte hasta olması, kan transfüzyonu, daha önceden geçirilmiş diz cerrahisi gibi nedenler enfeksiyon için risk faktörlerinden sayılabilir (47,48).

Ameliyat sonrası derin ya da yüzeyel enfeksiyon oranı zamanla azalmakta ancak %1-10 arasında görülmektedir (47). Revizyon cerrahi sonrası enfeksiyon oranı daha yüksek olmakla beraber primer cerrahi sonrası %0,8–%1,9 oranında görülmektedir (47,48). Kapadia ve ark. (2016) tarafından yapılmış bir çalışmada 3717 TDP hastasından 55'inde enfeksiyon saptanmıştır (49). Postler ve ark. (2018) tarafından 402 hastayla yapılmış çalışmada revizyon TDP cerrahisinin en çok enfeksiyon sebebiyle (%36.1) uygulandığı belirlenmiştir (50).

-Yara yeri problemleri: Yara yerinde derin veya yüzeyel hematom, yara yerinde kanama, yara yerinde iyileşmede gecikme, yara yerinde ayrılma, yara kenarlarında nekroz ve seröz akıntı TDP sonrası gelişebilen yara yeri problemlerine örnek verilebilmektedir. Ameliyat bölgesinin yeterli kanama kontrolünün yapılmaması, ameliyat sonrası hastaların düşmesi ya da uygun olmayan diz hareketleri, komplikasyonlardan bir diğeri olan enfeksiyon gelişmesi gibi faktörler yara yeri problemlerine sebep olmaktadırlar (47). Yara yeri problemleri, TDP uygulanmış hastalarda %10-15 oranında görülmektedir (3). Kargın ve Serin(2018) tarafından yapılmış bir çalışmada 2002-2007 yılları arasında TDP uygulanan 40 hastanın 12'sinde yara yerinde seröz akıntı gözlenmiştir (51).

-Tromboembolik komplikasyonlar: DVT, TDP ameliyatı öncesi ve sonrası yetersiz profilaksi, ameliyat sonrası hareket kısıtlılığının gereğinden fazla uygulanması, obezite, sigara kullanımı gibi sebeplerden meydana gelebilen ciddi bir komplikasyondur (52,53). Profilaksi uygulanmasına rağmen görülebilmekte olan bir komplikasyondur. Profilakside ilk amaç riskli hastalarda DVT oluşmadan riskin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır (54,55). Altıntaş ve ark. (2008) çalışmalarında venöz tromboemboli profilaksisi uygulanan ortopedi hastalarında daha az DVT (%0,9) ve pulmoner emboli (%0,4) görüldüğünü belirlemişlerdir (53). TDP cerrahisi sonrası %0.57-%42.5 oranında DVT gelişebilmektedir (56). Tromboembolinin hayatı tehdit eden şekli pulmoner emboli olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölümcül pulmoner emboli, derin ven trombozuna göre daha nadir gelişmekte olup %0 ile %0,4 arasında görülmektedir. Profilaksi uygulanmayan hastalarda yapılmış çalışmalarda pulmoner emboli görülme oranı %1 ile %24 arasında görülmekteyken, ölümcül pulmoner emboli düzeyi %0,1 ile %2 oranında kaydedilmiştir (46).

-İnstabilite: TDP sonrası görülebilen en önemli komplikasyonlardan biridir. Ameliyat sonrası hareket etme ve diz üstüne yük verme nedeniyle oluşan hastaların ağrı ya da anormal bir sesle tanımladığı veya şekil bozukluğu ile tespit edilebilen protezin anormal konum

almasına bağlı bir durumdur (57). Tam çıkık instabilitesi yarı çıkık instabilitesinden daha nadir görülmektedir. Eski tasarım protezlerde olgular daha çok olmakla birlikte yeni tasarım protezlerde instabilite oranı %1-4 arasında bildirilmiştir (58). Revizyon cerrahisi nedenlerinde enfeksiyon ve aseptik gevşemeden sonra instabilite üçüncü sırada (%17) yer almaktadır. Tedavisi çoğu durumlarda cerrahidir. Cerrahi sonrası devam eden instabilite oranı %8-36 arasında değişebilmektedir (46,57,58).

-Periprostetik kırıklar: Dizde periprostetik kırıklar; femur, tibia veya patellada eklem bölgesinden 15 cm ya da kanal içinden 5 cm mesafedeki kırıklar olarak tanımlanmaktadır (59). TDP ameliyatı sırasında ya da ameliyat sonrası erken veya geç dönemde görülebilen bir komplikasyondur. Ameliyat sonrası travma nedeniyle ya da ameliyat sırasında protezin uygulanmasındaki hatalar nedeniyle meydana gelmektedir (60). Ameliyat sırasındaki kırıklar nadiren görülmektedir. Chalidis ve ark. (2007) çalışmasında TDP ameliyatından sonra ortalama periprostetik patella kırığı görülme oranının %1,19 olarak bildirmişlerdir (61). TDP ameliyatının etkinliği sonucu eski günlük aktivitelerine dönen hastalar periprostetik kırıklarla karşı karşıya kalabilmektedir. Ameliyat sonrası tekrarlı düşme öyküsü, hastaların hareket sırasında ağrı tanımlaması kırık varlığına işaret edebilmektedir. Kırık gelişen hastalarda cerrahi dışı tedaviye uygun hastalar da olmakla birlikte, protez uygulamalarının gelişmişliği tedavide cerrahiye yönelimi arttırmıştır. TDP uygulanmış hastalarda 2 ila 4 yıl içinde suprakondiler femur kırıkları %0,3–%2,5 oranında görülmektedir. Revizyon cerrahisi sonrası risk artmakla beraber femur kırıkları %38 gibi yüksek oranlara kadar görülmektedir (29,46,59,62,63).

-Eklem sertliği: TDP sonrası diğer komplikasyonlara oranlara rölatif olarak daha sık görülen bir komplikasyondur. Dizde eklem sertliğinin olması, ameliyat sonrası süresi net olarak fikir birliği sağlanamamış olsa da yaklaşık altı haftalık sürede eklemdeki fleksiyon derecesinin 90 dereceden az olması olarak tanımlanır (64,65). TDP sonrası eklem sertliğine sebep olan faktör en sık artrofibrozistir. Artrofibrozis, TDP sonrası diz ekleminde hareket kaybı oluşması ile karakterize bir komplikasyondur (46,66). Ameliyat öncesi eklem hareket açıklığının az olması, geçirilmiş diz ameliyatı, ağrıya toleransın az olması eklem sertliğinin oluşumuna zemin hazırlamaktadır (46). TDP ameliyatıyla diz ekleminin bu sürede 90 dereceden daha yüksek hareket açıklığının olması amaçlanmaktadır. TDP sonrası orta veya yüksek şiddette ağrı, yetersiz eklem açıklığı, fonksiyonel gelişim yetersizliği bulunan hastalarda tedavi düşünülmektedir. Fizik tedavinin fayda sağlamadığı hastalarda cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. TDP sonrası eklem sertliği insidansı %3,7-6,3 aralığında

görülmektedir (64,65). Erkan ve ark. (2011)' nın TDP ameliyatı olmuş 45 hastanın 50 diziyle dahil edildiği çalışmasında hastaların %16'sında eklem sertliği gelişmiştir (67).

Genel Komplikasyonlar

TDP hastalarının çok büyük kısmı ileri yaş grubundaki (>65 yaş) hastalardan oluşmaktadır (68). Yaşlı hastalarda beslenme bozuklukları, anemi, dehidratasyon, doku iyileşmesinin geç olması, derin soluk alıp verme ve öksürme yeteneğinin az olması, güçsüzlük ve vücut dengesini sağlamada zorlanma gibi olumsuzlukların olması cerrahi için komplikasyon riskini arttırmaktadır (69). Ayrıca yaşlı hasta grubunda hipertansiyon, KOAH, kardiyak problemler, diyabet gibi sistemik hastalıklar daha fazla görüldüğünden komplikasyon varlığı dolasıyla mortalite oranlarının buna bağlı olarak arttığı belirtilmektedir (70). Özellikle akciğer ve kardiyak problemleri olan hastaların cerrahi sonrası yüksek risk grubunda olduğu belirtilmektedir (46,70). Artan yaşla birlikte solunum sistemindeki değişimler sonucu atelektazi ve pnömoni gibi problemler, kardiyovasküler sistemdeki değişimler sonucu aritmiler, kan basıncı düzensizlikleri, kalp yetmezliği gibi problemler görülebilmektedir (71). Memtsoudis ve ark. (2009)'nın çalışmasında TDP ameliyatının bilateral olarak uygulanmasının hastanede kalış süresini ve mortaliteyi arttırdığı bildirilmektedir (72). Riskli gruptaki hastalarda bilateral uygulamadan kaçınmanın komplikasyonları azaltacağı düşünülmektedir (3,73). Bakış ve ark. (2014)'nın 2014 yılındaki çalışmasında TDP uygulanmış 145 hastanın 9'unun ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar sonucu hayatlarını kaybettikleri belirtilmiştir (70).

TDP uygulamalarında hastaların cerrahi girişim öncesi ve sonrası deneyimledikleri en önemli durumlardan biri de ağrıdır. Ameliyat sonrası akut ağrı, TDP sonrası hastaların yoğun olarak deneyimledikleri, beklenen bir deneyimdir (74).

TOTAL DİZ PROTEZİ VE AĞRI

Ağrının en net ve anlaşılır tanımı Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) tarafından ''mevcut veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duygusal ve emosyonel deneyim" olarak tanımlanmaktadır (75). TDP ameliyatı her ne kadar hastaların günlük hayatta yaşadıkları ağrıyı giderse de hem yumuşak dokuyu hem de kemik dokusunu etkileyen bir girişim olduğu için ameliyat sonrası yoğun ağrıya sebep olmaktadır (23,76). TDP ameliyatı olan hastaların %60'ı yüksek şiddette, %30'u ise orta şiddetli ağrı deneyimlemektedirler (76). Hastaların ameliyat sonrası yaşadığı ağrının yeterli tedavi edilememesi, taburculuğunun gecikmesine bağlı riskleri ve maliyeti arttırmakla birlikte TDP

ameliyatı sonrası fonksiyonel iyileşmenin önemli etkenlerinden erken mobilizasyonu ve fizik tedavi uygulanmasını zorlaştırarak pulmoner ve kardiyovasküler komplikasyon riskinin artmasına, GİS ve üriner sistemde molilite azalmasına sebep olmaktadır (76-78). Yeterli tedavi edilemeyen ağrı, negatif nitrojen dengesi ve glukoz intöleransına sebep olarak vücutta olumsuz metabolik değişiklikler yaratmaktadır (78). Ameliyat sonrası ağrı fizyolojik faktörler kadar psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir. Ameliyat öncesi anksiyete düzeyi, hastaların ağrıyla ilgili inançları ve baş etme yöntemleri, hastaların ameliyat sonrası ağrı durumu beklentisi ameliyat sonrası ağrı düzeyini etkilemektedir (79). Ameliyat sonrası ağrının beraberinde getirdiği sıkıntı ve stres durumu hastaların uyku düzeninin bozulmasıyla birlikte ağrı, korku, anksiyete düzeylerinin giderek artmasına sebep olmakta ve ağrı tedavisini zorlaştırmaktadır (80). TDP sonrası ağrının iç ve dış kaynaklı birçok sebebi olabilmektedir. İç kaynaklı nedenler arasında enfeksiyon, implant gevşemesi, çıkıklar, eklem bozuklukları gibi faktörler yer almaktadır. Dış kaynaklı nedenler arasında ise tendinit, bursit, vasküler yetmezlik gibi diz kaynaklı olmayan faktörler sayılabilmektedir (81). Yıldırım ve Şendir (2019)'in TDP ameliyatı geçirmiş hastaların ameliyat sonrası ağrıyı tanımlaması üzerine yapılmış çalışmasında hastaların %48'inin ağrıyı derinde hissettiği, %65'inin ağrıyı periyodik ve ritmik olarak yaşadığı, %98'inin ayağa kalkma ve yürüme girişiminin ağrıyı arttırdığını belirttiği, %65,3'ünün ağrı kesici ilaçların ağrılarını azalttığını söylediği belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada hastaların %79.4'ü TDP cerrahisi sonrası çeşitli düzeylerde ağrı yaşadıklarını bildirmektedir (23). Damar ve ark. (2018) ise ağrı düzeyi yüksek olan TDP ve Total Kalça Protezi (TKP) hastalarının ameliyat sonrası ilk mobilizasyondaki düşme korkularının daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmektedir (82).

Ameliyat Sonrası Ağrı Tedavisi

Ameliyat sonrası ağrı, hastaların ameliyatına, önceki hastalığına ya da her ikisine bağlı gelişmekte ve doku onarımı ile birlikte azalmakta olan ağrı olarak tanımlanabilmektedir (83). Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi bölgesi, cerrahi türü, cerrahinin süresi, hastaların cerrahi öncesi hazırlığı, cerrahi sonrası tedavi, kişisel özellikler gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ameliyat sonrası akut ağrı genellikle 3 aya kadar sürmekte, daha uzun süren ağrılar kronik ağrı olarak kabul edilmektedir (84). TDP ameliyatı sonrası hastaların ağrıları ilk birkaç günde azalsa da bazı hastalar uzun süre ağrı yaşamakta ve ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duymaktadırlar (84).

Ameliyat sonrası ağrının tedavisi, ilaçla (farmakolojik) ve ilaç dışı (nonfarmakolojik) tedavi olmak üzere 2 şekilde ele alınmaktadır. Farmakolojik tedavi ağrı gideriminde hızlı

etkisiyle ilk tercih edilen ve yaygın olan tedavi seçeneği olmaktadır. Ancak farmakolojik tedavinin ağrının dayanılmayacak düzeyde olduğunda kullanılması gerekmektedir. Opioidler (kullanımı minimum düzeyde tutulmalı), adjuvanlar, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), epidural analjezi, periferik sinir blokajı, hasta kontrollü analjezi kullanılan farmakolojik yöntemler olarak önerilmektedir (76,83,85). TDP sonrası ağrının tedavisindeki nonfarmakolojik yöntemler ise soğuk uygulama, elevasyon, masaj uygulaması, mobilizasyon ve egzersizler, psikolojik terapiler olarak sıralanabilmektedir (23,86). Soğuk uygulamanın vazokonstrüksiyon etkisiyle enflamasyonu baskılayarak ağrı ve ödemi azalttığı belirtilmektedir (87). Elevasyonun, soğuk uygulama ile birlikte uygulanarak dokudaki iç kanamayı azalttığı, kanın dolaşıma katılmasını sağladığı ve ağrıyı azalttığı belirtilmektedir (23). Masaj uygulamasının vücutta gevşeme ve dinlenme sağlayarak hastaların rahatlamasını sağladığı bildirilmektedir. Hastaların dikkatini başka yöne çekme, müzik dinletme gibi bilişsel davranışsal uygulamaların ise hastaların ilgi duyduğu uygulamalara yönlendirilerek ağrı ile baş etmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (88). Müzik dinleme endorfin salınımını arttırarak hastaların ağrıya dayanma gücünü arttırdığı bildirilmektedir (87). Szeverenyi ve ark. (2018)'nın çalışmasında TDP ameliyatı hastalarına uygulanan hasta bilgilendirmesi, gevşeme teknikleri, bilişsel ve davranışsal müdahaleler, terapötik öneriler gibi psikososyal girişimlerin hastaların ağrı düzeyleri üzerine olumlu etki ettiği, iyileşmeyi hızlandırdığı belirtilmektedir (77).

TOTAL DİZ PROTEZİ VE KORKU

Korku, çeşitli sebeplerden kaynaklı, insanların sık olarak yaşadığı bir duygu ve olası bir risk durumuna karşı verilen fizyolojik bir cevap olarak karşımıza çıkmaktadır. Korku ölçülebilen bir duygu olmayıp cerrahi girişim öncesi bazı fizyolojik reaksiyonlarla birlikte hastaların ifadesi doğrultusunda anlaşılabilmektedir (89). Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ise ''Gerçek veya beklenen bir tehlike ile yoğun bir acı karşısında uyanan ve coşku, solgunluk, ağız kuruması, solunum ve kalp atışı hızlanması vb. belirtileri olan veya daha karmaşık fizyolojik değişimlerle kendini gösteren duygu'' olarak tanımlanmaktadır (90). TDP hastaları ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bazı korkular yaşamaktadırlar. Ağrı korkusu, cerrahi korkusu, hareket korkusu, ameliyat sonrası düşme korkusu, proteze zarar verme korkusu, eskisi gibi hareket edemeyeceği korkusu TDP hastalarının yaşadığı korkular arasındadır (27). Zhang ve ark. (2021)'nın 285 TDP hastasının ilk mobilizasyon sırasındaki düşme korkusu durumlarını belirlemeye yönelik çalışmasında hastaların %56.5'inin düşmekten korktukları bildirilmiştir. Aynı çalışmanın sonucunda BKİ yüksek olan hastalar,

kadın hastalar ve kaygı düzeyleri yüksek hastaların düşme korkusunun daha yüksek olduğu bildirilmektedir (91). Bakırhan ve ark. (2022)'nın araştırmasında ise hareket korku düzeyi yüksek olan hastaların hareket sırasındaki ağrı düzeyleri daha düşük olup hareket esnasındaki kas gücünün daha yüksek olduğu belirtilmektedir (92).

Ameliyat öncesi dönemde hastalardaki yüksek korku düzeyi, ameliyat sonrası dönemde kan kortizon düzeyinde artış, kan basıncı ve nabız artışı gibi fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Korku düzeyi yüksek olan hastaların ağrıya direnç düzeyinde azalma, taburculuk süresininde uzama, daha fazla anestezi ve ilaca ihtiyaç duyma, enfeksiyon riskinde artış gibi iyileşmeyi olumsuz etkileyecek faktörler ortaya çıkmaktadır (93,94). Vücutta korkuya fizyolojik bir tepki olarak hipotalamustan, adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasını sağlayan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salgılanarak adrenal korteksten kortizol salınımını uyarmaktadır. Kortizol salınımı, korku ve anksiyetenin vucütta yarattığı etkilere bir tepki olarak ağrı düzeyinde azaltıcı, kan basıncı, kan şekeri düzeylerinde dengeleyici bir etki göstermektedir (95,96). Fizyolojik etkilerinin yanında ameliyat öncesi korku yaşamanın, hastaların fiziksel ve emosyonel durumunu kötüleştirdiği, yorgunluk ve halsizliğe sebep olarak iyileşmeye negatif etki yarattığı bilinmektedir (97).

AĞRI KORKUSU

Ağrı, hastalar tarafından deneyimlenen ve hoş olmayan bir duygu olduğundan zamanla hastalarda korku doğurabilmektedir. Ağrı korkusu, bir diğer ismiyle algofobi, ağrı duyusundan çok fazla korkma, acı verici her duruma karşı aşırı korku olarak tanımlanmaktadır (98). Ağrı korkusu, ağrının çok fazla düzeyde olumsuz yorumlanmasından kaynaklanmakta ve bazı durumlarda hastaların hissettiği ağrıdan daha fazla hasara neden olabilmektedir. Geçmişte hastaların yaşadığı tekrarlı ve baş etmede zorlanılan kötü ağrı deneyimlerinin yarattığı korku ve stres ağrının algılanma düzeyini arttırmaktadır. Bunun yanında hastaların ameliyat öncesi yeterli bilgilendirilmemesi hastalarda ağrı korkusu düzeyini arttırabilmektedir. Ağrı ve korku düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki olup korkunun ağrıyı, ağrının da korkuyu arttırdığı belirtilmektedir (98,99). Lou ve ark. (2022) cerrahi öncesi ağrı korkusu düzeyleri yüksek olan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (100). Hastalarda ameliyat öncesi giderilmeyen ağrı korkusu, ameliyat sonrası ağrının çoğalmasıyla artmakta ve hastaların erken mobilizasyon, derin solunum ve öksürük egzersizleri gibi iyileşmede önemli rol oynayan uygulamalardan kaçınmalarına yol açabilmekte ve ağrı yoğunluğunun olduğundan fazla algılanmasına sebep olabilmektedir (98,99). Trousdale ve ark. (1999)'nın çalışmasında TDP

ve TKP olacak hastaların ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı erteledikleri bildirilmiştir (101). Zale ve ark. (2013) meta-analiz çalışmasında ise ağrı korkusu düzeyi yüksek olan hastaların ağrı korkusuna ilişkin fiziksel yetersizlik düzeylerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (102).

CERRAHİ KORKU

Cerrahi girişimler her ne kadar hastaların sağlığını korumaya, bozulan sağlık durumunun yerine getirilmesine, yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimler olsa da hastalar için doğrudan stres ve korku kaynağı olabilmektedir (103). Ortaya çıkan bu korkunun düzeyleri ameliyatın boyutuna, daha önceki ameliyat deneyimlerine, hastaların kişiliğine, hastaların ameliyat öncesi hastanede kalma süresine göre değişkenlik gösterebilmektedir (104). Hastalarda ameliyat öncesi dönemde korku yaratan nedenler organ ya da doku kaybı riski, ameliyat zamanını fazla bekleme, ameliyat sonrası dönemde fazla ağrı yaşayacağı düşüncesi, eski sağlık düzeyine kavuşamayacağı düşüncesi, beden imajı değişikliği olarak sıralanabilmektedir (103). Hastaların ameliyat olacağını öğrenmesi ile başlayan cerrahi korku hastaneye yatış ile birlilkte artmakta, ameliyat zamanı yaklaştıkça daha üst seviyelere taşınmaktadır (94,103). İlgili literatür incelendiğinde hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku durumunun %50-90 arasında olduğu ve hastaların yaşı, aldığı anestezi türü, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi faktörlerin cerrahi korku düzeyini etkilediği belirtilmektedir (9,105).

Ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyinin yüksek olması ameliyat sonrası bazı sorunların yaşanmasına sebep olabilmektedir. Morbidite ve mortalite oranında artış, hastaların korku düzeyinin azaltılması amacı ile uygulanan ilaçların anestezik maddelerle etkileşime girerek yarattığı sorunlar, korkunun vücutta yarattığı fizyolojik değişikliklere bağlı daha fazla anestezik ajana ihtiyaç duyulması, yara yerinin ve hastaların daha geç iyileşmesi ve buna bağlı enfeksiyon riskinin artması, hastaların daha geç taburcu olmaları bu sorunlara örnek olarak sayılabilmektedir (106,107). Mete ve Avcı Işık (2020)'ın çalışmasında ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat sonrası ağrı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (9).

TOTAL DİZ PROTEZİ HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat süreci hastaları fizyolojik ve psikolojik birçok yönden etkileyen zorlu bir süreçtir. Bu süreci geçirecek hastaların iyileşme sürecinde muhtemel komplikasyonların önlenmesi, iyileşme sürecinin kısa olması, hasta memnuniyetin üst düzeyde olması hemşirelik bakımının kalitesini ve etkinliğini yansıtmaktadır (108-110).

TDP ameliyatının günümüzde sık uygulanan bir cerrahi girişim olması ve sağlık sisteminin gelişimi, hastalara çok yönlü bir hemşirelik bakımı verilmesini gerektirmektedir. Bu bakım hastalara özgü planlanan, hastane öncesi ve taburculuk sonrası dönemi de kapsayan bir süreçtir (27). Hemşireler uygulama ve danışmanlık rolleriyle hastaların ameliyata eksiksiz hazırlanmalarında, ameliyat sonrasında iyileşmenin sürdürülmesinde, komplikasyonların önlenmesinde, taburculuk sonrası dönemdeki sorunlarla mücadelede hastaların destekleyicisi olmaktadırlar. Yapılan araştırmalar hastaların aldığı etkili hemşirelik bakımının ameliyat sonrası hastanede kalış süresini azalttığını ve iyileşmeyi hızlandırdığını ortaya koymaktadır (111).

Total Diz Protezi Hastalarında Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

TDP ameliyatı hastaları tüm ameliyat dönemi boyunca fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkileyen büyük bir ameliyattır. Buna bağlı olarak TDP ameliyatı olacak hastalarda ameliyat öncesi dönem; psikolojik, fiziksel ve sosyal hazırlıktan oluşmaktadır. TDP ameliyatı aciliyeti olmayan ve planlanmış bir ameliyattır (112). Hastaların fizyolojik ve psikolojik hazırlığı için yeterli zaman bulunmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hemşirelerin amacı hastaların gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlerinde hastalarla, hastaların yakınlarıyla ve diğer sağlık ekibiyle işbirliği içerisinde bakım vermektir (111). Türkiye'de hastaların cerrahiye fizyolojik, psikolojik ve sosyal hazırlıklarının yapılıp ameliyata tam olarak hazır olmayan hastaların ameliyatlarının ertelenmesini sağlayan ameliyat öncesi kabul süreci klinikleri bulunmadığından hemşirelerin ameliyat öncesi hastaları iyi değerlendirmesi ve girişimlerini bu doğrultuda yapması önem taşımaktadır (111,113).

Hemşireler, kliniğe kabul edilen hasta ve yakınlarına öncelikle kendini ve ekibi tanıtmalı daha sonra klinikle ve hasta odasıyla ilgili bilgilendirme yapmalıdır. Bu bilgilendirme hastaların hastane ortamında daha az yabancılık yaşamasına, kendini daha rahat hissetmesine ve daha az stres yaşamasına olanak sağlamaktadır. Bilgilendirmede klinikteki yemek saatleri, banyo ve tuvaletin yeri, hemşire çağrı butonunun yeri ve kullanımı, vizit saatleri, ziyaretçi saatleri gibi bilgiler yer almalıdır. Hemşireler, hastaların sorduğu soruları yanıtlamalı ve ihtiyaç halinde onu nerde bulacağı hakkında bilgi vermelidir (114).

Fizyolojik hazırlık: TDP uygulanacak hastaların fizyolojik hazırlığındaki amaç hastaların fizyolojik parametrelerinin (tansiyon, nabız, vücut sıcaklığı, sistemsel fonksiyonlar, bilinç) istenen düzeyde olması, hastaların anesteziye hazır olmaları, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesidir. Ameliyat öncesi hastaların sağlık durumları ve

gereksinimleri yapılacak etkili fizyolojik değerlendirmeyle ortaya koyulabilmektedir. TDP ameliyatı öncesi hastaların fizyolojik hazırlığındaki hemşirelik girişimleri şöyle sıralanabilir:

-Hastanın anamnezi alınmalıdır ve yaşı, mevcut sistemik hastalıkları, beslenme durumu, varsa sürekli kullandığı ilaçlar ve sıklıkları, diğer destekleyici ürünler (bitki çayları vb.), alerji durumu, sigara ve alkol kullanımı, enfeksiyon varlığı, kan grubu, yakınlarına ait iletişim bilgileri mutlaka eksiksiz olarak öğrenilmelidir. Hastaya alerji varlığına göre uygun hasta bilekliği takılmalıdır (115). Total diz protezi hastaları düşme riski yüksek hastalar olduğundan ilk değerlendirmede hastaların düşme riski belirlenerek ameliyat öncesi dönemde düşme riskine karşı önlemler alınmalıdır (116).

-Hastalara ameliyatıyla ilgili bilgilendirme yapılmalı, sorduğu sorular yanıtlanmalı ve hekimi tarafından alınan ameliyat izni dosyasına koyulmalıdır (117).

-Hastaların sürekli kullandığı ilaçların ameliyat öncesi dönemde kullanımı hakkında hekimle görüşülmelidir. Ameliyat öncesi antikoagülan gibi kesilmesi gereken ilaçlar varsa yeterli sürede kesildiğinden emin olunmalıdır (117).

-Hekim istemi dahilinde hastaların kan örnekleri alınıp laboratuvara gönderilmelidir. Ameliyat öncesi kan hazırlığı yapılması gereken hastaların kan uygunluk testi için kan örneği alınarak laboratuvara gönderilmelidir. Hastalar için gerekli kan ürünleri ameliyat öncesi hazır bulundurulmalıdır. Ameliyat öncesi istenmiş EKG, röntgen, ultrason gibi diğer tetkiklerin de yapılması sağlanmalı, sonuçları için hekimle görüşülmelidir (118,119).

-Hekim istemindeki ilaçlarla hastaların tedavisine başlanmalıdır. Profilaksi amaçlı antibiyotikler ve antitrombotik ilaçlar doğru ilkelere göre uygulanmalıdır (120).

-Hastaların yaşam bulguları düzenli aralıklarla alınıp kaydedilmelidir. Riskli değerlerde hastanın hekimine haber edilmelidir. Diyabetik hastalarda ameliyat öncesi kan şekeri düzeyini dengede tutmak için GİK (Glikoz-İnsülin-Potasyum) infizyonu hekim istemi dahilinde uygulanabilmektedir (118,121).

-Hastalar ameliyat öncesi uzun süre aç bırakılmamalıdır. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme(ERAS) protokolleri önerileri doğrultusunda ameliyattan 6 saat önce katı gıda, 2 saat önce sıvı gıda alımı kesilmelidir (122). Hastalar bu konuda uyarılmalıdır. Ameliyattan 2 saat önce karbonhidrattan zengin içecek, insülin direnci üzerine olumlu etki ettiğinden tüketimi sağlanmalıdır (122,123). Özkan ve ark. (2016) tarafından yapılmış çalışmada ameliyat öncesi hastaların açlık süresi arttıkça anksiyete düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (124).

-Sigara ve alkol kullanan hastaların ameliyattan en az 4 hafta, tercihen 8 hafta önce alkol ve sigarayı bırakması sağlanmalıdır (122).

-Cerrahi alan enfeksiyonuna karşı ameliyattan bir önceki gece hastaların sabun ya da antiseptikli solüsyonla duş almaları gerektiği hastalara anlatılmalıdır (Kanıt Düzeyi 1B: Bazı bilimsel verilerle desteklenmiş olan ve yine kuvvetle tavsiye edilen öneriler) (125). Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN: Assocation of Operating Room Nurses) (2017) önerilerine göre ameliyat öncesi tüyler yerinde bırakılmalıdır (Kanıt Düzeyi 1: Güçlü Kanıt) (126). Tüy temizliği gerekiyorsa mümkünse ameliyat günü tıraş makinesi ya da hastanın alerjisi yoksa tüy dökücü kremle yapılması sağlanmalıdır (Kanıt Düzeyi A: Güçlü Kanıt) (125,127).

-Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı uygulaması anastomoz kaçağı riski doğurduğu ve sıvı elektrolit dengesini bozduğundan yapılmamalıdır. ERAS protokolleri gereği hastalara ameliyat öncesi bağırsak hazırlığının yapılması önerilmemektedir (128).

-Hastaların ameliyattan önceki gece yeterli uyku ve istirahati sağlanmalıdır. Hastaların uyumasını önleyecek uyaranlar ortadan kaldırılmalıdır (118).

-Obez hastaların ameliyat öncesi kilo vermesi sağlanmalı gerekirse TDP cerrahisi ertelenmelidir. Ameliyatı ertelenemeyen kilolu hastalar, solunumsal, kardiyovasküler ve anestezik komplikasyon gelişim riskine bağlı dikkatle izlenmelidir (129). Boyce ve ark.(2019)' nın araştırmasında TDP cerrahisi sonrası obez hastalarda obez olmayanlara göre yara iyileşme sorunları, enfeksiyon gibi genel komplikasyonların daha çok geliştiği ve revizyon cerrahi oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (130).

-Ameliyathaneye gönderilmeden önce hastaların lensleri, takma dişleri, takıları, işitme cihazları, oje ve makyajları olmadığından emin olunmalıdır. Mesanenin boşaltılması sağlanmalıdır. Hastalara bone takılmalı, ameliyat önlüğü ve kompresyon çorabı giydirilmelidir (131).

-Hastaların taraf işaretinin yapıldığından emin olunmalıdır (132). Son olarak bilekliği kontrol edilmeli, güvenli cerrahi kontrol listesi doldurulduktan sonra sedyeyle ve dosyasıyla ameliyathaneye teslim edilmelidir (131).

Psikolojik hazırlık: Total diz protezi cerrahisi hastaların ağrılarından kurtulma ve günlük aktivitelerini yerine getirebilme beklentisinin yanında hastaların birçok sebepten korku ve anksiyete yaşamasına sebep olmaktadır (133). Hastaların ameliyat için hastaneye yatmaları, süreç hakkındaki bilgisizlikleri, ameliyat zamanını beklemeleri, TDP ameliyatı olmuş başka hastaların kötü deneyimleri, invaziv girişimler, ameliyat sonrası ağrı korkusu, dizlerinin eskisinden daha kötü olacağı düşüncesi, anestezi korkusu, ölüm korkusu gibi sebepler ameliyat öncesi anksiyete düzeyini arttırmaktadır (134,135).

Ameliyat öncesi dönemde hastalar kendini ifade etme ihtiyacı duymaktadırlar. Hastaların kendini ifade etmesi sağlanmalı ve neler hissettiği, endişelerinin neler olduğu, ameliyattan ne beklediği hastalara sorulmalıdır. Hastalar bu konuda desteklenmeli, cerrahi işlem geçirecek olmanın yarattığı endişe duygusunun normal bir durum olduğu hastalara anlatılmalıdır (111). Bazı hastalar TDP ameliyatıyla dizlerindeki bütün sorunun kalıcı çözülmesini ve bir daha problem yaşamayacağı gibi mucize sonuçlar bekleyebilmektedir. Bu hastalara ameliyatın çeşitli düzeylerde yarar sağladığı anlatılmalı, mümkün olan düzeylerde beklentiye girmeleri sağlanmalıdır. Her ne kadar hastaların mümkün olandan fazla beklentiye girmemesini sağlamak gerekse de hemşireler bilgilendirme sırasında hastaların korku düzeyini yükseltmemeye dikkat etmelidirler (112,136). Anksiyete ve korku düzeyi yüksek olan hastalara içeriği gereksinimlerine özgün olarak planlanmış ameliyat öncesi bilgilendirmeyapılarak bakımında primer rol almasının sağlanması, yapılacak uygulamaların hastaların anlayacağı şekilde açıklanması gerekmektedir (136). Hastaların tercihlerini ve inançlarını açıklamasına izin verilmeli, dini inançlarına ve tercihlerine saygı gösterilmelidir. Anksiyete ve korku düzeyi yüksek hastaların TDP ameliyatı olmuş iyi durumdaki hastalarla tanıştırılmaları, anksiyete düzeyi yüksek diğer hastalardan izole edilmeleri anksiyete ve korku düzeylerini azaltacak diğer hemşirelik girişimlerindendir (112,137).

Ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesi: Ameliyat öncesi hemşirelik bakımının en önemli girişimlerinden bir tanesi de hasta bilgilendirmesidir. Hasta bilgilendirmesi, hastaların ameliyat süreci boyunca karşılacağı durumlara hazır olmalarına, fiziksel ve duygusal açıdan daha iyi hissetmelerine, korku ve kaygı durumunun azalmasına olanak sağlayan bir hazırlık programıdır (138). Hasta bilgilendirmesi hastaya özgü olmalı, içerikleri hastanın ihtiyaçları doğrultusunda verilmelidir. Hasta bilgilendirmesinde amaç hemşireler ve hastaların iş birliğiyle tüm ameliyat süreci boyunca ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçmekle beraber hastaların ihtiyacı olan bilgiyi edinmeleri, yapmaları gereken uygulamaları öğrenmeleri ve bu uygulamalara katılmaları olmalıdır. Bu dönemde yeterli veya doğru şekilde bilgilendirilememiş hastalar bazı emosyonel sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (113,138).

Ameliyat öncesi hastalara verilen etkili ve anlaşılır bilgilendirme; hastalardaki anksiyete düzeyinin azalmasıyla, strese bağlı kortikostreoid hormonunun az salgılanmasını ve hastanede kalış süresinin azalmasını sağlar. Hastanede kalış süresinin azalmasına bağlı sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon ve maliyet oranı da azalmaktadır (27,113,139). Hasta bilgilendirmesinin; hastaların ihtiyaç duydukları konularda bilgi sahibi olup bakımında primer rol oynamaları, hasta memnuniyetinin sağlanması, analjezik, antiemetik ve sedatif

kullanımının azalması gibi iyileşme üzerinde pozitif etki gösteren sonuçları bulunmaktadır (140). Hasta bilgilendirmesi hastalar ile hemşireler arasındaki etkileşimi güçlendirerek bakımda iletişimin kalitesini arttırmaktadır (139,141). Doğu (2013)'nun çalışmasında 102 hastaya ameliyat öncesi yapılanbilgilendirmenin hastaların %68.6'sında ameliyat öncesi anksiyete düzeyini azalttığı belirtilmiştir (136). Conradsen ve ark. (2016)' nın araştırmasında ise ameliyat öncesi bilgilendirme programı uygulanan TDP ve TKP hastalarının kendilerini ameliyat sonrası döneme zihinsel olarak hazır hissettikleri belirtilmektedir (142).

Hasta bilgilendirmesi bir ekip işi olsa da hemşireler hastalara en yakın ekip üyesi olduğundan bilgilendirmede önemli rolü bulunmaktadır. Hastalara TDP ameliyatı öncesi yapılacak bilgilendirmede; ameliyat süreci boyunca uygulanan rutin uygulamalar, derin solunum ve öksürük egzersizleri, spirometre kullanımı, ameliyat sonrası dönemde kompresyon çorabı kullanmanın nedeni ve önemi, TDP ameliyatı sonrası yatak içi yapılacak aktif-pasif egzersizler, protezin uzun süreli kullanımını sağlamak ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla TDP sonrası yapılması sakıncalı hareketler, TDP sonrası ağrı yönetiminde kullanılacak yöntemler, ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın önemi ve yürüteç, koltuk değneği gibi mobilizasyonda kullanılacak yardımcı aletlerin nasıl kullanılacağı anlatılmalıdır (111,112,143). Hastalara ayağa kalkarken önce yatak içinde bir süre oturduktan sonra hemşire gözetiminde yürüteç desteğiyle dik şekilde ayağa kalkması gerektiği, yürüteci ilerlettikten sonra önce sağlam bacakla yavaşça adım atılıp ameliyatlı bacağa tamamen yük vermeyerek yürüteçten destek alıp adım atması gerektiği anlatılmalıdır. Adımların önce topuk daha sonra ayağın tabanı ve parmak uçları olacak şekilde yere basılarak atılması gerektiği konusunda hastalar uyarılmalıdır. Oturma esnasında ise hastaların oturacağı bölgeyi dizinin arka kısmıyla hissettikten sonra sağlam bacaktan ve kollardan destek alıp oturması gerektiği hastalara anlatılmalıdır (26). Bilgilendirmeninyapılma zamanı da en az içeriği kadar önem taşımaktadır. Bilgilendirme için en doğru zamanın hastaların öğrenmeye en uygun dönemde, ameliyattan önceki gün olduğu düşünülmektedir. Ameliyattan uzun süre önce verilen bilgileri hastalar unutabilmektedirler (144). Gürlek ve Yavuz (2013)'un 65 cerrahi hemşiresiyle uyguladıkları çalışmada hemşirelerin %61,9'unun hasta bilgilendirmesini ameliyattan bir gün önce yaptıkları belirtilmiştir (145).

Total Diz Protezi Hastalarında Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

TDP sonrası hemşirelik bakımı hastaların ameliyat sonrası bakımını ve taburculuk bilgilendirmesini kapsayan süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. TDP sonrası hemşirelik bakımında amaç; hastaların yaşam bulgularının normal düzeylerde seyretmesi, ağrının

giderilmesi, erken mobilizasyonun sağlanması, etkin beslenmenin sağlanması, uygun eklem hareketlerinin sağlanması, hastalarda ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların erken tanılanması ve önlenmesi, hastaların mümkün olan en kısa sürede günlük yaşam aktivitelerine geri dönüşünü sağlamak olmalıdır (27,146). Etkili bir ameliyat sonrası hemşirelik bakımıyla komplikasyonların önüne geçilmekte ve erken taburculuğa zemin hazırlanmaktadır. TDP sonrası erken dönemdeki hemşirelik tanıları; hastaların cerrahi işlem geçirmesi ve insizyon bölgesindeki drene bağlı ağrı ile aktivite intöleransı, hastaların doku bütünlüğünün bozulması ve hastanede yatması ile ilişkili enfeksiyon riski, hastaların ameliyat sonrası yeterli sıvı alamamaları ile ilişkili dehitratasyon riski, bireysel baş etmede yetersizlik, periferik nörovasküler disfonksiyon riski, anksiyete, yardımcı araç kullanımı ve yürümekte dengesizliğe bağlı düşme ve travma riski, cerrahi girişime bağlı kanama riski olarak sıralanabilmektedir (27,39). Bu tanılar doğrultusunda TDP hastalarının ameliyat sonrası bakımı aşağıdaki girişimleri içermelidir:

-Hastalar uygun şekilde yatağa alınmalı, varsa dreni ve kataterleri uygun olarak yerleştirilmelidir. Elevasyonu sağlamak için hastaların diz altına yastık koyulmalıdır. Hastaların oksijen ihtiyacı varsa uygun dozda oksijen desteği sağlanmalı, ameliyathaneden hastayla birlikte gelen mayilerin ne olduğu ve akış hızı kontrol edilmelidir (147).

-Yatağa alınan hastanın bilinç durumu değerlendirilmelidir. Hekim tarafından aksi istenmediyse yaşam bulguları ameliyat sonrası ilk saat 15 dakikada bir, sonraki 1 saat yarım saatte bir, daha sonra saatte bir kontrol edilmelidir. Anormal değerler hekime bildirilmelidir. Ameliyathaneden gelen hastalar hipotermik olabilmektedir. Hastaların normal vücut sıcaklığı battaniye, elektrikli battaniye, fanlı ısıtıcı vb. araçlar yardımıyla sağlanmalıdır (147,148).

-Hastaların ameliyat bölgesinin pansumanı, cilt rengi, cilt ısısı, kanama riski açısından düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. TDP ameliyatı hastalarda 1000-2000 ml arası kan kaybı meydana getirdiğinden düzenli olarak dren takibi yapılmalı ve kan değerleri (Hg, Hct ..) kontrol edilmeli ve hipotansiyon açısından tansiyon takibi yapılmalıdır (149). Hsu ve ark.(2023)'nın çalışmasında 2010-2019 yılları arasında TDP uygulanmış 226.719 hastada ameliyat sonrası hastaların %38,9'unda kan transfüzyonu ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (150). Kan transfüzyonu ihtiyacı varsa kan bankasından soğuk muhafaza kutusu ile 2-6 derece sıcaklıkta getirilen kan ürünü, kan istem formu ve kan ürünü üzerindeki bilgiler iki hemşire eşliğinde teyit edildikten sonra kimlik doğrulaması eşliğinde hastalara uygulanmalı, uygulama sürecinde hastaların yaşam bulguları transfüzyon izlem formundaki prosedürlere göre kontrol edilmelidir (151). Bir ünite kan ürününün veriliş hızı en çok komplikasyon görülen ilk 15

dakikada yavaş (20 damla/dk) olmalı, transfüzyon 1-3 saatte bitecek şekilde ayarlanmalıdır. Bir ünite kan ürününün transfüzyon süresi 4 saati geçmemelidir (152).

-Venöz staz ve tromboembolik komplikasyonları önlemek için ameliyat sonrası varis çorabı ya da elastik bandaj kullanılmalıdır (153).

-Etkilenen ekstremitedeki dolaşım ve sinir fonksiyonlarının kontrolü için düzenli nörovasküler izlem yapılmalıdır. Nörovasküler izlem, ekstremitedeki ağrı, kapiller dolum, renk, ısı, periferik nabızların kontrolünü içermelidir. Nörovasküler izlem ameliyat sonrasını izleyen 24 saatte ilk 4 saat saat başı, sonraki 4 saat 2 saatte bir, sonraki 16 saat 4 saatte bir şeklinde olmalıdır. 24 saat sonrası izlem 12 saatte bir olmalıdır. Herhangi bir problem olmadığında 5. günde izlem sonlandırılabilmektedir. Hastalarda dispne, göğüs ağrısı, anksiyete gibi pulmoner emboli semptomlarına karşı dikkatli olunmalıdır. Ayrıca ağrı, şişlik, solukluk gibi kompartman sendromu belirtilerine karşı dikkatli olunmalıdır (153-155).

-Hekim direktifindeki ilaçlarla hastaların tedavisine başlanmalıdır. İlaçların uygulanmasında doğru ilaç uygulama ilkelerine dikkat edilmelidir (147).

-Ameliyat sonrası solunum fonksiyonlarının geri kazanımı ve solunum komplikasyonlarının önlenmesi için ameliyat öncesi dönemde öğretilen derin solunum egzersizleri ve spirometre kullanımı için hastalar teşvik edilmelidir (156).

-Hastaların yoğun ağrı yaşamaları erken dönemde mobilizasyon, derin solunum egzersizi gibi iyileşmeyi hızlandıracak girişimlere engel olduğundan hastaların ağrılarını gidermeye yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır. Önce hastaların ağrı değerlendirmesi yapılmalı, ağrı düzeyleri hastalara sorulmalıdır. Ağrıyı gidermeye yönelik hekim istemindeki analjezikler hastalara uygulanmalı, hasta erken mobilizasyona teşvik edilmelidir. Fizyoterapist kontrolüyle yapılan egzersizler, soğuk uygulama, aromaterapi gibi uygulamalar dizdeki ağrıyı azaltabilecek nonfarmakolojik uygulamalar arasında sayılabilmektedir. Yapılan girişimlerin sonucunun kontrolü açısından hastaların ağrı düzeyleri takip edilmelidir (39,68).

-Hastalarda şiddetli bulantı kusma oral beslenmeyi engelleyeceğinden ve hastanede kalış süresini uzatacağından hekim istemindeki kombine antiemektikler uygulanmalıdır. Dehidratasyon belirtileri olan hastalara uygun sıvı takviyesi sağlanmalıdır (85). Ameliyat sonrası bulantı kusmayı önlemede en yaygın ve önerilen nonfarmakolojik hemşirelik girişimleri ise akapunktur noktalarına uygulama (Kanıt Düzeyi 1a: Sistematik Derleme, Randomize Kontrollü Çalışma ve Metaanalizlerle Desteklenmiş), zencefil kullanımı (Kanıt Düzeyi 1a), nane yağı kullanımı (Kanıt Düzeyi 1a), derin nefes alıp verme yöntemiyle hastaların kendi semptomlarını yönetmesi (Kanıt Düzeyi 1a) olarak sıralanabilir (157).

-Hastalar ameliyat sonrası erken dönemde oral beslenmeye başlamalıdır. Ameliyattan 2 saat sonra sıvı, 4 saat sonra kademeli katı besin alımı sağlanmalıdır. Beslenme sırasında bulantı kusması olan hastalar beslenmeye zorlanmamalıdır (128). Kim ve ark. (2018)'nın çalışmasında ameliyat sonrası erken dönemde beslenen hastaların iyileşme sürelerinin kısaldığı, hastanede kalış süresi ve enfeksiyon oranlarının azaldığı belirtilmektedir (128,158).

-Hastalar ilk 24 saatlik zaman içerisinde mobilize edilmelidir. Mobilizasyon kademeli olarak arttırılmalıdır. İlk etapta hastalara ameliyat sonrası 6-8 saatlik dilimde yatak çevresinde destek verilerek birkaç adım attırılmalıdır. ERAS protokolü gereği hastalar ameliyat sonrası 24 saatlik dilimde günde 2 saat, taburculuğa kadar olan sonraki günler ise günde 6 saatini aktif olarak yatağın dışında geçirmelidir (159). Kalisch ve ark. (2014)'nın çalışmasında ameliyat sonrası erken mobilize edilen hastaların daha az ağrı yaşadığı, hastanede kalış süresinin kısaldığı, kaygı ve depresyon düzeyinin daha az olduğu belirtilmektedir (160).

-Ameliyat sonrası, insizyon bölgesinde sızıntı olmadıkça ilk 24-48 saat pansuman değişimi yapılmaması önerilmektedir (Kanıt Düzeyi Kategori 1B: bazı deneysel, klinik veya epidemiyolojik çalışmalarla ve teorik bilgilerle desteklenmiş, uygulanması kesinlikle önerilen) (161,162). 24-48 saatten sonra pansuman değişimi yara yeri ve çevresine zarar vermeyecek şekilde aseptik ilkelere dikkat edilerek uygulanmalıdır. Pansuman değişimi sırasında yara yeri, bütünlük ve enfeksiyon belirti bulguları açısından kontrol edilmelidir. Duş yapmasında sakınca olmayan hastaların ilk 48 saatten sonra duş yapması önerilmektedir (163,164).

TOTAL DİZ PROTEZİ HASTALARINDA TABURCULUK EĞİTİMİ

TDP ameliyatı sonrası taburculukta amaç, hastaların koltuk değnekleri gibi yardımcı araçlarla, bağımsız olarak hastaneden çıkabilmeleri ve işlem uygulanan dizdeki eklem açıklığının yeterli derecede sağlanabilmesi olmaktadır (147). Hastalar herhangi bir komplikasyon gelişmediği sürece erken taburcu edilmektedirler (165). Taburculuk bilgilendirmesinde hastalar ve yakınlarına uygulacak eğimin içeriğinde şunlar olmalıdır:

-Yara bakımı, pansuman, enfeksiyon belirti bulguları, yara yeri komplikasyonları hakkında bilgi verilmeli ve olumsuz durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır (111).

-Taburculuktan sonraki dönemde kasları güçlendirmeye ve esnemeye yönelik izometrik ve izotonik egzersizler, bacak ve diz germe, diz ve kalça fleksiyonu gibi egzersizlerin günde 2 kez ve 10-15 tekrar şeklinde yapılması gerektiği ve uygulanma şekilleri anlatılmalı ve yazılı olarak verilmelidir (5,166).

-Protezin sabit kalması ve zarar görmemesi açısından hastaların dizlerini 90 dereceden fazla bükecek hareketlerden (namaz kılmak, çömelmek, uygun olmayan tuvalet kullanmak, ayakkabı bağcığını bağlamak için eğilmek..) uzak durmaları gerektiği anlatılmalıdır (111).

-Hastaların en az 6 hafta boyunca araç kullanmamaları ve bacak bacak üstüne atmamaları gerektiği anlatılmalıdır (111,167).

-TDP ameliyatı tek taraflı uygulanmışsa, hastaların merdiven çıkma sırasında önce sağlam bacağı ileri atarak çıkmaları gerektiği, merdiven inme sırasında ise ilk önce ameliyatlı bacağını ileriye atarak inmeleri gerektiği, araca binerken önce sağlam bacağın arabaya yerleştirip işlem uygulanan tarafı destekle çekmeleri gerektiği anlatılmalıdır (147).

-Taburculuk sonrasında tromboemboli riskine karşı hastaların, hekimin kendilerinden istediği süre boyunca gün içinde hareket halinde kompresyon çorabı veya elastik basınçlı çorap kullanmaları gerektiği, reçete edilen antikoagülan ilaçlarını düzenli kullanmaları gerektiği, yürüyüş ve egzersizlerine düzenli şekilde devam etmeleri gerektiği hatırlatılmalıdır (168).

-Hastaların protezi zorlayacak kadar tempolu sporlardan uzak durup normal tempoda yürüyüşler yapmaları gerektiği anlatılmalıdır (147).

-Hastaların beslenmelerine dikkat etmesi ve protezin sağlığı açısından fazla kilo almamaları gerektiği anlatılmalıdır (130).

-Hastaların 2 ila 3 haftadan önce işe başlamaması gerektiği (ileri yaş hastalarda bu sürenin artabilmekte) ve kontroller hakkında detaylı bilgi verilmeli, gerekirse yazılı ve görsel bilgilendirme içeriklerinden yararlanılmalıdır. Hastaların kullanmaları gereken ilaçlar hakkında bilgi verilmelidir (111,113). Şendir ve ark. (2013)'nın çalışmasında TDP ve TKP uygulanmış hastaların taburculuk bilgilendirmesi konularından en çok yaşam kalitesinin arttırılması, günlük yaşam aktiviteleri, komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri belirtilmektedir (169). Montin ve ark. (2010)'nın çalışmasında ise TDP uygulanmış 123 hastanın %90'ı taburculuk bilgilendirmesi almak istedikleri konuları komplikasyonlar, hareket halinde nelere dikkat etmeleri gerektiği, tedavinin seyri, günlük yaşam aktiviteleri olarak belirtmektedir (170).

TDP ameliyatı öncesi hastaların korku düzeylerinin yüksek olması hastaları bir çok yönden olumsuz etkilemekte, iyileşmelerini geciktirmektedir. Bu sebeple hemşirelerin, TDP ameliyatı olacak hastalarda ameliyat öncesi korku düzeylerini belirleyip korku düzeyi yüksek olan hastalara uygun hemşirelik girişimlerini planlaması ve korku düzeylerini en aza indirmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı TDP uygulanacak hastaların ameliyat öncesi cerrahi korkusu ve ağrı korkusu düzeylerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN ARAÇ VE TİPİ

Araştırma, TDP ameliyatı olacak hastaların korku düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı anket çalışması olarak yapıldı.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde Ağustos 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Ağustos 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesinde TDP ameliyatı olacak hastalar oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve ‘‘Total Diz Protezi Ameliyatı Planlanan Hastaların Cerrahi Korku Düzeyleri ile Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’’ (Mete ve Işık, 2020) (9) isimli çalışmada TDP hastalarının ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyleri dikkate alındı. Etki büyüklüğü 23.964749, %95 güven düzeyinde, %5 tolerans oranı öngörülerek örnekleme alınması gereken en az kişi sayısı 95 olarak hesaplandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Elektif TDP ameliyatı olacak hastalar
- 18 yaş ve üzeri hastalar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar

- Mental yeterliliği olan hastalar
- İletişim problemi olmayan hastalar

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H_1: Total diz protezi ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi korku düzeyleri yüksektir.

H_2: Total diz protezi ameliyatı olacak hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ağrı korkusu düzeyleri arasında ilişki vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak ‘‘Hasta Bilgi Formu’’ , ‘‘Cerrahi Korku Ölçeği’’ ve ‘‘Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği’’ kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan form; hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir durumu, yaşadığı kişiler) ile hastaların sağlık özelliklerinin (daha önce ameliyat olma durumu, TDP ameliyatı olma nedeni, çevrede TDP ameliyatı olan kişi olma durumu, TDP ameliyatı hakkında bilgilendirilme durumu, kronik ağrı durumu, ağrı korkusu durumu, ağrı korkusunun ameliyatı erteleme durumu, analjezik ya da sürekli ilaç kullanma durumu, ilaç dışı ağrı giderici yöntem kullanma durumu, ameliyata ilişkin söylemek istedikleri) yer aldığı 17 maddeden oluşan bilgi formudur (Ek 1).

Cerrahi Korku Ölçeği

Elektif ameliyat geçirecek hastaların bu ameliyatın getirdiği kısa ve uzun dönem sonuçlarının oluşturduğu korku düzeyini belirlemek amacıyla 2014 yılında Theunissen ve ark. (104) tarafından geliştirilmiştir. Bağdigen ve Karaman Özlü (94) tarafından 2018 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 8 maddeden oluşan, 0-10 arası puanlanan, 11 likertli bir ölçektir. Her bir madde 0 “hiç korkmuyorum”, 10 “çok korkuyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek her biri dört maddeden oluşan, korkunun kaynağına ilişkin iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, ameliyatın kısa dönem ve uzun dönem sonuçlarının korkusunu göstermektedir. Ölçekteki 1,2,3,4. maddeler cerrahinin kısa dönem sonuçlarının korkusunu ölçerken; 5,6,7,8. maddeler cerrahinin uzun dönem sonuçlarının korkusunu ölçmektedir. Ölçeğin alt boyutlarındaki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve iki alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı

oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 40'dır. Ölçek toplam puanı en düşük 0 en yüksek 80'dir. Puanın yüksek olması cerrahi korkunun yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.93, CKÖ-K alt boyutu için 0.96, CKÖ-U alt boyutu için 0.90 olarak bulunmuştur. Bu bulgular CKÖ'nün ameliyat öncesi hastaların yaşadığı korkuyu ölçmede Türk toplumu için yüksek derecede güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.972, CKÖ-K alt boyutu için 0.950, CKÖ-U alt boyutu için 0.964 olarak bulunmuştur (Ek 2).

Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği

Ölçek, 2021 yılında Ünver ve Turan tarafından geliştirilmiştir (171). Ölçek toplamda 10 madde içermekte olup, tek boyuttan oluşmakta ve ters ifade içermemektedir. Katılımcılar, ölçekte listelenen maddelere ilişkin yaşadıkları ağrı korkusunun şiddetini 0 (Hiç korkmam), 10 (Çok korkarım) arasında değişen numaralardan birini seçerek işaretlemektedir. Ölçekten toplamda alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. Ameliyat öncesi dönemde yapılan değerlendirmede ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin ameliyat sonrası ağrı yaşamaya ilişkin korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek; beyin cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi, genel cerrahi hastalarına uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik puanı 0.91 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin cerrahi hastalarının ameliyat sonrasındaki korku düzeylerini ameliyat öncesi dönemde belirlemek amacıyla klinik ortamlarda kullanılması için yeterli güvenlik değerine sahip olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin güvenilirlik puanı 0.93 olarak bulunmuştur (Ek 3).

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya Ağustos 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde TDP ameliyatı olmak için yatış yapmış, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 100 hasta katıldı. Araştırmaya başlamadan önce servis hekimleri ve servis sorumlu hemşiresi ile görüşüldü ve araştırma hakkında bilgi verildi. Ameliyat olmak için işlemleri tamamlanan hastalar tedavi ve yemek saatleri dışındaki zamanlarda odalarında ziyaret edilerek araştırma ve amacı hakkında bilgilendirildi. Veriler, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalardan sözlü izin alınarak araştırmacı tarafından yaklaşık 20 dakika yüz yüze görüşme yöntemiyle Hasta Bilgi Formu, Cerrahi Korku Ölçeği ve Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği formlarına kaydedildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın başlaması için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 4 Tarih:18.04.2022 Protokol kodu: TÜTF-GOBAEK 2022/181) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 6) gerekli izinler alındı. Cerrahi Korku Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Karaman Özlü'den (Ek 7) ve Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği'nin kullanımı için ölçeğin geliştiricisi Ünver'den (Ek 8) e-mail aracılığıyla izin alındı. Araştırmanın yapılacağı servisin sorumlu hekimine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma şartlarına uygun hastalar ve yakınlarına araştırma ve amacı hakkında bilgi verildi. Hastalara kişisel bilgilerinin gizliliği korunarak sadece bu araştırmada kullanılacağı açıklandı ve sözlü izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilen istatistiksel analizleri için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Çalışma verilerinin raporlanmasında minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, sıklık ve yüzde kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearsonkorelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklere ilişkin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Tablo 1'de hastaların bireysel özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 66.70±6.58 olarak bulundu. Hastaların %18'inin erkek, %82'sinin kadın olduğu belirlendi. Okuryazar olmayan hastaların %6, ilköğretim mezunu olan hastaların %85, ortaöğretim mezunu olan hastaların %7, üniversite ve üzeri mezunu olan hastaların %2 oranında olduğu belirlendi. Hastaların %95'inin evli, %5'inin bekâr olduğu belirlendi. İşçi olan hastaların %13, emekli olan hastaların %16, diğer meslek sahibi hastaların %71 oranında olduğu belirlendi. Hastaların %61'inin gelir düzeyi gidere denk, %39'unun gelir düzeyi giderken yüksek olduğu belirlendi. Yalnız yaşayan hastaların %4, ailesi ile birlikte yaşayan hastaların %96 oranında olduğu belirlendi.

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri

	Min-Maks (Medyan)	**Ort±SS**
Yaş	52-82 (67)	66.70±6.58
	n	**%**
Cinsiyet		
Erkek	18	18
Kadın	82	82
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	6	6.0
İlköğretim	85	85
Ortaöğretim	7	7.0
Üniversite ve üzeri	2	2.0
Medeni durum		
Evli	95	95
Bekâr	5	5.0
Meslek		
Memur	0	0.0
İşçi	13	13
Emekli	16	16
Diğer	71	71
Gelir durumu		
Gelir giderden az	0	0.0
Gelir gidere denk	61	61
Gelir giderden fazla	39	39
Yaşadığı kişi		
Yalnız	4	4.0
Aile	96	96
Bakım verici	0	0.0

n: Hasta sayısı, **%:** Yüzde, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum, **Ort:** Ortalama, **SS:** Standart sapma.

Tablo 2'de hastaların sağlık özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların %85'inin ameliyat öyküsünün olduğu, %15'inin ameliyat öyküsü olmadığı belirlendi. TDP ameliyatı olma nedeni olarak hastaların %29'unun ağrı, %6'sının fiziksel harekette bozulma, %65'inin ağrı ve fiziksel harekette bozulma ifade ettiği belirlendi. Hastaların %45'inin çevresinde TDP ameliyatı olan kişinin olduğu, %55'inin çevresinde TDP ameliyatı olan kişinin olmadığı belirlendi. TDP ameliyatına ilişkin bilgilendirilme durumuna göre hastaların %37'sinin ameliyat öncesi bilgilendirildiği, %63'ünün ameliyat öncesi bilgilendirilmediği belirlendi. Hastaların %12'sinin kronik ağrılarının olduğu, %88'inin kronik ağrılarının olmadığı belirlendi. Ağrı korkusu olan hastaların %75, ağrı korkusu olmayan hastaların %25 oranında olduğu belirlendi. Ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı erteleme düşüncesi olan hastaların %34, erteleme düşüncesi olmayan hastaların %66 oranında olduğu belirlendi. Hastaların %81'inin sürekli ilaç kullanımı olduğu, %19'unun sürekli ilaç kullanımı olmadığı belirlendi. İlaç dışı ağrı giderici yöntem kullanan (soğuk uygulama) hastaların %28, ilaç dışı ağrı giderici yöntem kullanmayan hastaların %72 oranında olduğu belirlendi. Hastaların

%71'inin söylemek istediği bir şeyin bulunmadığı, %19'unun korktuğunu söylediği, %6'sının sağlık ekibine güvendiğini söylediği, %4'ünün ağrılardan kurtulmak istediğini söylediği belirlendi.

Tablo 2. Hastaların sağlık özellikleri

	n	**%**
Ameliyat öyküsü		
Evet	85	85
Hayır	15	15
Total diz protezi ameliyatı nedeni		
Ağrı	29	29
Fiziksel harekette bozulma	6	6.0
Ağrı + Fiziksel harekette bozulma	65	65
Çevrede total diz protezi ameliyatı		
Evet	45	45
Hayır	55	55
Total diz protezi hakkında bilgilendirilme		
Evet	37	37
Hayır	63	63
Kronik ağrı		
Evet	12	12
Hayır	88	88
Ağrı korkusu		
Evet	75	75
Hayır	25	25
Ağrı korkusu nedeniyle ertelemeyi düşünme		
Evet	34	34
Hayır	66	66
İlaç kullanımı		
Evet	81	81
Hayır	19	19
İlaç dışı ağrı giderici yöntem		
Evet (Soğuk Uygulama)	28	28
Hayır	72	72
Ameliyat sürecine ilişkin söylenmek istenenler		
Yok	71	71
Korktuğunu belirtti	19	19
Sağlık ekibine güvendiğini belirtti	6	6.0
Ağrılardan kurtulmak istediğini belirtti	4	4.0

n: Hasta sayısı, **%:** Yüzde.

Tablo 3'te hastaların CKÖ ve ASAKÖ ile belirlenmiş korku düzeyleri bulunmaktadır. Hastaların CKÖ kısa dönem korkular alt boyut puan ortalaması 20.30±9.78 olarak belirlendi. Hastaların CKÖ uzun dönem korkular alt boyut puan ortalaması 16.10±8.97 olarak belirlendi. Hastaların CKÖ toplam puan ortalaması ise 36.40±18.25 olarak belirlendi. Hastaların ASAKÖ toplam puan ortalaması 37.77±17.56 olarak belirlendi.

Tablo 3. Hastaların korku düzeyleri

	Madde sayısı	Olası puan aralığı	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Cronbach alfa (α)
CKÖ Kısa dönem korku	4	0-40	0-38 (22)	20.30±9.78	0.950
CKÖ Uzun dönem korku	4	0-40	0-40 (16)	16.10±8.97	0.964
CKÖ Toplam	8	0-80	0-75 (39.5)	36.40±18.25	0.972
ASAKÖ Toplam	10	0-100	0-74 (40)	37.77±17.56	0.930

CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği, **ASAKÖ:** Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum, **Ort:** Ortalama, **SS:** Standart sapma.

CKÖ Kısa dönem korku alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Olguların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 0 ile 38 arasında değişmekte olup ortalama 20.30±9.78'dir. Alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.950 olduğu saptanmıştır.

CKÖ Uzun dönem korku alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Olguların bu alt boyuttan aldıkları puanlar 0 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama 16.10±8.97'dir. Alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.964 olduğu saptanmıştır.

CKÖ Toplam 8 maddeden oluşmaktadır. Olguların ölçekten aldıkları puanlar 0 ile 75 arasında değişmekte olup ortalama 36.40±18.25'dir. Ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.972 olduğu saptanmıştır.

ASAKÖToplam 10 maddeden oluşmaktadır. Olguların ölçekten aldıkları puanlar 0 ile 74 arasında değişmekte olup ortalama 37.77±17.56'dır. Ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeylerinin 0.930 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4'te hastaların korku düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların ASAKÖ toplam puanları ile CKÖ Kısa dönem ($r=0.922$, $p<0.001$), uzun dönem ($r=0.868$, $p<0.001$) korku puanları ve ölçek toplam puanları ($r=0.921$, $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü ilişki olduğu belirlendi.

Tablo 4. Hastaların korku düzeylerinin karşılaştırılması

	Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği Toplam	
	r	**p**
Cerrahi Korku Ölçeği Kısa dönem korku	0.922	<0.001*
Cerrahi Korku Ölçeği Uzun dönem korku	0.868	<0.001*
Cerrahi Korku Ölçeği Toplam	0.921	<0.001*

Pearsonkorelasyon analizi
*p<0.05

Tablo 5'te hastaların bireysel özelliklerine ilişkin korku düzeyleri değerlendirildiğinde hastaların yaşları ile CKÖ kısa dönem (r=-0.212, p=0.034), uzun dönem (r=-0.207, p=0.039) korku puanları ve toplam puanları (r=-0.215, p=0.031) arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu belirlendi. Hastaların yaşları ile ASAKÖ toplam puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı belirlendi (p>0.05).

Hastaların cinsiyetine göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla, p=0.001, p=0.012, p=0.002, p=0.001). Kadın hastaların puanları erkek hastalardan daha yüksek olduğu belirlendi.

Hastaların eğitim düzeylerine göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Hastaların medeni durumlarına göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Hastaların mesleğine göre CKÖ uzun dönem korku puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Mesleğe göre CKÖ kısa dönem korku puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.010). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda emekli hastaların puanlarının daha düşük olduğu (p=0.030) ve dolayısıyla işçi ve diğer meslek sahibi hastaların puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Mesleğe göre CKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.028). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda emekli hastalarının puanlarının daha düşük olduğu (p=0.049) ve dolayısıyla işçi ve diğer meslek sahibi hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (p=0.049). Mesleğe göre ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.016). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda emekli hastaların puanlarının daha düşük olduğu (p=0.048) ve dolayısıyla işçi ve diğer meslek sahibi hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (p=0.048).

Hastaların gelir durumlarına göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Gelir durumuna göre ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p=0.029). Geliri giderinden fazla olan hastaların ASAKÖ toplam puan ortalamaları geliri giderine denk olan hastalardan daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiye göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 5. Hastaların bireysel özellikleri ile korku düzeyleri arasındaki ilişki

		Cerrahi Korku Ölçeği Kısa dönem	**Cerrahi Korku Ölçeği Uzun dönem**	**Cerrahi Korku Ölçeği Toplam**	**Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği Toplam**
Yaş	r	-0.212	-0.207	-0.215	-0.164
	p	**0.034***	**0.039***	**0.031***	**0.102**
	n				
Cinsiyet		**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)
Erkek	18	11.5 (5, 21)	9 (2, 20)	21.5 (6, 41)	26 (8, 41)
Kadın	82	23 (16, 29)	17 (11, 23)	40 (27, 51)	42 (30, 53)
[a]Test değeri (z)		**-3.386**	**-2.502**	**-3.047**	**-3.200**
p		**0.001***	**0.012***	**0.002***	**0.001***
Eğitim		**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)
OY değil	6	17 (6, 35)	13.5 (8, 27)	30.5 (14, 62)	36.5 (16, 65)
Ortaöğretim	7	18 (15, 22)	16 (12, 20)	35 (25, 40)	32 (28, 43)
İlköğretim	85	23 (12, 27)	16 (8, 21)	40 (21, 50)	41 (23, 50)
Üniversite ve üzeri	2	29.5 (27, 32)	25.5 (20, 31)	55 (47, 63)	47.5 (40, 55)
[b]Test değeri (χ^2)		**2.785**	**2.298**	**2.788**	**0.896**
p		**0.426**	**0.513**	**0.425**	**0.826**
Medeni durum		**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)
Evli	95	22 (12, 27)	16 (9, 21)	39 (22, 51)	40 (24, 50)
Bekar	5	27 (9, 29)	20 (6, 21)	47 (15, 50)	40 (24, 43)
[a]Test değeri (z)		**-0.214**	**-0.056**	**-0.111**	**-0.475**
p		**0.831**	**0.956**	**0.912**	**0.635**
Meslek		**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)
İşçi	13	13 (9, 24)	12 (7, 21)	23 (15, 45)	25 (17, 41)
Emekli	16	15.5 (6, 23)	14 (4, 20)	30 (9, 41)	31.5 (7, 44)
Diğer	71	23 (16, 29)	17 (11, 24)	41 (30, 51)	43 (30, 53)
[b]Test değeri (χ^2)		**9.255**	**4.449**	**7.125**	**8.254**
p		**0.010***	**0.108**	**0.028***	**0.016***
Gelir		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Gelir gidere denk	61	19.15±9.73	15.23±8.72	34.38±17.94	34.72±16.26
Gelir giderden fazla	39	22.1±9.71	17.46±9.29	39.56±18.5	42.54±18.64
[c]Test değeri (t)		**-1.482**	**-1.217**	**-1.393**	**-2.214**
p		**0.142**	**0.226**	**0.167**	**0.029***
Yaşadığı kişi		**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)	**Medyan(**Q1,Q3)
Yalnız	4	14.5 (8, 22.5)	12 (5.5, 18)	26.5 (13.5, 40.5)	24 (17.5, 42)
Aile	96	22 (12, 28.5)	16 (9.5, 21)	40 (22.5, 51)	40.5 (24.5, 50)
[a]Test değeri (z)		**-1.065**	**-0.997**	**-1.047**	**-0.897**
p		**0.287**	**0.319**	**0.295 /p <0.05**	**0.369**

r=Pearsonkorelasyon analizi
[a]Mann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.
[b]Kruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.
[c]Bağımsız gruplar t testi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.
*p<0.05

Tablo 6'da hastaların daha önceki ameliyat öyküsü varlığına göre CKÖ uzun dönem korku puanları ve ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Ameliyat öyküsü varlığına göre CKÖ kısa dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla; $p=0.024$, $p=0.041$). Ameliyat öyküsü olmayan hastaların CKÖ kısa dönem korku puanları ve ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların ameliyat nedenine göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların çevrelerinde TDP ameliyatı olan kişi olması durumuna göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.007$, $p=0.007$, $p=0.007$). Çevrelerinde TDP ameliyatı olan kişi olan hastaların CKÖ kısa dönem, uzun dönem ve toplam puan ortalamalarının ve ASAKÖ toplam puan ortalamalarının çevresinde TDP ameliyatı olan kişi olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların TDP ameliyatı hakkında bilgilendirilme durumuna göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların kronik ağrı varlığına göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla, $p=0.003$, $p=0.016$, $p=0.006$, $p=0.011$). Kronik ağrısı olan hastaların CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile ASAKÖ toplam puan ortalamalarının kronik ağrı öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların ağrı korkusu durumuna göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Ağrı korkusu olan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların yaşadığı ağrı korkusunun ameliyatı ertelemeyi düşündürmesi durumuna göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Ameliyatı ertelemeyi düşünen hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların sürekli kullandığı ilaç varlığına göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).Sürekli kullanılan ilaç varlığına göre ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.046$). İlaç kullanımı olan hastaların ASAKÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların ilaç dışı ağrı giderici yöntem kullanması durumuna göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem korku puanları ve ölçek toplam puanları ile ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (sırasıyla, $p=0.002$, $p=0.002$, $p=0.001$, $p=0.001$). İlaç dışı ağrı giderici yöntem kullanımı olan hastaların puanlarının ilaç dışı ağrı giderici yöntem kullanmayan hastalara göre CKÖ kısa dönem, uzun dönem ve toplam puan ortalamalarının ve ASAKÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların ameliyat sürecine ilişkin düşüncelerine göre CKÖ kısa dönem korku puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda korktuğunu ifade eden hastaların puanlarının söyleyecek bir şeyi olmadığını ve sağlık ekibine güvendiğini ifade eden hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$). Ameliyat sürecine ilişkin düşüncelere göre CKÖ uzun dönem korku puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0.002$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda korktuğunu ifade eden hastaların puanlarının söyleyecek bir şeyi olmadığını ve sağlık ekibine güvendiğini ifade eden hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla, $p=0.015$, $p=0.007$). Ameliyat sürecine ilişkin düşüncelere göre CKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda korktuğunu ifade eden hastaların puanlarının söyleyecek bir şeyi olmadığını ve sağlık ekibine güvendiğini ifade eden hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.001$). Ameliyat sürecine ilişkin düşüncelere göre ASAKÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda korktuğunu ifade eden hastaların puanlarının söyleyecek bir şeyi olmadığını ve sağlık ekibine güvendiğini ifade eden hastaların puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$).

Tablo 6. Hastaların sağlık özellikleri ile korku düzeyleri arasındaki ilişki

		Cerrahi Korku Ölçeği Kısa dönem	Cerrahi Korku Ölçeği Uzun dönem	Cerrahi Korku Ölçeği Toplam	Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği Toplam
Ameliyat öyküsü		**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)
Evet	85	20 (12, 26)	16 (8, 20)	37 (22, 49)	40 (23, 50)
Hayır	15	28 (24, 32)	20 (11, 28)	47 (40, 56)	45 (40, 55)
[a]Test değeri (z)		**-2.251**	**-1.545**	**-2.047**	**-1.536**
p		**0.024***	**0.122**	**0.041***	**0.125**
Ameliyat nedeni		**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)
Ağrı	29	25 (9, 31)	17 (8, 23)	41 (16, 52)	45 (23, 51)
Fiziksel harekette bozulma	6	8.5 (4, 21)	7 (0, 17)	15.5 (4, 38)	22.5 (10, 41)
Ağrı + Fiziksel harekette bozulma	65	22 (16, 27)	16 (12, 21)	39 (25, 49)	40 (28, 50)
[b]Test değeri (χ^2)		**5.370**	**4.050**	**4.803**	**3.741**
p		**0.068**	**0.132**	**0.091**	**0.154**
Çevrede Total Diz Protezi ameliyatı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	45	23.02±10.4	18.76±9.19	41.78±19.14	42.98±18
Hayır	55	18.07±8.72	13.93±8.23	32±16.38	33.51±16.13
[c]Test değeri (t)		**-2.588**	**-2.768**	**-2.753**	**-2.772**
p		**0.011***	**0.007***	**0.007***	**0.007***
Total diz protezi hakkında bilgilendirilme		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	37	19.3±9.34	15.46±8.05	34.76±16.99	35.11±16.77
Hayır	63	20.89±10.06	16.48±9.51	37.37±19.01	39.33±17.95
[c]Test değeri (t)		**0.784**	**0.546**	**0.688**	**1.164**
p		**0.435**	**0.587**	**0.493**	**0.247**
Kronik ağrı		**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)
Evet	12	29 (25, 33)	20.5 (16, 24.5)	50.5 (40.5, 57.5)	51.5 (41.5, 54.5)
Hayır	88	20.5 (9.5, 26)	16 (8, 20)	37 (18.5, 47.5)	40 (22.5, 49.5)
[a]Test değeri (z)		**-2.978**	**-2.405**	**-2.738**	**-2.552**
p		**0.003***	**0.016***	**0.006***	**0.011***
Ağrı korkusu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	75	24.73±6.72	19.88±6.69	44.61±12.58	45.56±12.17
Hayır	25	7±3.12	4.76±3.89	11.76±6.51	14.4±7.5
[c]Test değeri (t)		**-17.796**	**-10.698**	**-16.838**	**-15.161**
p		**<0.001***	**<0.001***	**<0.001***	**<0.001***
Ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünme		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	34	26.88±6.06	21.24±6.92	48.12±12.04	49.44±10.81
Hayır	66	16.91±9.63	13.45±8.79	30.36±18.02	31.76±17.38
[c]Test değeri (t)		**-6.323**	**-4.492**	**-5.859**	**-6.246**
p		**<0.001***	**<0.001***	**<0.001***	**<0.001***
Sürekli ilaç kullanımı		**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)
Evet	81	23 (12, 29)	17 (11, 21)	40 (25, 51)	42 (26, 52)
Hayır	19	16 (10, 22)	12 (8, 20)	29 (21, 41)	33 (20, 42)
[a]Test değeri (z)		**-1.798**	**-1.335**	**-1.644**	**-1.995**
p		**0.072**	**0.182**	**0.100**	**0.046***
İlaç dışı ağrı giderici yöntem		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet (Soğuk Uygulama)	28	25.04±8.65	20.54±7.85	45.57±16.05	46.82±17.25
Hayır	72	18.46±9.63	14.38±8.82	32.83±17.89	34.25±16.48
[c]Test değeri (t)		**-3.152**	**-3.229**	**-3.286**	**-3.380**
p		**0.002***	**0.002***	**0.001***	**0.001***
Ameliyat sürecine ilişkin söylenmek istenenler		**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)	**Medyan**(Q1,Q3)
Yok	71	20 (9, 25)	16 (8, 20)	37 (21, 46)	39 (23, 48)
Korktuğunu belirtti	19	31 (26, 34)	20 (17, 28)	51 (42, 64)	54 (44, 62)
Sağlık ekibine güvendiğini belirtti	6	10 (6, 16)	5.5 (4, 16)	15.5 (10, 32)	15 (11, 38)
Ağrılardan kurtulmak istediğini belirtti	4	17 (8, 27.5)	12.5 (6, 17)	29.5 (14, 44.5)	36 (18, 48.5)
[b]Test değeri (χ^2)		**25.690**	**14.636**	**20.424**	**26.486**
p		**<0.001***	**0.002***	**<0.001***	**<0.001***

[a]Mann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.
[b]Kruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.
[c]Bağımsız gruplar t testi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.
*p<0.05

TARTIŞMA

Bu araştırma Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde Ağustos 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında, TDP ameliyatı geçirecek hastalarda korku düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir tanımlayıcı anket çalışmasıdır.

Araştırmaya ortopedi servisine ameliyat olmak için yatmış 100 hasta dahil edildi. Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamasının 66.70±6.58, %82'sinin kadın, %85'inin ilköğretim mezunu, %95'inin evli, %71'inin diğer meslek mensubu olduğu belirlendi (Tablo 1). Yıldırım ve Şendir (23)'in TDP hastalarının ameliyat sonrası ağrı tanılanması ve yönetimi konulu araştırmalarında hastaların yaş ortalamalarının 64,47±9,48, %87,3'ünün kadın, %72'sinin evli, %86'sının ev hanımı olduğu ve %44,7'sinin okuryazar olmadığıbelirtilmiştir. Kaya ve Yılmaz (171)'ın total diz protezi olan yaşlı bireylerde uyku ve depresyonun belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında ise hastaların yaş ortalamasının 70.6±3.6, %69,3'ünün kadın, %69.3'ünün evli ve %44.7'sinin okuryazar olmadığı belirtilmiştir. Araştırmaların sonuçları TDP ameliyatının genellikle 60 yaş üstünde ve daha çok kadın hastalarda uygulandığını göstermektedir.

Hastaların (CKÖ 36.40±18.25, kısa dönem CKÖ 20.30±9.78 ve uzun dönem CKÖ 16.10±8.97) orta düzeye yakın korku yaşadıkları belirlendi (Tablo 3). Mete ve Işık (9)'ın TDP ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında hastaların CKÖ puanlarını toplam 33,89±24,09, kısa dönem 15,44±14,38, uzun dönem 18,44±11,30 olarak belirlemişlerdir. Kaya ve Özlü (103)'nün elektif cerrahi geçirecek hastaların cerrahi korku düzeyinin sosyal destek algısı ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında hastaların CKÖ puanını toplam 37.55±21.11, kısa dönem 18.03±11.44 ve uzun dönem CKÖ 19.52±11.87

olarak bulmuşlardır. Araştırmaların sonuçlarına bakıldığında hastaların cerrahi korku düzeylerinin yakın olduğu ve ölçek puan değerlerinin düşük olsa da hastaların cerrahi korku yaşadıklarını gösterdi.

ASAKÖ puan ortalamasına (37.77±17.56) göre hastaların orta düzeye yakın (orta değerin altında) ağrı korkusu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Tirkayi ve Göktaş (172)'ın diz artroskopisi uygulanacak hastalarda ağrı korkusunun ağrı şiddetine etkisinin değerlendirildiği araştırmalarında hastaların Ağrı Korkusu Ölçeği-III puan ortalamasının 65,52±19,38 olduğu ve orta düzeyde ağrı korkusu yaşadıklarını belirtilmişlerdir. Ustunel ve Erden (173)'in cerrahi hastalarının ameliyat öncesi ağrı korkusunun değerlendirildiği araştırmaların da hastaların Ağrı Korkusu Ölçeği-III puan ortalamasının 75.1±20.2 olduğu ve orta düzeyde ağrı korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. Sidar ve ark. (174)'nın açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastalardaki ağrı stresinin ağrı düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında ise hastaların ameliyat öncesi ağrı stresi ölçeği puan ortalamasının 54,5±20,9 olduğu ve hastaların ameliyat öncesi orta düzeyde ağrı stresi yaşadıkları belirtilmiştir. Araştırmaların sonuçları hastaların ameliyat öncesi ağrı korkusu düzeylerinin yakın ve orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak örneklem aynı olmasa da araştırmaların sonuçları hastaların çok yüksek olmasa da ağrı korkusu yaşadıklarını göstermektedir.

Hastaların CKÖ kısa dönem ($r=0.922$ $p<0.001$), uzun dönem ($r=0.868$ $p<0.001$) ve toplam puanları ($r=0.921$ $p<0.001$) ile ASAKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü (Tablo 4). Hastaların cerrahi korkuları arttıkça ağrı korkularının da arttığı belirlendi. Elde edilen sonuç ile H_2 (Total diz protezi ameliyatı olacak hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ağrı korkusu düzeyleri arasında ilişki vardır.) hipotezi doğrulandı. Sidar ve ark. (174)'nın araştırmalarında hastaların kaygı düzeyleri arttıkça ağrı stres ve ağrı anksiyetesi düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu, hastaların kaygı düzeyleri arttıkça ağrı stresi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir. Lavernia ve ark. (175)'nın artroplasti olan hastaların korku düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları araştırmalarında hastaların ameliyat öncesi ağrı korkusu düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğu, hastaların ağrı korkusu arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir. Vlaeyen ve Linton (176)'un kas iskelet sistemi ağrısı olan hastaların korkuya bağlı kaçınmalarının sonuçlarının değerlendirildiği araştırmalarında ise kas iskelet sistemi ağrısı olan hastalardaki ağrı korkusuna bağlı kaçınma yöneliminin kronik sorunlar ortaya çıkaracağının bir göstergesi olarak belirtilmiştir. Çelik ve Köçkar (177)'ın bel fıtığı ameliyatı olan hastalarda ağrı ve korkuya bağlı kaçınmalarının değerlendirildiği araştırmalarında ağrı düzeyi yüksek olan

hastaların fiziksel aktivite kaynaklı korku kaçınma davranışı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Demirci ve Şahin (178)'in lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında ameliyat öncesi cerrahi korku düzeyleri yüksek olan hastaların ameliyat sonrası daha çok ağrı yaşadıkları belirtilmektedir. Araştırmaların sonuçları hastaların ameliyat öncesi cerrahi korku ve kaygılarının ağrı korkusunu ve ağrıyı arttırdığını göstermiştir.

Ameliyat öncesi hastalardaki korku düzeylerini etkileyen faktörlerden birisi de hastaların bireysel özellikleridir. Hastaların bireysel özelliklerine ilişkin korku düzeylerine bakıldığında eğitim düzeyi ($\chi2$=2.788 p=0.425, $\chi2$=2.785 p=0.426, $\chi2$=2.298 p=0.513, $\chi2$=0.896 p=0.826), medeni durum (z=-0.111 p=0.912, z=-0.214 p=0.831, z=-0.056 p=0.956, z=-0.475 p=0.635) ve birlikte yaşadığı kişi (z=-1.047 p=0.295, z=-1.065 p=0.287, z=-0.997 p=0.319, z=-0.897 p=0.369) değişkenleriyle hastaların CKÖ toplam ve alt boyutları (kısa dönem, uzun dönem) ile ASAKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Hastaların yaşı ile CKÖ toplam ve alt boyutlarının (kısa dönem, uzun dönem) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf ilişki bulunmaktayken (r=-0.215, p=0.031, r=-0.212 p=0.034, r=-0.207 p=0.039) ASAKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (r=-0.164 p=0.102) (Tablo 5). Çağlar ve Özlü (133)'nün araştırmalarında genç hastaların cerrahi korku düzeylerinin fazla olduğu belirtilmekteyken, Kaya ve Özlü (103)'nün araştırmalarında yaşlı hastaların cerrahi korku düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmada yaş değişkeninin cerrahi korku ve ağrı korkusuna etkisi tartışmalıdır diyebiliriz.

Kadın hastaların kısa dönem (z=-3.386 p=0.001), uzun dönem (z=-2.502 p=0.012) ve cerrahi korkuları (z=-3.047 p=0.002) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (z=-3.200 p=0.001) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Kaya ve Özlü (103) ile Demir ve Yılmaz (89)'ın araştırmalarında da bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde kadın hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada kadınların korku düzeylerinin yüksek olmasının kadınların duygularını daha kolay ifade edebilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (179).

Emekli hastaların kısa dönem ($\chi2$=9.255 p=0.010) ve cerrahi korkuları ($\chi2$=7.125 p=0.028) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin ($\chi2$=8.254 p=0.016) daha düşük olduğu ve dolayısıyla çalışan (işçi, herhangi bir işte) hastaların korku düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Çağlar ve Özlü (133)' nün araştırmalarında ise bu araştırmanın

sonuçlarına karşıt olarak çalışmayan hastaların ameliyat öncesi korkusunun daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada emekli hastaların korku düzeylerinin daha düşük olmasının emekli hastaların iş yükünün az olması ve çalıştıkları aktif bir işi olmamasından kaynaklandığı ve çalışan hastaların sorumluluk yükünün fazla olmasına bağlanılabilir.

Geliri giderinden fazla olan hastaların ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (t=-2.214 p=0.029) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Çağlar ve Özlü (133) ile Kaya ve Yılmaz (171)'ın araştırmalarında bu araştırmanın bulgularına karşıt olarak gelir durumu değişkeninin hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerini etkilemedikleri belirtilmiştir. Bu araştırmada geliri yüksek hastaların korku düzeylerinin yüksek olmasının hayat konforlarının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ameliyat öncesi dönemde hastalardaki korku düzeylerini etkileyen bir diğer faktör ise hastaların sağlık özellikleridir. Hastaların sağlık özelliklerine ilişkin korku düzeylerine bakıldığında ameliyat nedeni ($\chi2$=4.803 p=0.091, $\chi2$=5.370 p=0.068, $\chi2$=4.050 p=0.132, $\chi2$=3.741 p=0.154) ve TDP hakkında bilgilendirilme (t=0.688 p=0.493, t=0.784 p=0.435, t=0.546 p=0.587, t=1.164 p=0.247) değişkenleriyle hastaların CKÖ toplam ve alt boyutları (kısa dönem, uzun dönem) ile ASAKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Ameliyat öyküsü olmayan hastaların kısa dönem (z=-2.251 p=0.024) ve cerrahi korku düzeylerinin (z=-2.047 p=0.041) daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 6). Altınbaş ve Kutanis (180)'in elektif cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında ameliyat öyküsünün korku düzeylerini etkilemediği, Arslan ve ark. (181)'nın nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında ise ameliyat öyküsü olan hastaların daha fazla korku yaşadıkları belirtilmiştir. Bu araştırmada ameliyat öyküsü olan hastaların daha az korku yaşamasının nedeninin bilinmezlik duygusunun daha az olmasından, daha önceki TDP ameliyatından olumlu sonuç almasından veya hastanın daha önceki ameliyatlarında olumsuz bir durum yaşamamasından olabileceği düşünülmektedir.

Çevresinde TDP ameliyatı geçirmiş kişi olan hastaların kısa dönem (t=-2.588 p=0.011), uzun dönem (t=-2.768 p=0.007) ve cerrahi korkuları (t=-2.753 p=0.007) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (t=-2.772 p=0.007) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Mete ve Işık (9)'ın araştırmalarında ise bu araştırmanın sonucuna zıt olarak çevrede TDP olan kişi olması durumunun korku düzeylerine etki etmediği belirtilmektedir. Bu araştırmada çevresinde TDP ameliyatı geçirmiş kişi bulunan hastaların

korku düzeylerinin daha yüksek olmasının bu kişilerden duyduğu olumsuz deneyim ve sonuçlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik ağrısı olan hastaların kısa dönem (z=-2.978 p=0.003), uzun dönem (z=-2.405 p=0.016) ve cerrahi korkuları (z=-2.738 p=0.006) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (z=-2.552 p=0.011) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Literatürde kronik ağrı durumunun cerrahi korku ya da ağrı korkusuna etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada kronik ağrılı hastaların korku düzeylerinin yüksek olmasının ameliyata bağlı ağrıları sürekli yaşayacağı düşüncesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ağrı korkusu olduğunu ifade eden hastaların CKÖ kısa dönem (t=-17.796 p<0.001), uzun dönem (t=-10.698 p<0.001) ve cerrahi korkuları (t=-16.838 p<0.001) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (t=-15.161 p<0.001) ve ameliyatı erteleme düşüncesi olan hastaların kısa dönem (t=-6.323 p<0.001), uzun dönem (t=-4.492 p<0.001) ve cerrahi korkuları (t=-5.859 p<0.001) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (t=6.246 p<0.001) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Doğan ve ark. (182)'nın pterjium cerrahisinin ertelenme sebeplerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında hastaların %18.87'sinin ameliyat korkusundan dolayı ameliyatı geciktirdikleri belirtilmiştir. Al-Taiar ve ark. (183)'nın Arap kadınların diz osteoartritine ve TDP'ye yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında 39 hastadan 26 tanesi ameliyattan ya da ağrıdan korktuğu için TDP cerrahisini erteleditklerini belirtmiştir. Literatüre bakıldığında cerrahi erteleme durumuyla TDP hastalarının korku düzeylerini karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Cerrahi korkunun cerrahi girişim sürecini olumsuz etkileyen bir durum olduğunu söyleyebiliriz.

Sürekli ilaç kullanan hastaların ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (z=-1.995 p=0.046) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Mete ve Işık (9)'ın araştırmalarında bu araştırmanın sonucuna benzer olarak sürekli ilaç kullanımının hastaların cerrahi korku düzeyi üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Literatürde sürekli ilaç kullanımının ağrı korkusu düzeylerine etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

İlaç dışı ağrı giderici yöntem kullanan hastaların kısa dönem (t=-3.152 p=0.002), uzun dönem (t=-3.229 p=0.002) ve cerrahi korkuları (t=-3.286 p=0.001) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin (t=-3.380 p=0.001) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Örneklemi aynı olmasa da Kılıçarslan ve Kazan (179)'ın hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarındabu araştırmanın sonucuna benzer olarak ilaç dışı ağrı giderici yöntem

kullanan öğrencilerin ağrı korkusu düzeylerinin kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Sonuçların ilaç dışı yöntemlere ulaşım kolaylığı, güvenilir çevre tavsiyelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ameliyata ilişkin korktuğunu ifade eden hastaların kısa dönem ($\chi2=25.690$ $p<0.001$), uzun dönem ($\chi2=14.636$ $p=0.002$) ve cerrahi korkuları ($\chi2=20.424$ $p<0.001$) ile ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin ($\chi2=26.486$ $p<0.001$) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Arlı (137)'nın ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı araştırmasında hastaların korku hissetmesinin ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir. Jawaid ve ark. (184)'nın elektif ameliyat öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin ve anksiyeteye neden olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında ise hastaların %78.8'inin ameliyat öncesi anksiyete yaşama sebebinin ameliyat sonrası ağrı yaşamak olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada da korktuğunu ifade eden hastaların korku düzeylerinin yüksek olmasının korkunun yarattığı anksiyete ve kaygıdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda ve TDP hastalarında ameliyat öncesi korku düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 66.70±6.58 olarak bulundu. Hastaların %83'ü kadın, %85'inin eğitim durumu ilköğretim, %95'i evli, %71'i diğer meslek grubunda, %61'inin geliri gidere denk, %96'sı ailesiyle yaşamaktaydı (Tablo 1).
- Araştırmaya katılan hastaların %85'inin geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü, %75'inin ağrı korkusu, %81'inin sürekli ilaç kullanımı vardı. Hastaların %55'inin çevresinde TDP ameliyatı olan kişi, %88'inin kronik ağrıları, %66'sının ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı erteleme düşüncesi, %72'sinin kullandığı ilaç dışı ağrı giderici yöntem, %71'inin ameliyata ilişkin söylemek istediği herhangi bir şeyi yoktu. Hastaların %65'inin TDP ameliyatı olma nedeni ağrı ve fiziksel aktivitede bozulmaydı ve %63'ü TDP hakkında bilgilendirilmemişti (Tablo 2).
- Hastaların Cerrahi Korku Ölçeğinden 36.40±18.25, Cerrahi Korku Ölçeği kısa dönem 20.30±9.78, Cerrahi Korku Ölçeği uzun dönem 16.10±8.97 puan ve Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeğinden 37.77±17.56 puan aldıkları belirlendi (Tablo 3).
- Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu ile Cerrahi Korkusu kısa dönem ($r=0.922$ $p<0.001$), Cerrahi Korkusu uzun dönem ($r=0.868$ $p<0.001$) ve Cerrahi

korkusu (r=0.921 p<0.001) arasında güçlü pozitif yönde güçlü ilişki bulundu (Tablo 4).

- Cerrahi Korkusu kısa dönem (r=-0.212 p=0.034), uzun dönem (r=-0.207 p=0.039), Cerrahi korkusu (r=-0.215 p=0.035) ve yaş arasında negatif yönlü zayıf ilişki belirlendi (Tablo 5).
- Kadın hastalar (z=-3.386 p=0.001) ile herhangi bir işte çalışan (diğer) ve işçi ($\chi 2$=9.255 p=0.010) hastaların kısa dönem cerrahi korkusu yüksek belirlendi (Tablo 5).
- Kadın olmanın uzun dönem cerrahi korkusunu (z=-2.502 p=0.012) artırdığı belirlendi (Tablo 5).
- Cerrahi korkusunu kadın olmanın (z=-3.047 p=0.002) ve herhangi bir işte çalışmanın (diğer) ve işçi olmanın ($\chi 2$=7.125 p=0.028) artırdığı belirlendi (Tablo 5).
- Kadın (z=-3.200 p=0.001), herhangi bir işte çalışan (diğer) ve işçi ($\chi 2$=8.254 p=0.016) ve geliri giderinden fazla olan (t=-2.214 p=0.029) hastaların ameliyat sonrası ağrı korkuları yüksek belirlendi (Tablo 5).
- Eğitim düzeyi, medeni durum ve birlikte yaşadığı kişi değişkenlerinin uzun, kısa ve toplam cerrahi korkuya ve ameliyat sonrası ağrı korkusuna etki etmediği belirlendi (Tablo 5).
- Araştırmada, ameliyat öyküsü olmayan (z=-2.251 p=0.024), çevresinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan (t=-2.588 p=0.011), kronik ağrısı olan (z=-2.978 p=0.003), ağrıdan korkan (t=-17.796 p<0.001), ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen (t=-6.323 p<0.001), ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan (t=-3.152 p=0.002) ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten ($\chi 2$=25.690 p<0.001) hastaların kısa dönem cerrahi korkusu daha yüksek belirlendi (Tablo 6).
- Çevresinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan (t=-2.768 p=0.007), kronik ağrılı (z=-2.405 p=0.016), ağrıdan korktuğunu belirten (t=-10.698 p<0.001), ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen (t=-4.492 p<0.001), ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan (t=-3.229 p=0.002) ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten ($\chi 2$=14.636 p=0.002) hastaların uzun dönem cerrahi korkusu daha yüksek belirlendi (Tablo 6).
- Ameliyat öyküsü olmayan (z=-2.047 p=0.041), çevrelerinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan (t=-2.753 p=0.007), kronik ağrısı olan (z=-2.738 p=0.006), ağrıdan

korkan (t=-16.838 p<0.001), ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen (t=-5.859 p<0.001), ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan (t=-3.286 p=0.001) ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten ($\chi 2$=20.424 p<0.001) hastaların cerrahi korkusu daha yüksek belirlendi (Tablo 6).

- Araştırmada, çevrelerinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan (t=-2.772 p=0.007), kronik ağrılı (z=-2.552 p=0.011), ağrıdan korktuğunu belirten (t=-15.161 p<0.001), ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen (t=-6.246 p<0.001), sürekli ilaç kullanan (z=-1.995 p=0.046), ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan (t=-3.380 p=0.001) ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten ($\chi 2$=26.486 p<0.001) hastaların ameliyat sonrası ağrı korkusu daha yüksek belirlendi (Tablo 6).

ÖNERİLER

TDP hastalarının ameliyat öncesi korku düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- TDP hastalarının ameliyat öncesi korku düzeylerinin azaltılmasını,
- Ameliyat öyküsü olmayan, çevresinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan, kronik ağrısı olan, ağrıdan korkan, ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen, ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten hastaların kısa dönem ve cerrahi korku düzeylerinin azaltılmasını,
- Çevresinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan, kronik ağrısı olan, ağrıdan korktuğunu belirten, ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen, ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten hastaların uzun dönem korku düzeylerinin azaltılmasını,
- Çevresinde TDP ameliyatı olan kişi bulunan, kronik ağrısı olan, ağrıdan korktuğunu belirten, ağrı korkusu nedeniyle ameliyatı ertelemeyi düşünen, sürekli ilaç kullanan, ilaç dışı ağrı kesici yöntem kullanan ve ameliyat sürecinden korktuğunu belirten hastaların ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerinin azaltılmasını önermekteyiz.

ÖZET

Bu araştırma total diz protezi ameliyatı geçirecek olan hastaların korku düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir anket çalışmasıdır. Araştırma, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Ortopedi Servisinde Ağustos 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında total diz protezi ameliyatı olmak için yatmış 100 hasta ile yapıldı. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hasta bilgi formu, Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ), Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği (ASAKÖ) formları kullanılarak elde edildi.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk testi, bağımsız gruplar t testi, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Araştırmaya katılan hastaların (n=100) yaş ortalamalarının 66.70±6.58, %82'si kadın, %85'inin ilköğretim mezunu, %95'inin evli olduğu belirlendi. Hastaların CKÖ kısa dönem korkular alt boyut puan ortalaması 20.30±9.78, CKÖ uzun dönem korkular alt boyut puan ortalaması 16.10±8.97, CKÖ toplam puan ortalaması ise 36.40±18.25 olarak belirlendi. Hastaların ASAKÖ toplam puan ortalaması 37.77±17.56 olarak belirlendi. Hastaların orta düzeyde cerrahi korku, orta düzeye yakın ağrı korkusu yaşadıkları saptandı. Hastaların cerrahi korkusu ile ameliyat sonrası ağrı korkusu arasında güçlü düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunduğu ($r=0.921$ $p<0.001$) ve birbirlerini artırdığı belirlendi. Cinsiyet, meslek, çevrede total diz protezi olan kişi, kronik ağrı, ağrı korkusu, ameliyatı erteleme düşüncesi, ilaç dışı ağrı giderici yöntem, ameliyat sürecine ilişkin söylenenler değişkenlerinin hem cerrahi korku hem de ameliyat sonrası ağrı korkusu düzeylerini arttırdığı belirlendi.

Çevresinde total diz protezi olan, kadın, korku ifade eden, kronik ağrıları olan, ameliyatı erteleme düşüncesi olan ve ilaç dışı ağrı giderici yöntem kullanan total diz protezi

hastalarının hemşirelik bakımında korku düzeylerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Total diz protezi, hemşirelik, korku, ağrı, cerrahi

DETERMINATING THE PRE-OPERATİVE FEAR LEVELS OF PATIENTS WHO WILL UNDERGOİNG TOTAL KNEE PROSTHESIS SURGERY

SUMMARY

This research is a survey study conducted to determine the fear levels of patients who will undergo total knee replacement surgery. The study was conducted with 100 patients who were hospitalized for total knee replacement surgery between August 2022 and February 2023 in Edirne Sultan Murat I State Hospital Orthopedic Service. Data were obtained by using face-to-face interview technique, patient information form, Surgical Fear Scale, Postoperative Pain Fear Scale (POPFS) forms.

Descriptive statistics, Shapiro-Wilk test, independent groups t test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Dunn-Bonferroni test were used in the analysis of the data. It was determined that the mean age of the patients (n=100) participating in the study was 66.70±6.58, 82% were female, 85% were primary school graduates, and 95% were married. The patients' mean Surgical Fear Scale short-term fears sub-dimension score was 20.30±9.78, Surgical Fear Scale long-term fears sub-dimension mean score was 16.10±8.97, and the total Surgical Fear Scale score was 36.40±18.25. The mean Postoperative Pain Fear Scale total score of the patients was determined as 37.77±17.56. It was determined that the patients had a moderate fear of surgery and a near-moderate fear of pain. It was determined that there was a strong positive correlation between the patients' fear of surgery and fear of postoperative pain ($r=0.921$ $p<0.001$) and they increased each other. It was determined that the variables of

gender, occupation, people with total knee replacement in the environment, chronic pain, fear of pain, postponing the surgery, non-drug pain relief method, what was said about the surgery process increased both the fear of surgery and fear of postoperative pain.

We recommend planning and implementing interventions to reduce the level of fear in nursing care of total knee replacement patients who had total knee replacement around, are female, express fear, have chronic pain, have the thought of postponing surgery, and use non-drug pain relief methods.

Key words: Total knee prosthesis, nursing, fear, pain, surgery

KAYNAKLAR

1. Kılıç E, Sinici E, Tunay V, Hasta D, Tunay S, Başbozkurt M. İki taraflı total diz protezi uygulanan kadın hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(3):248-53.

2. İlhan M, İnanmaz ME, Uslu M. Total diz artroplastisinde yakın dönem sonuçlarımız. Konuralp Tıp Derg 2013;5(1):27-30.

3. Kılıç B, Turhan Y, Demiroğlu M, Akçay S, Gürcan S. Diz osteoartriti'nde cerrahi tedavi yöntemleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2016;6(2):135-8.

4. Van Manen MD, Nace J, Mont MA. Management of primary knee osteoarthritis and ındications for total knee arthroplasty for general practitioners. J Am Osteopath Assoc 2012;112(11):709-15.

5. Ayoğlu T, Akyolcu N. Kas-iskelet sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G (Editörler). Cerrahi Hemşireliği 2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. s. 505-14.

6. Kılıçarslan K, Veizi E. Total diz protezi ve aseptik gevşeme. TOTBİD 2021;20:609–13.

7. Değirmenci E. Erişkinlerde diz hastalıkları ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. Özmanevra R, Işın Y, Kara YS, Yaman F, Demirkıran ND (Editörler). Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019.

8. OECD Health Statistics 2021 https://www.oecd-ilibrary.org/sites/8b492d7a-en/index.html?itemId=/content/component/8b492d7a-en Erişim Tarihi:06.03.2023

9. Mete Z, Işık SA. Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2020;12(3):337-47.

10. Vargas TV, Maia EM, Dantas RA. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. Revista Latino Americana Enfermagem 2006;14(3):383-88.

11. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. J Perianesth Nurs 2016;31(6):495-503.

12. Erkuran H. Yaşlanma korkusu. Sağlık ve Toplum 2020;20(1):26-9.

13. Karadağ AŞ. Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;4(3):38- 47.

14. Aşçı M. Total diz artroplastisinde korku ve anksiyetenin yaşam kalite ve işlevsel sonuçlara etkisi. Bozok Tıp Derg 2019;9(1):139-43.

15. Yeşilyurt M, Faydalı S. Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2020;23(3):444-51.

16. Barutçu N, Özgen M. Osteoartritte nöropatik ağrı. Osmangazi Tıp Derg 2019;41(2):196-202.

17. O'Donell R, Dolan J. Anaesthesia and analgesia for knee joint arthroplasty. BJA Educ 2018;18(1): 8-15.

18. Damar HT, Bilik Ö. Artroplasti Ameliyatı olan Yaşlı Hastaların Ağrı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Geriatrik Bil Derg 2018;1(3):104-12.

19. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. Fırat Sağ Hizm Derg 2013;8(23):81.

20. Mert S, Göktaş S. Hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumlarının belirlenmesi. SBÜ Hem Derg 2019;1(2):76-83.

21. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-assessment-of-the-use-and-results-of-patient-reported-outcome-measures-for-hip-and-knee-replacement-surgery_6da7f06b-en (OECD 2022 Verileri) Erişim Tarihi:10.02.2023.

22. Ackerman IN, Bohensky MA, Zomer E, Tacey M, Gorelik A, Brand CA et al. The projected burden of primary total knee and hip replacement for osteoarthritis in Australia to the year 2030. BMC Musculoskelet Disord 2019;20(1):90.

23. Yıldırım A, Şendir M. Total diz protezi ameliyatı olan hastalarda postoperatif ağrının tanılanması ve ağrı yönetimi. SBÜHD Sağ Bil Üni Hem Derg 2019;1(3):157-64.

24. Çolak İ, Karakoç ZB, Mete E, Özen T, Bulut G, Çolak TK. Primer diz osteoartritinde total diz artroplastisi ve konservatif tedavi sonrası ağrı, fiziksel aktivite düzeyi ve fonksiyonellik. Düzce Üni Sağ Bil Enst Derg 2020;10(3):319-25.

25. Sönmez MM, Berk A, Uğurlar M, Ertürer RE, Akman Ş, Öztürk İ. Total diz protezi uygulanan hastaların orta dönem klinik ve radyolojik sonuçlarının değerlendirilmesi. ŞEEAH Tıp Bülteni 2016;50(2):115-23.

26. Bilik Ö, Savcı A. Total Diz Protezi Planlanan Hastalar İçin Eğitim Kitapçığı. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları. İzmir 2016.

27. Savcı A, Bilik Ö. Hemşirelik bakımı ile modelin buluşması: Total diz protezi uygulanan hastalarda roy uyum modeline göre yapılandırılmış sürekli bakım. DEUHFED 2015;8(2):145-54.

28. Wylde V, Penfold C, Rose A, Blom A.W. Variability in long-term pain and function trajectories after total knee replacement: A cohort study. Orthop Traumatol Surg Res 2019;105(7):1345-1350.

29. Aksekili MAE, Uğurlu M. Total diz protezi sonrası diz çevresi periprostetik kırıkları. TOTBİD 2015;14:132–9.

30. Papas PV, Cushner FD, Scuderi GR. The history of total knee arthroplasty. Techniq Orthop 2018;33(1):2-6.

31. Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. J Bone Joint Surg Am 2007;89:780-5.

32. Affatato S. The history of total knee arthroplasty (TKA). Surgical Techniques in Total Knee Arthroplasty and Alternative Procedures. Woodhead Publishing 2015:3-16.

33. Aydoğdu S, Sur H. Total diz protezleri. Ege R (Ed). Diz sorunları. Bizim Büro Basımevi; Ankara. 1998:391-403.

34. Potocnik B, Zazula D, Cigale B, Heric D, Cibula E, Tomazic T. A patient-specific knee joint computer model using MRI Data and 'in vivo' compressive load from the optical force measuring system. J Comput Information Technol 2008;16(3):209-22.

35. Esmer AF, Başarır K, Binnet M. Diz Ekleminin cerrahi anatomisi. TOTBİD 2011;10(1):38-44.

36. Abdulhasan JF, Grey MJ. Anatomy and physiology of knee stability. J Funct Morphol Kinesiol 2017;34(2):1-11.

37. Outpatient rehabilitation guidelines for total knee arthroplasty. UW Health Orthopedıcs and Rehabilitation 2014 uwhealth.org/ortho Erişim Tarihi: 15.03.2022

38. Van Manen MD, Nace J, Mont MA. Management of primary knee osteoarthritis and indications for total knee arthroplasty for general practitioners. J Am Osteopath Assoc 2012;112(11):709-15.

39. Yumuşak K, Ceyhan Ö. Diz hastalıklarına bağlı ağrıda kullanılan zencefil uygulaması cerrahi sonrası bir öneri olabilir mi? Ege Üni Hem Fak Derg 2021;37(2):171-7.

40. Şen İ, Kurt BK. Tarsal ankylosis and ıts treatment in a cat. Turkish Veterinary J 2021;3(2):57-61.

41. Kuzuca BC, Güçlü B. Total diz artroplastisi öncesi planlama. TOTBİD 2021;20:507–14.

42. Weber P, Gollwitzer H. Kinematic alignment in total knee arthroplasty. Oper Orthop Traumatol 2021;33(6):525-7.

43. Demir H, Çalış M. Diz Artroplastisi rehabilitasyonu. Erciyes Tıp Derg 2002;24(4):194-201.

44. Özkurt B, Utkan A. Primer Total Diz Artroplastisi Sonrası Yara Yeri Sorunları ve Yüzeyel Enfeksiyon. TOTBİD 2019;18:128–37.

45. Çankaya D, Yılmaz S, Deveci A, Daşar U, Ceyhan E, Kılıç E. Total diz artroplastisi sonrası komplikasyon oranlarını etkileyen sosyal ve demografik faktörler. Int J Clin Res 2014;2(4):138-42.

46. Basa CD. Total diz protezi komplikasyonlarının epidemiyolojisi ve sınıflaması. TOTBİD 2019;18:102–7.

47. Özkurt B, Utkan A. Primer total diz artroplastisi sonrası yara yeri sorunları ve yüzeyel enfeksiyon. TOTBİD 2019;18:128–37.

48. Uzel K, Azboy İ. Total diz protezi sonrası gelişen enfeksiyonlarda alınacak önlemler, tanı ve tedavi yöntemler. TOTBİD 2021;20:603–8.

49. Kapadia BH, Zhou PL, Jauregui JJ, Mont MA. Does preadmission cutaneous chlorhexidine preparation reduce surgical site ınfections after total knee arthroplasty? Clin Orthop Relat Res 2016;474(7):1592-8.

50. Postler A, Lützner C, Beyer F, Tille E, Lützner J. Analysis of total knee arthroplasty revision causes. BMC Musculoskeletal Disord 2018;19(1):1-6.

51. Kargın D, Serin E. Total diz artroplastisi sonuçlarımızın değerlendirilmesi. Acta Medica Alanya 2018;2(1):30-4.

52. Özdemir E, Çağlar Ö. Primer total diz artroplastisinde hastalığa özgü komplikasyonlar. TOTBİD 2019;18:237–41.

53. Altıntaş F, Gürbüz H, Erdemli B, Atilla B, Ustaoğlu RG, Öziç U et al. Majör ortopedik cerrahilerde venöz tromboemboli profilaksisi: Çokmerkezli, prospektif, gözlem çalışması. Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42(5):322-7.

54. Özkan K, Uygur E, Özkan FÜ. Total kalça artroplastisinde venöz tromboemboli profilaksisi. TOTBİD 2013:276–80.

55. Bağ B, Batman B, Çimeli M, Kılıç A, Lux KM. Total Kalça ve Diz Artroplasti Cerrahisi Sonrası Derin Ven Trombozu Proflaksisi: Yeni Nesil Antikoagülan (Rivaroxaban) Sonuçları. 2013. URL: http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/464/dosyalar/cg/sempozyum/15/15.S13 Erişim Tarihi: 20.04.2023

56. Zhang Z, Song K, Yao Y, Jiang T, Pan P, Jiang Q. Incidence and risk factors for post-thrombotic syndrome in patients with deep vein thrombosis following total knee and hip arthroplasty. J Arthroplast 2019;34(3):560-3.

57. Akel İ, Atilla B. Total diz protezi sonrası instabilite. TOTBİD 2019;18:179–85.

58. Kaya A, Kuru İ. Diz artroplastisi sonrası patellofemoral komplikasyonlar. TOTBİD 2012;11(4):380-7.

59. Poyanlı OŞ, Koraman E. Total diz protezi sonrası periprostetik kırıklar. TOTBİD 2021;20:614–23.

60. Kınık H. Diz çevresi periprostetik kırıkların tedavisi. TOTBİD 2018;17:386–90.

61. Chalidis BE, Tsiridis E, Tragas AA, Stavrou Z, Giannoudis PV. Management of periprosthetic patellar fractures a systematic review of literature. Injury, Int. J. Care Injured 2007;38:714-24.

62. Lei P, Hu R, Hu Y. Bone defects in revision total knee arthroplasty and management. Orthopaedic Surg 2019;11(1):15-24.

63. Parvizi J, Jain N, Schmidt AH. Periprosthetic Knee Fractures. J Orthopaedic Trauma 2008;22(9):663-71.

64. Kaya YE, Özturan KE, Çakıcı H. Total diz protezi sonrasında görülen eklem sertliği. TOTBİD 2021;20:596–602.

65. Hürel C, Yercan HS. Total diz artroplastisi sonrası diz eklem sertliğinin tanısı ve tedavi seçenekleri. TOTBİD 2019;18:156–62.

66. Savaş S, İlgün E, Yorgancıgil H. Dirençli diz artrofibrozisi: Olgu sunumu. SDÜ Tıp Fak Derg 2007:14(3);36-8.

67. Erkan S, Yercan HS, Okcu G, Özalp RT. Total diz artroplastisi sonrası diz sertliğine neden olan faktörler. Eklem Hastalıkları Cerrahisi Derg 2011;22(1):16-21.

68. Özgür Ş, Rızalar S. Total diz protezi uygulanan hastalarda postoperatif ağrı yönetiminin incelenmesi. GÜSBD 2021;10(2):237-46.

69. Totur B, Korkmaz FD. Geriatrik cerrahide hasta bakımı. Ege Üni Hem Yüksek Okulu Derg 2011;27(2):61-8.

70. Bakış M, Sarı S, Cillimoğlu AÖ, Özbey Ö, Uğur B, Oğurlu M. Major alt ekstremite cerrahisinde anestezi türünün postoperatif komplikasyonlara etkisi. Dicle Tıp Derg 2014;41(1):191-4.

71. Ayan FS, Dağtekin T. Geriatrik cerrahide güncel yaklaşımlar. IGUSAB 2020;12:460-74.

72. Memtsoudis SG, Ma Y, González Della Valle A, Mazumdar M, Gaber-Baylis LK, MacKenzie CR, et al. Perioperative outcomes after unilateral and bilateral total knee arthroplasty. Anesthesiology 2009;111(6):1206-16.

73. Barış A, Öztürkmen Y. Total diz protezi sonrası komplikasyonlar. TOTBİD 2021;20:589–95.

74. Lavand'homme PM, Kehlet H, Rawal N, Joshi GP. Pain management after total knee arthroplasty. Eur J Anaesthesiol 2022;39:743–57.

75. 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.

76. Li J, Ma Y, Xiao L. Postoperative pain management in total knee arthroplasty. Orthopaedic Surg 2019;11:755–61.

77. Szeverenyi C, Kekecs Z, Johnson A, Elkins G, Csernatony Z, Varga K. The use of adjunct psychosocial interventions can decrease postoperative pain and improve the quality of clinical care in orthopedic surgery. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Pain 2018;19(11):1231-52.

78. Şenyüz KY, Koçaşlı S. Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. Sağ Akademisyenleri Derg 2017;4(2):90-5.

79. Koçoğlu D, Özdemir L. Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik-ekonomik özelliklerle ilişkisi. Ağrı 2011;23(2):64-70.

80. Akpolat R, Şişman H, Alptekin D, Gökçe E, Gezer D, Arslan S. Ameliyat sonrasi ağrıya yaklaşımların değerlendirilmesi. Cukurova Med J 2021;46(2):670-6.

81. Flierl MA, Sobh AH, Culp BM, Baker EA, Sporer SM. Evaluation of the painful total knee arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg 2019;27:743-51.

82. Damar HT, Bilik O, Karayurt O, Ursavas FE. Factors related to older patients' fear of falling during the first mobilization after total knee replacement and total hip replacement. Geriatric Nursing 2017;39(4):382-7.

83. Reisli R. Akkaya ÖT, Arıcan Ş, Can ÖS, Çetingök H, Güleç MS, et al. Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu. Ağrı 2021;33(1):1-51.

84. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. J British Surg 2020;107(2):70–80.

85. Birlikbaş S, Bölükbaş N. ERAS Rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. Ordu Üni Hem Çalışmaları Derg 2019;2(3):194-205.

86. McCartney CJL, Nelligan K. Postoperative pain management after total knee arthroplasty in elderly patients: Treatment options. Drugs Aging 2014;31:83–91.

87. Aslan G, Kılıç D. Yaşlı bireylerde ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler. THDD 2022;3(1):49-58.

88. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üni Sağ Bil Fak Hem Derg 2011;18(1):83-92.

89. Demir P, Yılmaz M. Septorinoplasti öncesi cerrahi korku ile ameliyat sonrası ağrı şiddeti arasındaki ilişki: Prospektif tanımlayıcı bir çalışma. Türkiye Klinikleri Hem Bil Derg 2022;14(2):311-20.

90. TDK Sözlükleri. https://sozluk.gov.tr/Erişim Tarihi: 17.02.2023.

91. Zhang H, Si W, Pi H. Incidence and risk factors related to fear of falling during the first mobilization after total knee arthroplasty among elderly patients with knee osteoarthritis: a cross-sectional study. J Clinical Nurs 2021;30(17-18):2665-2672.

92. Bakırhan S, Unver B, Elibol N, Karatosun V. Fear of movement and other associated factors in older patients with total knee arthroplasty. Irish J Med Sci 2022:1-6.

93. Okut G, Kanat C, Uğraş GA. Ameliyat öncesi anksiyete kontrolünde hemşirelerin kullandıkları tamamlayıcı yöntemler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Derg 2022;12(2):363-74.

94. Bağdigen M, Karaman Özlü Z. Validation of the Turkish version of the surgical fear questionnaire. J Perianesth Nurs 2018;33(5):708-14.

95. Felix MMS, Ferreira MBG, Oliveira LF, Barichello E, Pires PS, Barbosa MH. Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. Rev Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e3101.

96. Hatungil R. Stres ve demansta hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenin rolü. Mersin Üni Sağ Bil Derg 2008;1(3):1-7.

97. Uyar M, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Ağrı 2011;23(4):139-46.

98. Ünver S, Turan FN. Ağrı Korkusu Ölçeği-III'ün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Agri 2018;30(1):18-27.

99. Özcan ÇB, Keskin AY. Ağrı Korkusunun Değerlendirilmesi. International Congress Of Science Culture And Education 2019:985-9.

100. Luo Y, He J, Bao L, Meng H, Hu C, Chen Q. Fear of Pain as a Predictor for Postoperative Pain Intensity among the Patients Undergoing Thoracoscopic Surgery. Pain Res Manag. 2022 Jun 15;2022:2201501. doi: 10.1155/2022/2201501.

101. Trousdale RT, Mcgrory BJ, Berry DJ, Becker MW, Harmsen WS. Patients' concerns prior to undergoing total hip and total knee arthroplasty. Mayo Clin Proc 1999;74:978-82.

102. Zale EL, Lange KL, Fields SA, Ditre JW. The Relation between pain-related fear and disability: A meta-analysis. J Pain 2013;14(10):1019-30.

103. Kaya M, Özlü ZK. Elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2019;22(4):281-90.

104. Theunissen M. et al. Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. Plos One 2014;9(6):1-9.

105. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. Eur J Med Res 2018;23(1):1-10.

106. Taşdemir N, Tank DY, Çetinkaya BE. Hastaların ameliyat öncesi dönemde korku düzeyleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK) 2022;7(1):47-58.

107. Ralph N, Norris P. Current opinion about surgery-related fear and anxiety. J Perioperat Nursing 2018;31(4):3-5.

108. Fındık ÜY, Yeşilyurt DS. Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi algısı. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2017;20(3):195-200.

109. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. İÜFN Hem Derg 2012;20(1):35-42.

110. Kayrakcı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. FN Hem Derg 2014;22(2):105-113.

111. Kaya Ç, Bilik Ö. Total diz protezi ameliyatı planlanan bireylere neden danışmanlık verilmeli? Hem Bil Derg 2020;3(1):25–30.

112. Van Giersbergen MY. Kas iskelet sistemi hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. s.1259-332.

113. Damar HT, Bilik Ö. Roy uyum modeli'ne temellendirilmiş total diz protezi ameliyatına hazırlık programı. DEUHYO ED 2014;7(4):321-9.

114. Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. Atatürk Üni Hem Yüksekokulu Derg 2008;11(3):40-50.

115. Savcı A, Bilik Ö. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde geriatrik değerlendirme. DEUHYO ED 2014;7(2):156-63.

116. Aydın A, Çilingir D. Yeniden ameliyat olma (Reoperasyon) ve hemşirelik bakımı. Hem Eğt Araş Derg 2017;14(3):218-22.

117. Karahan E, Köstekli S. Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı. Çelik S (Editör). Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2021. s. 45-84.

118. Yılmaz E. Cerrahi süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Aslan FE (Editör). Cerrahi bakım vaka analizleriyle birlikte. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017. s.319-46.

119. Galbraith AS, McGloughlin E, Cashman J. Enhanced recovery protocols in total joint arthroplasty: a review of the literature and their implementation. Irish J Med Sci 2018;187:97-109.

120. Dağıstanlı S, Kalaycı MU, Kara Y. Genel cerrahide ERAS protokolünün değerlendirilmesi. İKSST Derg 2018;10:9-20.

121. Tuncer AS. Diyabetik hastalarda cerrahi hazırlık ve takip. Gül VO, Şahin M, Babayiğit M, Turhan VB (Editörler). Peroperatif hasta yönetimi. Ankara: Berikan Yayınevi; 2021. s. 9-14.

122. 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.

123. Çakır SK, van Giersbergen MY, Umar DÇ. Cerrahi hemşirelerinin ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili uygulama ve bilgi düzeyi. Ege Üni Hem Fak Derg 2018;34(1):26-35.

124. Özkan M, Gökkaya Z, Sarıtaş S. Ameliyat öncesi katı ve sıvı besin kısıtlamasının anksiyete üzerine etkisi. İnönü Üni Sağ Hizme Meslek Yüksekokulu Derg 2016;4(1):25-35.

125. Aygin D, Marul F. Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. Online Türk Sağ Bil Derg 2016;1(3):28-36.

126. Güven DY, Bulut H, Şimar S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonunu önlemede ameliyat öncesi kıl temizliğine yönelik bilgi düzeyleri. Black Sea J Health Sci 2022;5(1):18-23.

127. Uslu Y, Yavuz M. Ameliyat öncesi tüy temizliği: Sistematik inceleme. Ege Üni Hem Fak Derg 2015;31(2):67-77.

128. Bozdoğan ŞN, Koçaşlı S. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme (Eras) protokolleri çerçevesinde cerrahi hastasında malnütrisyon. Türkiye Sağ Bil Araş Derg 2022;5(2):85-100.

129. Adie S, Harris I, Chuan A, Lewis P, Naylor JM. Selecting and optimising patients for total knee arthroplasty. Med J Australia 2019;210(3):135-41.

130. Boyce L, Prasad A, Barrett M, Dawson-Bowling S, Millington S, Hanna SA, Achan P. The outcomes of total knee arthroplasty in morbidly obese patients: a systematic review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg 2019;139(4):553-60.

131. Candaş B, Gürsoy A. Cerrahide hasta güvenliği: Güvenli cerrahi kontrol listesi. Erciyes Üni Sağ Bil Fak Derg 2015;3(1):40-50.

132. Altınbaş Y, Karaca T. Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. İnönü Üni Sağlık Hizm Meslek Yüksekokulu Derg 2020;8(3):603-17.

133. Çağlar S, Özlü ZK. X,Y,Z kuşağındaki hastalarda cerrahi korku düzeyinin belirlenmesi. Karya J Health Sci 2022;3(2):69-77.

134. Fındık ÜY, Topçu SY. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Sağ Bil Fak Hemş Derg 2015;19(2):22-33.

135. Çullu M, Ülker S. Hastaların ameliyat öncesi dile getirmedikleri düşünce ve istekleri. Yoğ Bak Hemş Derg 2020;24(1):1-10.

136. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-sakarya örneği. Düzce Üni Sağ Bil Enst Derg 2013;3(3):10-3.

137. Arlı ŞK. Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. Hacettepe Üni Hem Fak Derg 2017;4(3):38-47.

138. Kahraman H, Kural ŞK. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimini uygulama durumları. Genel Sağ Bil Derg 2022;4(3):258-68.

139. Gök F, Hergül FK. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimlerinde İleri Araş Derg 2020;3(3):195-206.

140. Akman EK, Şenturan L. Preoperatif dönemde yapılan tanıtıcı eğitimin kaygı üzerine etkisi: Randomize kontrollü. İzmir Kâtip Çelebi Üni Sağ Bil Fak Derg 2020;5(3):291-297.

141. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. MÜSBED 2015;5(2):129-33.

142. Conradsen S, Gjerseth MM, Kvangarsnes M. Patients' experiences from an education programme ahead of orthopaedic surgery - a qualitative study. J Clin Nurs 2016;25(19-20):2798-806.

143. Damar HT, Bilik Ö. Total Diz Protezi Planlanan Hastalarda Hemşirelerin Eğitici Rolü. Sağlıkla Hem Derg 2015;22(5):28-30.

144. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. DEUHYO ED 2011;4(4):153-8.

145. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2013;16(1):8-15.

146. Lucas B. Total hip and total knee replacement: postoperative nursing management. British J Nurs 2008;17(22):1410-4.

147. İlçe A. Kas iskelet sistemi hastalıklarında hemşirelik bakımı. Çelik S (Editör). Cerrahi hemşireliğinde güncel uygulamalar. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2021. s. 667-708.

148. Demirarslan E. Ameliyat sonrası hipotermi kontrolü. Kastamonu Sağlık Akademisi 2017;2(1):51-70.

149. Liu Y, Shan D, Tian P, Li Z, Xu G, Fu X. Peri-Articular injection of tranexamic acid reduce blood loss and transfusion requirement during total knee arthroplasty: A meta-analysis. Geriatr Orthopaedic Surg Rehabil 2022;13:1-7.

150. Hsu LI, Hsu HW, Chen JW, Wei ST, Hou SM. The safety of tranexamic acid administration in total knee arthroplasty: a population-based study from Taiwan. Anaesthesia 2023;78(3):303-14.

151. Maccagnano G, Pesce V, Noia G, Coviello M, Vicenti G, Vitiello R, et al. The effects of a new protocol on blood loss in total knee arthroplasty. Orthop Rev (Pavia) 2022;14(5):37625.

152. Özlük B, Faydalı S. Hemşirelikte transfüzyon yönetimi ve güvenliği: Bir kalite iyileştirme çalışması. Uluslararası Hak Hem Araş Der 2017;11:32-46.

153. Lewis S, Glen J, Dawoud D, Dias S, Cobb J, Griffin XL, et al. Venous thromboembolism prophylaxis strategies for people undergoing elective total knee replacement: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Haematol 2019;6(10):530-9.

154. Önal N. Bilik Ö, Savcı A, Altıparmak Ö, Kuzu P, Kar Z, et al. Ortopedi hastalarında nörovasküler izlem sıklığı ne olmalı? DEUHFED 2015;8(3):176-83.

155. Damar HT, Bilik Ö. Buzdağının görünmeyen yüzünü keşfetmek: ortopedi hastalarında kompartman sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. DEUHYO ED 2014;7(3):223-9.

156. Ünver S, Yılmaz M. Ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlüğü kullanımının düzenli spirometre kullanımına etkisi: randomize kontrollü çalışma. HUHEMFAD-JOHUFON 2020;7(2):161-6.

157. Durmaz M, Burucu R. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin kanıt düzeyleri. İzmir Kâtip Çelebi Üni Sağ Bil Fak Derg 2019;4(3):97-104.

158. Kim JY, Wie GA, Cho YA, Kim SY, Sohn DK, Kim SK, et al. Diet modification based on the enhanced recovery after surgery program (ERAS) in patients undergoing laparoscopic colorectal resection. Clin Nutr Res 2018;7(4):297-302.

159. Uğurlu AK, Şahin SK, Seçginli S, Aslan FE. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: Sistematik derleme. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2017;9(4):280-8.

160. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. J Clin Nurs 2013;23:1486-501.

161. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. GÜSBD 2017;6(4):280-9.

162. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surgical Site Infection (SSI) Event. Atlanta: CDC 2023. http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscssicurrent.pdf Erişim tarihi: 29.03.2023

163. Çelebi C, Balkan A, Saruhan E. Cerrahi hemşirelerinin cerrahi alan infeksiyonlarını önlemeye yönelik bilgi düzeyleri. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK) 2022;7(2):326-39.

164. Yılmaz E. Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen enfeksiyonlar ve kanıta dayalı uygulamalar. Turkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics 2019;5(3):27-36.

165. Høvik LH, Aglen B, Husby VS. Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study. Scand J Caring Sci 2018;32(2):833-42.

166. Ekşioğlu E, Gürçay E. Total diz artroplastisi sonrası rehabilitasyon. İst Tıp Fak Derg 2013;76(1):16-21.

167. Jordan M, Hofmann UK, Rondak I, Götze M, Kluba T, Ipach I. Brake response time is significantly impaired after total knee arthroplasty investigation of performing an emergency stop while driving a car. Am J Physic Med Rehabil 2015;94(9):665-76.

168. Özbaş N, Karadağ M. Ortopedi hastalarının venöz tromboemboli riskine ilişkin bilgi ve uygulamaları. Düzce Üni Sağ Bil Enst Derg 2020;10(2):228-34.

169. Şendir M, Büyükyılmaz F, Muşovi D. Patients' discharge ınformation needs after total hip and knee arthroplasty: A quasi-qualitative pilot study. Rehabil Nurs 2013;38(5):264-71.

170. Montin L, Johansson K, Kettunen J, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. Orthop Nurs 2010;29(4):246-53.

171. Unver S, Turan FN. Development of a New and Simple Postoperative Pain Fear Scale for Elective Surgeries in Adult Patients. Med Bull Haseki 2021;59:273-9.

172. Kaya G, Yılmaz M. Total diz protezi olan yaşlı bireylerde uyku ve depresyonun belirlenmesi. Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2021;14(1):1-13.

173. Tiryaki S, Göktaş S. Diz Artroskopisi uygulanacak hastalarda ağrı korkusunun ağrı şiddetine etkisinin değerlendirilmesi: Tanımlayıcı araştırma. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2022;14(2):288-95.

174. Ustunel F, Erden S. Evaluation of fear of pain among surgical patients in the preoperative period. J Peri Anesth Nurs 2022;37(2):188-93.

175. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distresi: ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. Yoğun Bakım Derg 2013;4:1-8.

176. Lavernia CJ, Alcerro JC, Rossi MD. Fear in arthroplasty surgery. Clin Orthop Relat Res 2010;468:547–54.

177. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000;85:317-322.

178. Çelik FT, Köçkar Ç. Bel fıtığı ameliyatı olan hastalarda ağrı ve korku-kaçınma davranışları. SDÜ Sağ Bil Enst Derg 2019;10(1):18-22.

179. Demirci B, Şahin SY. Lomber disk hernisi ameliyatı öncesi hastaların cerrahi korku düzeylerinin ameliyat sonrası ağrı ve iyileşme kalitesi üzerine etkisi. Karya J Health Sci 2023;4(1):19-25.

180. Kılıçarslan FN, Kazan EE. Hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançları ve ağrı korkuları arasındaki ilişkinin incelenmesi. J Health Sci 2021;30(3):316-25.

181. Altınbaş A, Kutanis D. Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin vücut kitle indeksi ile ilişkisi. Hitit Med J 2023;5(1):31-7.

182. Arslan S, Taylan S, Deniz S. Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2017;20(1):17-21.

183. Doğan M, Sabaner MC, Özdamar EN, Yavaş GF, Duman R. Pterjium cerrahisi için neden beklenir? Kocatepe Tıp Dergisi 2020;21:301-5.

184. Al-Taiar A, Al-Sabah R, Elsalawy E, Shehab D, Al-Mahmoud S. Attitudes to knee osteoarthritis and total knee replacement in Arab women: a qualitative study. BMC Res Not 2013;6(1):1-9.

185. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences 2007;12(2):145-8.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri 28
Tablo 2. Hastaların sağlık özellikleri 29
Tablo 3. Hastaların korku düzeyleri 30
Tablo 4. Hastaların korku düzeylerinin karşılaştırılması 30
Tablo 5. Hastaların bireysel özellikleri ile korku düzeyleri arasındaki ilişki 32
Tablo 6. Hastaların sağlık özellikleri ile korku düzeyleri arasındaki ilişki 35

ÖZGEÇMİŞ

İlköğretim, ortaöğretim ve liseyi İstanbul'da tamamladıktan sonra lisans eğitimimi 2015-2019 yılları arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde tamamladım. Yüksek lisans eğitimime 2020 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde başladım.

Çalışma hayatıma ise 2019 yılında İstanbul'da özel bir hastanede başladım. 2020 Ocak ayında halen çalışmakta olduğum Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi'ne atandım. Görevime anjiyo biriminde devam etmekteyim.

EKLER

Ek 1: Hasta Bilgi Formu

Ek 2: Cerrahi Korku Ölçeği

Ek 3: Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği

Ek 4: Etik Kurul İzni

Ek 5: Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek 6: İl Sağlık Müdürlüğü İzni

Ek 7: CKÖ Kullanım İzni

Ek 8: ASAKÖ Kullanım İzni

Ek 1: Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

SAYIN KATILIMCI;

Bu form 'Total Diz Protezi Uygulanacak Hastalarda Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Belirlenmesi' başlıklı araştırmanın hasta verilerini toplamak amacıyla hazırlanmıştır.Araştırma sonucunda elde edilen verilerden benzer hastaların ameliyat öncesi korku düzeyini azaltmak için hemşirelik bakım girişimlerinin planlanmasında yararlanılacaktır. Veriler bilimsel yayın dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Ayrıca sizi tanımlayan ad-soyad vb. bilgileriniz araştırmada yer almayacaktır.

Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Mehmet Coşkun Demiratlı
Prof. Dr. Ümmü Yıldız Fındık

ANKET NO: …….

1.Yaşınız: ……
2.Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
3.Eğitim Durumunuz:
1. Okuryazar değil 3. İlköğretim
2. Ortaöğretim 4. Üniversite ve üzeri
4.Medeni Durum:
1. Evli 2. Bekâr
5.Meslek:
1. Memur 2. İşçi 3. Emekli 4. Diğer …….
6.Gelir Durumu:
1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla
7.Kimle yaşıyorsunuz?
1. Yalnız 2. Aile 3. Bakım verici
8. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
1. Hayır 2. Evet ……..
9. Total Diz Protezi ameliyatı olma nedeniniz nedir?
……
10.Çevrenizde diz protezi ameliyatı olan var mı?
1. Hayır 2. Evet
11. Total Diz Protezi ameliyatı hakkında bilgilendirildiniz mi?
1. Hayır 2. Evet
12.Kronik ağrılarınız var mı?
1. Hayır 2. Evet
13.Ağrı korkunuz var mıdır?
1.Hayır 2. Evet
14.Yaşadığınız ağrı korkusu ameliyatınızı ertelemeyi düşündürdü mü?
1. Hayır 2. Evet

15.Analjezik ya da sürekli ilaç kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet……

16.İlaç dışı ağrı giderici yöntem kullanıyor musunuz?

1.Hayır 2. Evet …….

17.Bu ameliyat sürecine ilişkin bize söylemek istedikleriniz var mı?

…….

Ek 2: Cerrahi Korku Ölçeği

CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

2) Anesteziden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

Ek 3: Ameliyat Sonrası Ağrı Korkusu Ölçeği

AMELİYAT SONRASI AĞRI KORKUSU ÖLÇEĞİ (ASAKÖ)

1)Ameliyat bölgesindeki yara ve dikişler nedeniyle ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

2)Pansuman değişimi sırasında ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

3)Yataktan kalkarken ve yürürken ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

4) Derin nefes alırken ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

5) Öksürürken ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

6) Yemek yerken ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

7) Mide/idrar sondası nedeniyle ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

8) Drenler/takılı tüpler nedeniyle ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

9) Bağırsaklarımdaki gaz nedeniyle ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

10) İlaç tedavisi yapılırken (kas içi, damar içi) ağrımın olacağından korkarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç korkmam Çok korkarım

Ek 4: Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/181	
	PROTOKOL ADI	Total Diz Protezi Uygulanacak Hastalarda Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:09/19**	**Tarih:18.04.2022**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Mehmet Coşkun DEMİRATLI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Ek 5: Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih Sayısı: 08.06.2022-266527

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ :03.06.2022
TOPLANTI SAYISI :20

KARAR 07:

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 01.06.2022 tarih ve E-262912 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Mehmet Coşkun DEMİRATLI için önerilen **"Total Diz Protezi Uygulanacak Hastalarda Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Belirlenmesi"** konulu tez ve tez planının aynen kabulüne ve tez danışmanlığına Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ümmü YILDIZ FINDIK'ın atanmasına mevcudun oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR

Talat TAŞKAN
Enstitü Sekreteri

Ek 6: İl Sağlık Müdürlüğü İzni

EDİRNE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EDİRNE SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
29/07/2022 17:25 - E-97526123 - 806.01.03 - 2026
00170370185

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-97526123-806.01.03
Konu : Araştırma İzni (Mehmet Çoşkun DEMİRATLI)

Sayın Mehmet Çoşkun DEMİRATLI
Fatih Mah. Nuri Alışkan Cad.
Özge Yavaş 2 Apt.
Merkez/Edirne

İlgi : Mehmet Çoşkun DEMİRATLI'ın 04/07/2022 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde belirtilen; "*Total Diz Protezi Uygulanacak Hastalarda Ameliyat Öncesi Korku Düzeylerinin Belirlenmesi*" konulu araştırma dosyası incelenmiştir. Dosya içeriğinden anlaşıldığı üzere, araştırmanın Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi'nde Ortopedi Servisinde total diz protezi ameliyatı olacak hastalara yönelik anket formu doldurularak gerçekleştirileceği anlaşıldığından; hasta mahremiyetine özen gösterilerek ve Kişisel Verilerin Kullanımı Kanununa uygun şekilde, onam formu alınmak suretiyle, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

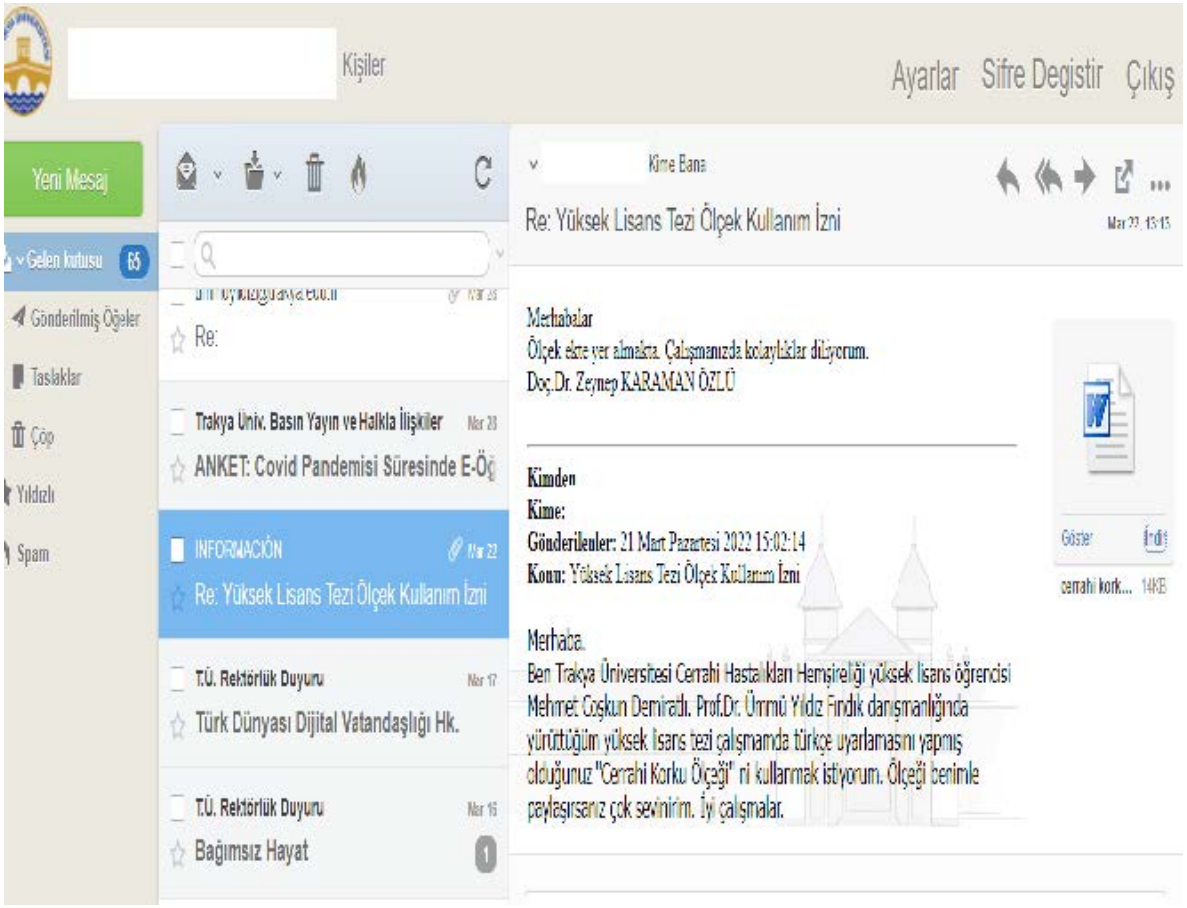
Bilginizi rica ederim.

Dr. Ali Fatih SELVİ
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 2794a660-6f87-431e-89e1-0d02449e6d0e Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü / Ek Bina Sarıcapaşa Mah. Sarıcapaşa Camii sk.
Bilgi için: Suzan SOZ
Telefon: 02842268683 Faks No:
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
e-Posta: suzan.soz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Suzan S. / suzan.soz@saglik.gov.tr /
Tel : 0 284 226 82 45/1015
Telefon No: (0 284) 214 90 10

Ek 7: CKÖ Kullanım İzni



Ek 8: ASAKÖ Kullanım İzni

