

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TOTAL KALÇA VE DİZ PROTEZ CERRAHİSİNDE
AMELİYAT ÖNCESİ ANKSİYETE PREVALANSI VE
AMELİYAT SONRASI HASTANIN AĞRI SONUÇLARI
İLE İLİŞKİSİ

Ebru ÇALIŞKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TOTAL KALÇA VE DİZ PROTEZ CERRAHİSİNDE
AMELİYAT ÖNCESİ ANKSİYETE PREVALANSI VE
AMELİYAT SONRASI HASTANIN AĞRI SONUÇLARI
İLE İLİŞKİSİ

Ebru ÇALIŞKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nilgün AKSOY

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.
...../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nilgün AKSOY

Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Fatma CEBECİ

Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Gülten SUCU DAĞ

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Ebru ÇALIŞKAN

İmza

Doç. Dr. Nilgün AKSOY

İmza

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve bu çalışmanın her aşamasında bana destek olan, bilgi ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan, sabırla ve ilgiyle bana emek veren, kendileri ile tanışmaktan ve çalışmaktan onur duyduğum çok kıymetli danışman hocam sayın Doç. Dr. Nilgün AKSOY'a,

Lisansüstü öğrenim hayatımda bana her yönden yardımcı olan, bilgi ve tecrübeleriyle dolu eğitimlerinden keyif duyduğum değerli Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı bölüm hocalarım; Prof. Dr. Fatma CEBECİ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru KARAZEYBEK'e,

Hiçbir zaman manevi desteğini benden esirgemeyen değerli meslektaşım ve arkadaşım Hemşire Ezgi E. KILIÇ'a,

Hayatımın her anında, her şekilde beni destekleyen, her zaman bana güç veren sevgili annem Fatma ÇETİN'e, babam Mustafa ÇALIŞKAN'a, kardeşlerim Esra ÇALIŞKAN'a, Yunus ÇALIŞKAN'a ve Gülşah ÇALIŞKAN'a,

Tez çalışmam sırasında küçük veya büyük yardımını esirgemeyen, çalışmama katkı sağlayan herkese,

Ve bu çalışmaya katılmayı kabul ederek çalışmayı şekillendiren tüm bireylere, yürekten minnettarlığımı sunar ve sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma total kalça ve diz protezi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını saptamak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı sonuçları ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Antalya Kepez Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği'nde, Haziran 2021-2022 tarihleri arasında, 104 katılımcı (87 total diz protezi-TDP/17 total kalça protezi-TKP) ile gerçekleştirilmiştir. Veriler “Birey Tanılama Formu”, “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği-STAI”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ” ve “Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi-AAD-R-HSA” ile, ameliyat öncesi ve sonrası üç aşamada toplanmıştır.

Bulgular: TKP ve TDP uygulanan bireylerde ameliyat öncesi anksiyete prevalansının %80.8 yüksek, %12.5 orta ve %6.7 düşük düzeyde olduğu bulundu. Ameliyat öncesi STAI-I puan ortalaması 53.95 ± 10.51 ve STAI-II 44.20 ± 10.55 olarak belirlendi. STAI-I puanları ile ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası 6.,12.,24.,36. saatlerdeki GKÖ ağrı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptandı. Erkek cinsiyet, TKP uygulanması ve artan STAI-I puanının 6. saat GKÖ ağrı puanını; erkek cinsiyet, TKP uygulanması ve artan STAI-II puanının 12. saat GKÖ ağrı puanını arttırdığı belirlendi. AAD-R-HSA ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi yüksek (7.42 ± 1.51) olarak belirlendi. Katılımcıların STAI-I puanları ile “Emosyonel Etki” alt boyut puanları arasında pozitif yönde güçlü ($r=0.626; p<0.001$), “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ($r=0.595; p<0.001$) ve “Aktiviteye Etkisi” ($r=0.553; p<0.001$) ile pozitif yönde orta düzeyde; STAI-II puanları ile “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ($r=0.249; p=0.011$), “Aktiviteye Etkisi” ($r=0.252; p=0.010$) ve “Emosyonel Etki” ($r=0.286; p=0.003$) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada TKP ve TDP uygulanan katılımcıların ameliyat öncesi anksiyete prevalansı %80.8 bulunmuştur. Ameliyat öncesi yüksek durumluk kaygının ameliyat sonrası erken dönem ağrı sonuçları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: total kalça protezi, total diz protezi, ameliyat öncesi anksiyete, ameliyat sonrası ağrı, hasta sonuçları.

ABSTRACT

Aim: This study aimed to determine the prevalence of preoperative anxiety in patients undergoing total hip and knee replacements and the relationship between preoperative anxiety and postoperative pain outcomes.

Method: This descriptive, correlational cross-sectional study was conducted in Antalya Kepez State Hospital Orthopedic Clinic between June 2021-June 2022 with 104 participants (87 total knee prosthesis-TKP/17 total hip prosthesis-THP). Data were collected in three pre- and post-operative stages with the “Personal Information Form”, “State-Trait Anxiety Inventory” (STAI), “Visual Analogue Scale” (VAS) and “Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire” (APS-POQ-R).

Findings: Preoperative anxiety prevalence was high in 80.8%, moderate in 12.5% and low in 6.7% of individuals undergoing THP and TKP. Mean preoperative STAI-I and STAI-II scores were 53.95 ± 10.51 and 44.20 ± 10.55 , respectively. A moderate positive correlation was found between STAI-I and VAS pain scores preoperatively and at 6, 12, 24 and 36 hours postoperatively. Male gender, undergoing THP and an increasing STAI-I score increased the 6th-hour VAS pain score, while male gender, undergoing THP and an increasing STAI-II score increased the 12th-hour VAS pain score. Satisfaction with the results of APS-POQ-R pain management was high (7.42 ± 1.51). There was a strong positive correlation between participants’ STAI-I scores and their “Emotional Effect” sub-dimension scores ($r=0.626; p<0.001$), and a moderate positive correlation with their “Pain Severity and Effect on Sleep” ($r=0.595; p<0.001$) and “Effect on Activity” scores ($r=0.553; p<0.001$), while there was a weak positive correlation between participants’ STAI-II scores and their “Pain Severity and Effect on Sleep” ($r=0.249; p=0.011$), “Effect on Activity” ($r=0.252; p=0.010$) and “Emotional Effect” ($r=0.286; p=0.003$) scores.

Conclusion: In this study, the prevalence of high preoperative anxiety in participants undergoing THP and TKP was 80.8%. Preoperative high state anxiety was associated with early postoperative pain outcomes.

Keywords: Total hip replacement, total knee replacement, preoperative anxiety, postoperative pain, patient outcomes.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Probleminin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Eklem Protez Cerrahisi Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.1. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisi	3
2.1.2. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisi Endikasyonları	4
2.1.3. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisi Prevalansı	5
2.2. Anksiyete Kavramı	5
2.2.1. Anksiyete	5
2.2.2. Anksiyete Belirtileri	6
2.2.3. Anksiyete Düzeyleri	7
2.2.4. Ameliyat Öncesi Anksiyete Nedenleri ve Etkileyen Faktörler	8
2.2.5. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Değerlendirilmesi	9
2.2.6. Ameliyat Öncesi Anksiyete/Kaygı Kontrolünü Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	11
2.2.7. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Prevalansı	12
2.2.8. Ameliyat Sonrası Anksiyete	14
2.3. Ağrı Kavramı	14
2.3.1. Ağrı Tanımı ve Fizyolojisi	15
2.3.2. Ağrı Türleri/Sınıflandırılması	16
2.3.3. Ameliyat Sonrası Ağrı	17
2.3.4. Ameliyat Sonrası Ağrı Etiyolojisi	18

2.3.5. Ameliyat Sonrası Ağrının Değerlendirilmesi	18
2.3.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları	19
2.3.7. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hasta Memnuniyetinin Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımları Arasındaki İlişki	20
2.3.8. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Ağrısı Etkileyen Faktörler	21
2.3.9. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları ve Hasta Bakım Sonuçları ile İlişkisi	21
2.3.10. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete ile Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişki	22
2.4. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırma Soruları	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Zaman ve Özellikleri	26
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.5. Örneklem Alınma ve Örneklemden Dışlanma Kriterleri	29
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	29
3.7. Veri Toplama Araçları	30
3.7.1. Birey Tanılama Formu	30
3.7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	30
3.7.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği	31
3.7.4. Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi	32
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	33
3.9. Araştırmanın Etik Onamı	34
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	34
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları	34
4. BULGULAR	37
4.1. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Ait Bulgular	37

4.2. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Çalışmada Kullanılan Ölçek Ortalamaları, Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin Bulgular	43
4.3. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi STAI Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular	44
4.4. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları ile Ameliyat Öncesi STAI Puanları İlişkisine Ait Bulgular	46
4.5. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular	47
4.6. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları, AAD-R-HSA Puanları ve Ameliyat Öncesi STAI Puanları ile İlişkilerine Ait Bulgular	53
4.7. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörlere Ait Bulgular	56
5. TARTIŞMA	61
5.1. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özellikleri	61
5.2. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Cronbach Alfa Değerleri	62
5.3. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi STAI Puanlarının Karşılaştırmaları	67
5.4. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları ile Ameliyat Öncesi STAI Puanları İlişkisi	70
5.5. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Puanlarının Karşılaştırmaları	71
5.6. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları, AAD-R-HSA Puanları ve Ameliyat Öncesi STAI Puanları ile İlişkileri	72
5.7. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörler	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1. Sonuç	76
6.2. Öneriler	80

EKLER

EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu

EK-2. Birey Tanılama Formu

EK-3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

EK-4. Görsel Kıyaslama Ölçeği

EK-5. Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi

EK-6. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Kullanım İzni

EK-7. Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi Kullanım İzni

EK-8. Akdeniz Üniversite Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

EK-9. Antalya Kepez Devlet Hastanesi Başhekimliği Araştırma İzni

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Anksiyetenin Bedensel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri	6
Tablo 2.2. Anksiyete Düzeylerine Göre Belirtiler	7
Tablo 3.1. Veri Toplama Basamakları	30
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 4.2. Katılımcıların Geçmiş Sağlık Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	39
Tablo 4.3. Katılımcıların Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	41
Tablo 4.4. Katılımcıların Ameliyat Öncesi STAI-I ve STAI-II Dağılımı	43
Tablo 4.5. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 4.6. Katılımcıların STAI Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 4.7. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklere Göre STAI Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.8. Yaş, BKİ ve Ameliyat Süresinin STAI Puanları ile Korelasyonu	46
Tablo 4.9. Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanlarının STAI Puanları ile Korelasyonu	47
Tablo 4.10. AAD-R-HSA'nın Alt Boyut ve Madde Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.11. AAD-R-HSA'nın Diğer Maddelerinin Dağılımları	49
Tablo 4.12. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Puanları	51
Tablo 4.13. Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanlarının AAD-R-HSA Puanları ile Korelasyonu	54
Tablo 4.14. AAD-R-HSA Puanlarının STAI Puanları ile Korelasyonu	54
Tablo 4.15. Bakım Algısı Alt Boyutu Maddelerinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanları ile Korelasyonu	56
Tablo 4.16. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları	57
Tablo 4.17. Uygulanan Cerrahi Prosedüre Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanları	58
Tablo 4.18. Yaş, BKİ ve Ameliyat Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanları ile Korelasyonu	59

Tablo 4.19. Katılımcıların 6. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörler	59
Tablo 4.20. Katılımcıların 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörler	60



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
Şekil 3.2.	İş Akış Şeması	36



SİMGELER ve KISALTMALAR

AAD-R-HSA	: Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi
AAOS	: American Academy of Orthopaedic Surgeons (Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APS	: American Pain Society (Amerikan Ağrı Derneği)
APS-POQ-R	: Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi)
APAIS	: Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği)
ASA	: American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Derneği)
ASSQ	: Anxiety Specific to Surgery Questionnaire (Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği)
BAI	: Beck Anxiety Inventory (Beck Anksiyete Ölçeği)
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CABG	: Koroner Arter Bypass Graft
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFIC	: European Pain Federation (Avrupa Ağrı Federasyonu)
ESA	: European Society of Anaesthesiology (Avrupa Anesteziyoloji Derneği)

GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)
HT	: Hipertansiyon
IASP	: International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği)
STAI-I	: State Anxiety Inventory (Durumluk Kaygı Ölçeği)
STAI-II	: Trait Anxiety Inventory (Sürekli Kaygı Ölçeği)
TDP	: Total Diz Protezi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKP	: Total Kalça Protezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	: Visual Analog Scale (Görsel Kıyaslama Ölçeği)
VAS-A	: Visual Analog Scale for Anxiety

1. GİRİŞ

1.1. Araştırma Probleminin Tanımı ve Önemi

Yaşam kalitesini iyileştirmeyi, mümkün olan en yüksek işlevselliği, hareketliliği sürdürmeyi ve ağrıdan kurtulmayı amaçlayan eklem protez cerrahisi (Bleß ve Kip, 2018), dünyadaki en sakatlayıcı on hastalıktan biri olan osteoartrit için en başarılı müdahale olarak kabul edilmiştir (OECD, 2021; Amirhosseini, 2019). Eklem protez cerrahisinde kalça ve diz eklemleri en sık değiştirilen eklemlerdir (Bleß ve Kip, 2018).

2007'den bu yana dünya genelinde total kalça protezi (TKP) ve total diz protezi (TDP) ameliyatlarının mutlak sayısı artmaktadır ve bu durum popülasyondaki, artan yaşlı nüfus sayısı ile paraleldir. Hastalar için ilk kez TKP ve TDP ameliyatı geçirme yaşı ortalaması 60-70'dir (Bleß ve Kip, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri; "2021 yılında yaşlı nüfus oranı dünya ortalaması %9.6" olarak bildirmiştir. Ülkemizde son beş yılda yaşlı nüfus %24 artarak 2021 yılında 8 milyonu geçmiştir (TÜİK, 2022). TKP ve TDP ameliyatlarının yaşlı bireylerde daha fazla yapılıyor olması, daha fazla insana protez cerrahisi uygulanacağını ve bu oranın her geçen gün artmaya devam edeceğini düşündürmektedir (Burucu ve Durmaz, 2020; Amirhosseini, 2019).

Önümüzdeki yıllarda beklenen eklem protez cerrahi sayısındaki artış, ortopedik cerrahi biriminde hasta bakım sonuçlarını açıklayabilecek ameliyat öncesi faktörlerin belirlenmesini öncelikli hale getirmiştir (Tilbury ve ark., 2018). Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, hastaların %20-40'ında meydana gelen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Gerbershagen ve ark., 2013). Ortopedik cerrahi hastalarıyla yapılan çalışmalar, hastaların %40-70'inin ameliyat sonrası orta ve şiddetli ağrı yaşadığını göstermektedir (Mitra ve ark., 2020; Ramia ve ark., 2017; Sommer ve ark., 2008).

Ameliyat öncesi anksiyete, genellikle bilinmeyen durumlar, ölüm riskinin algılanması, rahatsızlık, ameliyat sonrası ağrı korkusu, vücut şeklindeki veya işlevlerindeki değişiklik ve ailevi huzursuzluktan kaynaklanan belirsiz bir korku, heyecan, endişe veya panik duygusudur (Clair ve ark., 2020; Zarei ve ark., 2018). Ameliyat öncesi anksiyete, ameliyat olma deneyiminin ortak bir parçası olarak kabul edilir ve ameliyat sonrası ciddi yan etkilerle ilişkili olabilecek yaygın bir hasta

tepkisidir (Jarmoszewicz ve ark., 2020; Clair ve ark., 2020). Ameliyat öncesi anksiyete cerrahi olaydan haftalar önce ameliyat işlemi planlandığı anda ortaya çıkar ve semptomları yatıştan önceki saatlerde yoğunlaşır (Medina-Garzón, 2019). Ameliyathane ortamında anestezi öncesinde ise en yüksek seviyeye ulaşır (Zarei ve ark., 2018; Amini, Alihossaini ve Ghahremani, 2019).

Ortopedik cerrahide; ağrı, ameliyat sonrası yaşam hakkında endişelenme ve ameliyattan sonra fonksiyonel işlevin aynı olup olmayacağını merak etme gibi anksiyeteye neden olabilecek birkaç durum vardır (Andersson ve ark., 2020). Anksiyetenin, ameliyat sonrası akut ağrının en yaygın sebeplerinden biri olduğu düşünülmektedir (Álvarez-García ve Yaban, 2020; Andersson ve ark., 2020; Bierke ve Petersen, 2017). Ameliyat öncesi anksiyete, genellikle cerrahi prosedürlere maruz kalan hastalarda yaşanabilen ve ameliyat öncesi, sırası ve sonrası süreç boyunca rahatsızlığa katkıda bulunan bir faktördür (Andersson ve ark., 2020). Ameliyat öncesi anksiyete insidansı; ameliyatın türüne, hastanın cinsiyetine ve hastaların ilk kez ameliyat olup olmadığı gibi sebeplere bağlı olarak değişebilmesine rağmen, ameliyat öncesi dönemin çoğu kişide anksiyete yarattığı bilinmektedir (Álvarez-García ve Yaban, 2020). Ameliyat öncesi anksiyete değerlendirmesi yapılarak anksiyete düzeyinin belirlenmesi, erken ameliyat sonrası dönemde hedefe yönelik müdahalelerde fayda görecektir hastaların tanınmasına yardımcı olabilir (Xu ve ark., 2020). Literatürde ameliyat öncesinde yapılan hemşirelik müdahalelerinin ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini azaltmaya yardımcı olduğu bildirilmiştir (Aydal ve ark., 2022; Dias ve ark., 2022; Medina-Garzón, 2019). Bu araştırma; “total kalça ve diz protezi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete düzeyini saptayarak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası hastanın ağrı sonuçları ilişkisini belirleyerek ağrıyla ilişkili hasta sonuçlarını geliştirmeye yönelik öneriler getireceği” için önem arz etmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı TKP ve TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını saptamak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı sonuçları ilişkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Eklem Protez Cerrahisi Tanımı ve Tarihçesi

Eklem protez cerrahisi, protez adı verilen yapay olarak üretilmiş bir malzemeyle herhangi bir eklemde cerrahi girişimle değiştirilmesidir (Bleß ve Kip, 2018). Belirli kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilişkili ağrı ve sakatlığı azaltmak için cerrahi tedavide önemli gelişmelerden biridir (OECD, 2021). Hastaların hareket fonksiyonunu mümkün olduğunca eski haline getirmeyi amaçlayan bu ameliyatla eklemde tamamı veya bir kısmı protez ile değiştirilebilir (Amirhosseini, 2019).

Hasar görmüş eklemi yeniden işlevsel hale getirmek için eklem yüzeylerini yapay bir maddeyle değiştirme fikri 19. yüzyılda ilk ortaya atıldığı andan beri dikkat çekmektedir (Dall'Oca ve ark., 2017). 1970'lerden sonra protez materyalleri ve eklem anatomisini ilgilendiren biyomühendislik ve biyomekanik alanındaki gelişmeler (Markatos ve ark., 2020), radyolojik görüntüleme tekniklerindeki yeniliklerle birlikte ameliyat başarı oranını arttırarak eklem protez cerrahisine dünya çapında popülerlik kazandırmıştır (Rivière ve Vendittoli, 2020; Dall'Oca ve ark., 2017; Robinson, 2005). 1970'lerde kalça protezinde (Markatos ve ark., 2020), 1980'lerde diz protezinde sistematik teknikler oluşturulmuş ve birçok bilimsel çalışmada yayınlanmıştır (Rivière ve Vendittoli, 2020; Robinson, 2005).

2.1.1. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisi

TKP ve TDP cerrahisi ağrıyı azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak ve eklemleri olabildiğince normal fonksiyonlarına döndürmek için uygulanan ortopedik cerrahi girişimlerdir. Ayrıca osteoartrit gibi kalıcı eklem problemlerini tedavi etmek ve fonksiyonel iyileşme sağlamak için tercih edilen tedavi yöntemidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021a; OECD, 2021; Rivière ve Vendittoli, 2020; OECD, 2019). TKP'nin ve TDP'nin en sık gerçekleştirilen ortopedik cerrahi girişimleri arasında yer aldığı ve ülkemizde bu tedaviler için önemli bir bütçe ayrıldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021a).

TKP, bireye uygun implant seçimi ve doğru cerrahi tekniklerle uygulandığında hastanın yaşam konforunu ileri derecede arttıran ve memnuniyet oranı yüksek olan klinik olarak en başarılı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a; OECD, 2021; Özmanevra ve ark., 2020) ve uzun dönem sonuçlarıyla en uygun maliyetli cerrahi girişimlerden

biridir (Cuthbert ve ark., 2019; Rasouli ve ark., 2016). TKP, büyük bir cerrahi girişim olması ve hastayı ömür boyu etkileyecek sonuçlar içermesi sebebiyle çok önemlidir (Burucu ve Durmaz, 2020). Dejenere kalça eklemi olan hastalarda mobilizasyonu yeniden sağlayarak ağrıyı gidermede o kadar başarılıdır ki, 20. yüzyılın ameliyatı olarak aday gösterilmiştir (Fontalis ve ark., 2021; Rieker ve Wahl, 2020).

TDP öngörülebilir sonuçları ile, tüm dünyada son derece sık uygulanır ve ameliyat sayısını dünya çapında günden günde arttırmaktadır (Kirschbaum ve ark., 2022; Ceyhan ve ark., 2016). Diz eklemine tutan şiddetli osteoartrit için en etkili müdahale olarak kabul edilen TDP (OECD, 2021) çok güvenilir bir prosedürdür (Hsu ve Siwiec, 2022).

2.1.2. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisi Endikasyonları

T.C. Sağlık Bakanlığı Klinik Protokolü (2022)'ne göre, TKP endikasyonları (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a);

- Osteoartrit,
- Enflamatuvar artritler,
- Femur boyun kırıkları,
- Osteonekrozlar,
- Metabolik hastalıklardır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Klinik Protokolü (2022)'ne göre, TDP endikasyonları ise (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022b);

- Osteoartrit,
- Enflamatuvar artritler,
- Osteonekrozlar,
- Metabolik hastalıklardır.

Literatürde primer TKP'nin %80'inin ve primer TDP'nin %96'sının nedeni semptomatik osteoartrit olarak bildirilmektedir (Bleß ve Kip, 2018).

2.1.3. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisi Prevalansı

TKP'nin ve TDP'nin en sık sebebi olan kalça ve diz eklemi osteoartriti, artan obezite ve yaralanma oranları ile birlikte ilerleyen popülasyon yaşlanması ve buna bağlı azalan fiziksel aktivite nedeniyle yüksek prevalans oranına sahiptir (Fedonnikov ve ark., 2021).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2021 verilerine göre, çoğu ülkede 2000 yılından bu yana TKP ve TDP ameliyat sayısının hızla arttığı bildirilmiştir. Ortalama olarak TKP'nin 2000-2013 yılları arasında yaklaşık %35 oranında arttığı, TDP oranının ise neredeyse iki katına çıktığı belirtilmiştir (OECD, 2021). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde TKP sayısı yıllık 370.000'den fazladır (Whale ve Gooberman-Hill, 2022; Fontalis ve ark., 2021; Sloan, Premkumar ve Sheth, 2018). ABD'de 2030'a kadar TKP talebinin %174 artarak 572.000'e çıkacağı, TDP talebinin ise %673 artarak 3.5 milyon prosedüre ulaşacağı tahmin edilmektedir (Fu ve ark., 2020; Kurtz ve ark., 2007). 2016 yılında İsveç'te 30.000'den fazla TKP ve TDP ameliyatı gerçekleştirilmiştir (Amirhosseini, 2019). 2021'de yayınlanan Ulusal Ortak Kayıt Yıllık Raporunda (National Joint Registry Annual Reports), Birleşik Krallık'ta 2018-2020 yılları arasında 250.000'den fazla TKP ve 260.000'den fazla TDP prosedürü kaydedilmiştir (Ben-Shlomo ve ark., 2021). Literatürde Türkiye'de 2010-2014 yılları arasında yaklaşık olarak 300.000 kişiye TDP uygulandığı bildirilmektedir (Ceyhan ve ark., 2016).

2.2. Anksiyete Kavramı

2.2.1. Anksiyete

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre anksiyete; “genellikle kötü bir şey olacakmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2022). Sağlık Bakanlığı (2021) klinik protokülüne göre anksiyete; “kişinin nedenini bilmediği ve genellikle gerçek bir nedene bağlı olmayan, kendisinin ya da yakınlarının başına bir şey geleceği, yaşamakta olduğu, gelecekte yaşayabileceği bir durum, zorlukla baş edemeyeceğine dair yoğun kaygı ve bunun yarattığı ruhsal ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren ruhsal bir sorundur” ifadesiyle tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021b). Oflaz ve Yıldırım (2020)'ın aktardığına göre “Anksiyete/kaygı, algılanan duygusal ve fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir ve yaşam boyunca herkes

tarafından değişik seviyelerde yaşanabilen evrensel bir duygudur” (Oflaz ve Yıldırım, 2020).

2.2.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete, bir tehdide ilişkin belirsizliğe yanıt olarak beklenen duygusal, bedensel, bilişsel ve davranışsal değişikliklerden oluşan hoş olmayan bir duygusal durumdur (Jung ve ark., 2021) ve vücutun “*tetikte ol*” uyarısıdır (Oflaz ve Yıldırım, 2020). Birey, anksiyeteyi aniden kötü bir şey olacaktış gibi nedeni belli olmayan bir iç sıkıntısı, bir endişe hali, korku, heyecan, huzursuzluk veya panik hissi ile tanımlayabilir (Oflaz ve Yıldırım, 2020; Jarmoszewicz ve ark., 2020).

Tablo 2.1. Anksiyetenin Bedensel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri

BEDENSEL	BİLİşSEL	DAVRANIşSAL
Çarpıntı	Endişeler	Motor Huzursuzluk
Nefes Alamama	Felaket Düşünceleri	Kaçınmalar
Boğulma Hissi	İntrüsif Düşünceler-	Yardım Arama
Göğüste Sıkışma	İmgeler	Güvence Arama
Terleme	Ruminasyonlar	Davranışları
Titreme		
Baş Dönmesi, Sersemlik		
Hiperventilasyon		
Epigastrik Rahatsızlık		
Kas Gerilimi/Ağrıları		
Hipertansiyon		
Uyuşma/Karıncalanmalar		

Kaynak: “T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü (Versiyon 1.0), Ankara. 2021; s: 2.

2.2.3. Anksiyete Düzeyleri

Kişiden kişiye farklılık gösterebilen anksiyete; hafif, orta, yüksek (şiddetli) ve panik olmak üzere 4 düzeyde görülebilir (Oflaz ve Yıldırım, 2020; Towndend, 2016; Gorman ve Sultan, 2014).

Tablo 2.2. Anksiyete Düzeylerine Göre Belirtiler

Hafif Anksiyete	• Artmış stresörler ile baş etme yeteneği • Artmış uyanıklık/farkındalık, problem çözme becerileri, detaylara ilgi artmıştır • Artan merak, sorular sorma • Tetikte olma, kendine güven • Eksiksiz mantıklı düşünme
Orta Anksiyete	• Tereddüt ve geciktirme, düşünce dizisinin kaybı, engellenme • Algısal alan daralması • Ses tonunda değişim, konuşmanın hızlanması • Seçici dikkatsizlik • Konularda sık görülen değişim • Tekrarlayıcı soru sorma, şaka yapma • Artmış solunum hızı, kalp hızı, kas gerginliği • Ağız kuruluğu • Çarpıntı • Beden pozisyonlarını sıkça değiştirme, yerinde duramama • Amaçsız aktivite (ellerin terlemesi, hızlı adımlarla yürüme)
Yüksek Anksiyete	• Yüksek düzeyde çarpıtılmış algı ve bilişsel fonksiyon • Küçük veya dağınık detaya odaklanma, olaylar arasındaki ilişkileri görememe • Seçici dikkatsizlik, konsantrasyonda yetersizlik • Kontrolü kaybetme korkusu • Amaçsız aktivite (ellerin terlemesi, hızlı adımlarla yürüme) • Zor ve uygunsuz sözel ifadeler, öğrenme yetersizliği • Yaklaşan ölüm hissi • Terleme • Hiperventilasyon, taşikardi sıklığı ve acilliği • Mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi • Kaba motor tremorlar, titreme, sarsılma • Uyuşukluk veya karıncalanma hissi • Gözbebeklerinin büyümesi

Tablo 2.2. Anksiyete Düzeylerine Göre Belirtiler (devam)

Panik Anksiyete	• Dispne, boğulma hissi, göğüs ağrısı • Aşırı rahatsızlık, duygusal acı • Durumun gerçek dışı, çarpıtılmış algılanması • Görsel alanın bozulması, detayların çarpıtılması ve büyütülmesi • Konuşma yetersizliği, anlaşılabilir iletişim, tutarsız konuşma • Kusma, inkontinans • Kişilik bütünlüğünün bozulma hissi • Aklını yitirme korkusu, ölüm korkusu
------------------------	--

Kaynak: “Gorman LM, Sultan DF. Psychosocial Nursing: For General Patient Care. Çeviren Öz F, Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014, s: 59-60.”

2.2.4. Ameliyat Öncesi Anksiyete Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

Etiyolojisi genetik, gelişimsel, çevresel ve psikolojik birçok faktöre bağlı olabilen anksiyete, hastalar arasında çok yaygındır (Oflaz ve Yıldırım, 2020; Townsend, 2016).

Anksiyete nedenleri iki ana kategoriye ayrılır:

1. *Biyolojik bütünlük tehditleri:* Yiyecek, içecek, barınma, ısı, güvenlik ve sağlık gibi temel insan gereksinimleri ile gerçek veya olması yakın engellemeler (Oflaz ve Yıldırım, 2020).
2. *Bireysel güvenlik veya öz saygı tehditleri:* Kişisel bütünlük için önemli karşılanmamış beklentiler, konum ve prestij için karşılanmamış gereksinimler, önemli kişiler tarafından beklenen onaylanmama (Oflaz ve Yıldırım, 2020).

Sağlık bakım sisteminde; “hastalık, hastaneye yatma, tıbbi testlere ve prosedürlere maruz kalma” gibi durumlar, güvensizlik duygularını açığa çıkarabilir. Bu durumlar bireye farklı derecelerde anksiyete yaşatabilir (Oflaz ve Yıldırım, 2020). Ameliyat birçok hasta için anksiyete nedeni olabilir (Eltorai, Ebersson ve Daniels, 2017).

Anksiyete çoğunlukla, bir kişi bir şey beklediğinde ve aniden çok farklı bir şey ile karşılaştığında artar. Anksiyeteye sebep olan neden, her zaman herkeste aynı seviyede anksiyeteye veya aynı kişide farklı zamanlarda aynı düzeyde anksiyeteye sebep olmaz (Gorman ve Sultan, 2014). Her hastanın anksiyeteyi sergileme derecesi, ameliyat öncesi anksiyeteye yatkınlığı, yaşı, cinsiyeti, ameliyatla ilgili geçmiş deneyimleri, eğitim durumu, önerilen ameliyatın türü ve kapsamı, mevcut sağlık

durumu ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktöre bağlıdır (Mulugeta ve ark., 2018). Anksiyetenin sebebi genelde belirli değildir ya da kişi tarafından tarif edilememektedir (Oflaz ve Yıldırım, 2020; Gorman ve Sultan, 2014).

Ameliyat öncesi aşamada en önemli anksiyete kaynağı “bilinmezlik korkusu”dur (Karadağ Arlı, 2017). Ameliyata hazırlanmak, bir hastanın hayatında genellikle kafa karışıklığı ve anksiyete ile belirginleşen çok önemli bir zamandır (Doan ve Blitz, 2020). Hastanın önceden var olan anksiyetesi, kronik ağrı veya yüksek düzeyde ağrı duyarlılığı olan hastalarda umutsuzluk ve cerrahi süreç tarafından bunalma gibi duygularla daha çok yükselir (Doan ve Blitz, 2020).

2.2.5. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Değerlendirilmesi

Anksiyete 19. ve 20. yüzyıllara kadar psikiyatrist ve psikologlar tarafından açık bir şekilde var olan bir durum olarak belirlenmemiş ve dolayısıyla diğer duyu durumlarından ayıramayarak stres, korku gibi duygularla birleşik olarak bireylerde değerlendirmeye alınmıştır (Townsend, 2016).

Ameliyat öncesi anksiyete, ameliyat sonrası komplikasyonlar için potansiyel ve önlenabilir bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir (Stamenkovic ve ark., 2018). Avrupa Anesteziyoloji Derneği (European Society of Anaesthesiology-ESA), 2018 kılavuzunda anksiyete değerlendirmesinin hastaların ameliyat öncesi değerlendirmesine dahil edilmesini önermektedir (De Hert ve ark., 2018). Ameliyat öncesi anksiyete ölçümleri, daha kötü ameliyat sonuçları için risk altındaki hastaların belirlenmesinde yararlı olabilmektedir (Nixon ve ark., 2019).

Literatürde, ameliyat öncesi anksiyete prevalansının cerrahi işlemin ve anestezinin türüne göre değiştiği görülmüştür (Doan ve Blitz, 2020; Stamenkovic ve ark., 2018). Ameliyat öncesi anksiyetenin değerlendirilmesinde ve tedavisinde bireysel bir yaklaşım önerilmektedir (Stamenkovic ve ark., 2018).

Kaygı/anksiyete, sürekli kaygı veya durumluk kaygı olarak sınıflandırılabilir. Sürekli kaygı, bireyin kaygıya duyarlılığını yansıtırken, durumluk kaygı, potansiyel bir tehdidin neden olduğu geçici gerginlik veya endişe anlamına gelir. Ameliyat öncesi anksiyete, durumluk kaygının altında yer alır (Jung ve ark., 2021).

Powell ve ark. (2016)'nın, 105 araştırmayı dahil ederek yaptıkları meta-analiz çalışmasında, prosedür bilgileri, bilişsel teknikler ve gevşeme teknikleri gibi müdahaleler de dahil olmak üzere cerrahi öncesi psikolojik hazırlığın ameliyat sonrası ağrı sonuçları için yararlı olabileceği, ancak incelenen geçmiş çalışmaların heterojenliği göz önüne alınarak mevcut kanıtların genel seviyesinin düşük/çok düşük olduğu kabul edilmiş ve daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Bu nedenle ameliyat öncesi anksiyeteyi/kaygıyı değerlendirmek ve tespit etmek önemlidir ve bundan kaçınmak tüm cerrahi süreci olumsuz etkileyebilir (Powell ve ark., 2016).

Anksiyete/kaygı taraması, bilgi ihtiyacı ve hastalık algısının değerlendirilmesi klinik süreçte mümkün olduğunca erken uygulanmalıdır. Böyle bir yaklaşım, yüksek kaygı, olumsuz hastalık algısı ve yüksek öğrenim gereksinimleri olan hastaların belirlenmesine ve hastaların bireysel kaygı ve beklentilerinin ele alınmasına olanak tanır (Jarmoszewicz ve ark., 2020). Anksiyete anketlerinin kullanımı, ameliyatla ilgili anksiyeteyi taramak için geçerli ve güvenilir bir yöntemdir ve ameliyatla ilgili anksiyeteyi değerlendirmenin en uygun yöntemi olarak kabul edilmektedir (Jung ve ark., 2021).

Anksiyeteyi değerlendirmek için birçok ölçek mevcuttur. Anksiyeteyi değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin temsili örnekleri şunlardır (Jung ve ark., 2021; Stamenkovic ve ark., 2018);

- Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği “State-Trait Anxiety Inventory-STAI”,
- Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skoru Ölçeği “Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale-APAIS”,
- Beck Anksiyete Ölçeği “Beck Anxiety Inventory-BAI”,
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği “Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS”,
- Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği “Anxiety Specific to Surgery Questionnaire-ASSQ”,
- Visual Analog Scale for Anxiety-VAS-A,
- Anxiety Likert Scale.

Anksiyete, bazı kültürlerde hassas bir konu olarak kabul edildiğinden, hastaların bir psikoloğa veya psikiyatriste sevk edileceği uygun durum için rehberlik gereklidir. Anksiyete değerlendirmesi yapılırken değerlendirmenin zaman sınırına, hastanın psikolojik durumuna, somatik durumuna ve anestezi tercihine göre hastaya en uygun ölçek kullanılmalıdır (Stamenkovic ve ark., 2018).

2.2.6. Ameliyat Öncesi Anksiyete/Kaygı Kontrolünü Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler, acil servisler, yoğun bakım üniteleri ve klinikler gibi hastanenin herhangi bir bölümünde, ameliyat öncesinde veya başka aşamalarda anksiyeteli hasta ve ailelerle sıkça karşılaşır. Her şeyden önce hemşire, bireyin anksiyete düzeyini değerlendirmelidir, çünkü bu hangi müdahalelerin etkili olabileceğini belirlemenin ilk adımıdır (Videbeck, 2011).

Bir çalışmada ameliyat öncesi kaygıyı azaltmada en çok yardımcı olan faktörün sağlık personeline güven (%57.3) olduğu bildirilmiştir (Jung ve ark., 2021). Hemşire, sağlık hizmeti sunumunda ekibin diğer bireylerine göre klinik ortamda hastalarla daha çok etkileşimde bulunur (Zarei ve ark., 2018). Hemşire kaygılı bireylerle her ortamda karşılaşabilir (Ofiaz ve Yıldırım, 2020) ve kaygının giderilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Zarei ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi kaygı, hastaların ameliyat öncesi bakımında zorlu bir sorundur. Genel olarak düşük kaygı seviyesi, özellikle hastanın ilk cerrahi deneyiminde beklenen bir tepkidir. Bununla birlikte, daha yüksek ve uzun süreli ameliyat öncesi kaygı düzeyi, yara iyileşmesinde gecikmeye neden olur. Ayrıca daha yüksek dozlarda anestezi gerektirebilir (Mulugeta ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi aşamada çoğu hasta kaygı yaşar ve genellikle bu durum olağan bir hasta yanıtı olarak kabul edilir. Ameliyat öncesi kaygının hasta üzerinde bir takım ameliyat sonrası etkileri vardır ve bu etkilerden biri de ağrıdır. Ağrı, ameliyat sonrası hastaların ortak şikayetidir ve çoğunlukla ameliyat öncesi kaygıya bağlı ortak bir faktör olarak ortaya çıkar (Mulugeta ve ark., 2018).

Ameliyat öncesi aşamada hastalar kaygıyı tetikleyen; iğneler ve kesiler, ameliyathaneye girme, anestezi alma, tıbbi hataları düşünme ve ameliyatın devam eden sonuçlarını yaşama, ameliyat sonrası rahatsızlık, bakım kalitesi gibi çeşitli

koşullara maruz kalırlar (Amini, Alihossaini ve Ghahremani, 2019). Anksiyete, kişiler arası bir etkileşimdir, bulaşıcıdır ve bireyin anksiyetesini önlemek ya da azaltmak için hemşirenin kendi duygularının farkında olması önemlidir (Ofıaz ve Yıldırım, 2020). Anksiyeteye sahip bir kişiyle çalışırken hemşirede de anksiyete görülmesi olasıdır. Hastayla etkili bir şekilde ilgilenebilmesi için hemşirenin, sakin ve kontrollü olması çok önemlidir (Videbeck, 2011).

Ameliyat öncesi dönemde uygulanan psikolojik hazırlık; “kaygıyı gidermeye, ameliyatta daha az anestetik, ameliyat sırasında daha az aneljezik kullanılmasına, ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların daha az salınmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya” yardımcı olmaktadır (Karadağ ve Bulut, 2019).

Ameliyat öncesinde anksiyete kontrolünü sağlamak için hemşirelik yaklaşımları şu şekildedir;

- Güvenli, görüşmeyi engelleyecek uyanların olmadığı, sakin bir ortam hazırlanır.
- Görüşmede bireylerin sözel ifadeleri etkin dinlenir, bunun yanı sıra beden dili de gözlenir.
- İletişim sırasında yargılamadan, kabullenici ve empatik bir ilişki kurulur.
- Açık net ifadeler kullanılır ve gerekirse sorular, açıklamalar tekrarlanır.
- Bireyin anksiyete (fiziksel, davranışsal, duygusal) belirtileri ve bu belirtilerle ilgili algısı öğrenilir.
- Anksiyete düzeyi belirlenir.
- Anksiyeteyi tetikleyen faktörler değerlendirilir. Bireyin anksiyete düzeyi yükseldiğinde nasıl baş ettiği ve etkisi de özellikle öğrenilir (Ofıaz ve Yıldırım, 2020).

2.2.7. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Prevalansı

Hastaların anksiyete yaşama düzeyi; “anksiyeteye yatkın olma durumu, yaşı, cinsiyeti, geçmiş cerrahi deneyimleri, eğitim durumu, önerilen cerrahi prosedürün türü ve kapsamı, mevcut sağlık durumu ve sosyoekonomik durum” gibi birçok faktöre bağlıdır (Mulugeta ve ark., 2018). Anksiyete yaşlı popülasyonda daha sık

görülmektedir (Oflaz ve Yıldırım, 2020). Literatürde genellikle yaşlı bireylere uygulanan TKP ve TDP cerrahisinde anksiyete yaşama riskinin de arttığı bildirilmektedir (Oflaz ve Yıldırım, 2020; Amirhosseini, 2019; Bleß ve Kip, 2018).

Ameliyat öncesi ortamda belirli bir düzeyde anksiyete evrensel bir özelliktir ve literatürde anksiyete sıklığı %8-80 arasında değişir (Kuzminskaitė, Kaklauskaitė ve Petkevičiūtė, 2019; Park ve ark., 2016; Aladaitis, Petkevičiūtė ve Latkauskas, 2018). Farklı toplumlarda anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler ve dolayısıyla anksiyete prevalansı farklılık gösterebilir (Erkılıç ve ark., 2017).

TKP ve TDP cerrahisinin ameliyat sonuçları hastaların ruh sağlığı durumu ve psikolojik bozuklukların varlığı gibi birçok faktörden etkilenebilir. Bir çalışmada total alt ekstremitte eklem protezi cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası daha yüksek morbidite olasılığı ve artan sağlık maliyetleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Rasouli ve ark., 2016). Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi (American Academy of Orthopaedic Surgeons-AAOS) klinik kılavuzu (2015)'na göre sınırlı kanıtlar şunu desteklemektedir; TDP uygulanan depresyon ve/veya anksiyete semptomları gösteren hastada daha az iyileşme mevcuttur (AAOS, 2015).

Herhangi bir cerrahi işleme maruz kalan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansı; Yunanistan'da yapılan bir çalışmada %81 (Mavridou ve ark., 2013), Doğu Afrika'da bir ülkede %61 (Mulugeta ve ark., 2018), Hindistan'da %58.9 (Saini ve Dayal, 2016), Nijerya'da ise %51 (Akinsulore ve ark., 2015) olarak bildirilmiştir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise ameliyat öncesi anksiyete prevalansının, %11-80 arasında değiştiği bildirilmiştir (Álvarez-García ve Yaban, 2020). Bu sonuçlar literatürdeki konuya ilişkin çelişkileri ortaya koymaktadır. Hanusch ve ark. (2014), İngiltere'de TDP uygulanacak hastalar ile yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi hastaların %30'unun anksiyeteye sahip olduğunu bildirmiştir (Hanusch ve ark., 2014). Elektif cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışma katılımcıları arasında preoperatif anksiyete prevalansı %47 olarak belirtilmiştir (Bedaso ve Ayalew, 2019). TKP ve TDP uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışma %16 anksiyete prevalansı gözlemlerken (Fillingham ve ark., 2021), başka bir çalışma %26.4 ameliyat öncesi anksiyete bildirmiştir (Hafkamp ve ark., 2021). 50.000'den fazla hastayla yapılan

başka bir çalışmada ise %25.7 orta veya şiddetli anksiyete/depresyon semptomları bildirilmiştir (Sorel ve ark., 2022).

2.2.8. Ameliyat Sonrası Anksiyete

Cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete değerlendirildiğinde, anksiyetenin ameliyat sonrası 12 saate kadar devam ettiği ve buna yüksek kan basıncı, terleme veya baş ağrısı gibi belirtilerin eşlik ettiği bildirilmiştir (Medina-Garzón, 2019). Jung ve ark. (2021)'nın yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası anksiyeteyi azaltmada en yardımcı faktör ameliyat hakkında bilgilendirilme (%61.3), semptomlarda düzelme (%22.7), ameliyatın tamamlanmış olması (%12) olarak bildirilmiştir. Tüm süreçte en endişeli anların ameliyat günü (%41.3) hastane odasında veya ameliyathanede beklemek olduğu görülmüştür (Jung ve ark., 2021). TDP uygulanan ve ameliyattan bir yıl sonra anksiyete ve/veya depresyon yaşamaya devam eden hastalarla yapılan bir çalışma, bu hastaların diz protezi cerrahisinden bir yıl sonra anksiyete/depresyon semptomları göstermeyen hastalara kıyasla ameliyat sonrası daha fazla diz ağrısına ve daha kötü diz fonksiyon sonuçlarına sahip olduğunu bildirmiştir (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020). Alt ekstremitte total eklem protezi ameliyatı uygulanan hastalarla yapılan bir çalışma ameliyat sonrası anksiyete semptomlarındaki iyileşmenin ağrı şiddeti ve fiziksel fonksiyondaki iyileşme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Hassett ve ark., 2018).

2.3. Ağrı Kavramı

Ağrı hissi, dokunun hasar gördüğü her durumda ortaya çıkan (Guyton ve Hall, 2017), yaralanma veya hastalığa verilen normal bir yanıttır (Karadağ ve Bulut, 2019). Akut gelişen ağrı, nosiseptif sistemdeki fizyolojik süreçlerin sonucudur ve koruyucu bir mekanizma olarak etki yapar (Karadağ ve Bulut, 2019; Gorman ve Sultan, 2014). Cerrahi işlem, genellikle ağrı ile ilişkilendirilen travmatik bir tedavi olduğundan (Bedaso ve Ayalew, 2019), cerrahi uygulanan hastaların çoğunda ameliyat sonrası ağrı görülür ve bu, cerrahi sonrası dönemde hastalar için çözilemeyen, dünya çapında önemli bir sorundur (Poudyal ve ark., 2018).

Ortopedik cerrahi ameliyatları genellikle kas-iskelet dokusunda yoğun nosiseptif stimülasyona neden olduğundan şiddetli ameliyat sonrası ağrı ile çok ilişkilidir. Ameliyat sonrası ağrı ameliyat sonrası morbidite ve hastanede kalış süresini artırarak

önemli bir sosyo-ekonomik etkinin yanı sıra ciddi hasta rahatsızlığına, olumsuz fiziksel ve psikolojik etkilere yol açabilmektedir (Robleda ve ark., 2014).

2.3.1. Ağrı Tanımı ve Fizyolojisi

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (The International Association for the Study of Pain-IASP) 1979'da ağrıyı; "gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili hoş olmayan duyuşsal ve duygusal deneyim veya bu tür bir hasar alma" şeklinde tanımlamıştır (European Pain Federation (EFIC), 2013). IASP (2011)'a göre "ağrı her zaman biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden değişen derecelerde etkilenen kişisel bir deneyim" dir (IASP, 2011).

Somatik ve visseral dokulardan gelen dokunma, sıcaklık gibi tüm duyuşlar ile ağrılı olabilecek zararlı ısı, mekanik ve kimyasal uyarılar, periferik sinirlerle spinal korda iletilirler. Medulla spinaliste işlenen bu uyarılar, çıkan yollar vasıtasıyla beyinde yer alan üst merkezlere iletilir. Korteks ağrının şiddetini ve lokalizasyonunu belirlerken, limbik sistem ise ağrı duyuşuna korku, öfke gibi tepkiler göstererek ağrının kişiselleşmesini (ağrının kişiden kişiye farklılık göstermesinin nedeni) sağlamaktadır. Merkezde işlenen ağrı sinyalleri, inen yollar aracılığıyla spinal korda geri döndüğünde ağrıya yanıt oluşur. Ağrı olayı, ağrının duyuşması (duyuşsal), algılanması (kognitif) ve ağrıya yanıt (affektif) öğelerini içermektedir. Doku hasarı ile ağrının algılanması arasında oluşan elektrokimyasal olayların bütününe "nosisepsiyon" denilmektedir. Nosisepsiyon dört fizyolojik süreci içermektedir. Bu süreçler transdüksiyon (hissetme), transmisyon (iletim), modülasyon (düzenleme) ve persepsiyon (algılama)'dur (Karadağ ve Bulut, 2019). Nosisepsiyon latince 'zarar veya yaralanma' anlamına gelen 'noci' kelimesinden türetilmiştir (Abd-Elsayed, 2019).

Omuriliğe giden ağrı sinyalleri beyine iki yolla iletilir (Guyton ve Hall, 2017); "*Neospinotalamik Yol*; hızlı tip ağrı lifleri, temel olarak mekanik ve akut termal ağrı duyuşunu taşır" ve "*Palespinotalamik Yol*; daha eski bir sistemdir ve temel olarak periferik tip C yavaş-kronik ağrı liflerinden gelen ağrıyı taşır".

3. Ağrı Türleri/Sınıflandırılması

Ağrı sınıflandırmalarının ve tanımlarının farkında olmak çok önemlidir çünkü bunlar klinik tanı ve tedaviye rehberlik eder. Ağrı farklı şekillerde sınıflandırılabilir, en yaygın sınıflandırmalar şunlardır (Abd-Elsayed, 2019):

1. *Patofizyolojik mekanizmaya göre;*
 - a. Nosiseptif ağrı
 - Somatik ağrı
 - Visseral ağrı
 - b. Nöropatik ağrı
 - c. Karışık ağrı (Hem Nosiseptif Hem Nöropatik ağrı)
2. *Süreye göre;*
 - a. Akut ağrı
 - b. Kronik ağrı
 - c. Episodik veya tekrarlayan (rekürren) ağrı
 - d. Patlak veren şiddetli ağrı/Ani ağrı atağı
 - e. Doz sonu ağrısı
3. *Etiyolojiye göre;*
 - a. Malign ağrı
 - b. Malign dışı ağrı
4. *Ağrının anatomik konumuna göre;*

Baş ağrısı, boyun ağrısı.. vb.

Ağrı iki temel türe ayrılmıştır: “hızlı ağrı ve yavaş ağrı” (Guyton ve Hall, 2017).

Hızlı ağrı; “ağrılı bir uyaran uygulandıktan 0.1 saniye sonra hissedilen, keskin ağrı, delici ağrı, akut ağrı, elektrik ağrı gibi birçok eş anlamlı ismi olan” ağrı türüdür (Guyton ve Hall, 2017).

Yavaş ağrı; “ağrılı bir uyaran uygulandıktan 1 saniye ya da daha uzun bir zaman sonra hissedilmeye başlanan, ve zamanla yavaş yavaş artan” ağrı türüdür. Yavaş yakıcı ağrı, sızı tipi ağrı, zonklama, kronik ağrı, bulantılı ağrı gibi başka eş anlamlı isimleri de vardır (Guyton ve Hall, 2017).

Ameliyat sonrası ağrı hafif, orta, şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. Ortopedik cerrahi hastalarının %40 ile %70'inin ameliyat sonrası orta ve şiddetli ağrı yaşadığı bilinmektedir (Sommer ve ark., 2008).

2.3.3. Ameliyat Sonrası Ağrı

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma sebebiyle oluşan ve ameliyattan sonra yaşanan (Clarke ve Santy-Tomlinson, 2014), hoş olmayan duysal, duygusal ve zihinsel deneyimle sonuçlanan (IASP, 2011), inflamatuvar bir yanıt gösterebilen akut ağrıdır (Buli ve ark., 2022).

Ameliyat sonrası ağrı, genellikle ağrının yoğunluğuyla orantılı bir nöroendokrin stres yanıtının eşlik ettiği akut ağrı şeklidir (Ferdoush ve ark., 2021). Ameliyat sonrası ağrı ilk 24 saat içinde en yüksek seviyeye ulaşırken (Ferdoush ve ark., 2021; Poudyal ve ark., 2018) ameliyattan saatler sonra ve normalde 48 saat içinde önemli ölçüde azalmaya başlar (Ferdoush ve ark., 2021; Subramanian ve ark., 2017).

Bazı durumlarda ameliyat sonrası ağrı haftalarca devam edebilir (Eltorai, Ebersson ve Daniels, 2017). Ameliyat öncesinde var olan bir problemten kaynaklanmayan, herhangi bir etioloji ile ilişkilendirilmeyen (Karadağ ve Bulut, 2019) ve beklenen iyileşme süresini aşarak ameliyattan sonra en az 2 ay devam eden ağrı, ameliyat sonrası kalıcı (kronik) ağrı olarak tanımlanır (Gan, 2017). Fletcher ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan büyük ölçekli gözlemsel bir çalışmada, herhangi bir cerrahi hasta grubunda ameliyattan 12 ay sonra orta ve şiddetli (ağrı puanı sayısal 0-10 ağrı değerlendirme ölçeğinde ≥ 6 olarak derecelendirilen puanlar kabul edilerek) ameliyat sonrası kronik ağrı için insidans %11.8 olarak bildirilmiştir. TDP hasta grubu için ise %7.9 bildirilmiştir. Çalışma sonucunda ameliyattan sonraki ilk 24 saatte var olan şiddetli ağrı süresinin kalıcı ağrı oluşma riski ile ilişkili olduğu, ilk 24 saat içinde şiddetli ağrı ile geçirilen süredeki her %10'luk artış için, kalıcı ağrı oluşturma riskinin %30 artacağı bildirilmiştir (Fletcher ve ark., 2015). TDP uygulanan hastalarda 3 ay sonunda ameliyat sonrası kalıcı ağrıyı inceleyen başka bir çalışmada, hastaların %42'sinin tamamen ağrısız ve %58'inin ameliyat bölgesinde kalıcı ağrısı olduğu bildirilmiştir (Lavand'homme ve ark., 2014). Kadınlarda erkeklere göre, genç hastalarda yaşlılara göre kalıcı ağrı oluşma riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Fletcher ve ark., 2015).

Kronik ameliyat sonrası ağrı, cerrahinin çok az bilinen potansiyel bir sonucudur. Her yıl milyonlarca hastayı etkiler, aylarca/yıllarca süren ağrı hastanın acı çekmesine ve ardından gelen ekonomik sonuçlara neden olur. Ayrıca bireyler ve aileleri üzerinde, fiziksel işlevlerini, psikolojik durumlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir etkisi vardır (Correll, 2017).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi müdahaleye beklenen bir yanıttır ve hastanede kalış süresini etkileyebilecek sonuçları olabilir (Subramanian ve ark., 2017).

2.3.4. Ameliyat Sonrası Ağrı Etiyolojisi

Bireyler yaşam deneyimleri aracılığıyla ağrı kavramını öğrenirler (IASP, 2011), bu nedenle bireyler arasında ağrıya tepki çok büyük ölçüde değişken olabilir (Guyton ve Hall, 2017). Ağrı kaynağının belirlenmesi nedene yönelik tedavi belirlenmesinde elzemdir (Karadağ ve Bulut, 2019). Ameliyat sonrası ağrı deneyimi etnik köken, eğitim ve ameliyat öncesi bilgilere göre hastalar arasında farklılık göstermektedir (Poudyal ve ark., 2018; Woldehaimanot, Eshetie ve Kerie, 2014).

Ağrının yoğunluğu ve özellikleri her zaman bireyler tarafından farklı şekilde algılanır ve bu nedenle ağrı her zaman öznelidir (EFIC, 2013). Gerbershagen ve ark. (2013)'nın, ameliyat türüne göre ağrı şiddeti sıralamasını belirlemek amacıyla 179 ameliyat türünü ve 50.523 hastayı karşılaştırarak yaptıkları kohort çalışmasında, en yüksek ağrı skorlarına sahip ikinci sırayı 30 bin hastayla ortopedik cerrahi prosedürler almıştır. Ameliyat türü olarak bakıldığında 179 cerrahi prosedür arasından TDP'nin ağrı şiddeti sıralamasında 46., TKP'nin ise 81. sırada olduğu bildirilmiştir (Gerbershagen ve ark., 2013).

2.3.5. Ameliyat Sonrası Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı değerlendirmesi genellikle "beşinci yaşam bulgusu" olarak kabul edilir (Ferdoush ve ark., 2021; Ramia ve ark., 2017) ve önceden var olan klinik gözlemlerin; kan basıncı, nabız, solunum ve sıcaklığın bir parçası olarak yapılır. (Clarke ve Santy-Tomlinson, 2014).

Ağrı değerlendirmesi, başarılı ağrı yönetiminin merkezinde yer alır (Clarke ve Santy-Tomlinson, 2014) ve etkili ağrı yönetimi sağlamada hayati bir bileşendir (Poudyal ve ark., 2018). Ameliyat sonrası dönemde tekrarlanan ağrı değerlendirmesi, ameliyat

sonrası akut ağrı insidansını ve şiddetini azaltmanın yanı sıra hasta konforunu ve memnuniyetini artırmanın ayrılmaz bir parçasıdır (Ferdoush ve ark., 2021).

Analjezi gereksinimi hastalar arasında büyük farklılıklar gösterebilir ve bu farklılıkları yakalamak için bireysel bir ağrı değerlendirmesi şarttır (Ferdoush ve ark., 2021).

2.3.6. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Ameliyat sonrası ağrı, hastaların en yaygın endişe kaynaklarından biridir (Ferdoush ve ark., 2021; Doan ve Blitz, 2020). Ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönetimini optimize etmek ve cerrahi sonrası kronik ağrı ve kalıcı opioid kullanımı risklerini azaltmak için ameliyat öncesi dönemden başlayan kapsamlı ağrı yönetimi stratejilerine ihtiyaç vardır (Doan ve Blitz, 2020).

Ağrı yönetimi, hasta ve ailesinin işbirliğine dayalı bakımın planlaması, yeterli analjezi sağlanması, minimum yan etki ile sonuçlanan etkili tedaviyi ve tedaviye verilen yanıtların sıklıkla yeniden değerlendirilmesini kapsayan geniş bir tarama ve değerlendirmeyi içerir (Ramia ve ark., 2017). Ameliyat sonrası ağrının başarılı yönetimi sonucunda oluşan hasta memnuniyeti, ameliyat günü bekleme süresi, bilgi sağlanması, bakıma erişim ve bakımın yeterliliğini içeren bakım süreci ve bakım sonuçlarından duyulan memnuniyetin ortak sonucudur (Buli ve ark., 2022).

Ameliyat sonrası ağrı yönetimi, cerrahi hasta bakım sürecinin önemli bir bileşenidir (Ferdoush ve ark., 2021; Mwashambwa ve ark., 2018). Ağrı şiddetinin bir gösterge olarak kullanılması, sağlık hizmeti sağlayıcılarının rutin klinik uygulamada fiziksel iyileşmeyi takip etmesini kolaylaştıracaktır (Ferdoush ve ark., 2021).

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde başarısız olunması, yaşam kalitesi ve fonksiyonel iyileşmeyi olumsuz etkiler, ameliyat sonrası komplikasyonlara sebep olarak hasta iyileşmesini geciktirir, bu nedenle de hastanede kalış günlerinin sayısını artırır (Mwashambwa ve ark., 2018; Masigati ve Chilonga, 2014). Sağlık tesislerinde insan işgücü kaynağının mevcut eksikliği düşünüldüğünde, uzun süreli hastanede kalışlar yatan hasta sayısının artmasına neden olur. Bu kısır döngünün nihai sonucu, sağlık hizmeti sunumunun kötüleşmesidir (Masigati ve Chilonga, 2014).

Ağrının bireysel ve oldukça değişken doğası ve buna bireyin tepkisi sebebiyle, ağrı yönetimini ve takibini kolaylaştırmak için hemşirelik bakımının merkezinde bireyselleştirilmiş ve doğru bir değerlendirme olmalıdır (Falaschi ve Marsh, 2021). Ağrı değerlendirmesinin etkili olabilmesi için, tıpkı yaşam bulguları, ilaç uygulamaları veya diğer müdahaleler gibi sık sık yapılmalı ve doğru bir şekilde kaydedilmelidir (Falaschi ve Marsh, 2021).

2.3.7. Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hasta Memnuniyetinin Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımları Arasındaki İlişki

TKP ve TDP ameliyatlarının büyük çoğunluğu, ameliyat öncesinde sahip olunan kronik ağrıyı azaltmak için uygulandığından, ameliyat sonrasındaki ağrı varlığı hastaların cerrahi beklentilerini olumsuz etkiler. Hasta beklentileri ve ağrı yönetimi doğrudan hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörlerdir ve hastanın yaşı, cinsiyeti, komorbiditeleri, eklem protezi teknik yönleri ve kullanılan implant türleri de dahil olmak üzere perioperatif deneyiminden etkilenir. Literatürde TKP prosedürü sonrası %10, TDP prosedürü sonrası ise %20 hasta memnuniyetsizlik oranı bildirilmiştir (Wang ve ark., 2021).

Ağrı giderme ve hasta memnuniyeti kavramları karmaşıktır, evrensel bir tanım ve net bir ölçümden yoksundur. Hasta memnuniyeti teriminin çok faktörlü bir doğası vardır. Bir çalışmada ağrının giderilmesi hasta memnuniyeti ile en güçlü ilişkiye sahip faktör olarak bulunmuştur (Lee ve ark., 2020). TKP ve TDP ameliyatlarında, hasta memnuniyetiyle ilişkili en tutarlı faktörlerin hasta beklentileri, fonksiyonel iyileşme derecesi ve ağrının giderilmesi olduğu bildirilmiştir (Galea ve ark., 2020).

Başarılı bir ağrı yönetimi, hasta katılımını içeren işbirlikçi bakım planlaması ve genel hasta memnuniyeti ile sonuçlanan etkili tedaviyle beraber uygun değerlendirmeyi içermelidir. Bu faktörler arasındaki bağlantıyı hemşireler oluşturur (Ramia ve ark., 2017). Hemşireler "beşinci yaşam bulgusu" olarak kabul edilen ağrıyı ameliyat sonrası rutin bakım sırasında yatak başında değerlendirerek ekibin diğer üyelerinin ağrıyı daha iyi görebilmesi için sık aralıklarla rapor edebilir (Ferdoush ve ark., 2021).

Ağrıdan kurtulmak hasta için gereklidir (Ferdoush ve ark., 2021). Hastanın ameliyat sonrası ağrı yönetiminde başarısız olunması, genel hastane deneyimini ve bakım memnuniyetsizliğini etkileyebilecek önemli bir faktördür (Doan ve Blitz, 2020).

Ameliyat öncesi ve sonrası ağrı, iyileşme için fikir birliği ve ortak çaba gerektiren yaygın ve ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Ağrı yönetimini engelleyen tanımlanmış hasta engellerinin üstesinden gelinmelidir. Hemşireler tarafından sağlanan bakıma, aktif hasta katılımının sağlanması ağrı yönetimini iyileştirmenin etkili bir yolu olabilir (Ramia ve ark., 2017).

TDP uygulanan hastaların katıldığı, %8'inin prosedürden memnun olmadığı bildirilen bir çalışmada psikolojik faktörlerin memnuniyetsizliğe katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür (Dhurve ve ark., 2017).

2.3.8. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Ağrıyı Etkileyen Faktörler

TKP ve TDP cerrahisinin dejeneratif eklem hastalığından kaynaklanan ağrıyı azaltması amaçlanmış olsa da, bu prosedürlerin önemli derecede ameliyat sonrası ağrı ile ilişkili olduğu görülmektedir (Fillingham ve ark., 2021).

TDP ameliyatı sonrası ağrının prediktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörlere bölünmüştür. Değiştirilemeyen faktörler arasında yaş, cinsiyet ve ameliyat öncesi şiddetli ağrı gibi durumlar yer alırken klinik açıdan ilgi çekici olan, değiştirilebilir psikolojik faktörlerdir. Bierke ve Petersen (2017) çalışmalarında, psikopatolojik rahatsızlığın, cerrahi hasta sonuçlarıyla olumsuz yönde ilişkili olduğunu belirtmiştir (Bierke ve Petersen, 2017).

TDP hastalarıyla yapılan bir çalışmada; kadınlar, ameliyattan 48 saat ve 2 hafta sonra erkeklerden önemli ölçüde daha fazla ağrı bildirmiştir. Kadınlar ayrıca erkeklerden daha fazla ameliyat öncesi psikolojik sıkıntı (anksiyete ve depresyon belirtileri) bildirmiştir (Nandi ve ark., 2019). Bir çalışmada ameliyat öncesindeki ağrı varlığının, TDP ameliyatı sonrasında oluşacak ağrının güçlü bir göstergesi olduğu belirtilmektedir (Whale ve Goberman-Hill, 2022).

2.3.9. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları ve Hasta Bakım Sonuçları ile İlişkisi

Eklem protez cerrahisinde ağrının devam etmesi önemli bir problemdir çünkü çoğu hasta ağrıyı azaltmak için ameliyata girer. Bu nedenle ameliyattan sonra devam eden ağrı, memnuniyetsizliğin birincil belirleyicisi olabilir (Lavand'homme ve ark., 2014).

Hemşirelik bakımı kalite standartları arasında hasta konforu, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti yer alır. Ağrı yönetimi, hemşirelik bakımının hastaya en az sıkıntı verecek şekilde yapılmasına izin verecek kadar rahatlama sağlamalı, ardından yeniden değerlendirme ve uygun girişimler yapılmalıdır (Falaschi ve Marsh, 2021).

TDP uygulanan hasta sayısında dünya çapında beklenen artış ameliyat sonrası memnuniyetsizlik oranının artma riskini de beraberinde getirir bu nedenle TDP sonrası hasta bakım sonuçlarını daha da iyileştirmek için küresel bir çaba sarf edilmektedir (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020). Gerçekleştirilen TKP prosedür sayısı yıldan yıla arttığından, sağlık hizmeti sağlayıcıları için TKP sonrası hasta sonuçlarının önemi de artmaktadır (Cassidy, O'hEireamhoin ve Beverland, 2019). TKP ve TDP uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada, %33'ü TKP ameliyatı uygulanan %67'si ise TDP ameliyatı uygulanan bireylerden olmak üzere hasta memnuniyetsizlik oranı %7 olarak bildirilmiştir (Wang ve ark., 2021). Conner-Spady ve ark. (2020)'nın yaptığı çalışmada ise, ameliyattan 12 ay sonra hasta memnuniyetsizlik oranları TKP için %5, TDP için %13 olarak bildirilmiştir (Conner-Spady ve ark., 2020).

Birçok hasta için ameliyat öncesi dönem, yaşamlarının diğer zamanlarına göre yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri yapmaya en açık olabilecekleri benzersiz bir zaman penceresini temsil eder (Doan ve Blitz, 2020). Öğretilebilir an, olumlu bir davranış değişikliğini teşvik etmek için eyleme geçme işareti olabilecek bir sağlık olayı olarak tanımlanmıştır. Çoğu durumda öğretilebilir bir an, çeşitli ortamlarda çeşitli iletişim kanallarını kullanarak bir sağlık sorununa müdahale etme fırsatı olarak sunulur (Gray ve ark., 2021). Hastanın cerrahi hazırlığını ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bu “öğretilebilir andan” yararlanmak, her süreçte hastanın yanında olan ve hasta savunucusu/koruyucusu olan hemşire için, ameliyat sonrası dönemde sağlığı iyileştirmeye yönelik önemli bir fırsat yaratmaktadır (Doan ve Blitz, 2020). Ameliyat öncesi hazırlığa odaklanan yeni yaklaşımlar, ağrı yönetimini iyileştirmek ve ağrı şiddetini azaltmak için yeni bir yol sunar (Whale ve Gooberman-Hill, 2022).

2.3.10. Total Kalça ve Diz Protezi Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete ile Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişki

Anksiyeteyi de içeren psikolojik tanıların, elektif ortopedik prosedürlerden sonra kalıcı ağrı, fonksiyonel sınırlamalar ve klinik memnuniyetsizlik için potansiyel risk

faktörleri olduğu öne sürülmüştür (Utrillas-Compaired ve ark., 2014). Ameliyat öncesi psikolojik faktörler, ameliyat sonrası ağrı sonuçlarını etkileyebilir ancak bu faktörleri ele almak ve ameliyat öncesi dönemde pratik müdahaleler geliştirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Doan ve Blitz, 2020). Ameliyat öncesi anksiyete ne kadar yüksekse, ameliyat sonrası analjezi gereksinimi de o kadar fazladır (Stamenkovic ve ark., 2018).

TKP uygulanan hastalarda, anksiyetenin de ölçümlere dahil edildiği ameliyat öncesi özelliklerin ameliyat sonrası ağrıya etkisini analiz eden bir araştırma sonucuna göre; hastaların ameliyat öncesindeki sağlığı, ameliyat sonrası sonuçların bir göstergesi olarak belirtilmiştir. Bu nedenle de yüksek klinik öneme sahip olduğu bildirilmiştir (Vogl ve ark., 2014). TDP uygulanan hastalarla yapılan bir araştırma, hastaların ameliyat öncesindeki psikolojik durumunun ameliyattan sonraki bir yıllık ağrı sonuçlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir (Bistolfi ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada ise TDP uygulanan bireylerde ameliyat öncesi psikolojik sıkıntının varlığı, diz fonksiyon ve yaşam kalitesi açısından bir yıllık süreçte daha kötü sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Utrillas-Compaired ve ark., 2014). Sorel ve ark. (2022)'nin yaptıkları çalışmada, TDP ameliyatı öncesi anksiyete semptomları gösterenlerin, daha şiddetli ameliyat sonrası ağrı ve daha kötü işlev performansı sonuçlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Sorel ve ark., 2022). TDP prosedürü öncesi anksiyetenin, ameliyat sonrası ağrıya duyarlılığı arttırarak hasta memnuniyetsizliğine sebep olduğu belirtilmektedir (Xu ve ark., 2020). TKP uygulanan hastalarla yapılan bir diğer çalışmada ise, ameliyattan önce anksiyete veya depresyon bildiren hastaların, bir yıl içerisinde memnuniyetsizlik yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Galea ve ark., 2020).

Küresel olarak, ameliyat sonrası ağrı prevalansı çalışmalar arasında değişmektedir. (Mwashambwa ve ark., 2018). Bir çalışmada ameliyat sonrası akut ağrı prevalansı, 12. saatte %100 olarak kaydedilmiştir (Mwashambwa ve ark., 2018). Ortopedik cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada; ameliyat öncesi anksiyetesi daha yüksek olan hastaların, daha düşük olanlara kıyasla daha fazla ağrıya sahip olduğu ve daha kötü işlevsel sonuç elde ettiği görülmüştür (Nixon ve ark., 2019). Xu ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada, TDP öncesi anksiyetenin, kısa ve orta vadede kötü hasta sonuçlarıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Xu ve ark., 2020).

2.4. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

TKP ve TDP ile ilişkili ameliyat sonrası ağrının yönetimi zor olabilir ve daha kötü hasta memnuniyetine, zayıf rehabilitasyon uyumuna ve daha uzun yatış sürelerine sebep olabilir. Genel psikolojik sıkıntı, eklem protez cerrahisi sonrasında kötü sonuçlarla ilişkilendirilmesine rağmen, ameliyat sonrası ağrı yönetimi ile ilgili olarak spesifik ruh sağlığı tanıları ve tedavileri araştırılmamıştır (Fillingham ve ark., 2021)

Ağrı, cerrahinin kaçınılmaz bir sonucudur. Ağrı subjektif bir deneyim ve çok boyutlu olduğundan, ağrıyı yönetmek zorlu bir görevdir. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi hastalarının %80'inden fazlasında yetersiz bir şekilde yönetilir ve artan morbidite, cerrahiden sonra iyileşmede bozulma ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir (Chaw ve ark., 2021).

Hemşirelik, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinin yanı sıra, yaralanma ve ameliyatı takiben iyileşmenin desteklenmesini içeren özerk ve işbirlikçi bakımı kapsar. Hemşireler hastalarla daha fazla zaman geçirirler ve bakımın koordinatörü olarak hareket ederler (Falaschi ve Marsh, 2021). Yaşamı ve geleceği konusunda büyük bir endişe ve korku içinde olan hastanın güvenilir bir destek araması doğaldır. Ameliyat öncesi hemşire “hastanın psikolojik hazırlığında, duygularını açıklamada kendisini serbest hissetmesi, sormak istediklerini sorması için cesaretlendirilmesi ve anlamadıklarının tekrar tekrar açıklanması” konularında yardımcı olmalıdır (Karadağ ve Bulut, 2019).

TDP ameliyatı planlanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmada motivasyonel görüşmeye dayalı bir hemşirelik müdahalesinin etkinliğini belirlemek için yapılan deneysel bir çalışmada, motivasyonel görüşmeye dayalı hemşirelik müdahalesinin ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Medina-Garzón, 2019). Laparoskopik cerrahi uygulanan hastaların katıldığı başka bir randomize-kontrollü çalışmada, ameliyathane hemşireleri tarafından, ameliyat öncesinde yapılan hasta ziyaretleriyle ziyaret edilen grubun ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin ziyaret edilmeyen gruba göre daha fazla düştüğü bildirilmiştir (Aydal ve ark., 2022).

Dias ve ark. (2022)'nin çalışmasında, hasta merkezli bir yaklaşımla hemşirelerin ameliyat öncesindeki diyaloglarının, major iç organ cerrahisi geçiren hastalarda

ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olduğu bildirilmiştir. Bu hemşirelik müdahalesinin kısa süreli ve ucuz olduğu ayrıca diğer cerrahi gruplarına da uyarlanabileceği önerilmiştir (Dias ve ark., 2022). Yakın tarihli bir meta-analizde ameliyat olacak hastalara yönelik hemşirelik girişimlerinin ameliyat öncesi anksiyeteyi olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Ruiz Hernández ve ark., 2021). Hastaların olumlu duygularını artırmak için günlük bakım iyileştirilmelidir ve bakım hemşireliğin temelidir (Qi ve ark., 2016).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmanın amacı; “TKP ve TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını saptamak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı sonuçları ilişkisini belirlemektir.” Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Soruları

- TKP ve TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansı nedir?
- TKP ve TDP uygulanan hastaların “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)” ve “Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi (AAD-R-HSA)” puan ortalamaları nedir?
- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özellikleri ile durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özellikleri ile hastanın ağrı sonuçları arasında ilişki var mıdır?
- TKP ve TDP uygulanan hastaların durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ile hastanın ağrı sonuçları arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Zaman ve Özellikleri

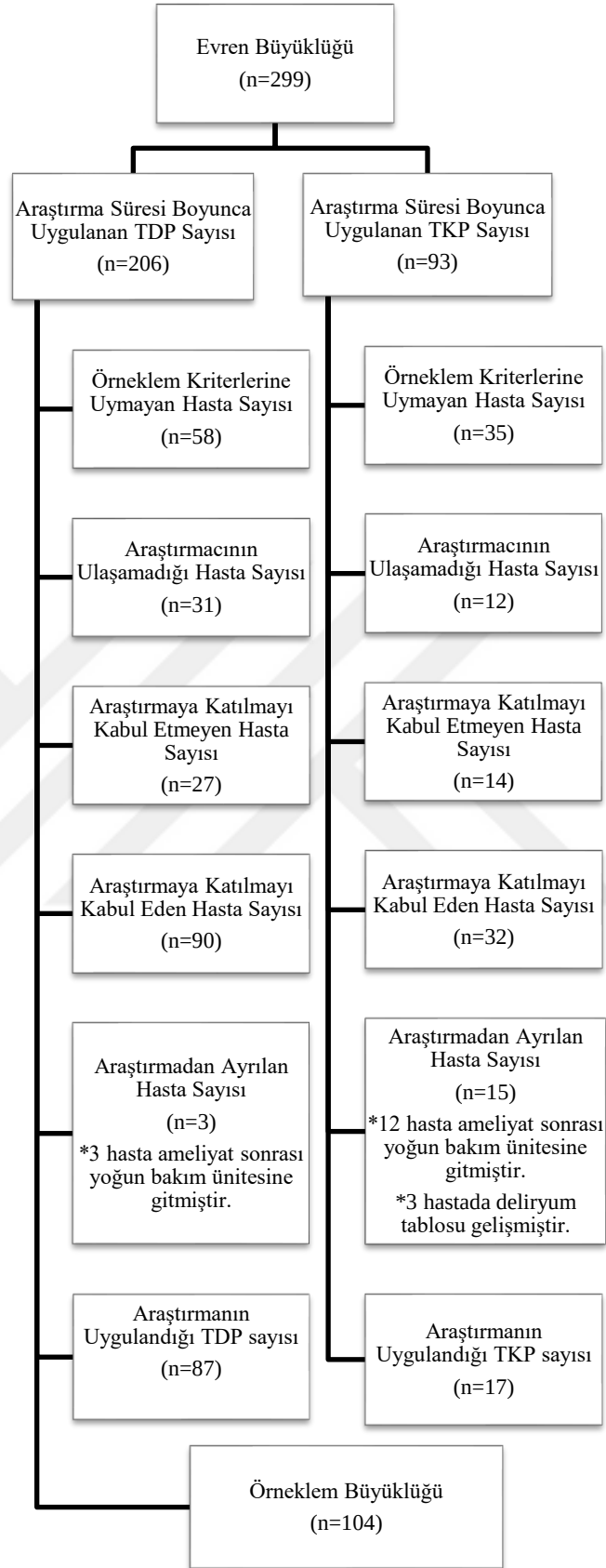
Bu araştırma Antalya Kepez Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği’nde yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci 10 Haziran 2021-30 Haziran 2022 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme alınma kriterlerine uyan hastalarla yürütülmüştür. Araştırmaya 87 TDP ve 17 TKP uygulanan hasta olmak üzere toplam 104 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı Antalya Kepez Devlet Hastanesi, 2016 tarihinden itibaren il ve ilçelere hizmet veren 400 yataklı bir hastanedir. Antalya Kepez Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği; 7 tek kişilik oda ve 9 çift kişilik oda olmak üzere toplam 25 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte 8 doktor, 9 hemşire, 3 temizlik personeli, 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Elektif protez cerrahisi uygulanan hastaların ameliyattan

bir gün önce öğleden sonra kliniğe yatışı yapılır. Klinikte hastalar ameliyat öncesi gün dahil olmak üzere ortalama 4-7 gün kalmaktadır. Ameliyat öncesinde hastalara anksiyete değerlendirmesi ve anksiyeteyi azaltmak için herhangi bir premedikasyon uygulaması yapılmamaktadır. Klinikte ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesinde “Wong Baker Yüz Ağrı Değerlendirme Skalası” ve “Numerik Ağrı Değerlendirme Skalası” kullanılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve  rneklemi

Araştırmanın evrenini, “Antalya Kepez Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği”nde 10 Haziran 2021-30 Haziran 2022 tarihleri arasında TKP ve TDP uygulanan hastalar oluşturmuştur. Örneklem kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde Antalya Kepez Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği’nde 206 diz protezi ameliyatı, 93 kalça protezi ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Evrene ulaşma oranı %50.48’dir. Araştırmanın evren ve  rneklemi şekil 3.1.’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.5. Örneklem Alınma ve Örneklemden Dışlanma Kriterleri

Örneklem alınma kriterleri şu şekildedir;

- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Türkçe konuşması ve anlaması,
- İşitme sorunu olmaması,
- Amerikan Anestezistler Derneği-ASA skoru I ve II olması.

Örneklemden dışlanma kriterleri şu şekildedir;

- Anketleri anlayamama ve cevaplayamama,
- Ameliyattan önceki süreçte anksiyolitik ilaç kullanması.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler ameliyat öncesi iki aşama ve ameliyat sonrası bir aşama olmak üzere toplam üç aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada, TKP ve TDP cerrahisi için kliniğe yatırılan hastalardan ameliyattan önceki gün “Birey Tanılama Formu-Ameliyat Öncesi Bölümü (EK-2)” ve “Sürekli Kaygı Ölçeği-STAI-II (EK-3)” doldurulmuş, ikinci aşamada ameliyat günü sabahı “Durumluk Kaygı Ölçeği-STAI-I (EK-3)” doldurularak “Görsel Kıyaslama Ölçeği (EK-4)” ile ameliyat günü sabahı ameliyat öncesi ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. Üçüncü aşamada, ameliyat sonrasında “Birey Tanılama Formu-Ameliyat Sonrası Bölümü (EK-2)” doldurulmuş, 6.,12.,24.,36. saatler arasındaki ağrı değerlendirme sonuçları GKÖ ile kaydedilmiştir. Katılımcıların ameliyat sonrası ilk 24 saatlik ağrı yönetimini değerlendirmeleri için, ameliyat sonrası 25.-72. saatler arasında “Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi (EK-5)” uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama basamakları tablo 3.1. ‘de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Veri Toplama Basamakları

1. AŞAMA Ameliyat Öncesi Veri Toplama Süreci	2. AŞAMA Ameliyat Öncesi Veri Toplama Süreci	3. AŞAMA Ameliyat Sonrası Veri Toplama Süreci
Birey Tanılama Formu Ameliyat Öncesi Bölümü (Ameliyattan Önceki Gün)	STAI-I (Ameliyat Günü)	Birey Tanılama Formu Ameliyat Sonrası Bölümü
STAI-II (Ameliyattan Önceki Gün)	GKÖ Ameliyat Öncesi Değerlendirme Sonuçlarının Kaydedilmesi (Ameliyat Günü)	Ameliyat Sonrası 6.,12.,24.,36. Saatlerdeki GKÖ Değerlendirme Sonuçlarının Kaydedilmesi (Ameliyat sonrası, 36 saat içinde)
		AAD-R-HSA (Ameliyat Sonrası, 25.-72. Saatler Arasında)

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “Birey Tanılama Formu”, “STAI”, “GKÖ” ve “AAD-R-HSA” ile toplanmıştır.

3.7.1. Birey Tanılama Formu (EK-2)

“Birey Tanılama Formu“ literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Eberhart ve ark., 2020; Jarmoszewicz ve ark., 2020; Karahan ve ark., 2020; Mulugeta ve ark., 2018; Erkilic ve ark., 2017; Karadağ Arlı, 2017; Riddle ve ark., 2015). Bu formda; yaş, kronik hastalık öyküsü, ameliyat öyküsü, ameliyat hakkındaki bilgi düzeyi, ASA skoru gibi birey özelliklerinden oluşan toplam 22 soru yer almaktadır. Form ameliyat öncesi (18 soru) ve ameliyat sonrasını (4 soru) içeren iki bölümden oluşmaktadır.

3.7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (EK-3)

“Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory-STAI)“ kaygıyı ölçmek için geliştirilmiş, kişisel bildirimli bir ölçektir. Bu ölçekte “Durumluk Kaygı

Ölçeği (STAI-I)“ ve “Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II)“ olmak üzere 20’şer soruluk, 4’lü likert tipte cevaplanacak iki ölçek bulunmaktadır (Spielberger ve ark., 1983).

STAI-I; “bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini”, STAI-II ise; “bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini” belirler. STAI, 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. STAI-I’de dört cevap seçeneği; “(1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle” şeklinde, STAI-II’de ise; “(1) Hemen hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman” şeklindedir (Öner ve Le Compte, 1985).

Öner ve Le Compte (1985)’nin aktardığına göre; “Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder.”

Spielberger ve ark. (1983)’nın STAI için güvenilirliği ve geçerliği ile ilgili psikometrik bilgiler el kitabında rapor edilmiştir (Spielberger ve ark., 1983). Bu rapora göre STAI-I için “Cronbach’s Alpha (İç Tutarlılık)” katsayısı 0.73-0.86, STAI-II için 0.86-0.93 olarak belirtilmiştir. STAI’nin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği STAI-I için Cronbach’s Alpha katsayısı 0.83-0.92, STAI-II için .86-0.92 olarak bildirilmiştir (Öner ve Le Compte, 1985). Bu çalışmada, STAI-I ve STAI-II için güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.934 ve 0.932 olarak hesaplandı.

Bu çalışmada STAI, TKP ve TDP uygulanacak hastalarda ameliyat öncesi durumluk ve sürekli kaygıyı değerlendirmek için kullanılmıştır. STAI için Prof. Dr. Necla Öner’in ölçek kullanım haklarını devrettiği YÖRET Vakfı’ndan telefon yolu ile sözel ve 20 Ocak 2021 tarihinde e-mail yolu ile yazılı izin (EK-6) alınmıştır.

3.7.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (EK-4)

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ); “Çoğunlukla 10 cm uzunluğunda yatay ya da dikey ‘ağrı yok’ ile başlayıp, ‘dayanılmaz ağrı’ ile biten bir hattan oluşan, ağrının yoğunluğunu değerlendirmede kullanılan standardize bir ölçektir” (Eti Aslan ve Pamir Aksoy 2014). Ağrı şiddeti “Ağrının olmaması=0”, “En şiddetli ağrı=10” ile belirtilir ve “0-10 puan” arasında değerlendirilir. Hastaya iki nokta arasında herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu açıklanır. Ameliyat sonrası ağrı değerlendirmede kullanılmaktadır (Eti Aslan ve Pamir Aksoy 2014).

Bu araştırmada TKP ve TDP uygulanan hastalara ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrası 6.,12.,24.,36. saatlerde GK ile ağrı değerlendirmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.7.4. Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi (EK-5)

“Amerikan Ağrı Derneği (American Pain Society-APS)” tarafından 1991’de, “sağlık kurumlarının hasta deneyimlerini ve sonuçlarını keşfetmesine yardımcı olmak” için ilk “Amerikan Ağrı Derneği Hasta Sonuçları Anketi (American Pain Society Patient Outcome Questionnaire-APS-POQ)” yayınlanmıştır. APS ve çeşitli araştırmacılar tarafından ilk kez 1995’te ölçek gözden geçirilmiş, 2005’te tekrar revize edilmiş ve son hali 2010’da Gordon ve arkadaşları tarafından düzenlenerek yayınlanmıştır (Gordon ve ark., 2010). Revize edilen lek “Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R)” olarak isimlendirilmiştir ve 21 soruluk bir ölçektir. Ölçek, yetişkin hastalarda “akut ameliyat sonrası ve tıbbi durumla ilişkili ağrının etkisini” değerlendirmek için ince, Avustralya ve İzlanda versiyonu dahil 12 dile çevrilmiş ve kullanılmıştır (Gordon ve ark., 2010). Revize edilen 2010 leğinin Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bildirilmiştir. APS-POQ-R ağrı deneyimlerinin 6 önemli boyutunu; “Ağrı şiddeti ve rahatlama”, “Ağrının aktivite, uyku ve olumsuz duygular üzerindeki etkisi”, “Tedavinin yan etkileri”, “Ağrı tedavisi hakkında bilginin faydası”, “Ağrı tedavisi kararlarına katılma yeteneği”, “Farmakolojik olmayan stratejilerin kullanımı” ölçmektedir (Gordon ve ark., 2010).

Türkçe geçerlik ve güvenirliği Keskin ve ark. (2019) tarafından yapılan ölçeğin ismi “Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi (AAD-R-HSA)” şeklinde belirtilmiştir. APS-POQ-R’nin Türkçe versiyonunun cerrahi operasyon geçiren hastalar için hasta skorlarını ve ağrı yönetimi kalitesini değerlendirmek ve hemşirelik süreç planlaması için güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir. AAD-R-HSA “12 soru ve 23 madde”den oluşmaktadır. Bu maddelerin “3’nde 4 alt soru bulunmakta ve toplamda ölçek ağrı yönetimi kalitesinin altı yönünü; (1) ağrı şiddeti ve rahatlama; (2) ağrının aktivite, uyku ve olumsuz duygular üzerindeki etkisi; (3) tedavinin yan etkileri; (4) ağrı tedavisi hakkında bilginin faydası; (5) ağrı tedavisi kararlarına katılma yeteneği; (6) farmakolojik olmayan stratejilerin kullanımı” ölçmektedir (Keskin ve ark., 2019).

Türkçe ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı “0.91” olarak bildirilmiştir. Alt ölçekler Cronbach alfa katsayıları; “ağrı şiddeti ve uyku etkisi” için “0.87”, “aktivite etkisi” için “0.92”, “emosyonel etki” için “0.95”, “ağrı yönetimi yan etkileri” için “0.91” ve “ağrı bakımı algısı” için “0.50”dir (Keskin ve ark., 2019). Keskin ve ark. (2019) çalışmalarında cerrahi operasyondan sonra hastanede en az 24 saat tedavi gören hastalardan 72 saat içinde veri toplandığını (Keskin ve ark., 2019), Gordon ve ark. (2010) ise hastalardan hastaneye kabul veya ameliyattan sonraki 72 saat içinde çalışmaya katılmalarını istediklerini ve ameliyat sonrası ilk 24 saatteki ağrı yönetimini değerlendirmelerini istediklerini bildirmiştir (Gordon ve ark., 2010). Chaw ve ark. (2021) geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise, hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde aldıkları ağrı yönetimini ilk 72 saatte değerlendirmeleri istenmiştir (Chaw ve ark. (2021). Çin versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması son 72 saatte ortopedik cerrahi geçiren bireylerden ameliyat sonrası ilk 24 saate göre ölçeği değerlendirmeleri istenmiştir (Fang ve ark., 2017). İzlanda versiyonunun psikometrik özelliklerinin test edilmesi çalışmasında ise ≥ 24 saat hastanede kalan hastalar örnekleme alınarak anketi cevaplamaları sağlanmıştır (Zoëga, Ward ve Gunnarsdottir, 2014).

Bu araştırmada AAD-R-HSA ameliyat sonrası ağrı yönetimi kalitesini ve hastanın ağrı sonuçlarını değerlendirmek için kullanılmıştır. Anket katılımcıların ilk 24 saat içinde aldıkları ağrı yönetimini değerlendirmeleri için ameliyat sonrası 25.-72. saatler arasında uygulanmıştır.

AAD-R-HSA kullanımı için, geçerlik ve güvenirlik çalışma yazarlarından Doç. Dr. Gülten SUCU DAĞ’dan telefonla sözel ve 11 Ocak 2021 tarihinde e-mail ile yazılı izin (Ek-7) alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması gerekli “etik kurul onayı (EK-8)” ve “kurum izni (EK-9)” alındıktan sonra, Antalya Kepez Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniğinde 20 Mayıs-01 Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması “örnekleme alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden” 3 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamaya ilişkin veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Onamı

Araştırmaya “Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”ndan onay (EK-8) ve “Antalya Kepez Devlet Hastanesi”nden Kurum İzni (EK-9) alındıktan sonra başlanmıştır. STAI kullanım izni (EK-6) ve AAD-R-HSA kullanım izni (EK-7) alınmıştır. Örnekleme alınma kriterlerine uygun bireylere araştırmanın amacı açıklanarak veri toplama formları anlatılmış ve “araştırmadan elde edilen sonuçların kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği” bilgisi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden “Aydınlatılmış Onamları (EK-1)” yazılı olarak alınmıştır. Çalışma sırasında; “bireylerin tıbbi ve kişisel verilerinin korunması açısından ‘Helsinki Deklarasyonu İlkeleri’ne uyulmuş ve her bireyin kendine özgü bütünlüğü içinde eşsiz olduğu düşüncesi ile ‘insan onuruna saygı’ ilkesi” dikkate alınmıştır.

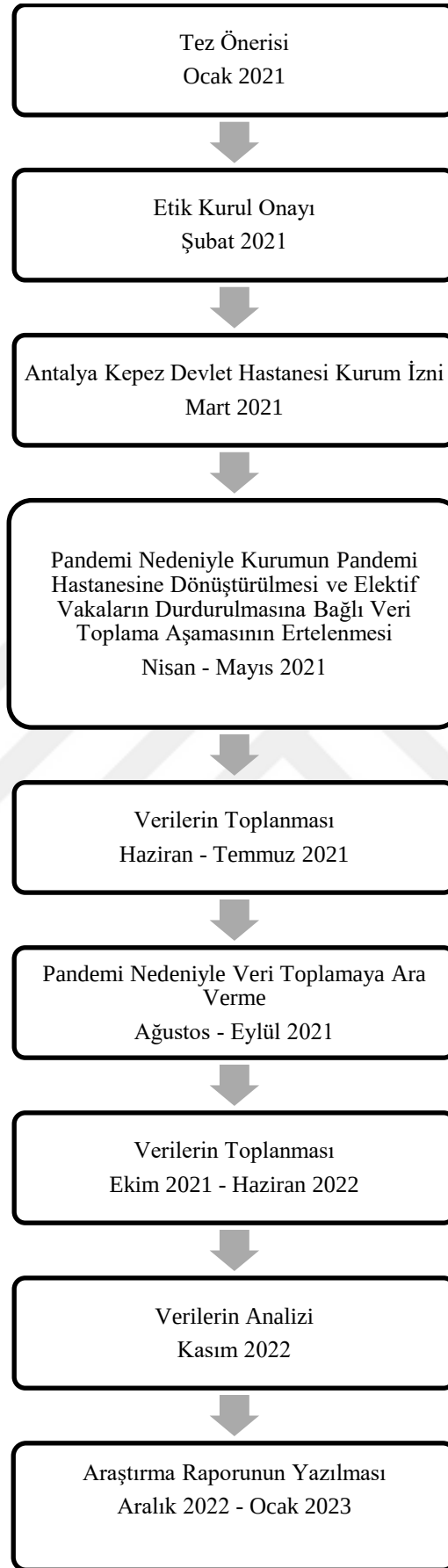
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS 23.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma (SS), medyan, minimum ve maksimum değerler ile verildi. Verilerin normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edildi. Bağımsız gruplara göre sürekli değişkenler arasındaki fark normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U test ve Kruskal-Wallis test, uyduğu durumda Independent t-test ve Tek yönlü ANOVA ile değerlendirildi. Üç ve daha fazla grubun parametrik olmayan karşılaştırmalarında anlamlı çıkan durumlar için post-hoc testlerde Bonferroni düzeltmesi yapılırken, parametrik karşılaştırmalarda anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Tukey HSD testi kullanıldı. Katılımcıların STAI, AAD-R-HSA, ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları, yaş, BKİ ve ameliyat süresi arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon testi ile analiz edildi. Ölçeklerin iç tutarlılığının analizinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplandı. Katılımcılarda ameliyat sonrası 6. ve 12. saat GKÖ ağrı puanları ile bağımsız olarak ilişkili faktörler amacıyla çoklu lineer regresyon analizi ile incelendi. Araştırma verilerinin analizinde 0,05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları

Bu araştırmada bazı sınırlılıklar mevcuttur. Araştırma tek merkezli bir çalışmadır yani hastaların tümü belirli bir bölgedeki bir hastane ortamından

seçilmiştir. Dolayısıyla sonuçlar sadece bu hasta grubunu temsil ediyor olabilir ve diğer bölgelerde farklı sonuçlar elde edilebilir. Bunlar sonuçların genellenebilirliğini sınırlayacaktır. COVID-19 pandemi sürecinde yapılan bir çalışma olduğu için çalışma iş akışında; Nisan-Mayıs 2021 tarihleri arasında kurumun “pandemi hastanesine” dönüştürülmesi ile elektif vakaların durdurulması sonucu veri toplama aşaması ertelenmiştir ve Ağustos-Eylül 2021 tarihleri arasında Covid-19 hastalarının çoğalması ile elektif vakaların durdurulması ve buna bağlı olarak planlanan veri sayısında azalma (sınırlı veri), yine pandemi sürecinde araştırmacının çalışma yerinin değişmesi (COVID-19 Pozitif Hasta Ara-Bakım Kliniği) gibi çeşitli durumlarla karşılaşmıştır. Ekim 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında dolar kurunun artışı nedeniyle oluşan maliyet yükselmesi sonucunda protez cerrahisinde elektif vakalarda azalma olmuştur. Çalışma grubundaki hastaların çoğunlukla yaşlı bireylerden oluşması uygulamayı zorlaştırmıştır. Araştırmanın iş akış şeması şekil 3.2.’de gösterilmiştir.



Şekil 3.2. İş Akış Şeması

4. BULGULAR

TKP ve TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını saptamak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı sonuçları ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada;

- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özelliklerine ait bulgulara,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların ameliyat öncesi anksiyete prevalansı ve çalışmada kullanılan ölçek ortalamaları, cronbach alfa değerlerine ilişkin bulgulara,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özelliklerine göre ameliyat öncesi STAI karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların GKÖ ağrı puanları ve ameliyat öncesi STAI puanları ile ilişkisine ait bulgulara,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özelliklerine göre AAD-R-HSA karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların GKÖ ağrı puanları, AAD-R-HSA puanları ve ameliyat öncesi STAI puanları ile ilişkilerine ait bulgulara,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların ameliyat sonrası 6. ve 12. saat GKÖ ağrı puanları ile ilişkili faktörlere ait bulgulara yer verilmiştir.

4.1. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Ait Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 65.86 ± 10.05 yıl olan ve yaşları 27 ile 88 yıl arasında değişen toplam 104 kişi dahil edildi. BKİ ortalaması 30.22 ± 4.08 kg/m² olarak bulundu. Katılımcıların %75'i kadın, %84.6'sı okuryazar/ilkokul mezunu, %95.2'si çalışmıyor/emekli, %78.8'i bekar ve %75'inin aylık geliri giderinden azdı. 78 kişide (%75) kronik hastalık mevcuttu. Katılımcılarda en sık hipertansiyon (HT) (%45.2) ve diabetes mellitus (DM) (%30.8) mevcuttu. 13 kişi (%12.5) sigara içtiğini belirtirken, medyan tüketilen sigara adeti 15 (min-maks: 8-25) olarak hesaplandı. 9 kişinin (%8.7) yalnız, 44 kişinin (%42.3) bir kişi, 38 kişinin (%36.5) 2-4 kişi ve 13 kişinin (%12.5) beş ve üzeri sayıda kişi ile birlikte yaşadığı saptandı. Araştırmaya katılan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1.'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=104)

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-maks)
Yaş (yıl)	65.86±10.05	67 (27-88)
BKİ (kg/m ²)	30.22±4.08	29.67 (22.66-46.84)
Sigara adet (n=13)	15.46±5.04	15 (8-25)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	78	75.0
Erkek	26	25.0
Eğitim düzeyi		
Okuryazar/ilkokul mezunu	88	84.6
Ortaokul mezunu	11	10.6
Lise mezunu	5	4.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	5	4.8
Çalışmıyor/emekli	99	95.2
Medeni durum		
Bekar	22	21.2
Evli	82	78.8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	78	75.0
Gelir gidere denk	26	25.0
Sigara kullanımı		
Var	13	12.5
Yok	86	82.7
Bıraktım	5	4.8
Yaşanılan kişi sayısı		
Yalnız	9	8.7
1 kişi ile	44	42.3
2-4 kişi ile	38	36.5
5 ve üzeri kişi ile	13	12.5

Katılımcıların %45.2'sinde geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu görülürken, hastaların %14.4'ünde diz protezi öyküsü mevcuttu. Daha önce ameliyat öyküsü olan katılımcıların (n=47) %53.2'sinin bir kez, %34'ünün iki kez ve %12.8'inin ise üç ve üzeri sayıda ameliyat geçirdiği belirlendi. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların geçmiş sağlık öyküsüne ilişkin özelliklerine ait bilgiler Tablo 4.2.'de belirtilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Geçmiş Sağlık Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=104)

Değişkenler	n	%
Kronik hastalık varlığı	78	75.0
<i>Hipotiroidi</i>	9	8.7
<i>Guatr</i>	3	2.9
<i>DM</i>	32	30.8
<i>Parkinson</i>	6	5.8
<i>Osteoporoz</i>	7	6.7
<i>Koksartroz</i>	1	1.0
<i>Lomber disk herni</i>	18	17.3
<i>Kronik böbrek yetmezliği</i>	1	1.0
<i>Osteoartrit</i>	3	2.9
<i>Romatizma</i>	3	2.9
<i>Varis</i>	8	7.7
<i>Epilepsi</i>	2	1.9
<i>Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ)</i>	6	5.8
<i>Astım</i>	14	13.5
<i>Kalp yetmezliği</i>	20	19.2
<i>Aritmi</i>	3	2.9
<i>HT</i>	47	45.2
Ameliyat olma sayısı (n=47)		
<i>1 kez</i>	25	53.2
<i>2 kez</i>	16	34.0
<i>3 ve üzeri</i>	6	12.8

Tablo 4.2. Katılımcıların Geçmiş Sağlık Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=104) (devam)

Değişkenler	n	%
Önceki ameliyat öyküsü	47	45.2
Koroner arter bypass greft (CABG)	4	3.8
Varis ameliyatı	1	1.0
Lomber disk herni ameliyatı	4	3.8
Parmak amputasyonu	1	1.0
Rotator cuff ameliyatı	5	4.8
Karpal tünel ameliyatı	3	2.9
Apendektomi	1	1.0
İnguinal herni ameliyatı	2	1.9
Sezaryen	1	1.0
Fraktür ameliyatı	3	2.9
Beyin pili takılması	1	1.0
Menisküs	2	1.9
Kolesistektomi	5	4.8
Batın cerrahi	2	1.9
Kalça protezi	5	4.8
Diz bağı ameliyatı	1	1.0
Tümör alınması	2	1.9
Diz protezi	15	14.4
Katarakt	6	5.8
Histerektomi	5	4.8

Bu araştırmada, medyan ameliyat süresi 70 (min-maks: 30-100) dakika olarak bulundu. Hastaların %83.7'sine cerrahi girişim olarak TDP uygulandığı ve %86.5'inin elektif cerrahi olarak planlandığı tespit edildi. 47 kişi (%45.2) ameliyat hakkında ve 65 kişi (%62.5) ameliyat öncesi hazırlıklar/işlemler hakkında yeterince bilgilendirildiğini belirtti. Hastaların büyük bir bölümünün (%85.6) doktor ve hemşire tarafından bilgilendirildiği görüldü.

Katılımcıların %98.1'inin ASA skoru II olarak belirlendi. 66 kişi (%63.5) ameliyat öncesi üç ile beş saat arasında uyuduğunu ifade etti. Hastaların %72.1'ine spinal anestezi uygulandı. Miyadren kullanılan 59 hastaya (%76.6) 2x1, Arveles kullanılan 12 hastaya (%57.1) 2x1, epidural yapılan 5 hastaya (%100) gece bir doz, Tilcotil kullanılan 3 hastaya (%75) 2x1 doz, Aldolan kullanılan 15 hastaya (%68.2) 1x1 doz, Parol kullanılan 28 hastaya (%53.8) 3x1 doz ve Madol kullanılan 55 hastaya (%67.1)

2x1 doz ilaç verildiği saptandı. Katılımcıların ameliyata ilişkin özelliklerinin dağılımına ait bilgiler Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=104)

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Ameliyat süresi (dk)	71.11±15.75	70(30-100)
Değişkenler	n	%
Planlanan cerrahi girişim		
Total kalça protez	17	16.3
Total diz protez	87	83.7
Ameliyat türü		
Acil	14	13.5
Elektif	90	86.5
Ameliyat hakkında bilgi alma düzeyi		
Kısmen	37	35.6
Yeterince	47	45.2
Tamamen	20	19.2
Ameliyat öncesi hazırlıklar/işlemler		
Kısmen	14	13.5
Yeterince	65	62.5
Tamamen	25	24.0
Ameliyat hakkında bilgi veren kişi		
Doktor	3	2.9
Hemşire	12	11.5
Doktor ve hemşire	89	85.6
ASA skoru		
ASA I	2	1.9
ASA II	102	98.1
Ameliyat öncesi gece uyku süresi		
0-2 saat	27	26.0
3-5 saat	66	63.5
6 saat ve üzeri	11	10.6
Anestezi tipi		
Genel anestezi	5	4.8
Kombine (spinal-epidural)	24	23.1
Spinal	75	72.1

Tablo 4.3. Katılımcıların Ameliyata İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=104) (devam)

Değişkenler	n	%
Kullanılan aneljezikler		
Miyadren (n=77)		
1x1	3	3.9
2x1	59	76.6
3x1	15	19.5
Arveles (n=21)		
1x1	1	4.8
2x1	12	57.1
3x1	8	38.1
Epidural 1 doz gece (n=5)	5	100.0
Tilcotil (n=4)		
2x1	3	75.0
3x1	1	25.0
Aldolan (n=22)		
1x1	15	68.2
2x1	7	31.8
Parol (n=52)		
2x1	24	46.2
3x1	28	53.8
Madol (n=82)		
1x1	12	14.6
2x1	55	67.1
3x1	15	18.3

4.2. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Çalışmada Kullanılan Ölçek Ortalamaları, Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların ameliyat öncesi STAI-I ve STAI-II dağılımına ait tanımlayıcı istatistikler tablo 4.4.'te sunulmuştur. STAI puanları; “20-37 puan düşük düzey”, “38-44 puan orta düzey” ve “45-80 puan yüksek düzey” şeklinde kategorize edilmiştir. Katılımcıların STAI-I için prevalansı; düşük düzeyde %6.7, orta düzeyde %12.5 ve yüksek düzeyde %80.8 belirlendi. Katılımcıların STAI-II için prevalansı; düşük düzeyde %33.7, orta düzeyde %22.1 ve yüksek düzeyde %44.2 belirlendi.

Tablo 4.4. Katılımcıların Ameliyat Öncesi STAI-I ve STAI-II Dağılımı (n=104)

	n	%
STAI-I		
Düşük anksiyete	7	6.7
Orta anksiyete	13	12.5
Yüksek anksiyete	84	80.8
STAI-II		
Düşük anksiyete	35	33,7
Orta anksiyete	23	22,1
Yüksek anksiyete	46	44,2

Katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.5.'te sunulmuştur. Ameliyat öncesi medyan GKÖ ağrı puanı 3 (min-maks: 1-8), ameliyat sonrası; 6. saat 8 (min-maks: 4-10), 12. saat 7 (min-maks: 5-10), 24. saat 6 (min-maks: 4-9) ve 36. saat 6 (min-maks: 4-8) olarak hesaplandı.

Tablo 4.5. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

GKÖ ağrı puanı	$\bar{X} \pm SS$	Medyan(min-maks)
Ameliyat öncesi GKÖ ağrı puanı	3.58±1.61	3(1-8)
Ameliyat sonrası 6. saat GKÖ ağrı puanı	7.9±1.3	8(4-10)
Ameliyat sonrası 12. saat GKÖ ağrı puanı	7.05±1.27	7(5-10)
Ameliyat sonrası 24. saat GKÖ ağrı puanı	6.26±1.18	6(4-9)
Ameliyat sonrası 36. saat GKÖ ağrı puanı	5.65±1.05	6(4-8)

Tablo 4.6.'da katılımcıların ameliyat öncesi STAI puan ortalamaları ve ölçek güvenirlik katsayıları belirtilmiştir. STAI-I puan ortalaması 53.95 ± 10.51 ve STAI-II puan ortalaması 44.20 ± 10.55 belirlendi. STAI için güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.934 ve 0.932 olarak hesaplandı.

Tablo 4.6. Katılımcıların STAI Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum	Cronbach's Alfa
STAI-I	53.95 ± 10.51	31	79	0.934
STAI-II	44.20 ± 10.55	25	63	0.932

4.3. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre Ameliyat Öncesi STAI Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların genel özelliklerine göre ameliyat öncesi STAI puan ortalamaları Tablo 4.7.'de karşılaştırılmıştır. Cinsiyet ($p=0.696$), eğitim düzeyi ($p=0.106$), çalışma durumu ($p=0.749$), gelir durumu ($p=0.835$), kronik hastalık ($p=0.258$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.307$), ameliyat sayısı ($p=0.270$) ve planlanan cerrahi girişim ($p=0.835$) ile katılımcıların ameliyat öncesi STAI-I puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bekar olan ($p=0.001$), acil cerrahi uygulanan ($p<0.001$), ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ($p=0.001$) ve genel anestezi uygulanan ($p=0.006$) hastaların STAI-I puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi.

Katılımcıların STAI-II puan ortalamalarının kronik hastalık ($p=0.111$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.102$), ameliyat sayısı ($p=0.105$), planlanan cerrahi girişim ($p=0.835$), ameliyat türü ($p=0.548$), ameliyat öncesi gece uyku süresi ($p=0.164$) ve anestezi tipine ($p=0.304$) göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi. Kadın olan ($p<0.001$), okuryazar/ilkokul mezunu olan ($p=0.004$), çalışmıyor/emekli olan ($p=0.002$), bekar olan ($p=0.026$) ve aylık geliri giderinde az olan ($p=0.034$) katılımcıların STAI-II puan ortalamaları istatistiksel açıdan daha yüksek bulundu.

Tablo 4.7. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklere Göre STAI Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=104)

Değişkenler	STAI-I			STAI-II	
	n	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Cinsiyet					
Kadın	78	53.72±10.46	t=-0.392	46.29±9.6	t=3.717
Erkek	26	54.65±10.84	p=0.696	37.92±10.95	p<0.001
Eğitim düzeyi					
1.Okuryazar/ilkokul mezunu	88	54.69±10.26	KW=4.489	45.62±9.99	KW=10.977
2.Ortaokul mezunu	11	47.55±9.1	p=0.106	36.64±10.63	p=0.004
3.Lise mezunu	5	55 ±14.85		35.8±11.01	
<i>Anlamlı fark</i>				1-2, 1-3	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	5	56.6±16.86	z=-0.319	30±4.8	z=3.079
Çalışmıyor/emekli	99	53.82±10.2	p=0.749	44.92±10.26	p=0.002
Medeni durum					
Bekar	22	60.55±8.63	t=3.489	48.64±11.52	t=2.265
Evli	82	52.18±10.3	p=0.001	43.01±10.02	p=0.026
Gelir durumu					
Gelir giderden az	78	54.08±10.17	t=0.209	45.46±9.98	t=2.146
Gelir giderle denk	26	53.58±11.67	p=0.835	40.42±11.48	p=0.034
Kronik hastalık					
Yok	26	51.92±11.13	t=-1.138	41.35±10.68	t=-1.606
Var	78	54.63±10.28	p=0.258	45.15±10.4	p=0.111
Önceki ameliyat öyküsü					
Yok	57	54.91±10.15	t=1.027	42.67±10.51	t=-1.648
Var	47	52.79±10.93	p=0.307	46.06±10.4	p=0.102
Ameliyat sayısı (n=47)					
1 kez	25	52.32±10.95	KW=2.619	47.48±10.05	KW=4.504
2 kez	16	50.88±10.2	p=0.270	42.06±10.42	p=0.105
3 ve üzeri	6	59.83±11.81		50.83±9.79	
Planlanan cerrahi girişim					
Total kalça protezi	17	65.35±9.23	t=0.209	42.76±12.27	t=0.209
Total diz protezi	87	51.72±9.26	p=0.835	44.11±10.24	p=0.835
Ameliyat türü					
Acil	14	68.29±5.44	t=9.451	45.79±12.6	t=0.602
Elektif	90	51.72±9.28	p<0.001	43.96±10.25	p=0.548

Tablo 4.7. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklere Göre STAI Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=104) (devam)

Değişkenler	STAI-I			STAI-II	
	n	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p
Ameliyat öncesi gece uyku süresi					
1.0-2 saat	27	59.37 $\pm$ 10.15	F=7.216	47.52 $\pm$ 10.64	F=1.838
2.3-5 saat	66	52.92 $\pm$ 9.88	p=0.001	42.98 $\pm$ 10.49	p=0.164
3.6 saat ve üzeri	11	46.82 $\pm$ 9.64		43.36 $\pm$ 9.8	
<i>Anlamlı fark</i>		1-2, 1-3			
Anestezi tipi					
1.Genel anestezi	5	65.4 $\pm$ 3.51	KW=10.319	37.4 $\pm$ 6.11	KW=2.378
2.Kombine	24	56.58 $\pm$ 8.9	p=0.006	45.88 $\pm$ 11.21	p=0.304
3.Spinal	75	52.35 $\pm$ 10.71		44.12 $\pm$ 10.47	
<i>Anlamlı fark</i>		1-3			

t: Independent t-test, Z: Mann-Whitney U test, F: Tek yönlü ANOVA, KW: Kruskal-Wallis test.

Katılımcıların STAI puanları ile diğer değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.8.'de sunulmuştur. Katılımcıların yaşları ile STAI-I puanı (p=0.200; p=0.042) ve STAI-II puanı (p=0.356; p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyona rastlandı.

Tablo 4.8. Yaş, BKİ ve Ameliyat Süresinin STAI Puanları ile Korelasyonu

Değişkenler	STAI-I		STAI-II	
	r	p	r	p
Yaş	0.200	0.042	0.356	<0.001
BKİ	-0.131	0.185	0.006	0.956
Ameliyat süresi	0.155	0.116	0.077	0.436

Spearman korelasyon test.

4.4. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları ve Ameliyat Öncesi STAI Puanları ile İlişkisine Ait Bulgular

Ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanlarının STAI puanları ile korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.9.'da verilmiştir. Katılımcıların STAI-I ile ameliyat öncesi (r=0.523; p<0.001), ameliyat sonrası 6. saat (r=0.557; p<0.001), 12. saat (r=0.498; p<0.001), 24. saat (r=0.600; p<0.001) ve 36. saat (r=0.553; p<0.001) ağrı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi.

STAI-II puanları ile ameliyat sonrası 12. saat ($r=0.215$; $p=0.028$) ve 24. saat ($r=0.259$; $p=0.008$) ağrı puanları arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon gözlemlendi.

Tablo 4.9. Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanlarının STAI Puanları ile Korelasyonu

Değişkenler	STAI-I		STAI-II	
	r	p	r	p
Ameliyat öncesi GKÖ ağrı puanı	0.523	<0.001	0.105	0.290
Ameliyat sonrası 6. saat GKÖ ağrı puanı	0.557	<0.001	0.131	0.184
Ameliyat sonrası 12. saat GKÖ ağrı puanı	0.498	<0.001	0.215	0.028
Ameliyat sonrası 24. saat GKÖ ağrı puanı	0.599	<0.001	0.259	0.008
Ameliyat sonrası 36. saat GKÖ ağrı puanı	0.553	<0.001	0.179	0.069

Spearman korelasyon test.

4.5. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların AAD-R-HSA'nın "alt boyut ve madde puan ortalamaları" Tablo 4.10.'da verilmiştir. Ameliyat sonrasında hastaların alt boyut puan ortalamaları "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki için 5.94 ± 1.33 ", "Ağrının Aktiviteye Etkisi için 6.49 ± 1.61 ", "Emosyonel Etki için 3.1 ± 1.65 ", "Yan Etkiler için 2.53 ± 2.80 ", "Bakım Algısı için 6.47 ± 2.53 " puan olarak bulundu. "Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı" tüm anket için "0.831", anket alt boyutları; "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki için 0.890", "Ağrının Aktiviteye Etkisi için 0.860", "Emosyonel Etki için 0.826", "Yan Etkiler için 0.402" ve "Bakım Algısı için 0.405" olarak hesaplandı.

Tablo 4.10. AAD-R-HSA'nın Alt Boyut ve Madde Puan Ortalamaları

Maddeler	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum	Cronbach's Alfa
1) Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki Alt Boyut	5.94±1.33	3.2	8.8	0.890
İlk 24 saatte hissedilen en hafif ağrı	4.98±1.41	2	8	
İlk 24 saatte hissedilen en şiddetli ağrı	8.39±1.14	6	10	
İlk 24 saatte ne sıklıkta şiddetli ağrı hissettiniz?	7.13±1.51	4	10	
Uykuya dalmayı	4.77±1.74	1	9	
Uyumayı	4.44±2.04	0	8	
2) Ağrının Aktiviteye Etkisi Alt Boyut	6.49±1.61	3	9.5	0.860
Yatakta dönmeyi, oturmayı ve pozisyon değiştirmeyi	6.01±1.7	1	9	
Yürümeyi, sandalyede oturmayı veya tuvalete gitmek gibi yatağın dışındaki aktiviteleri yapmayı	6.97±1.74	3	10	
3) Emosyonel Etki Alt Boyut	3.1±1.65	0	6.5	0.826
Endişeyi	4.42±1.8	0	9	
Kederi	1.77±1.97	0	7	
Korkuyu	3.39±2.18	0	8	
Çaresizliği	2.83±2.18	0	8	
4) Yan Etkiler Alt Boyut	1.64±1.1	0	4.5	0.402
Bulantı	1.7±2.1	0	7	
Uyuşukluk	3.24±2.4	0	8	
Kasıntı	0.26±0.74	0	3	
Baş dönmesi	1.38±1.67	0	7	
5) Bakım Algısı Alt Boyut	6.66±1.47	3.67	9.67	0.405
Ağrının ne derece hafiflediği	6.87±1.58	3	10	
Ağrı tedavisiyle ilgili kararlara katılmaya izin verilmesi	5.7±3.06	0	10	
Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi	7.42±1.51	4	10	
Toplam				0.831

AAD-R-HSA'nın diğer maddelerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.11.'de verilmiştir. Hastaların %55.8'inin ağrının tedavisine yönelik bilgilendirilmediği, %83.7'sinin ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama yaptığı, %44.2'sinin ilaç dışı yöntemlere hiçbir zaman teşvik edilmediği saptandı. 51 kişi (%49) bu anketi doldururken yardım aldı.

Tablo 4.11. AAD-R-HSA'nın Diğer Maddelerinin Dağılımları (n=104)

Maddeler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Verilen bilgi ne derecede faydalı oldu? (n=58)	4.66±1.19	1-7
	n	%
Ağrınızın tedavisine yönelik bilgi verilme durumu		
Evet	58	55.8
Hayır	46	44.2
Kullanılan ilaç dışı yöntemler		
Buz torbası (Soğuk Uygulama)	87	83.7
Derin Nefes alma	1	1.0
Başka şeylerle oyalanma	12	11.5
Dua etme	4	3.8
İlaç dışı tedavi yöntemlerini doktor veya hemşirenin kullanmaya teşvik etmesi		
Hiç bir zaman	46	44.2
Ara sıra	58	55.8
Hasta bu anketi doldururken yardım aldı mı?		
Evet	51	49.0
Hayır	53	51.0

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre AAD-R-HSA alt boyut puanları Tablo 4.12.'de karşılaştırılmıştır. Eğitim düzeyi ($p=0.444$), çalışma durumu ($p=0.825$), gelir durumu ($p=0.933$), kronik hastalık ($p=0.986$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.736$) ve ameliyat sayısına ($p=0.686$) göre katılımcıların "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki" alt boyut puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir. Erkek olan ($p=0.032$), TKP planlanan ($p<0.001$), acil cerrahi uygulanan ($p<0.001$), ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ($p<0.001$) ve genel anestezi uygulanan ($p=0.002$) hastaların "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki" alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bekar olan hastaların "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki" alt boyut puan ortalaması evlilere göre daha yüksek olmakla birlikte anlamlı fark saptanmadı ($p=0.066$).

Cinsiyet ($p=0.195$), eğitim düzeyi ($p=0.183$), çalışma durumu ($p=0.680$), medeni durum ($p=0.111$), gelir durumu ($p=0.917$), kronik hastalık ($p=0.311$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.675$) ve ameliyat sayısına ($p=0.336$) göre katılımcıların “Ağrının Aktiviteye Etkisi” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmedi. TKP planlanan ($p<0.001$), acil cerrahi uygulanan ($p<0.001$), ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ($p<0.001$) ve genel anestezi uygulanan ($p=0.019$) hastaların “Ağrının Aktiviteye Etkisi” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel açıdan daha yüksek gözlendi.

Katılımcıların eğitim düzeyi ($p=0.678$), çalışma durumu ($p=0.819$), gelir durumu ($p=0.878$), kronik hastalık varlığı ($p=0.798$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.261$) ve ameliyat sayısı ($p=0.791$) “Emosyonel Etki” alt boyut puanları ile ilişkili bulunmadı. Bekar olan ($p=0.018$), TKP planlanan ($p<0.001$), acil cerrahi uygulanan ($p<0.001$), ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ($p=0.014$) ve genel anestezi uygulanan ($p=0.038$) hastaların “Emosyonel Etki” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Erkek hastaların “Emosyonel Etki” alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksek olup bu fark anlamlı bulunmadı ($p=0.058$).

Cinsiyet ($p=0.673$), eğitim düzeyi ($p=0.559$), gelir durumu ($p=0.278$), kronik hastalık ($p=0.427$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.297$), ameliyat sayısı ($p=0.293$), planlanan cerrahi girişim ($p=0.142$) ve ameliyat öncesi uyku süresine ($p=0.302$) göre katılımcıların “Yan Etki” alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık izlenmedi. Çalışmıyor/emekli olan ($p=0.026$), acil cerrahi uygulanan ($p=0.040$) ve genel anestezi uygulanan ($p=0.009$) hastaların “Yan Etki” alt boyut puanları istatistiksel olarak daha yüksekti. Bekar olan katılımcıların “Yan Etki” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülürken, bu fark anlamlı bulunmadı ($p=0.075$).

Katılımcıların eğitim düzeyi ($p=0.112$), çalışma durumu ($p=0.232$), medeni durumu ($p=0.359$), gelir durumu ($p=0.164$), kronik hastalık ($p=0.760$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.430$), ameliyat sayısı ($p=0.256$), planlanan cerrahi girişim ($p=0.280$), ameliyat türü ($p=0.359$), ameliyat öncesi gece uyku süresi ($p=0.682$) ve anestezi tipi ($p=0.468$) ile “Bakım Algısı” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Erkek hastaların “Bakım Algısı” alt boyut puanları kadınlara göre istatistiksel açıdan daha yüksek bulundu ($p=0.006$).

Tablo 4.12. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Puanları (n=104)

Değişkenler	n	Ağrı Şiddeti ve Uyku		Aktiviteye Etkisi		Emosyonel Etki		Yan Etki		Bakım Algısı	
		$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p
Cinsiyet											
Kadın	78	5.78 $\pm$ 1.31	t=-2.170	6.37 $\pm$ 1.61	t=-1.304	2.63(1.75-4)	z=1.898	1.5(0.75-2.5)	z=0.422	6.17(5.33-7.67)	z=2.752
Erkek	26	6.42 $\pm$ 1.28	p=0.032	6.85 $\pm$ 1.58	p=0.195	3.5(2.5-4.5)	p=0.058	1.75(1-2.25)	p=0.673	7.33(6-8.67)	p=0.006
Eğitim düzeyi											
Okuryazar/ilkokul mezunu	88	5.99 $\pm$ 1.33	KW=1.623	6.61 $\pm$ 1.61	KW=3.395	2.75(2-4.25)	KW=0.777	1.5(1-2.38)	KW=1.165	6.33(5.33-7.83)	KW=4.371
Ortaokul mezunu	11	5.45 $\pm$ 1.1	p=0.444	5.73 $\pm$ 1.33	p=0.183	2.75(2-3.5)	p=0.678	2.25(0.75-2.5)	p=0.559	7.33(5.67-9)	p=0.112
Lise mezunu	5	6.2 $\pm$ 1.78		6.1 $\pm$ 1.95		3.25(2.25-6)		1.5(0.75-2.25)		7.33(6.33-8.33)	
Çalışma durumu											
Çalışıyor	5	6 $\pm$ 1.92	z=-0.221	6 $\pm$ 2.45	z=0.413	3(1.5-6)	z=-0.228	0.75(0.75-0.75)	z=2.219	7.33(6.33-8.33)	z=-1.196
Çalışmıyor/emekli	99	5.94 $\pm$ 1.3	p=0.825	6.52 $\pm$ 1.57	p=0.680	2.75(2-4.25)	p=0.819	1.5(1-2.5)	p=0.026	6.33(5.33-8)	p=0.232
Medeni durum											
Bekar	22	6.5 $\pm$ 1.62	t=1.913	6.98 $\pm$ 1.76	t=1.608	4.5(2-5.75)	z=-2.371	2.25(0.75-3)	z=-1.778	6.17(5.33-7)	z=0.918
Evli	82	5.79 $\pm$ 1.21	p=0.066	6.36 $\pm$ 1.55	p=0.111	2.75(1.75-3.75)	p=0.018	1.5(1-2.25)	p=0.075	6.33(5.67-8)	p=0.359
Gelir durumu											
Gelir giderden az	78	5.94 $\pm$ 1.35	t=-0.085	6.48 $\pm$ 1.62	t=-0.105	2.75(1.75-4.25)	z=0.154	1.63(1-2.5)	z=-1.085	6.33(5.33-8)	z=1.393
Gelir giderle denk	26	5.96 $\pm$ 1.27	p=0.933	6.52 $\pm$ 1.62	p=0.917	2.88(2-3.75)	p=0.878	1.5(0.75-2.25)	p=0.278	7.17(5.67-8)	p=0.164
Kronik hastalık											
Yok	26	5.95 $\pm$ 1.53	t=0.017	6.21 $\pm$ 1.9	t=-1.019	2.88(1.75-4.5)	z=-0.256	1.38(0.75-2.25)	z=0.795	6.5(5.67-8)	z=-0.305
Var	78	5.94 $\pm$ 1.26	p=0.986	6.58 $\pm$ 1.51	p=0.311	2.75(2-4.25)	p=0.798	1.75(1-2.5)	p=0.427	6.33(5.33-8)	p=0.760
Önceki ameliyat öyküsü											
Yok	57	5.98 $\pm$ 1.31	t=0.338	6.43 $\pm$ 1.61	t=-0.420	3.25(2-4.25)	z=-1.125	1.25(0.75-2.5)	z=1.043	6.33(5.67-8)	z=-0.789
Var	47	5.89 $\pm$ 1.36	p=0.736	6.56 $\pm$ 1.63	p=0.675	2.5(1.75-4.25)	p=0.261	1.75(1-2.5)	p=0.297	6.33(5.33-7.67)	p=0.430

Tablo 4.12. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Puanları (n=104) (devam)

Değişkenler	n	Ağrı Şiddeti ve Uyku		Aktiviteye Etkisi		Emosyonel Etki		Yan Etki		Bakım Algısı	
		$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p
Ameliyat sayısı (n=47)											
1 kez	25	5.82±1.41	KW=0.753	6.32±1.81	KW=2.183	2.75(2-4.25)	KW=0.468	2(1.5-2.5)	KW=2.455	6.67(5.33-8)	KW=2.725
2 kez	16	5.9±1.31	p=0.686	6.69±1.22	p=0.336	2.5(1.63-3)	p=0.791	1.63(0.88-2.25)	p=0.293	5.67(5.5-6.83)	p=0.256
3 ve üzeri	6	6.17±1.51		7.25±1.78		2.25(2-3.25)		0.88(0.5-2)		7(6-7.33)	
Planlanan cerrahi girişim											
Total kalça protezi	17	7.25±1.05	t=4.899	7.88±1.1	t=4.196	4.75(3.75-6)	z=-3.706	2.25(1-3)	z=-1.469	5.67(5.33-7)	z=1.080
Total diz protezi	87	5.69±1.23	p<0.001	6.22±1.56	p<0.001	2.5(1.75-3.75)	p<0.001	1.5(0.75-2.25)	p=0.142	6.33(5.67-8)	p=0.280
Ameliyat türü											
Acil	14	7.3±1.05	t=4.476	7.86±1.22	t=3.604	4.88(4-6)	z=-3.743	2.63(1.25-3)	z=-2.056	5.83(5.33-7)	z=0.917
Elektif	90	5.73±1.24	p<0.001	6.28±1.57	p<0.001	2.63(1.75-3.75)	p<0.001	1.5(0.75-2.25)	p=0.040	6.33(5.67-8)	p=0.359
Ameliyat öncesi gece uykusu süresi											
0-2 saat	27	6.91±1.26	F=12.973	7.61±1.55	F=11.928	4.5(2-5.75)	KW=8.477	1.75(1-3)	KW=2.391	6.33(5.33-7.67)	KW=0.764
3-5 saat	66	5.68±1.17	p<0.001	6.2±1.37	p<0.001	2.63(1.75-3.75)	p=0.014	1.5(1-2.25)	p=0.302	6.5(5.67-8)	p=0.682
6 saat ve üzeri	11	5.13±1.21		5.45±1.78		2.75(1.75-3)		1.5(0.5-2)		6.33(5.67-7)	
Anlamlı fark		1-2, 1-3		1-2, 1-3		1-2, 1-3					
Anestezi tipi											
Genel anestezi	5	7.76±0.71	KW=12.244	8.1±1.39	KW=7.977	4.75(4.25-5)	KW=6.532	3(3-3.25)	KW=9.510	5.67(5.67-7)	KW=1.519
Kombine	24	6.24±1.07	p=0.002	6.9±1.38	p=0.019	2.75(2-3.88)	p=0.038	1.5(0.88-2.13)	p=0.009	6.33(5.17-7.83)	p=0.468
Spinal	75	5.73±1.33		6.25±1.62		2.75(1.75-4.25)		1.5(0.75-2.5)		6.33(5.67-8)	
Anlamlı fark		1-3		1-3		1-2, 1-3		1-2, 1-3			

T: Independent t-test, F: Tek yönlü ANOVA, Z: Mann-Whitney U test , KW: Kruskal-Wallis test.

4.6. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları, AAD-R-HSA Puanları ve Ameliyat Öncesi STAI Puanları ile İlişkilerine Ait Bulgular

Tablo 4.13.'te ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları ile AAD-R-HSA puanları arasındaki korelasyon analizi bulguları verilmiştir. “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” alt boyut puanları ile ameliyat öncesi ($r=0.686$; $p<0.001$), ameliyat sonrası; “6. saat ($r=0.757$; $p<0.001$), 12. saat ($r=0.718$; $p<0.001$), 24. saat ($r=0.736$; $p<0.001$) ve 36. saat ($r=0.721$; $p<0.001$)” ağrı puanları arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon olduğu görüldü.

“Ağrının Aktiviteye Etkisi” alt boyut puanları ile ameliyat öncesi ($r=0.658$; $p<0.001$), ameliyat sonrası; “6. saat ($r=0.675$; $p<0.001$), 12. saat ($r=0.631$; $p<0.001$), 24. saat ($r=0.698$; $p<0.001$) ve 36. saat ($r=0.640$; $p<0.001$)” ağrı puanları arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyona rastlandı.

“Emosyonel Etki” alt boyut puanları ile ameliyat öncesi ($r=0.428$; $p<0.001$), ameliyat sonrası; “6. saat ($r=0.590$; $p<0.001$), 12. saat ($r=0.518$; $p<0.001$), 24. saat ($r=0.530$; $p<0.001$) ve 36. saat ($r=0.434$; $p<0.001$)” ağrı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi.

Katılımcıların “Yan Etki” alt boyut puanları ameliyat öncesi ($r=0.322$; $p=0.001$), ameliyat sonrası; “6. saat ($r=0.286$; $p=0.003$), 12. saat ($r=0.359$; $p<0.001$), 24. saat ($r=0.297$; $p=0.002$) ve 36. saat ($r=0.225$; $p=0.022$)” ağrı puanları arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulundu.

Tablo 4.13. Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanlarının AAD-R-HSA Puanları ile Korelasyonu

Değişkenler	Ağrı Şiddeti ve Uyku		Aktiviteye Etkisi		Emosyonel Etki		Yan Etki		Bakım Algısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Ameliyat öncesi GKÖ puanı	0.686	<0.001	0.658	<0.001	0.428	<0.001	0.322	0.001	-0.148	0.133
Ameliyat sonrası 6. Saat GKÖ puanı	0.757	<0.001	0.675	<0.001	0.590	<0.001	0.286	0.003	-0.067	0.499
Ameliyat sonrası 12. saat GKÖ puanı	0.718	<0.001	0.631	<0.001	0.518	<0.001	0.359	<0.001	-0.171	0.083
Ameliyat sonrası 24. saat GKÖ puanı	0.736	<0.001	0.698	<0.001	0.530	<0.001	0.297	0.002	-0.106	0.282
Ameliyat sonrası 36. saat GKÖ puanı	0.721	<0.001	0.640	<0.001	0.434	<0.001	0.225	0.022	-0.189	0.055

Spearman korelasyon test.

Katılımcıların “AAD-R-HSA puanları ile STAI puanları arasındaki korelasyon analizi” sonuçları Tablo 4.14.’te sunulmuştur. Katılımcıların STAI-I puanları ile “Emosyonel Etki” alt boyut puanları arasında pozitif yönde güçlü ($r=0.626$; $p<0.001$), “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ($r=0.595$; $p<0.001$) ve “Aktiviteye Etkisi” ($r=0.553$; $p<0.001$) alt boyut puanları ile pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon tespit edildi.

Katılımcıların STAI-II puanları ile “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ($r=0.249$; $p=0.011$), “Aktiviteye Etkisi” ($r=0.252$; $p=0.010$) ve “Emosyonel Etki” ($r=0.286$; $p=0.003$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Tablo 4.14. AAD-R-HSA Puanlarının STAI Puanları ile Korelasyonu

Değişkenler	STAI-I		STAI-II	
	r	p	r	p
Ağrı Şiddeti ve Uyku	0.595	<0.001	0.249	0.011
Aktiviteye Etkisi	0.553	<0.001	0.252	0.010
Emosyonel Etki	0.626	<0.001	0.286	0.003
Yan Etki	0.171	0.082	0.175	0.075
Bakım Algısı	-0.143	0.147	-0.148	0.135

Pearson korelasyon test, Spearman korelasyon test.

“Bakım Algısı” alt boyutu maddelerinin ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları ile korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.15.’te verilmiştir. “Ağrının ne derecede hafiflediği” madde puanları ile ameliyat öncesi ($r=-0.279$; $p=0.004$), ameliyat sonrası; “6. saat ($r=-0.320$; $p=0.001$), 12. saat ($r=-0.369$; $p<0.001$) ve 24. saat ($r=-0.258$; $p=0.008$)” ağrı puanları arasında negatif yönde zayıf ve “36. saat ($r=-0.400$; $p<0.001$)” ağrı puanları ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu gözlemlendi.

“Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi” madde puanları ile ameliyat öncesi ($r=-0.250$; $p=0.011$), ameliyat sonrası; “6. saat ($r=-0.252$; $p=0.010$), 12. saat ($r=-0.289$; $p=0.003$) ve 24. saat ($r=-0.324$; $p=0.001$)” ağrı puanları arasında negatif yönde zayıf ve “36. saat ($r=-0.400$; $p<0.001$)” ağrı puanları ile negatif yönde orta düzeyde bir korelasyona saptandı.

Tablo 4.15. Bakım Algısı Alt Boyutu Maddelerinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanları ile Korelasyonu

Değişkenler	Ağrının ne derece hafiflediği		Ağrı tedavisiyle ilgili kararlara katılmaya izin verilmesi		Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi	
	r	p	r	p	r	p
Ameliyat öncesi GKÖ puanı	-0.279	0.004	0.057	0.564	-0.250	0.011
Ameliyat sonrası 6. saat GKÖ puanı	-0.320	0.001	0.152	0.124	-0.252	0.010
Ameliyat sonrası 12. saat GKÖ puanı	-0.369	<0.001	0.077	0.438	-0.289	0.003
Ameliyat sonrası 24. saat GKÖ puanı	-0.258	0.008	0.058	0.559	-0.324	0.001
Ameliyat sonrası 36. saat GKÖ puanı	-0.400	<0.001	0.033	0.737	-0.422	<0.001

Spearman korelasyon test.

4.7. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörlere Ait Bulgular

Tablo 4.16.'da katılımcıların genel özelliklerine göre ameliyat sonrası 6. ve 12. saat GKÖ ağrı puanları karşılaştırılmıştır. Eğitim düzeyi ($p=0.762$), çalışma durumu ($p=0.210$), medeni durum ($p=0.264$), gelir durumu ($p=0.326$), kronik hastalık ($p=0.399$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.178$) ve ameliyat sayısına ($p=0.911$) göre katılımcıların 6. saat GKÖ ağrı puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Erkek olan ($p=0.046$), acil cerrahi uygulanan ($p<0.001$) ve ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ($p=0.004$) katılımcıların ağrı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Genel anestezi uygulanan hastaların 6. saat ağrı puanları daha yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmadı ($p=0.071$).

Katılımcıların eğitim düzeyi ($p=0.642$), çalışma durumu ($p=0.732$), medeni durum ($p=0.341$), gelir durumu ($p=0.758$), kronik hastalık ($p=0.978$), önceki ameliyat öyküsü ($p=0.313$) ve ameliyat sayısı ($p=0.784$) ile 12. saat GKÖ ağrı puanları ilişkili

bulunmadı. Acil cerrahi uygulanan ($p<0.001$), ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ($p=0.004$) ve genel anestezi uygulanan ($p=0.021$) katılımcıların 12. saat ağrı puanları istatistiksel olarak daha yüksekti. Erkek hastaların 12. saat ağrı puanlarının daha yüksek olduğu görülürken, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p=0.061$).

Tablo 4.16. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları (n=104)

Değişkenler	6. saat Ağrı			12. saat Ağrı	
	n	Medyan (IQR)	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p
Cinsiyet					
Kadın	78	8(7-9)	z=1.993	7(6-8)	z=1.872
Erkek	26	8(8-9)	p=0.046	8(6-8)	p=0.061
Eğitim düzeyi					
Okuryazar/ilkokul mezunu	88	8(7-9)	KW=0.543	7(6-8)	KW=0.886
Ortaokul mezunu	11	8(7-8)	p=0.762	6(6-8)	p=0.642
Lise mezunu	5	9(7-10)		8(7-8)	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	5	9(8-10)	z=-1.253	8(6-8)	z=-0.343
Çalışmıyor/emekli	99	8(7-9)	p=0.210	7(6-8)	p=0.732
Medeni durum					
Bekar	22	8(7-9)	z=-1.116	7(6-8)	z=-0.952
Evli	82	8(7-9)	p=0.264	7(6-8)	p=0.341
Gelir durumu					
Gelir giderden az	78	8(7-9)	z=0.983	7(6-8)	z=-0.308
Gelir giderle denk	26	8(7-9)	p=0.326	7(6-8)	p=0.758
Kronik hastalık					
Yok	26	8(7-9)	z=-0.844	7(6-8)	z=-0.027
Var	78	8(7-9)	p=0.399	7(6-8)	p=0.978
Önceki ameliyat öyküsü					
Yok	57	8(7-9)	z=-1.347	7(6-8)	z=-1.009
Var	47	8(7-9)	p=0.178	7(6-8)	p=0.313
Ameliyat sayısı (n=47)					
1 kez	25	8(7-8)	KW=0.186	7(6-8)	KW=0.487
2 kez	16	8(7-8)	p=0.911	7(6-7.5)	p=0.784
3 ve üzeri	6	8(6-9)		7.5(6-8)	
Ameliyat türü					
Acil	14	9(9-10)	z=-4.188	8(8-9)	z=-3.919
Elektif	90	8(7-8)	p<0.001	7(6-8)	p<0.001

Tablo 4.16. Katılımcıların Tanıtıcı ve Ameliyata İlişkin Özelliklerine Göre Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları (n=104) (devam)

Değişkenler	n	6. saat Ağrı		12. saat Ağrı	
		Medyan (IQR)	Test değeri/p	Medyan (IQR)	Test değeri/p
Ameliyat öncesi gece uyku süresi					
0-2 saat	27	9(8-10)	KW=11.172	8(7-9)	KW=11.304
3-5 saat	66	8(7-9)	p=0.004	7(6-8)	p=0.004
6 saat ve üzeri	11	7(6-8)		7(6-7)	
Anlamlı fark		1-2, 1-3		1-2, 1-3	
Anestezi tipi					
Genel anestezi	5	9(8-10)	KW=5.285	8(8-9)	KW=7.771
Kombine	24	8(7.5-9)	p=0.071	8(7-8)	p=0.021
Spinal	75	8(7-9)		7(6-8)	
Anlamlı fark				1-3	

Z: Mann-Whitney U test, KW: Kruskal-Wallis test.

Tablo 4.17.'de uygulanan cerrahi prosedüre göre katılımcıların GKÖ ağrı puanları karşılaştırılmıştır. TKP prosedürü uygulanan katılımcıların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 6., 12., 24. ve 36. saat ağrı puanları TDP prosedürü uygulanan katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksekti ($p<0.001$).

Tablo 4.17. Uygulanan Cerrahi Prosedüre Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanları

Değişkenler	TKP (n=17)	TDP (n=87)	Test değeri	p
	Medyan (IQR)	Medyan (IQR)		
Ameliyat öncesi GKÖ puanı	7(5-7)	3(2-4)	$z=-6.264$	<0.001
Ameliyat sonrası 6. saat GKÖ puanı	9(9-10)	8(7-8)	$z=-4.559$	<0.001
Ameliyat sonrası 12. saat GKÖ puanı	8(8-9)	7(6-8)	$z=-4.294$	<0.001
Ameliyat sonrası 24. saat GKÖ puanı	8(7-8)	6(5-7)	$z=-4.359$	<0.001
Ameliyat sonrası 36. saat GKÖ puanı	7(6-7)	5(5-6)	$z=-4.505$	<0.001

Mann-Whitney U test.

Yaş, BKİ ve ameliyat süresinin ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları ile korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.18.'de gösterilmiştir. Ameliyat süresi ile ameliyat sonrası 36. saat ağrı puanları arasında anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon saptandı ($r=0.205$; $p=0.037$).

Tablo 4.18. Yaş, BKİ ve Ameliyat Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası GKÖ Ağrı Puanları ile Korelasyonu

Değişkenler	Yaş		BKİ		Ameliyat süresi	
	r	p	r	p	r	p
Ameliyat öncesi GKÖ puanı	0.150	0.129	-0.105	0.288	0.039	0.691
Ameliyat sonrası 6. saat GKÖ puanı	0.061	0.536	-0.076	0.443	-0.007	0.945
Ameliyat sonrası 12. saat GKÖ puanı	0.127	0.200	-0.030	0.763	0.105	0.288
Ameliyat sonrası 24. saat GKÖ puanı	0.181	0.067	-0.051	0.606	0.063	0.523
Ameliyat sonrası 36. saat GKÖ puanı	0.089	0.370	0.009	0.930	0.205	0.037

Spearman korelasyon test.

Hastaların 6. saat GKÖ ağrı puanını bağımsız olarak etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile Tablo 4.19.'da ele alınmıştır. Yapılan analiz sonucunda, erkek cinsiyet ($\beta=0.187$; $p=0.023$), TKP prosedürü ($\beta=0.253$; $p=0.015$) ve artan Durumluk Kaygı puanının ($\beta=0.365$; $p<0.001$) 6. saat ağrı puanını arttırdığı tespit edildi.

Tablo 4.19. Katılımcıların 6. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörler

Model	6. saat ağrı					%95 Güven aralığı		
	B	SE	β	t	p	VIF	Alt limit	Üst limit
Sabit	5.347	0.851	-	6.282	<0.001	-	3.658	7.037
Erkek cinsiyet	0.556	0.241	0.187	2.309	0.023	1.035	0.078	1.035
Total kalça protezi	0.882	0.356	0.253	2.474	0.015	1.651	0.175	1.589
Ameliyat öncesi uyku süresi	-0.369	0.191	-0.167	-1.936	0.056	1.180	-0.748	0.009
Genel anestezi	-0.620	0.570	-0.103	-1.087	0.280	1.414	-1.752	0.512
Durumluk kaygı	0.045	0.012	0.365	3.855	<0.001	1.416	0.022	0.068

$R=0.616$; $R^2=0.380$, $p<0.001$

Hastaların 12. saat GKÖ ağrı puanını bağımsız olarak etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile Tablo 4.20.'de değerlendirilmiştir. Hastaların STAI puanları ilişkili olduğu için 2 ayrı model oluşturuldu. Yapılan analiz sonucunda Model 1'de, TKP prosedürü ($\beta=0.229$; $p=0.036$) ve STAI-I puanı ($\beta=0.318$; $p=0.002$) 12. saat ağrı puanı ile pozitif yönde bağımsız olarak ilişkili bulundu. Model 2'de, erkek cinsiyet

($\beta=0.232$; $p=0.012$), TKP prosedürü ($\beta=0.382$; $p<0.001$) ve artan STAI-II puanının ($\beta=0.294$; $p=0.002$) 12. saat ağrı puanını arttırdığı saptandı.

Tablo 4.20. Katılımcıların 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörler

Model 1	12. saat ağrı					VIF	%95 Güven aralığı	
	B	SE	β	t	p		Alt limit	Üst limit
Sabit	4.968	0.881	-	5.642	<0.001	-	3.22	6.715
Erkek cinsiyet	0.405	0.249	0.138	1.623	0.108	1.035	-0.09	0.899
TKP	0.822	0.369	0.24	2.228	0.028	1.651	0.09	1.553
Ameliyat öncesi uyku süresi	-0.335	0.197	-	-	0.093	1.18	-0.726	0.057
Genel anestezi	-0.35	0.59	-	-	0.554	1.414	-1.521	0.82
STAI-I	0.038	0.012	0.318	3.185	0.002	1.416	0.014	0.062
R=0.558; R ² =0.312, p<0.001								
Model 2	12. saat ağrı					VIF	%95 Güven aralığı	
	B	SE	β	t	p		Alt limit	Üst limit
Sabit	5.14	0.832		6.176	<0.001		3.488	6.792
Erkek cinsiyet	0.677	0.264	0.232	2.563	0.012	1.163	0.153	1.201
TKP	1.309	0.336	0.382	3.894	<0.001	1.374	0.642	1.977
Ameliyat öncesi uyku süresi	-0.384	0.193	-	-	0.051	1.135	-0.767	0.002
Genel anestezi	-0.197	0.593	-	-	0.741	1.433	-1.375	0.981
STAI-II	0.035	0.011	0.294	3.205	0.002	1.197	0.013	0.057
R=0.559; R ² =0.312, p<0.001								

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, “TKP ve TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını saptamak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı sonuçları ilişkisini belirlemek” amacıyla yapılan mevcut araştırma sonuçlarından;

- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özellikleri,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların ameliyat öncesi anksiyete prevalansı ve araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyut puan ortalamaları ile cronbach alfa değerlerine ilişkin,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özelliklerine göre ameliyat öncesi STAI puanlarının karşılaştırmalarına ilişkin,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların GKÖ ağrı puanları ve ameliyat öncesi STAI puanları ile ilişkisine ilişkin,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların tanıtıcı ve ameliyat ilişkili özelliklerine göre AAD-R-HSA puanlarının karşılaştırmalarına ilişkin,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların GKÖ ağrı puanları, AAD-R-HSA puanları ve ameliyat öncesi STAI puanları ile ilişkilerine ilişkin,
- TKP ve TDP uygulanan hastaların ameliyat sonrası 6. ve 12. saat GKÖ ağrı puanları ile ilişkili faktörlere ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 65 yıl ve üzeri, BKİ ortalaması 30 kg/m²’den büyük olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.1.). Eklem protez cerrahisinin genel olarak 60 yaş üzeri bireylere uygulandığı bilinmektedir (OECD, 2021; Burucu ve Durmaz, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hastalığın bir risk göstergesi olarak geliştirilen BKİ sınıflandırmasına göre >30 kg/m² değerler şişman/obez (1. Derece) sınıfına girmektedir. BKİ arttıkça kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, osteoartrit, bazı kanserler ve diyabet gibi birçok hastalığın gelişme veya ilerleme riski de artar (<https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 27.12.2022). Bir çalışma total eklem protezi cerrahisi uygulanan hastalarda BKİ puanı yükselmesinin, ameliyat sonrası komplikasyon oranı üzerinde en büyük etkiye sahip metabolik sendrom unsuru olduğunu ve BKİ ≥30 olan hastaların normal kilolu hastalara göre cerrahi prosedür ve hastanede kalış süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir artışa

sahip olduğunu bildirmiştir (Gage ve ark., 2014). Literatürde bir karşılaştırma çalışmasında ise, obezitenin ameliyat sonrası komplikasyonlar üzerindeki etkisinin TKP cerrahisinde TDP cerrahisine göre daha yoğun olduğu bildirilmiştir (DeMik ve ark., 2018). Araştırma kapsamına alınan bireylerin %75'inde kronik hastalık varlığı ve bunun da en sık HT (%45.2) ve DM (%30.8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunun kadın (%75), bekar (%78.8), okuryazar/ilkokul mezunu (%84.6) ve çalışmıyor/emekli (%95.2) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların çoğunun (%75) aylık geliri giderinden az ve %45.2'sinde ameliyat öyküsü bulunmaktadır (Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.). Kumar, Dubey ve Ranjan (2019), önceki ameliyat öyküsünün tıpkı cinsiyet gibi ameliyat öncesi kaygıyı etkileyebileceğini bildirmiştir (Kumar, Dubey ve Ranjan, 2019).

Bu araştırmada ortalama ameliyat süresi 70 (min-maks: 30-100) dakika bulunmuştur. Hastaların %83.7'sine TDP, %16.3'üne TKP uygulandığı ve bunların %86.5'inin elektif ameliyat olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların genel olarak (%98.1) ASA skorunun II olduğu, %26'sının ameliyattan önceki gece 0-2 saat arası uyuduğu bulunmuştur. Hastaların çoğuna (%72.1) spinal, %4.8'ine ise genel anestezi uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.). TDP uygulanan hastalarla ilgili bir çalışma ameliyat öncesi anksiyete belirtileri olan hastaların daha yüksek BKİ'ne, daha düşük genel yaşam kalitesine ve genel sağlık durumuna sahip olduğunu ancak ASA skoru ve ameliyat süresi ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020).

5.2. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Cronbach Alfa Değerleri

Katılımcıların ameliyat öncesi STAI-I için prevalansı; düşük düzeyde %6.7, orta düzeyde %12.5 ve yüksek düzeyde %80.8, STAI-II için prevalansı; düşük düzeyde %33.7, orta düzeyde %22.1 ve yüksek düzeyde %44.2 belirlenmiştir (Tablo 4.4.). Katılımcıların çoğunda (%80.8) ameliyat öncesi yüksek düzeyde anksiyete görüldüğü bulunmuştur. Yüksek düzeyde sürekli kaygı halinin, ameliyat öncesi durumluk kaygının daha yüksek düzeylerde gözlenmesine sebep olabileceği düşünülmektedir. Literatürde ameliyat öncesi anksiyete prevalansında %15.2 ve %61 arasında değişen farklı sonuçlara rastlanmaktadır (Ren ve ark., 2021; Ma ve ark.,

2021; Bedaso ve Ayalew, 2019; Jones ve ark., 2018; Mulugeta ve ark., 2018; Srahbzu ve ark., 2017). Bu durumun sosyo-demografik ve kültürel özelliklerin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bir çalışma TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anormal anksiyete ve/veya depresyonun yaygın (%44) olduğunu bildirmiştir (Jones ve ark., 2018). Bir çalışma elektif cerrahi gruplarda %61 yüksek düzeyde ameliyat öncesi anksiyete bildirirken (Mulugeta ve ark., 2018), başka bir çalışma elektif cerrahi gruplarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını %47 olarak bildirmiştir (Bedaso ve Ayalew, 2019). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada preoperatif anksiyete prevalansı %39.8 bildirilmiştir (Srahbzu ve ark., 2017). Hindistan'da yapılan bir araştırma elektif cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete prevalansını %31 olarak bildirmiştir (Vadhanan ve ark., 2017). Başka bir çalışma TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını % 15.2 olarak bildirmiştir (Ren ve ark., 2021). Çin'de yapılan bir çalışmada TKP uygulanan hastalarda anksiyete prevalansı %29.2 olarak bildirilmiştir (Ma ve ark., 2021).

Ağrı, cerrahinin kaçınılmaz bir sonucu ve subjektif bir deneyim olduğu için, ağrıyı yönetmek zorlu bir süreçtir (Chaw ve ark., 2021). Bir çalışma, travma veya protez ameliyatı geçiren her üç hastadan birinin ameliyattan sonraki erken dönemde ağrı yaşadığını ve bu hastaların yarısından fazlasının ameliyat sonrası “ilk 24 saat” içinde “orta-şiddetli ağrı” yaşadığını bildirmiştir (Robleda ve ark., 2014). Bu çalışmada katılımcıların ortalama GKÖ ağrı puanları; ameliyat öncesi en düşük (medyan: 3 puan), ameliyat sonrası 6. saatte ise en yüksek (medyan: 8 puan) puan olarak saptanmıştır. Ameliyat sonrasında 12., 24. ve 36. saatlerde, saat ilerledikçe ortalama GKÖ ağrı puanlarının düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4.5.). Bu çalışmada ameliyat sonrası ağrının ilk saatlerde (24 saat içinde) yüksek görülmesi ve sonraki saatlerde düşmeye başlaması literatürde benzerdir (Ferdoush ve ark., 2021; Subramanian ve ark., 2017). Ferdoush ve ark. (2021) alt ekstremité cerrahisi uygulanan hastalarda istirahat halinde 8., 12., 24., 36. ve 48. saatlerde değerlendirilen ağrı puanlarının saat ilerledikçe azaldığını bildirmiştir (Ferdoush ve ark., 2021). Prospektif, çok merkezli, elektif cerrahi hastalarla yapılan bir araştırma, istirahat halinde ameliyattan sonraki ilk 24., 48. ve 72. saatlerde saat ilerledikçe daha düşük ortalama ağrı skoru bildirmiştir (Subramanian ve ark., 2017). Kalp cerrahisi geçiren hastalarla yapılan başka bir çalışma, ağrı şiddetinin 48 saatlik takip süresi boyunca önemli ölçüde

azaldığını bildirmiştir (Fernández-Castro ve ark., 2022). Ortopedik cerrahi hastalarında diğer cerrahi gruplardan daha fazla ağrı görüldüğü literatürde belirtilmektedir (Mwashambwa ve ark., 2018; Subramanian ve ark., 2017). Mwashambwa ve ark. (2018), cerrahi hastalarla yaptıkları çalışmada ameliyat sonrası en yüksek ağrıya 12. saatte ulaşıldığını ve 48. saatte daha düşük ağrı düzeyi gözlemlendiğini bildirmiştir (Mwashambwa ve ark., 2018). Bu çalışmada TKP uygulanan hastaların “ameliyat öncesi” ve “ameliyat sonrası 6., 12., 24., 36. saat” GKÖ ağrı puanları TDP uygulanan hastalara göre daha yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.17.). Bu durumun TKP’nin TDP’ye göre ameliyattan etkilenen cerrahi alanının daha geniş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada yaş ve BKİ’nin ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanlarıyla anlamlı bir ilişkisi bulunmazken, “ameliyat süresi” ve “ameliyat sonrası 36. saat” GKÖ puanları arasında “anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon” bulunmuştur (Tablo 4.18.). Ameliyat sonrası şiddetli akut ağrı, ameliyat sonrası uzun vadeli sonuçlar için kritik bir risk faktörü olarak görüldüğünden (Fletcher ve ark., 2015) ameliyatı takip eden günlerde ve haftalarda ağrı deneyimini şekillendiren değişkenleri belirlemek önemlidir (Nandi ve ark., 2019). Kraniotomi hastalarıyla yapılan bir çalışma, ilk saatte ameliyat sonrası ağrının ameliyat süresinden etkilenmediğini ancak 24. saatte etkilendiğini, genç olanların ise ameliyat sonrası ağrılarının daha fazla olduğunu bildirmiştir (Valencia ve ark., 2022). Ameliyat süresinin uzaması hastanın daha fazla anestezi almasına ve bu anestezinin ağrı hissini bastırma etkisinin ameliyat sonrası erken saatlerde daha etkili olmasına ve etki azaldıkça ileri saatlerde ameliyat sonrası ağrının daha çok hissedilmesine sebep olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, STAI-I puan ortalaması 53.95 ± 10.51 , STAI-II puan ortalaması 44.20 ± 10.55 olarak belirlenmiş ve “STAI-I puanının STAI-II puanından yüksek” olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.). Ameliyat öncesi anksiyete, STAI’nin STAI-I alt ölçeği ile değerlendirilir (Jung ve ark., 2021). Bu çalışmada STAI-I puan ortalamasının STAI-II puan ortalamasından yüksek olması ameliyat öncesi dönemde hastanın anksiyetesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ameliyatla ilgili anksiyete, ameliyat öncesi hastalarda normal bir tepki olarak kabul edilir (Bedaso ve Ayalew, 2019) ancak ameliyat veya invaziv prosedürleri beklemenin stresli olduğu ve buna bağlı oluşacak anksiyetenin hem fizyolojik hem de psikolojik parametreleri olumsuz etkilediği ve hatta ağırlaştırdığı da literatürde bilinmektedir (Nixon ve ark., 2019;

Bedaso ve Ayalew, 2019; Mulugeta ve ark., 2018). Ameliyat öncesi anksiyete, hastanın cerrahi memnuniyetini olumsuz etkileyebilir ve cerrahi başarı oranı ile ameliyat sonrası komplikasyonlarla da ilişkilidir (Jung ve ark., 2021; Hassett ve ark., 2018). Bu araştırmada STAI-I 53.95 puan olarak bulunmuştur ve bu puanın literatürde bildirilen diğer çalışmalardan yüksek olduğu görülmektedir (Jung ve ark., 2021; Bedaso ve Ayalew, 2019; Mulugeta ve ark., 2018; Qi ve ark., 2016). Cerrahi hasta gruplarındaki farklılığın anksiyete düzeylerini etkilediği literatürde görülmektedir (Kashif, Hamid ve Raza, 2022; Bedaso ve Ayalew, 2019; Qi ve ark., 2016). Jung ve ark. (2021)'nin çalışmasında kalça kırığı sebebiyle ameliyat olan hastalarda durumluk kaygı puan ortalaması 47.2 olarak bildirilirken (Jung ve ark., 2021), Etiyopya'da elektif major cerrahi hastalarıyla yapılan bir çalışmada durumluk kaygı puan ortalaması 49 olarak bildirilmiştir (Mulugeta ve ark., 2018). Diğer bir çalışmada, elektif cerrahi hastalarının %47'sinin, STAI puan ortalamasının 44'ün üzerinde olduğu ve katılımcıların ameliyat öncesi anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (Bedaso ve Ayalew, 2019). Literatürde beyin cerrahi hastalarıyla yapılan bir araştırma, hastaların %60'ında (STAI-I ≥ 37) ameliyat öncesi anksiyete bildirmiştir (Malik ve ark., 2022). Çin'de TDP uygulanan hastalar ile yapılmış bir çalışma ameliyat öncesi durumluk kaygı puanını 44.52 ve sürekli kaygı puanını 43.61 bildirmiştir (Qi ve ark., 2016).

Bu araştırmada AAD-R-HSA'nın 0-10 arasında değerlendirilen puanları düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan) ve yüksek (7-10 puan) şeklinde kategorize edilmiştir. Bu araştırmada AAD-R-HSA'nın "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki", "Ağrının Aktiviteye Etkisi" ve "Bakım Algısı" alt boyut puanları orta düzeyde, "Emosyonel Etki" ve "Yan Etkiler" alt boyut puanları düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.10.). Keskin (2017), belli bir ameliyat seçimi olmadan karışık cerrahi hasta gruplarıyla yaptığı tez çalışmasında, AAD-R-HSA'nın "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etkisi", "Emosyonel Etki", "Yan Etkiler" ve "Bakım Algısı" alt boyut puanlarını orta düzeyde, "Aktiviteye Etkisi" alt boyut puanlarını yüksek düzeyde olarak bildirmiştir (Keskin, 2017). Özdemir'in (2020) major ortopedik cerrahi hastalarıyla yaptığı tez çalışmasında, AAD-R-HSA'nın "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki", "Ağrının Aktiviteye Etkisi", "Emosyonel Etki" ve "Bakım Algısı" alt boyut puan ortalaması "orta" düzeyde, "Yan Etkiler" alt boyut puan ortalaması "düşük" düzeyde bildirilmiştir (Özdemir, 2020). Keskin (2017)'in çalışmasına göre bu araştırma sonuçları farklılık gösterirken,

Özdemir'in (2020) ortaya çıkardığı sonuçlar çalışmamıza benzerdir. Bu durum çalışma yapılan cerrahi hasta gruplarının ortak özelliklere sahip olmasından kaynaklanacağı düşünülmektedir. Somer ve ark. (2008)'nın 1400'den fazla hastayla yaptıkları çalışmada en ağırlı cerrahi işlemler üst ve alt ekstremiteler, toraks, karın ve omurilik cerrahisi olarak bildirilmiştir (Somer ve ark., 2008). "Yan etkiler" alt boyutu tedaviye bağlı olumsuz sonuçların şiddetini ölçmektedir (Botti ve ark., 2015). Bu araştırmada "yan etkiler" puanı düşük bulunmuştur bu durum da araştırmanın yapıldığı kliniğin, ağrı tedavisini etkin bir şekilde yönettiğini düşündürülebilir.

Hastaların bakım süreçleri ve sonuçlarına ilişkin değerlendirmeler hastanelerin mali tazminatlarında önemli bir rol oynar. Bu nedenle hasta bakım sonuçlarını açıklayabilecek faktörlerin belirlenmesi öncelik kazanmaktadır (Tilbury ve ark., 2018). Nüfusun artması ve yaşam süresinin uzaması nedeniyle, ameliyattan sonra mümkün olan en kısa sürede daha iyi sonuçlara ulaşılmasına, daha az sayıda ameliyat sonrası komplikasyonlara, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası stresi azaltmaya, maliyetleri düşürmeye ve sonuç olarak hasta memnuniyetini sağlamaya yönelik yaklaşımları aktif olarak araştırmak gerekir (Ziğetek ve ark., 2014). Bu araştırmada "Bakım Algısı" alt boyutunun "ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi" sorusu ağrı ilişkili hasta sonuçlarını gösteren, hasta bildirimli bir sorudur. OECD (2019)'a göre, sağlık hizmetlerinin ve prosedürlerinin hastaların sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde nasıl bir fark yarattığını anlamak, hastanın bakış açısından bakımın etkinliği hakkında fikir vermek ve sağlanan bakım ve hizmetlerin kalitesi hakkında mevcut bilgileri tamamlamak için hasta tarafından bildirilen sonuçlar esastır (OECD, 2019). Bu araştırmada ağrı tedavisinden memnuniyet puanı yüksek (7.42 ± 1.51) bulunmuştur. Literatürde bir çalışmada daha yüksek (9.08 ± 1.57) memnuniyet oranı bildirilirken (Fang ve ark., 2017), bir diğer çalışma daha düşük (7.06 ± 2.37) memnuniyet oranı (Keskin, 2017) bildirilmiştir. Hindistan'da yapılan bir araştırma ağrı yönetiminden memnuniyet düzeyini bu araştırma sonucuna benzer (7.9 ± 1.8) şekilde bildirmiştir (Subramanian ve ark., 2017). Bu durumun araştırmanın yapıldığı sağlık merkezlerindeki çalışanların ağrıya duyarlılığı ve müdahalesi ile ağrı yönetimi prosedürlerinin farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Tedavi beklentileri daha yaşlı ve daha genç hastalar arasında farklılık gösterebileceğinden grup yaş farklılıklarının AAD-R-HSA ölçek madde puanlarını

etkilemesi olasıdır (Botti ve ark., 2015). Botti ve ark. (2015), yaş ve ağrı tedavisinden memnuniyet arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmiştir (Botti ve ark., 2015). Bu araştırmada hastaların %55.8'inin ağrının tedavisine yönelik bilgilendirilmediği, %44.2'sinin bilgilendirildiği, %83.7'sinin ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama yaptığı, %44.2'sinin ilaç dışı yöntemlere hiçbir zaman teşvik edilmediği, %55.8'inin ara sıra teşvik edildiği bulunmuştur (Tablo 4.11.). Lee ve arkadaşları (2020), ağrı tedavisi yönetimine daha fazla katılan hastaların memnuniyet oranının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Lee ve ark., 2020). Bir araştırma ameliyatla ilgili bilgilendirilme ihtiyacının ameliyat öncesi anksiyetenin bağımsız belirteçlerinden biri olduğunu bildirmiştir (Malik ve ark., 2022).

5.3. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre STAI Puanlarının Karşılaştırmaları

Bu araştırmada cinsiyet ile STAI-I puanları arasında anlamlı ilişki görülmezken, STAI-II puanının cinsiyetten etkilendiği görülmüştür. Kadın olanların STAI-II puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.7.). Mulugeta ve ark. (2018), kadınlarda ameliyat öncesi anksiyeteye sahip olma olasılığının erkeklere kıyasla 2.19 kat daha yüksek olduğunu, kadınların erkeklere göre ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirmiştir (Mulugeta ve ark., 2018). Nandi ve ark. (2019), kadınların erkeklerden daha yüksek ameliyat öncesi psikososyal sıkıntı bildirdiğini ortaya koymuştur (Nandi ve ark., 2019). Hindistan'da yapılan bir çalışmada, elektif cerrahi uygulanan hastalarda erkek ve kadın ameliyat öncesi anksiyete prevalansı sırasıyla %21.2 ve %39.5 olarak bildirilmiştir (Vadhanan ve ark., 2017). Yakın tarihli bir meta-analiz araştırmasında kadın cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete prevalansının erkek hastalara oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bedaso, Mekonnen ve Duko, 2022). Buna karşılık Robleda ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada ameliyat öncesi anksiyete prevalansına ilişkin kadın ve erkek arasında anlamlı olmayan bir eğilim gözlenmiştir (Robleda ve ark., 2014). Kalp cerrahisi grubuyla yapılan bir çalışma erkekler ve kadınlar arasında ameliyat öncesi anksiyete açısından fark bulunmadığını bildirmiştir (Fernández-Castro ve ark., 2022). Diğer bir çalışma cinsiyet ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı farklılık olmadığını bildirmiştir (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020). Literatürde belirtilen farklı çalışma sonuçlarının cerrahi prosedürlerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Menstruasyon, gebelik, menapoz gibi kadın

cinsiyete özgü faktörlerin bireyin psikolojik durumu üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada yaş arttıkça STAI puanlarının arttığı görülmüştür (Tablo 4.8.). Literatürde bu konudaki çalışma sonuçlarında farklılıklar mevcuttur (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020; Mulugeta ve ark., 2018; Robleda ve ark., 2014). Robleda ve arkadaşları (2014) yaş grubuna göre anksiyete dahil ameliyat öncesi duygusal göstergelerin prevalansında anlamlı bir fark olmadığını bildirirken (Robleda ve ark., 2014), bazı çalışmalar genç hastaların yaşlılara göre ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020; Mulugeta ve ark., 2018). Literatürde bir çalışmada ameliyat öncesi anksiyetenin daha genç, kadın ve bilgi ihtiyacı yüksek olan hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Friedrich ve ark., 2022).

Bir araştırmada, cerrahi hastalarında medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, ameliyat süresi ve sürekli kaygı ameliyat öncesi anksiyete ile ilişkilendirilmiş, ancak cinsiyet, yaş, geçmiş ameliyat öyküsü ile ameliyat öncesi anksiyete arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Nigussie, Belachew ve Wolancho, 2014).

Bu araştırmada bekar olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7.). Literatürde benzer çalışma sonuçları mevcuttur (Bedaso ve Ayalew, 2019; Nigussie, Belachew ve Wolancho, 2014). Cerrahi hastalarının %70.3'ünde (STAI-I puanı 44 ve üzerinde olan) ameliyat öncesi anksiyete bildiren bir araştırmada, sürekli kaygının, bekar/boşanmış olmanın, çalışma süresinin ve maddi gelir durumunun ameliyat öncesi anksiyete ile pozitif korelasyon gösteren faktörler olduğu belirtilmiştir (Nigussie, Belachew ve Wolancho, 2014). Bedaso ve Ayalew (2019), sosyal desteği güçlü olanların zayıf olanlara göre ameliyat öncesi dönemde %84 daha az anksiyete hissettiğini bildirmiştir (Bedaso ve Ayalew, 2019). Ayrıca bu araştırmada bekar hastaların STAI-II puanlarının da anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekar hastaların sosyal desteklerinin daha az olma olasılığı bu sonucun olağan olduğunu düşündürebilir. Bu araştırmada eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık, önceki ameliyat öyküsü ile ameliyat sayısı ve planlanan cerrahi girişim özellikleri ile STAI-I puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.7.). Mulugeta ve ark. (2018), cerrahi hastalarında

eğitim düzeyi, geçmiş ameliyat öyküsü ve aile büyüklüğünün ameliyat öncesi anksiyete ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu, daha önce ameliyat öyküsü olmayan hastaların olanlara göre ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Mulugeta ve ark., 2018). Bir araştırma elektif cerrahi hastalarında önceki ameliyat öyküsünün ve hastanede kalış süresinin ameliyat öncesi anksiyeteye etkisi olmadığını bildirmiştir (Vadhanan ve ark., 2017). Pakistan’da yapılan bir çalışma cerrahi hastalarında cinsiyet, eğitim düzeyi ve ameliyat türü faktörlerinin ameliyat öncesi kaygı düzeyini etkilediğini belirtmiştir (Zeb ve ark., 2019). Bir çalışma cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, yerleşim yeri, ameliyat öncesi bilgi alma durumunun ameliyat öncesi anksiyete ile ilişkili olduğunu, yapılacak ameliyatın türü ile anksiyete arasında anlamlı ilişki görülmediğini bildirmiştir (Mulugeta ve ark., 2018). Başka bir araştırma eğitim düzeyi yükseldikçe ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin arttığını ancak eğitim düzeyi ve anksiyete ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir (Maheshwari ve Ismail, 2015).

Planlanan cerrahi girişim tipinin ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini farklı şekilde etkilediği bildirilmiştir (Friedrich ve ark., 2022). Yakın tarihli bir sistematik incelemede, daha önce anestezi uygulanmış olma veya ameliyat geçirmiş olma durumu daha düşük ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir (Friedrich ve ark., 2022). 3000’den fazla hastayla yapılan bir çalışmada farklı cerrahi gruplar arasında ölçülen ameliyat öncesi kaygı seviyeleri cerrahi gruba göre değişiklik göstermiş ve ameliyat öncesi hastaların %40.5 oranında yüksek kaygıya sahip olduğu bildirilmiştir (Aust ve ark., 2018). Bu çalışmada acil cerrahi uygulanan, ameliyattan önceki gece uyku saati az (0-2 saat) olan ve genel anestezi uygulanan hastaların STAI-I puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.). Bu araştırma sonucunu destekleyen bir çalışmada ameliyat öncesi uyku saati az olan hastaların, çok ve iyi uyuyan hastalara kıyasla daha yüksek ameliyat öncesi anksiyete düzeylerine sahip olduğu bildirilmiştir (Boye Larsen ve ark., 2021). Obstetrik hastalarla yapılan bir araştırma, acil cerrahi uygulanan hastalarda STAI-I puanlarının (67.29 ± 8.51) elektif hastaların STAI-I puanlarına (48.35 ± 10.29) göre daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir (Bansal ve Joon, 2017). Acil planlanan ameliyatlardan ani gelişmesi sebebiyle kişinin o andaki durumu ile doğrudan bağlantılı olan durumluk kaygıyı (Öner ve Le Compte, 1985) yükseltmesi anlaşılabilir. Hastaların

ameliyat öncesi anksiyete oranı %72.7 olan bir araştırmada, genel anestezi uygulanan hastalarda daha yüksek düzeyde anksiyete bildirilmiştir (Maheshwari ve Ismail, 2015).

Bu araştırmada okuryazar/ilkokul mezunu olan, çalışmıyor/emekli olan, ve aylık geliri giderinden az olan katılımcıların STAI-II puan ortalamaları istatistiksel açıdan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7.). Bu sonuç çalışmıyor/emekli olan ve aylık geliri giderinden az olan katılımcıların, maddi imkanlarının düşük olmasına bağlı olarak yaşam kalitesinin etkilenmesi ve bu durumun da sürekli kaygı artışına sebep olabileceği düşünülebilir.

5.4.TKP ve TDP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları ve Ameliyat Öncesi STAI Puanları ile İlişkisi

Bu araştırmada STAI-I puanları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6.,12.,24.,36. saatler arasındaki GKÖ ağrı puanları ile “pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki” olduğu saptanmıştır. STAI-II ile ameliyat sonrası 12. ve 24. saat GKÖ puanları arasında “pozitif yönde zayıf bir korelasyon” gözlenmiştir (Tablo 4.9.). Bu sonuçlar araştırmada ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrıyı etkilediğini ortaya çıkarmıştır ve bu sonuçlar literatüre benzerlik göstermektedir (Fernández-Castro ve ark., 2022; Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020; Nixon ve ark., 2019). Nixon ve ark. (2019), ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası erken dönemde daha kötü ağrı ve fonksiyonel işlevsizliği öngördüğünü bildirmiştir. Ameliyat öncesinde anksiyetesi yüksek olanların düşük olanlara göre, ameliyat sonrası ağrı puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Nixon ve ark., 2019). Literatürde bir araştırma, ameliyat öncesi anksiyete düzeyi arttıkça ameliyat sonrasında ağrının ve analjezi gereksiniminin arttığını bildirmiştir (Fernández-Castro ve ark., 2022). Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg (2020) çalışmalarında, ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat öncesi GKÖ ağrı puanı ile anlamlı ilişkisi olmadığını, ancak ameliyat öncesi anksiyetesi olanların ameliyat sonrasında daha yüksek GKÖ ağrı puanlarına sahip olduğunu bildirmiştir (Mahdi, Hälleberg-Nyman ve Wretenberg, 2020). TDP uygulanan hastalarla ilgili bir çalışma ameliyat öncesi anksiyetesi yüksek olanların ameliyat sonrası ağrı seviyelerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Pan ve ark., 2019). Ağrının tanımında yer alan “duyusal ve duygusal deneyim veya bu tür bir hasar alma (EFIC, 2013)” ifadesi ağrının anksiyeteden etkilenebilecek karmaşık, kişisel bir deneyim olduğunu düşündürmektedir. Ameliyat

öncesi anksiyetenin prediktörlerinin incelendiği bir araştırmada, ameliyat sonrası ağrı korkusu %60.9 oranında anksiyete nedenleri arasında bildirilmiştir (Bedaso ve Ayalew, 2019).

TKP uygulanan hastalar üzerinde yapılan araştırmaları değerlendiren sistematik bir incelemede, araştırmaların çoğunda (9/12, %75) ameliyat öncesi anksiyeteye veya diğer psikiyatrik hastalıklardan birine sahip olanların, olmayanlara göre ameliyat sonrası ağrılarında artış olduğu aktarılmıştır. O'Connor ve ark. (2022) tarafından yapılan bu incelemede ameliyat öncesi anksiyete ve/veya depresyonun, ameliyat sonrası ağrı ve azalmış fonksiyon için anlamlı prediktörler olduğu doğrulanmıştır (O'Connor, Holden ve Gagnier, 2022). Cerrahi hastalarıyla yapılan diğer bir sistematik incelemede ameliyat öncesi yüksek düzeyde anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı kontrolünü olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (Friedrich ve ark., 2022).

5.5.TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Tanıtıcı ve Ameliyat İlişkili Özelliklerine Göre AAD-R-HSA Puanlarının Karşılaştırmaları

Bu araştırmada erkek olan hastaların (%25, n=26) “Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki” ve “Bakım Algısı” alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde “daha yüksek” olduğu, “Emosyonel Etki” alt boyut puanlarının da “daha yüksek” saptandığı ancak bu farkın “istatistiksel olarak anlamlı” olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.12.). Sağlık hizmeti sunumundaki farklılıklar nedeniyle gruplar arasındaki tedavi ve bakım algıları değişebilir (Botti ve ark., 2015). Hastaların bakım algısı, sağlık kurumları için ağrı yönetiminin hayati bir kriteri ve ilgili sonuç ölçüsüdür (Ramia ve ark., 2017). Ayhan ve Kurşun (2017) çalışmalarında daha önce ameliyat olmuş hastaların ağrı şiddeti puanlarının ameliyat olmamış hastalardan “daha düşük” olduğunu bildirmiştir (Ayhan ve Kurşun, 2017). “Bakım Algısı” ve Emosyonel Etki” alt boyutlarına gelen yanıtlarda bireysel ve kültürel özelliklerin etkili olabileceği, dolayısıyla araştırma bölgelerinin farklılığına göre sonuçların da farklı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada TKP planlanan, acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve genel anestezi uygulanan hastaların “Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki”, “Ağrının Aktiviteye Etkisi” ve “Emosyonel Etki” alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12.). Literatürde TKP ve TDP uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışmada TKP hastaları, TDP hastalarına göre önemli ölçüde daha yüksek ağrı puanı bildirmiştir (Hassett ve ark., 2018). Buna

karşılık Hollanda’da 193 TKP ve 196 TDP hastası ile yapılan başka bir çalışma, TDP hastalarının %51’inde ve TKP hastalarının %29’unda ameliyat sonrası orta/şiddetli ağrı bildirmiştir (Latijnhouwers ve ark., 2022). TKP ameliyatının etkilediği cerrahi alan büyüklüğü ve fonksiyonel işlev fazlalığı gibi faktörlerin, bu çalışmada TKP ameliyatı olan hastaların ağrı puanlarının daha yüksek bulunmasına neden olduğunu düşündürebilir. 23.000 hastanın dahil edildiği sistematik bir incelemede; ameliyat öncesi ağrı, anksiyete, yaş ve ameliyat türünün ameliyat sonrası ağrının en önemli belirteçleri olduğunu, cinsiyetin ise tutarlı bir belirteç olmadığı vurgulanmıştır (Ip ve ark., 2009).

Çalışmıyor/emekli olan, acil cerrahi uygulanan ve genel anestezi olan hastaların “Yan Etki” alt boyut puanları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12.). Tedavinin yan etkileri güvenlik, yaşam kalitesi, hasta bağlılığı ve çoklu ilaç denemeleri gibi konularla doğrudan ilişkili olabilir. Ağrı tedavisinde mümkün olduğunca en az yan etki ile ağrıyı azaltmak ve analjezik tedavisinde -sıklıkla olduğu gibi- ortaya çıktıklarında yan etkileri tedavi etmek teşvik edilir (Gordon ve ark., 2010). Bu çalışmada hastalara uygulanan analjezik prosedürlerindeki farklılığın yan etkilerin farklı olmasına sebep olabileceği düşünülebilir.

5.6.TKP ve TKP Uygulanan Hastaların GKÖ Ağrı Puanları, AAD-R-HSA Puanları ve STAI Puanları ile İlişkileri

Bu çalışmada AAD-R-HSA’nın “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” alt boyut puanları ve “Ağrının Aktiviteye Etkisi” alt boyut puanları ile ameliyat öncesi GKÖ ağrı puanı, ameliyat sonrası 6., 12., 24. ve 36. saat GKÖ ağrı puanları arasında “pozitif yönde güçlü bir korelasyon” olduğu bulunmuştur. “Emosyonel Etki” alt boyut puanları ile 6., 12., 24. ve 36. saat GKÖ ağrı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; “Yan Etki” alt boyut puanları ile 6., 12., 24. ve 36. saat GKÖ ağrı puanları arasında “pozitif yönde zayıf bir korelasyon” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13.). Bir araştırma genel cerrahi prosedürlerinde ameliyat sonrası ağrı görülme oranını %85.5 (%14.5 yok, %45.2 hafif, %26.6 orta, %13.7 şiddetli) bildirmiştir (Masigati ve Chilonga, 2014). Ayhan ve Kurşun’un (2017) çalışmasında hastaların %97.1’i ameliyat sonrası ağrı bildirmiştir (Ayhan ve Kurşun, 2017). Bir diğer çalışmada ameliyattan sonra, hastaların yaklaşık %80’i şiddetli ağrı bildirmiştir (Ferdoush ve ark., 2021).

Bu araştırmada “Ağrının ne derecede hafiflediği” ve “Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi” madde puanları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6., 12., 24. saat GKÖ ağrı puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki, 36. saat GKÖ ağrı puanları ile “negatif yönde orta düzeyde bir ilişki” olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15.). Literatürde bir araştırma TKP ve TDP uygulanan hastalarda eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun hastaların ağrı inançları ile ilişkili olduğunu, ancak ağrı inançları ile algılanan ağrı sonuçları arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Ursavaş ve Yaradılmış, 2021). Bu araştırmanın “ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi” puanı yüksek (7.42 ± 1.51) bulunmuştur. Bir araştırma cerrahi hastalarında ağrı yönetiminden %74.5’inin memnun olduğunu bildirmiştir (Buli ve ark., 2022).

Bu araştırmada STAI-I puanları ile “Emosyonel Etki” alt boyut puanları arasında “pozitif yönde güçlü”, “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ve “Aktiviteye Etkisi” alt boyut puanları ile “pozitif yönde orta düzeyde” bir korelasyon bulunmuştur. STAI-II puanları ile “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi”, “Aktiviteye Etkisi” ve “Emosyonel Etki” alt boyut puanları arasında “pozitif yönde zayıf bir ilişki” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14.). Bierke ve Petersen’in (2017) TDP prosedürü uygulanan hastalarla yaptıkları araştırmada, ameliyat öncesi anksiyete ve ağrı belirtileri olan hastaların belirgin şekilde ameliyat sonrası daha fazla ağrıya sahip olduğu, daha şiddetli diz semptomu yaşadığı ve cerrahi işlem sonuçlarından daha memnuniyetsiz olduğu bildirilmiştir (Bierke ve Petersen, 2017). Buna karşın Jiménez Ortiz ve ark. (2018), araştırmalarında ameliyat öncesi anksiyetenin TDP sonrası fonksiyonel sonuçları ve yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (Jiménez Ortiz ve ark., 2018). Literatürde ameliyat sonrası ağrı ile ilgili kılavuzların yayınlanması, akut ağrı hizmetlerinin sağlanması, ilaçlardaki ve bölgesel anestezi tekniklerinin kullanımındaki önemli ilerlemelere rağmen, ağrının giderilmesinde yetersiz kalınmaya devam edildiği bildirilmektedir (Mitra ve ark., 2020; Gerbershagen ve ark., 2014).

5.7. TKP ve TDP Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası 6. ve 12. Saat GKÖ Ağrı Puanları ile İlişkili Faktörler

Bu araştırmada erkek cinsiyet, acil cerrahi uygulanan ve ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan katılımcıların ağrı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ek olarak, acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve

genel anestezi uygulanan katılımcıların 12. saat GKÖ ağrı puanları istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.16.). Genel cerrahi ve ortopedik cerrahi hastalarıyla yapılan bir araştırmada dul veya boşanmış hastaların evli olmayan hastalara kıyasla şiddetli ve en şiddetli ağrıyı yaşama olasılığının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ek olarak erkek cinsiyet ile ameliyat sonrası ağrının ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mwashambwa ve ark., 2018). Kraniotomi hastalarıyla yapılan bir çalışmada, erkek cinsiyetin ameliyat sonrası ağrıyı arttırabileceği bildirilmiştir (Valencia ve ark., 2022). Buna karşın, mevcut araştırmanın bulgularından farklı olarak bir araştırmada, kadınların erkeklere kıyasla daha şiddetli ameliyat sonrası ağrı yaşadığı bildirilmiştir (Nandi ve ark., 2019). Bir diğer araştırma kadın hastaların ağrı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu ancak cinsiyet ile ameliyat sonrası ağrı arasındaki ilişkinin anlamsız olduğunu bildirmiştir (Kashif, Hamid ve Raza, 2022).

Bu araştırmada erkek cinsiyet, uygulanan cerrahi girişimin TKP olması ve artan STAI-I puanının 6. saat GKÖ ağrı puanını; erkek cinsiyet, uygulanan cerrahi girişimin TKP olması ve artan STAI-II puanının 12. saat GKÖ ağrı puanını arttırdığı saptanmıştır (Tablo 4.19. ve Tablo 4.20.). Cerrahi prosedürler sonrası şiddetli ağrı, hastaların memnuniyetsizliğine, iyileşmede gecikmeye, hareketsizliğe, ameliyat sonrası dönemde hastanede kalış süresinin uzamasına, tıbbi masraflarda artışa ve kronik ağrıya dönüşme gibi ciddi durumlarla ilişkilendirilen önemli bir faktördür (Gerbershagen ve ark., 2014). Bu araştırmada ameliyat öncesi anksiyeteyi değerlendirmek için kullanılan ameliyat öncesi STAI-I puanlarının ameliyat sonrası 6. saatteki ağrı puanlarıyla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı sonuçlarına ilişkisini inceleyen mevcut araştırmada, yüksek STAI-I'in ameliyat sonrası erken dönemde ağrıyı etkilediği, literatürle desteklenmektedir (Kashif, Hamid ve Raza, 2022; Hassett ve ark., 2018; Bierke ve Petersen, 2017; Robleda ve ark., 2014). Kardiyak cerrahi hastalarıyla yapılan bir araştırma, hastaların %64'ünde ameliyat öncesi hafif anksiyete (STAI-I <40 puan), %36'sında orta ila şiddetli anksiyete (STAI-I >40 puan) olduğunu ve hafif, orta ve şiddetli anksiyetesi olan gruplarda demografik özellikler, cerrahi tipi ve cerrahi süresi arasında anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir. Ameliyat sonrası 12. saatte hafif anksiyetesi olan hastaların 0-10 puanlı sayısal ağrı ölçeğine göre ağrı puanı 3.50 ± 0.67 , orta-şiddetli anksiyetesi olan hastaların ağrı puanı 5.14 ± 0.54

bildirilmiştir. 24. saatteki ağrı puanları hafif anksiyetesi olanların orta-şiddetli anksiyetesi olan hastalara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Kashif, Hamid ve Raza, 2022). Alt ekstremitte total eklem protez cerrahisi uygulanan hastalarla yapılan geniş, prospektif bir kohort araştırması, ameliyattan sonra ağrı şiddetinde azalma ve fiziksel fonksiyonda iyileşme yaşayan hastaların anksiyete semptomlarında anlamlı iyileşme olduğunu tespit etmiştir (Hassett ve ark., 2018). Başka bir prospektif gözlemsel çalışma, 24.5'ten yüksek bir STAI puanı olan hastaların ameliyattan sonra en az orta derecede ağrı yaşayacağını öne sürmüştür (Valencia ve ark., 2022).

Hassett ve ark. (2018), total alt ekstremitte eklem protez cerrahisinde ameliyat öncesinden ameliyat sonrası 6 aya kadar anksiyetede iyileşmenin, yaş, cinsiyet, ameliyat tipi ve başlangıç ağrı şiddeti kontrol edildiğinde, başlangıçtan 6 aya kadar ağrı şiddetindeki iyileşme ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir (Hassett ve ark., 2018). Kashif, Hamid ve Raza (2022), ameliyattan sonra ilk 24 saatte analjezik gereksinimlerinin ve ağrı puanlarının orta-şiddetli anksiyetesi olanlarda hafif anksiyetesi olanlara göre önemli ölçüde arttığını bildirmiştir (Kashif, Hamid ve Raza, 2022). Hassett ve ark. (2018), alt ekstremitte total eklem protezi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi düşük anksiyete puanlarını, ameliyattan sonraki 3 aya kadar daha düşük ağrı puanları ile ilişkilendirmiştir (Hassett ve ark., 2018). Duivenvoorden ve ark. (2013), 149 kalça ve 133 diz protezi hastasıyla yaptıkları prospektif çalışmada, psikolojik semptomların prevalansındaki azalmanın ameliyat sonrası ağrı ve sakatlıktaki azalmaya eşlik ettiğini bildirmiş ve anksiyete ile depresif semptomların eklem protezi ameliyatı sonrasında hasta tarafından bildirilen sonuçlar üzerinde etkisi olduğunu öne sürmüşlerdir (Duivenvoorden ve ark., 2013). Literatürde ameliyattan önce, psikometrik değerlendirme, risk altındaki hastanın belirlenmesine yardımcı olabileceği ve hasta beklentilerinin uygun şekilde yönetilmesine olanak tanıyarak diz protezi ameliyatı sonrası klinik sonuçları ve hastaların memnuniyetini iyileştirebileceği belirtilmektedir (Bistolfi ve ark., 2017). Literatürde diğer bir çalışmada ağrı yoğunluğunda cinsiyete, eşlik eden hastalık sayısına veya ameliyat süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmediği bildirilmiştir (Robleda ve ark., 2014).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma, TKP ve TDP uygulanan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete prevalansını saptamak ve ameliyat öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı sonuçları ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmadan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı ve geçmiş sağlık öyküsü özellikleri incelendiğinde, %75'i kadın, %84.6'sı okuryazar/ilkokul mezunu, %95.2'si çalışmıyor/emekli, %78.8'i bekar, %45.2'sinde geçmiş ameliyat öyküsü ve %75'inde kronik hastalık mevcut olup katılanların yaş ortalaması 65.86 ± 10.05 yıl olarak belirlendi (Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların ameliyat ilişkili özellikleri incelendiğinde, %83.7'sine TDP cerrahisi, %86.5'ine elektif cerrahi uygulandığı, %45.2'sinin ameliyat hakkında ve %62.5'inin ameliyat öncesi hazırlıklar/işlemler hakkında yeterince bilgilendirildiği, %85.6'sının doktor ve hemşire tarafından bilgilendirilme yapıldığı belirlendi. Katılan hastaların %98.1'inin ASA skorunun II olduğu, %72.1'ine spinal anestezi uygulandığı, %63.5'inin ameliyat öncesi 3-5 saat arasında uyuduğu belirlendi (Tablo 4.3.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların STAI-I için prevalansı; düşük düzeyde %6.7, orta düzeyde %12.5 ve yüksek düzeyde %80.8 belirlendi. Katılımcıların STAI-II için prevalansı; düşük düzeyde %33.7, orta düzeyde %22.1 ve yüksek düzeyde %44.2 belirlendi (Tablo 4.4.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların GKÖ puanları incelendiğinde, ameliyat öncesi medyan GKÖ ağrı puanı 3 (min-maks: 1-8), ameliyat sonrası 6. saat 8 (min-maks: 4-10), 12. saat 7 (min-maks: 5-10), 24. saat 6 (min-maks: 4-9) ve 36. saat 6 (min-maks: 4-8) olduğu saptandı (Tablo 4.5.).
- Ameliyat öncesindeki STAI puan ortalamaları incelendiğinde, STAI-I puan ortalaması 53.95 ± 10.51 ve STAI-II puan ortalaması 44.20 ± 10.55 olarak belirlendi. STAI-I ve STAI-II için güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.934 ve 0.932 olarak bulundu (Tablo 4.6.).

- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı ve ameliyata ilişkin özelliklere göre STAI puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, bekar olan, acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve genel anestezi uygulanan hastaların STAI-I puanlarının daha yüksek olduğu, kadın olan, okuryazar/ilkokul mezunu olan, çalışmıyor/emekli olan, bekar olan ve aylık geliri giderinden az olan katılımcıların STAI-II puan ortalamalarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların yaşları ile STAI-I ve STAI-II arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.7. ve Tablo 4.8.).
- Ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanlarının STAI puanları ile ilişkisi incelendiğinde, STAI-I puanları ile ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 6., 12., 24. ve 36. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu, STAI-II puanları ile ameliyat sonrası 12. ve 24. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.9.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların AAD-R-HSA'nın alt boyut ve madde puan ortalamaları incelendiğinde; "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki" için " 5.94 ± 1.33 ", "Ağrının Aktiviteye Etkisi" için " 6.49 ± 1.61 ", "Emosyonel Etki" için " 3.1 ± 1.65 ", "Yan Etkiler" için " 2.53 ± 2.80 ", "Bakım Algısı" için " 6.47 ± 2.53 " puan olarak saptandı. "Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı" tüm anket için "0.831", "Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki" alt boyutu için "0.890", "Ağrının Aktiviteye Etkisi" alt boyutu için "0.860", "Emosyonel Etki" alt boyutu için "0.826", "Yan Etkiler" alt boyutu için "0.402" ve "Bakım Algısı" alt boyutu için "0.405" olarak bulundu (Tablo 4.10.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların "ilk 24 saatte hissedilen en hafif ağrı puanı" 4.98 ± 1.41 , "ilk 24 saatte hissedilen en şiddetli ağrı puanı" 8.39 ± 1.14 , "ağrının ne derece hafiflediği" puanı 6.87 ± 1.58 , "ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi" puanı 7.42 ± 1.51 olduğu saptandı (Tablo 4.10.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların AAD-R-HSA'nın diğer maddelere ait puan ortalamaları incelendiğinde; %55.8'inin "ağrının tedavisine yönelik bilgilendirilmediği", %83.7'sinin "ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama yaptığı", %44.2'sinin "ilaç dışı yöntemlere hiçbir zaman teşvik edilmediği" saptandı (Tablo 4.11.).

- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı ve ameliyata ilişkin özelliklere göre AAD-R-HSA puanları incelendiğinde, erkek olan, TKP planlanan, acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve genel anestezi uygulanan hastaların “Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki” alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Bekar olan hastaların “Ağrı Şiddeti ve Uykuya Etki” alt boyut puan ortalaması evlilere göre daha yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmadı (Tablo 4.12.).
- TKP planlanan, acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve genel anestezi uygulanan hastaların “Ağrının Aktiviteye Etkisi” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel açıdan daha yüksek saptandı (Tablo 4.12.).
- Bekar olan, TKP planlanan, acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve genel anestezi uygulanan hastaların “Emosyonel Etki” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Erkek katılımcıların “Emosyonel Etki” alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksek olup bu fark anlamlı bulunmadı (Tablo 4.12.).
- Çalışmayan veya emekli olan, acil cerrahi uygulanan ve genel anestezi uygulanan hastaların “Yan Etki” alt boyut puanları istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Bekar olan katılımcıların “Yan Etki” alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülürken, bu fark anlamlı bulunmadı (Tablo 4.12.).
- Erkek katılımcıların “Bakım Algısı” alt boyut puanları kadınlara göre istatistiksel açıdan daha yüksek bulundu (Tablo 4.12.).
- Ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanlarının AAD-R-HSA puanları ile korelasyonu incelendiğinde, “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ve “Ağrının Aktiviteye Etkisi” alt boyut puanları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6., 12., 24., 36. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon olduğu saptandı. “Emosyonel Etki” alt boyut puanları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6., 12., 24., 36. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı. Katılımcıların “Yan Etki” alt boyut puanları ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6., 12., 24., 36. saat ağrı puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 4.13.)
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların AAD-R-HSA puanlarının STAI puanları ile korelasyonu incelendiğinde, katılımcıların STAI-I puanları ile “Emosyonel Etki” alt boyut puanları arasında pozitif yönde güçlü, “Ağrının

Şiddeti ve Uykuya Etkisi” ve “Aktiviteye Etkisi” alt boyut puanları ile pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptandı. STAI-II puanları ile “Ağrının Şiddeti ve Uykuya Etkisi”, “Aktiviteye Etkisi” ve “Emosyonel Etki” alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.14.)

- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların “Bakım Algısı” alt boyutu maddelerinin ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları ile korelasyonu incelendiğinde, “Ağrının ne derecede hafiflediği” madde puanları ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6., 12., 24. saat ağrı puanları arasında negatif yönde zayıf ve 36. saat ağrı puanları ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı. “Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyi” madde puanları ile ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 6., 12., 24. saat ağrı puanları arasında negatif yönde zayıf ve 36. saat ağrı puanları ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.15.)
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı ve ameliyata ilişkin özelliklerine göre ameliyat sonrası 6. ve 12. saat GKÖ ağrı puanları incelendiğinde, erkek olan, acil cerrahi uygulanan ve ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan katılımcıların ağrı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Genel anestezi uygulanan hastaların 6. saat ağrı puanları daha yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmadı. Acil cerrahi uygulanan, ameliyat öncesi uyku süresi 0-2 saat arası olan ve genel anestezi uygulanan katılımcıların 12. saat ağrı puanları istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Erkek hastaların 12. saat ağrı puanlarının daha yüksek olduğu görülürken, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4.16.).
- Uygulanan cerrahi prosedüre göre ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları incelendiğinde, TKP hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6., 12., 24., 36. saat ağrı puanları TDP hastalarına göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı (Tablo 4.17.).
- Yaş, BKİ ve ameliyat süresinin ameliyat öncesi ve sonrası GKÖ ağrı puanları ile korelasyonu incelendiğinde, ameliyat süresi ile ameliyat sonrası 36. saat ağrı puanları arasında anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı (Tablo 4.18.).
- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların 6. saat GKÖ ağrı puanları ile ilişkili faktörler incelendiğinde, erkek cinsiyet, planlanan cerrahi girişimin TKP olması ve artan STAI-I puanının 6. saat ağrı puanını arttırdığı saptandı (Tablo 4.19.).

- Araştırma kapsamına alınan katılımcıların 12. saat GKÖ ağrı puanları ile ilişkili faktörler incelendiğinde, planlanan cerrahi girişimin TKP olması ve STAI-I puanı 12. saat ağrı puanı ile pozitif yönde bağımsız olarak ilişkili bulundu. Erkek cinsiyet, planlanan cerrahi girişimin TKP olması ve artan STAI-II puanının 12. saat ağrı puanını arttırdığı saptandı (Tablo 4.20.).

6.4. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler klinik uygulamaya ilişkin öneriler ve araştırma alanına ilişkin öneriler olmak üzere iki ayrı başlıkta sunulmuştur.

Klinik Uygulamaya İlişkin Öneriler

- Ameliyat sonrası ağrıyı etkileyen ameliyat öncesi risk faktörlerinden biri olabilecek anksiyetenin, ameliyat öncesinde hemşireler tarafından değerlendirilebilmesi için rutin ameliyat öncesi hazırlıklarına dahil edilmesi,
- Elektif prosedürlerde ameliyat öncesi anksiyete tespit edildiğinde, anksiyetenin ortadan kaldırılması için cerrahi prosedür öncesinde hemşirelerin uygulayabileceği terapötik yöntemlerin rutin uygulamaya dahil edilmesi önerilmektedir.

Araştırma Alanına İlişkin Öneriler

- Anksiyetenin çok boyutlu yapısı göz önünde bulundurularak cerrahi hastalarında anksiyetenin etki alanını daha iyi kavramak için hemşirelik müdahalelerini içeren deneysel çalışmaların planlanması,
- Ameliyat sonrası ağrı ve ameliyat öncesi anksiyete ilişkisini daha iyi kavramak için farklı cerrahi hasta gruplarının dahil olduğu hemşirelik müdahalelerini içeren geniş kapsamlı deneysel araştırmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abd-Elseyed A. Pain: A Review Guide. Ebook. Springer Nature Switzerland AG; 2019, p: 3-16.

Akinsulore A, Owojuyigbe AM, Faponle AF, Fatoye FO. Assessment of Preoperative and Postoperative Anxiety Among Elective Major Surgery Patients in A Tertiary Hospital in Nigeria. M.E.J. Anesth. 2015; 23(2): 235-240.

Aladaitis A, Petkevičiūtė G, Latkauskas T. Predictors of Preoperative Anxiety Among Elective Surgical Patients in Kaunas Teaching Hospital. J Med Sci. 2018; 1–9.

Álvarez-García C, Yaban ZŞ. The Effects of Preoperative Guided Imagery Interventions on Preoperative Anxiety and Postoperative Pain: A Meta-Analysis. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2020; 38: 101077.

American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). AAOS Evidence-Based Clinical Practice Guideline Surgical Management of Osteoarthritis of The Knee. First Edition, 2015.

Amini K, Alihossaini Z, Ghahremani Z. Randomized Clinical Trial Comparison of The Effect of Verbal Education and Education Booklet on Preoperative Anxiety. J Perianesth Nurs. 2019; 34(2): 289-296.

Amirhosseini M. Aseptic Loosening of Orthopedic Implants: Osteoclastogenesis Regulation and Potential Therapeutics. Linköping University, Medical Dissertation, 2019(No:1634), Linköping/Sweden (Supervisor: Anna Fahlgren).

Andersson V, Bergstrand J, Engström A, Gustafsson S. The Impact of Preoperative Patient Anxiety on Postoperative Anxiety and Quality of Recovery After Orthopaedic Surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2020; 35(3): 260–264.

Aust H, Eberhart L, Sturm T, Schuster M, Nestoriuc Y, Brehm F, Rüsch D. A Cross-Sectional Study on Preoperative Anxiety in Adults. J Psychosom Res. 2018; 111: 133-139.

Aydal P, Uslu Y, Ulus B. The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery. *J Perianesth Nurs*. 2022; 12: S1089-9472(22)00246-5.

Ayhan F, Kurşun Ş. Experience of Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery and Nursing Approaches to Pain Control. *International Journal of Caring Sciences*, 2017; 10(3): 1456.

Bansal T, Joon A. A Comparative Study to Assess Preoperative Anxiety in Obstetric Patients Undergoing Elective or Emergency Cesarean Section. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*. 2017; 21(1): 25-30.

Bedaso A, Ayalew M. Preoperative Anxiety Among Adult Patients Undergoing Elective Surgery: A Prospective Survey at A General Hospital in Ethiopia. *Patient Saf Surg*. 2019; 13(1): 18.

Bedaso A, Mekonnen N, Duko B. Prevalence and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Patients Undergoing Surgery in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Open*. 2022; 12(3): e058187.

Ben-Shlomo Y, Blom A, Boulton C, Brittain R, Clark E, Dawson-Bowling S, Deere K, Esler C, Espinoza O, Goldberg A, Gregson C, Howard P, Jameson S, Jennison T, Judge A, Lawrence S, Lenguerrand E, McCormack V, Newell C, Pegg D, Price A, Prieto-Alhambra D, Reed M, Rees J, Royall M, Sayers A, Stonadge J, Swanson M, Taylor D, Toms A, Watts A, Whitehouse M, Wilkinson M, Wilton T, Young E. The National Joint Registry 18th Annual Report 2021 [Internet]. London: National Joint Registry; 2021.

Bierke S, Petersen W. Influence of Anxiety and Pain Catastrophizing on The Course of Pain Within The First Year After Uncomplicated Total Knee Replacement: A Prospective Study. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2017; 137(12): 1735-1742.

Bistolfi A, Bettoni E, Aprato A, Milani P, Berchiolla P, Graziano E, Massazza G, Lee GC. The Presence and Influence of Mild Depressive Symptoms on Post-

Operative Pain Perception Following Primary Total Knee Arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2017; 25: 2792–2800. Epub version: 2015; 21.

Bleiß HH, Kip M. White Paper on Joint Replacement: Status of Hip and Knee Arthroplasty Care in Germany. Springer Company, Berlin; 2018, p: 2-42.

Botti M, Khaw D, Jørgensen EB, Rasmussen B, Hunter S, Redley B. Cross-Cultural Examination of The Structure of The Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R). *J Pain.* 2015; 16(8): 727-740.

Boye Larsen D, Laursen M, Simonsen O, Arendt-Nielsen L, Petersen KK. The Association Between Sleep Quality, Preoperative Risk Factors for Chronic Postoperative Pain and Postoperative Pain Intensity 12 Months After Knee and Hip Arthroplasty. *Br J Pain.* 2021; 15(4): 486-496.

Buli B, Gashaw A, Gebeyehu G, Abrar M, Gerbessa B. Patient Satisfaction with Post-Operative Pain Management and Associated Factors Among Surgical Patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital: Cross-Sectional Study. *Ann Med Surg (Lond).* 2022; 79: 104087.

Burucu R, Durmaz M. Total Kalça Protezi Operasyonu Uygulanan Hastaya Roy Uyum Modeli Kullanılarak Hemşirelik Bakımının Verilmesi: Bir Olgu Sunumu ve Örnek Bakım Planı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi.* 2020; 3(1): 36–43.

Cassidy RS, O’hEireamhoin S, Beverland DE. Guidelines for The Follow-Up of Total Hip Arthroplasty. *The Bone & Joint Journal.* 2019; 101-B(5): 536–539.

Ceyhan E, Gürsoy S, Akkaya M, Uğurlu M, Köksal I, Bozkurt M. Toward The Turkish National Registry System: A Prevalence Study of Total Knee Arthroplasty in Turkey. *J Arthroplasty.* 2016; 31(9): 1878-1884.

Chaw SH, Lo YL, Lee JY, Wong JW, Zakaria WAW, Ruslan SR, Tan WK, Shariffuddin II. Evaluate Construct Validity of The Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire in Gynecological Postoperative Patients Using Confirmatory Factor Analysis. *BMC Anesthesiol.* 2021; 21(1): 20.

Clair C, Engström A, Strömbäck U. Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *J Perianesth Nurs*. 2020; 35(3): 314-320.

Clarke S, Santy-Tomlinson J. *Orthopaedic and Trauma Nursing An Evidence-Based Approach to Musculoskeletal Care*. 1st ed. John Wiley & Sons; 2014, p:284-285.

Conner-Spady BL, Bohm E, Loucks L, Dunbar MJ, Marshall DA, Noseworthy TW. Patient Expectations and Satisfaction 6 and 12 Months Following Total Hip and Knee Replacement. *Qual Life Res*. 2020; 29(3): 705-719.

Correll D. Chronic Postoperative Pain: Recent Findings in Understanding and Management. *F1000Res*. 2017; 6: 1054.

Cuthbert R, Wong J, Mitchell P, Jaiswal PK. Dual Mobility in Primary Total Hip Arthroplasty: Current Concepts. *EFORT Open Reviews*. 2019; 4(11): 640–646.

Dall'Oca C, Ricci M, Vecchini E, Giannini N, Lamberti D, Tromponi C, Magnan B. Evolution of TKA design. *Acta Biomed*. 2017; 88(2): 17-31.

De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al.. Pre-Operative Evaluation of Adults Undergoing Elective Noncardiac Surgery. Updated Guideline from The European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol*. 2018; 35: 407–465.

DeMik DE, Bedard NA, Dowdle SB, Elkins JM, Brown TS, Gao Y, Callaghan JJ. Complications and Obesity in Arthroplasty-A Hip is Not a Knee. *J Arthroplasty*. 2018; 33(10): 3281-3287.

Dhurve K, Scholes C, El-Tawil S, Shaikh A, Weng LK, Levin K, Fritsch B, Parker D, Coolican M. Multifactorial Analysis of Dissatisfaction After Primary Total Knee Replacement. *The Knee*. 2017; 24(4): 856-862.

Dias P, Clerc D, da Rocha Rodrigues MG, Demartines N, Grass F, Hübner M. Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery-A

Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial. J Clin Med. 2022; 11(7): 1895.

Doan LV, Blitz J. Preoperative Assessment and Management of Patients with Pain and Anxiety Disorders. Curr Anesthesiol Rep. 2020; 10(1): 28-34.

Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JA, Busschbach JJ, Gosens T, Bloem RM, Bierma-Zeinstra SM, Reijman M. Anxiety and Depressive Symptoms Before and After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Prospective Multicentre Study. Osteoarthritis Cartilage. 2013; 21(12): 1834-1840.

Eberhart L, Aust H, Schuster M, Sturm T, Gehling M, Euteneuer F, Rüsç D. Preoperative Anxiety in Adults - A Cross-Sectional Study on Specific Fears and Risk Factors. BMC Psychiatry. 2020; 20(1): 140.

Eltorai AEM, Eberson CP, Daniels AH. Orthopedic Surgery Clerkship, A Quick Reference Guide for Senior Medical Students. Springer International Publishing AG; 2017, p: 53.

Erkılıç E, Kesimci E, Soykut C, Doger C, Gumus T, Kanbak O. Factors Associated with Preoperative Anxiety Levels of Turkish Surgical Patients: from A Single Center in Ankara. Patient Prefer Adherence. 2017; 11: 291-296.

Eti Aslan F, Pamir Aksoy A. Cerrahi Ağrı. Aslan Eti F. (Ed.). Ağrı Doğası ve Kontrolü. Akademisyen Kitapevi; 2014, s: 185-212.

European Pain Federation (EFIC). The Pain Management Core Curriculum for European Medical Schools–Version 2013. https://europeanpainfederation.org/wp-content/uploads/2018/10/CoreCurriculumPainManagement-EFIC-June-2013_FINAL1.pdf Erişim Tarihi: 14.12.2022.

Falaschi P, Marsh D. Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fracture. Ebook, Second Edition. Springer Nature Switzerland AG. 2021, p: 294-297.

Fang H, Liang J, Hong Z, Sugiyama K, Nozaki T, Kobayashi S, Sameshima T, Namba H, Asakawa T. Psychometric Evaluation of The Chinese Version of The

Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire Concerning Pain Management in Chinese Orthopedic Patients. *Plos One*. 2017; 12(5): e0178268.

Fedonnikov AS, Andriyanova EA, Kiselev AR, Norkin IA. Rehabilitation Process Issues and Functional Performance After Total Hip and Knee Replacement. *Healthcare (Basel)*. 2021; 9(9): 1126.

Ferdoush J, Chowdhury RP, Johora F, Arifina R, Jeenia FT, Ata M, Parveen K, Hossain SMT, Sharmeen S, Rahman MS. Post Operative Pain Management and Patient Satisfaction: Experience at a Tertiary Care Hospital. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*. 2021; 20(2): 69–73.

Fernández-Castro M, Jiménez JM, Martín-Gil B, Muñoz-Moreno MF, Martín-Santos AB, Del Río-García I, Redondo-Pérez N, López M. The Influence of Preoperative Anxiety on Postoperative Pain in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Sci Rep*. 2022; 12(1): 16464.

Fillingham YA, Hanson TM, Leinweber KA, Lucas AP, Jevsevar DS. Generalized Anxiety Disorder: A Modifiable Risk Factor for Pain Catastrophizing After Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2021; 36(7S): S179-S183.

Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, Kranke P, Komann M, Lehman T, Meissner W; euCPSP Group for The Clinical Trial Network Group of The European Society of Anaesthesiology. Chronic Postsurgical Pain in Europe: An Observational Study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015; 32(10): 725-734.

Fontalis A, Berry DJ, Shimmin A, Slullitel PA, Buttarro MA, Li C, Malchau H, Haddad FS. Prevention of Early Complications Following Total Hip Replacement. *SICOT J*. 2021; 7: 61.

Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P. Preoperative Anxiety. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022; 35(6): 674-678.

Fu S, Wang Q, Fan C, Jiang Y. The Efficacy of Nursing Intervention to Reduce Preoperative Anxiety in Patients with Total Knee Arthroplasty. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99(38): e22213.

Gage MJ, Schwarzkopf R, Abrouk M, Slover JD. Impact of Metabolic Syndrome on Perioperative Complication Rates After Total Joint Arthroplasty Surgery. *J Arthroplasty*. 2014; 29(9): 1842-1845.

Galea VP, Rojanasopondist P, Connelly JW, Bragdon CR, Huddleston JI 3rd, Ingelsrud LH, Malchau H, Troelsen A. Changes in Patient Satisfaction Following Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2020; 35(1): 32-38.

Gan TJ. Poorly Controlled Postoperative Pain: Prevalence, Consequences, and Prevention. *J Pain Res*. 2017; 10: 2287-2298.

Gerbershagen HJ, Aduckathil S, Van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain Intensity on The First Day After Surgery: A Prospective Cohort Study Comparing 179 Surgical Procedures. *Anesthesiology*. 2013; 118(4): 934–944.

Gerbershagen HJ, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S, Peelen LM, Kappen TH, Van Wijck AJ, Kalkman CJ, Meissner W. Procedure-Specific Risk Factor Analysis for The Development of Severe Postoperative Pain. *Anesthesiology*. 2014; 120(5): 1237–1245.

Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA, Turk DC, McCracken LM, Sherwood G, Paice JA, Wallace MS, Strassels SA, Farrar JT. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *J Pain*. 2010; 11(11): 1172–1186.

Gorman LM, Sultan DF. Psychosocial Nursing: For General Patient Care Çeviren: Öz F, Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014, s: 57-70, 291-313.

Gray DM 2nd, Emerson B, Reddy M, Zimmermann BJ, Hashi A, Shoben A, Reiter PL, Katz ML. A Teachable Moment: Colorectal Cancer Screening Among Companions Waiting for Outpatients Undergoing a Colonoscopy. *J Cancer Educ*. 2021; 36(6): 1163-1169.

Guyton AC, Hall JE. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology Çeviren: Çağlayan Yeğen B, İnci A, Solakoğlu Z. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 13. Basım, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017, s: 621-630.

Hafkamp FJ, de Vries J, Gosens T, den Ouden BL. The Relationship Between Psychological Aspects and Trajectories of Symptoms in Total Knee Arthroplasty and Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2021; 36(1): 78-87.

Hanusch BC, O'Connor DB, Lons P, Scott A, Gregg PJ. Effects of Psychological Distress and Perceptions of Illness on Recovery from Total Knee Replacement. The Bone & Joint Journal. 2014; 96B(2): 210–216.

Hassett AL, Marshall E, Bailey AM, Moser S, Clauw DJ, Hooten WM, Urquhart A, Brummett CM. Changes in Anxiety and Depression Are Mediated by Changes in Pain Severity in Patients Undergoing Lower-Extremity Total Joint Arthroplasty. Reg Anesth Pain Med. 2018; 43(1): 14-18.

Hsu H, Siwiec RM. Knee Arthroplasty. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Bookshelf ID: [NBK507914](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507914/) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507914/> Erişim Tarihi: 10.12.2022.

International Association for The Study of Pain (IASP). Revises its Definition of Pain for The First Time Since 1979; "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". Edited by; Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain Second Edition. IASP Press, Seattle, 2011. <https://www.iasp-pain.org/> Erişim Tarihi: 15.11.2022.

Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. Anesthesiology. 2009; 111(3): 657-677.

Jarmoszewicz K, Nowicka-Sauer K, Zemła A, Beta S. Factors Associated with High Preoperative Anxiety: Results from Cluster Analysis. World Journal of Surgery. 2020; 44(7): 2162-2169.

Jiménez Ortiz M, Espinosa Ruiz A, Martínez Delgado C, Barrena Sánchez P, Salido Valle JA. Do Preoperative Anxiety and Depression Influence The Outcome of Knee Arthroplasty? *Reumatología Clínica*. 2018; 16(3): 216-221.

Jones AR, Al-Naseer S, Bodger O, James ETR, Davies AP. Does Pre-Operative Anxiety and/or Depression Affect Patient Outcome After Primary Knee Replacement Arthroplasty? *Knee*. 2018; 25(6): 1238-1246.

Jung KH, Park JH, Song JY, Han JW, Park KB. State-Anxiety in Geriatric Patients Undergoing Surgical Treatment for Femoral Neck or Intertrochanteric Fractures. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2021; 12: 21514593211063320.

Karadağ Arlı Ş. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri ile Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 4(3): 38-47.

Karadağ M, Bulut H. Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği. 1. Baskı, Ankara: Vize Basın Yayın; 2019, s:42, 125-149, 848-855.

Karahan E, Çelik S, Zaman F. Ertelenen Cerrahi Girişimlerin Nedenleri ve Hasta Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020; 7(2): 123-129.

Kashif M, Hamid M, Raza A. Influence of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Pain After Cardiac Surgery. *Cureus*. 2022; 14(2): e22170.

Keskin A. Cerrahi Hastalarında Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi'nin Türkçe Geçerlik-Güvenirliği. Doğu Akdeniz Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gazimağusa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ).

Keskin A, Sucu Dağ G, Gordon DB. Reliability and Validity of The Turkish Version of The Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire in Postoperative Patients. *Cyprus J Med Sci*. 2019; 4(3), 157-163.

Kirschbaum S, Kakzhad T, Granrath F, Jasina A, Oronowicz J, Perka C, Kopf S, Gwinner C, Pumberger M. Significant Increase in Quantity and Quality of Knee

Arthroplasty Related Research in KSSTA Over The Past 15 Years. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2022; 30: 1239–1249.

Kumar A, Dubey PK, Ranjan A. Assessment of Anxiety in Surgical Patients: An Observational Study. *Anesth Essays Res.* 2019; 13(3): 503-508.

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(4): 780-785.

Kuzminskaitė V, Kaklauskaitė J, Petkevičiūtė J. Incidence and Features of Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Elective Non-Cardiac Surgery. *Acta Med Litu.* 2019; 26(1): 93-100.

Latijnhouwers DAJM, Martini CH, Nelissen RGHH, Verdegaal SHM, Vliet Vlieland TPM, Gademan MGJ; Longitudinal Leiden Orthopaedics Outcomes of Osteoarthritis Study (LOAS) Group. Acute Pain After Total Hip and Knee Arthroplasty Does Not Affect Chronic Pain During The First Postoperative Year: Observational Cohort Study of 389 Patients. *Rheumatol Int.* 2022; 42(4): 689-698.

Lavand'homme PM, Grosu I, France MN, Thienpont E. Pain Trajectories Identify Patients at Risk of Persistent Pain After Knee Arthroplasty: An Observational Study. *Clin Orthop Relat Res.* 2014; 472(5): 1409-1415.

Lee S, Smith ML, Dahlke DV, Pardo N, Ory MG. A Cross-Sectional Examination of Patients' Perspectives About Their Pain, Pain Management, and Satisfaction with Pain Treatment. *Pain Medicine*, 2020; 21(2): e164-e171.

Ma J, Li C, Zhang W, Zhou L, Shu S, Wang S, Wang D, Chai X. Preoperative Anxiety Predicted The Incidence of Postoperative Delirium in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty: A Prospective Cohort Study. *BMC Anesthesiol.* 2021; 21(1): 48.

Mahdi A, Hälleberg-Nyman M, Wretenberg P. Reduction in Anxiety and Depression Symptoms One Year After Knee Replacement: A Register-Based Cohort Study of 403 Patients. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2021; 31(6): 1215-1224.

Maheshwari D, Ismail S. Preoperative Anxiety in Patients Selecting Either General or Regional Anesthesia for Elective Cesarean Section. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015; 31(2): 196-200.

Malik R, Mathew P, Panda NB, Bhagat H, Gupta A, Grover VK, Mohanty M. Prevalence and Predictors of Preoperative Anxiety in Patients with An Intracranial Supratentorial Neoplasm Undergoing Surgery. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2022; 21.

Markatos K, Savvidou OD, Foteinou A, Kosmadaki S, Trikoupi I, Goumenos SD, Papagelopoulos PJ. Hallmarks in The History and Development of Total Hip Arthroplasty. *Surgical Innovation*. 2020; 27(6): 691-694.

Masigati HG, Chilonga KS. Postoperative Pain Management Outcomes Among Adults Treated at a Tertiary Hospital in Moshi, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*. 2014; 16(1).

Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's Anxiety and Fear of Anesthesia: Effect of Gender, Age, Education, and Previous Experience of Anesthesia: A Survey of 400 Patients. *Journal of Anesthesia*. 2013; 27(1): 104-108.

Medina-Garzón M. Effectiveness of a Nursing Intervention to Diminish Preoperative Anxiety in Patients Programmed for Knee Replacement Surgery: Preventive Controlled and Randomized Clinical Trial. *Invest Educ Enferm*. 2019; 37(2): e07.

Mitra S, Jain K, Singh J, Jindal S, Saxena P, Singh M, Saroa R, Ahuja V, Kang J, Garg S. Does An Acute Pain Service Improve The Perception of Postoperative Pain Management in Patients Undergoing Lower Limb Surgery? A Prospective Controlled Non-Randomized Study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2020; 36(2): 187-194.

Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative Anxiety and Associated Factors Among Adult Surgical Patients in Debre Markos and Felege Hiwot Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiol*. 2018; 18(1): 155.

Mwashambwa MY, YongoloI M, Kapalata SN, Meremo AJ. Post-Operative Pain Prevalence, Predictors, Management Practices and Satisfaction Among Operated

Cases at a Regional Referral Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. Tanzania Journal of Health Research. 2018; 20(2).

Nandi M, Schreiber KL, Martel MO, Cornelius M, Campbell CM, Haythornthwaite JA, Smith MT Jr, Wright J, Aglio LS, Strichartz G, Edwards RR. Sex Differences in Negative Affect and Postoperative Pain in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty. Biol Sex Differ. 2019; 10(1): 23.

Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of Preoperative Anxiety Among Surgical Patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg. 2014; 14: 67.

Nixon DC, Schafer KA, Cusworth B, McCormick JJ, Johnson JE, Klein SE. Preoperative Anxiety Effect on Patient-Reported Outcomes Following Foot and Ankle Surgery. Foot Ankle Int. 2019; 40(9): 1007-1011.

O'Connor JP, Holden P, Gagnier JJ. Systematic Review: Preoperative Psychological Factors and Total Hip Arthroplasty Outcomes. J Orthop Surg Res. 2022; 17(1): 457.

Oflaz F, Yıldırım N. Psikiyatri Hemşireliği: Sertifika Konuları. Psikiyatri Hemşireleri Derneği Yayınları No:1. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2020, s: 359-367.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) Initiative: Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) for Hip and Knee Replacement Surgery-International Data Collection Guidelines. Canadian Institute for Health Information, OECD. Ottawa, ON: CIHI. 2019, p: 10-13.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. 2021, p: 168-169. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en Erişim Tarihi:16.12.2022.

Öner N, Le Compte A. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı, İkinci baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası; 1985, s: 1-15.

Özdemir C. Major Ortopedik Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Bakım Kalitesinin Hasta Bakım Sonuçları ile İlişkisinin Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Antalya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ebru Karazeybek).

Özmanevra R, Işın Y, Kara YS, Yaman F, Demirkıran ND. Erişkinlerde Kalça Hastalıkları ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Akademisyen Kitabevi A.Ş. Ankara; 2020, s: 286-324.

Pan X, Wang J, Lin Z, Dai W, Shi Z. Depression and Anxiety Are Risk Factors for Postoperative Pain-Related Symptoms and Complications in Patients Undergoing Primary Total Knee Arthroplasty in The United States. J Arthroplasty. 2019; 34(10): 2337-2346.

Park S, Kang CH, Hwang Y, Seong YW, Lee HJ, Park IK, Kim YT. Risk Factors for Postoperative Anxiety and Depression After Surgical Treatment for Lung Cancer†. Eur J Cardiothorac Surg. 2016; 49(1): e16–21.

Poudyal S, Sharma K, Subba HK, Thapa S. Pain Experiences Among Postoperative Patients Admitted in Surgical Ward of Teaching Hospital, Chitwan. Asian Journal of Multidisciplinary Studies. 2018; 6(8): 1-7.

Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vogele C, Byrne-Davis LM, Unsworth M, Osmer C, Johnston M. Psychological Preparation and Postoperative Outcomes for Adults Undergoing Surgery Under General Anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 5: CD008646.

Qi A, Lin C, Zhou A, Du J, Jia X, Sun L, Zhang G, Zhang L, Liu M. Negative Emotions Affect Postoperative Scores for Evaluating Functional Knee Recovery and Quality of Life After Total Knee Replacement. Braz J Med Biol Res. 2016; 49(1): e4616.

Ramia E, Nasser SC, Salameh P, Saad AH. Patient Perception of Acute Pain Management: Data from Three Tertiary Care Hospitals. Pain Research and Management. 2017; 7459360: 1-12. doi:10.1155/2017/7459360

Rasouli MR, Menendez ME, Sayadipour A, Purtill JJ, Parvizi J. Direct Cost and Complications Associated with Total Joint Arthroplasty in Patients with Preoperative Anxiety and Depression. *J Arthroplasty*. 2016; 31(2): 533-536.

Ren A, Zhang N, Zhu H, Zhou K, Cao Y, Liu J. Effects of Preoperative Anxiety on Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Elective Orthopedic Surgery: A Prospective Observational Cohort Study. *Clin Interv Aging*. 2021; 16: 549-557.

Riddle DL, Perera RA, Nay WT, Dumenci L. What Is The Relationship Between Depressive Symptoms and Pain During Functional Tasks in Persons Undergoing TKA? A 6-year Perioperative Cohort Study. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2015; 473(11): 3527–3534.

Rieker CB, Wahl P. What The Surgeon Can Do to Reduce The Risk of Trunnionosis in Hip Arthroplasty: Recommendations from The Literature. *Materials (Basel)*. 2020; 13(8): 1950.

Rivière C, Vendittoli PA. Personalized Hip and Knee Joint Replacement. Springer Nature Switzerland AG.; 2020, p: 9-30, 157-174.

Robleda G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños JE. Influence of Preoperative Emotional State on Postoperative Pain Following Orthopedic and Trauma Surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22(5): 785-791.

Robinson RP. The Early Innovators of Today's Resurfacing Condylar Knees. *The Journal of Arthroplasty*. 2005; 20(suppl-S1): 0–26.

Ruiz Hernández C, Gómez-Urquiza JL, Pradas-Hernández L, Vargas Roman K, Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Cañadas-De la Fuente GA. Effectiveness of Nursing Interventions for Preoperative Anxiety in Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis. *J Adv Nurs*. 2021; 77(8): 3274-3285.

Saini S, Dayal M. Preoperative Anxiety in Indian Surgical Patients-Experience of a Single Unit. *Indian J Appl Res*. 2016; 6(9): 476-479.

Sloan M, Premkumar A, Sheth NP. Projected Volume of Primary Total Joint Arthroplasty in The US, 2014 to 2030. *J Bone Jt Surg Am*. 2018; 100: 1455–1460.

Sommer M, De Rijke JM, Van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, Gramke HF, Marcus MA. The Prevalence of Postoperative Pain in a Sample of 1490 Surgical Inpatients. *Eur J Anaesthesiol*. 2008; 25(4): 267-274.

Sorel JC, Oosterhoff JHF, Broekman BFP, Jaarsma RL, Doornberg JN, IJpma FFA, Jutte PC, Spekenbrink-Spooren A, Gademan MGJ, Poolman RW. Do Symptoms of Anxiety and/or Depression and Pain Intensity Before Primary Total Knee Arthroplasty Influence Reason for Revision? Results of an Observational Study from The Dutch Arthroplasty Register in 56,233 Patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022; 78: 42-49.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for The State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. (1983).

Srahbzu M, Yigizaw N, Fanta T, Assefa D, Tirfeneh E. Prevalence of Depression and Anxiety and Associated Factors Among Patients Visiting Orthopedic Outpatient Clinic at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *J Psychiatry*. 2017; 21: 450.

Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, Cattano D. Preoperative Anxiety and Implications on Postoperative Recovery: What Can We Do to Change Our History. *Minerva Anesthesiol*. 2018; 84(11): 1307-1317.

Subramanian B, Shastri N, Aziz L, Gopinath R, Karlekar A, Mehta Y, Sharma A, Bapat JS, Jain P, Jayant A, Samra T, Perera A, Agarwal A, Shetty V, Bhatnagar S, Pandya ST, Jain P. ASSIST-Patient Satisfaction Survey in Postoperative Pain Management from Indian Subcontinent. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2017; 33(1): 40-47.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi. Sürüm 1.1, Ankara. 2021; s: 29-45, 118-134.

T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü. Versiyon 1.0, Ankara. 2021; s: 1-31.

T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Total Kalça Artroplastisi Klinik Protokolü. Revizyon 1, Ankara. 2022; s: 1-6.

T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Total Diz Artroplastisi Klinik Protokolü. Revizyon 1, Ankara. 2022; s: 1-6.

Towndend MC. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice Çeviren: Tangül Özcan C, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. 6. Basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016, s: 460- 464.

Tilbury C, Haanstra TM, Verdegaal SHM, Nelissen RGHH, De Vet HCW, Vlieland TPMV, Ostelo'da R. Patients' Pre-Operative General and Specific Outcome Expectations Predict Postoperative Pain and Function After Total Knee and Total Hip Arthroplasties. Scandinavian Journal of Pain. 2018; 18(3): 457-466.

Türk Dil Kurumu (TDK). Türk Dil Kurumu Sözlükleri; <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 10.12.2022.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistik Veri Portalı; <https://data.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 12.12.2022.

Ursavaş FE, Yaradılmış YU. Relationship Between Pain Beliefs and Postoperative Pain Outcomes After Total Knee and Hip Replacement Surgery. J Perianesth Nurs. 2021; 36(2): 187-193.

Utrillas-Compained A, De La Torre-Escuredo BJ, Tebar-Martínez AJ, Asúnsolo-Del Barco Á. Does Preoperative Psychologic Distress Influence Pain, Function, and Quality of Life After TKA? Clin Orthop Relat Res. 2014; 472(8): 2457-2465.

Vadhanan P, Tripaty DK, Balakrishnan K. Pre-Operative Anxiety Amongst Patients in a Tertiary Care Hospital in India- A Prevalence Study. *Journal of Society of Anesthesiologists of Nepal*. 2017; 4(1): 5–10

Valencia L, Becerra Á, Ojeda N, Domínguez A, Prados M, González-Martín JM, Rodríguez-Pérez A. Effect of Preoperative Anxiety on Postoperative Pain after Craniotomy. *J Clin Med*. 2022; 11(3): 556.

Videbeck SL. *Psychiatric- Mental Health Nursing*. Fifth edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011, p: 226-240.

Vogl M, Wilkesmann R, Lausmann C, Hunger M, Plötz W. The Impact of Preoperative Patient Characteristics on Health States After Total Hip Replacement and Related Satisfaction Thresholds: A Cohort Study. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12: 108.

Wang MC, Chan PH, Paxton EW, Bellows J, Koplan K, Rabrenovich V, Convissar J, Reddy NC, Grimsrud CD, Navarro RA. Factors Influencing Patient Satisfaction with Care and Surgical Outcomes for Total Hip and Knee Replacement. *Perm J*. 2021; 25: 21.043.

Whale K, Gooberman-Hill R. Development of a Novel Intervention to Improve Sleep and Pain in Patients Undergoing Total Knee Replacement. *Trials*. 2022; 23(1): 625.

Woldehaimanot TE, Eshetie TC, Kerie MW. Postoperative Pain Management Among Surgically Treated Patients in An Ethiopian Hospital. *PLoS One*. 2014; 9(7): e102835.

World Health Organization-WHO (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ). <https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 27.12.2022.

Xu J, Twiggs J, Parker D, Negus J. The Association Between Anxiety, Depression, and Locus of Control with Patient Outcomes Following Total Knee Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2020; 35(3): 720-724.

Zarei B, Valiee S, Nouri B, Khosravi F, Fathi M. The Effect of Multimedia-Based Nursing Visit on Preoperative Anxiety and Vital Signs in Patients Undergoing Lumbar Disc Herniation Surgery: A Randomised Clinical Trial. *J Perioper Pract*. 2018; 28(1-2): 7-15.

Zeb A, Hammad AM, Baig R, Rahman S. Pre-Operative Anxiety in Patients at Tertiary Care Hospital, Peshawar Pakistan. South Asian Research Journal of Nursing and Healthcare. 2019; 1(1): 26-30.

Ziętek P, Ziętek J, Szczypiór K. Anxiety in Patients Undergoing Fast-Track Knee Arthroplasty in The Light of Recent Literature. Psychiatr Pol. 2014; 48(5): 1015-1024.

Zoëga S, Ward S, Gunnarsdottir S. Evaluating The Quality of Pain Management in a Hospital Setting: Testing The Psychometric Properties of The Icelandic Version of The Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire. Pain Management Nursing. 2014; 15(1): 143-155.



EKLER

EK-1.

Aydınlatılmış Onam Formu

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

Sayın Katılımcı,

Ben Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru ÇALIŞKAN. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AKSOY ile birlikte “Total Kalça ve Diz Protez Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Ameliyat Sonrası Hastanın Ağrı Sonuçları ile İlişkisi” başlıklı bir tez araştırması yürütmekteyiz. Araştırma kapsamında “Birey Tanılama Formu”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi” formları uygulanacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan ve Antalya Kepez Devlet Hastanesi’nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmanız konusunda gönüllü olmanız esastır. Zaman ayırdığınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye/katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Araştırmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün/katılımcının;

Adı- Soyadı:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacıların;

Adı- Soyadı: Ebru ÇALIŞKAN

İmzası:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı- Soyadı:

Görevi:

İmzası:

Birey Tanılama Formu**Ameliyat Öncesi Bölüm:** **Veri Toplama zamanı:**gün/saat

- 1) Yaş: 2) Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
- 3) Boy Uzunluğu(cm): Vücut Ağırlığı(kg): BKİ:
- 4) Medeni Durum: Bekar () Evli ()
- 5) Gelir Durumu: Gelir Giderden Az () Gelir Gidere Denk () Gelir Giderden Fazla ()
- 6) Kronik Hastalık: Var () Yok ()
- 7) Sigara Kullanımı: Var ()adet/gün Yok () Bıraktım ()
- 8) Eğitim Düzeyi: Okuryazar/İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri ()
- 9) Çalışma Durumu:
Çalışıyor () Çalışmıyor / Emekli ()
- 10) Birlikte Yaşadığınız Aile Bireyleri Sayısı:
Tek Yaşıyorum () 1 Kişi () 2-4 Kişi () 5 ve Üzeri Kişi ()
- 11) Daha Önce Ameliyat Olma Durumu: Evet () Hayır ()
11. Soruya yanıtınız “Hayır” ise 13. Soruya geçiniz.
- 12) Ameliyat Sayısı: Bir Kez () İki Kez () Üç ve Üzeri ()
- 13) Planlanan Cerrahi Girişim: Total Kalça Protezi () Total Diz Protezi ()
- 14) Ameliyatınız: Acil () Elektif ()
- 15) Ameliyat Hakkında Bilgi Alma Düzeyiniz Nedir?
Kısmen () Yeterince () Tamamen ()
- 16) Ameliyat Öncesi Hazırlıklar ve Yapılacak İşlemler Hakkında Bilgi Alma Düzeyiniz Nedir?
Kısmen () Yeterince () Tamamen ()
- 17) Ameliyat hakkında kim tarafından bilgilendirildiniz?
Doktor () Hemşire () Doktor ve Hemşire ()
- 18) ASA Skoru: I () II ()

Ameliyat Sonrası Bölüm: **Veri Toplama zamanı:**gün/saat

- 19) Ameliyat Öncesi Gece Uyku Saatiniz: 0-3 Saat () 3-6 Saat () 6’dan Fazla Saat ()
- 20) Anestezi Tipi: Genel () Kombine(Spinal+Epidural) () Spinal ()
- 21) Ameliyat Süresi: dakika
- 22) Ameliyat Sonrası Uygulanan Analjezik Prosedürleri:
.....
.....

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

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

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-I):

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

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-II):

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

Dayanılmaz Ağrı (10)



Ağrı Yok (0)

Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi (AAD-R-HSA)

Aşağıda belirtilen sorular, ilk 24 saat içerisinde hastanede veya ameliyat sonrasında deneyimlediğiniz ağrıların şiddeti ile ilgilidir.

1. İlk 24 saatte hissettiğiniz en hafif ağrıyı aşağıdaki ölçekte derecelendirerek daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı yok										Dayanılmaz ağrı

2. İlk 24 saatte hissettiğiniz en şiddetli ağrıyı aşağıdaki ölçekte derecelendirerek daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı yok										Dayanılmaz ağrı

3. İlk 24 saatte ne sıklıkta şiddetli ağrı hissettiniz? Lütfen deneyimlediğiniz en şiddetli ağrının yüzdeliğini daire içine alınız.

% 0	% 10	% 20	% 30	% 40	% 50	% 60	% 70	% 80	% 90	% 100
Şiddetli ağrı yok										Her zaman şiddetli ağrı

4. Yaşadığınız ağrının aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı ne kadar engellediğini en iyi ifade eden sayıyı daire içine alınız.

a. Yataкта dönmeyi, oturmayı veya pozisyon değiştirmeyi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Engellemedi										Tamamen engelledi

b. Yürümeyi, sandalyede oturmayı veya tuvalete gitmek gibi, yatağın dışındaki aktiviteleri yapmayı

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Engellemedi										Tamamen engelledi

c. Uykuya dalmayı

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Engellemedi										Tamamen engelledi

d. Uyumayı

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Engellemedi										Tamamen engelledi

5. Ağrı, ruh hali ve duygularınızı etkileyebilir. Yaşadığınız ağrının aşağıda belirtilen duyguları ne kadar etkilediğini en iyi gösteren sayıyı daire içine alınız.

a. Endişeyi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Az										Çok

b. Kederi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Az										Çok

c. Korkuyu

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Az										Çok

d. Çaresizliği

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Az										Çok

6. Aşağıdaki yan etkilerden herhangi birini hissettiniz mi? Hiç hissetmediyseniz 0 (sıfır)'ı, hissettiyseniz şiddet derecesini gösteren sayıyı daire içine alınız.

a. Bulantı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yok Şiddetli

b. Uyuşukluk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yok Şiddetli

c. Kaşıntı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yok Şiddetli

d. Baş dönmesi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yok Şiddetli

7. İlk 24 saatte ne kadar ağrı giderici aldınız? Kullandığınız tüm ağrı gidericileri yöntemleri (ilaçlı ve ilaç dışı) değerlendirdiğinizde ağrınızın ne derece hafiflediğini gösteren yüzdeliği daire içine alınız.

% 0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 %100
Hiç hafifleme olmadı Hafifleme oldu

8. Ağrı tedavisiyle ilgili kararlara katılmanıza izin verildi mi? İzin verildiyse uygun olan rakamı daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
İzin Verilmedi İzin Verildi

9. Ağrı tedavisinin sonuçları ile ilgili memnuniyet düzeyinizi gösteren en uygun sayıyı daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç memnun kalmadım Çok memnun kaldım

10. Size, ağrınızın tedavisine yönelik seçenekler hakkında herhangi bir bilgi verildi mi?

___ Hayır ___ Evet

Yanıtınız evet ise, verilen bilginin ne derecede faydalı olduğunu en iyi gösteren sayıyı daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiç faydalı olmadı Oldukça faydalı

11. Ağrınızı gidermek için ilaç dışında herhangi bir yöntem kullandınız mı? ___ Hayır, ___ Evet.

Yanıtınız evet ise, uygun olanı işaretleyiniz.

___ Buz torbası (Soğuk Uygulama) ___ Meditasyon
___ Derin nefes alma ___ Müzik dinleme
___ Başka şeylerle oyalanma ___ Dua etme
(örn: televizyon izleme, kitap okuma) ___ Rahatlama hareketleri
___ Sıcak uygulama ___ Yürüme
___ Hayal kurma veya akla başka şeyler getirme ___ Diğer(Lütfen belirtiniz).....
___ Masaj

12. Doktor veya hemşire ilaç dışı tedavi yöntemlerini kullanmanız için sizi ne sıklıkta teşvik etti ? Daire içine alarak belirtiniz?

Hiç bir zaman Arasıra/ Bazen Sık sık

13. Hasta bu anketi doldururken yardım aldıysa işaretleyiniz. ()

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) Kullanım İzni

20.01.2021

İlgili Kuruma,

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

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında tez çalışması yapan Yüksek Lisans öğrencisi Ebru Çalışkan'ın Total Kalça-Diz Protezi konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri"ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi Kullanım İzni

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi

← Yanıtla ← Tümünü yanıtla → İlet Arşivle Sil Bayrak ekle ...

Kimden: [Gulten S. DAG](#)
Gönderilme: 11 Ocak 2021 Pazartesi 23:27
Kime: [EBRU ÇALIŞKAN](#)
Konu: Re: Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi Kullanma İzni

Sevgili Ebru
 Ölçeği çalışmada kullanabilirsin
 Tezinde kolaylıklar diliyorum
 Sevgiler

Doç.Dr.Gülten Sucu Dağ
 DAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Dekan Yardımcısı
 Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Gönderen: EBRU ÇALIŞKAN
Gönderildi: Monday, January 11, 2021 9:59:45 PM
Kime: Gulten S. DAG
Konu: Amerikan Ağrı Derneği Revize Hasta Sonuçları Anketi Kullanma İzni

Sayın Sayın Gülten hocam,

Ben Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi, Ebru Çalışkan. Yüksek Lisans tez çalışmamda izin verirsiniz, geçerlik ve güvenirlik yaptığımız çalışmayı referans göstererek “Amerikan Ağrı Derneği Hasta Sonuçları Anketi” isimli ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

Saygıyla..

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi

Akdeniz Üniversite Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2021		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüsü /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Öyesi Nilgün AKSOY
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Total Kalça ve Diz Protez Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Ameliyat Sonrası Hastanın Ağrı Sonuçları ile İlişkisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 133	Tarih: 10.02.2021
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Antalya Kepez Devlet Hastanesi Başhekimliği Araştırma İzni



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Kepez Devlet Hastanesi

ANTALYA KEPEZ DEVLET HASTANESİ - ANTALYA
KEPEZ DEVLET HASTANESİ
22.03.2021 14:26 - E-15107294 - 604.01.02 - 2257



Sayı : E-15107294-604.01.02
Konu : Ebru ÇALIŞKAN'ın Araştırma İzni
Hakkında

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Antalya Sağlık Hizmetleri Birimi)

İlgi : 11/03/2021 tarihli ve 98360293-604.01.02-02-1119 sayılı yazınız

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru ÇALIŞKAN'ın "Total Kalça ve Diz Protez Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Anksiyete Prevalansı ve Ameliyat Sonrası Hastanın Ağrı Sonuçları ile İlişkisi" konulu tezi tarafımızdan değerlendirilmiş;

Söz konusu tez çalışmasının onay yazısıyla birlikte sağlık tesisimizin Eğitim Birimine başvurarak başlatılması, sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun sağlık tesisimizin bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun sağlık tesisimize gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Ramazan GÜRKAN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 41d05183-1f60-48fb-aef7-18c9acaa3701 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hüsnü Karakaş Mah. Güneş Cad. No:124/1 Sok. 07320 Kepez / ANTALYA

Telefon: Faks No: 242 339 28 00

e-Posta: bilge.taskiran@saglik.gov.tr İnternet Adresi: antalyadhs15@saglik.gov.tr

Bilgi için: Bilge TAŞKIRAN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 242) 339 11 00



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ebru	Uyruğu	
Soyadı	ÇALIŞKAN	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Alanya Anadolu Lisesi	2012
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2016
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora	--	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Antalya Kepez Devlet Hastanesi	2018-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
YDS	İNGİLİZCE	
YÖKDİL	İNGİLİZCE	

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)