



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOTAL KALÇA ARTROPLASTİSİ
PLANLANAN HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ VIDEO
TEMELLİ EĞİTİMİN MOBİLİZASYON KORKUSUNA ETKİSİ**

BAŞAK BAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ükke KARABACAK

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Nermin OCAKTAN

İSTANBUL-2024



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOTAL KALÇA ARTROPLASTİSİ PLANLANAN
HASTALARDA AMELİYAT ÖNCESİ VIDEO TEMELLİ
EĞİTİMİN MOBİLİZASYON KORKUSUNA ETKİSİ**

BAŞAK BAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ükke KARABACAK

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Nermin OCAKTAN

İSTANBUL-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

27.09.2024

Başak Bal

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım ve danışmanlarım Sayın Prof. Dr. Ükke Karabacak ve Dr. Öğr. Üyesi Nermin Ocaktan'a,

Hayatımın her anında yanımda olan, attığım her adımda beni destekleyen, sonsuz fedakarlıklarda bulunan başta annem Nejla Acar olmak üzere tüm aileme,

Her konuda olduğu gibi tez sürecimde de büyük destekçim olan değerli eşim Burak Bal'a,

Araştırmaya katılan tüm hastalarım, araştırma sürecinde yardımlarını esirgemeyen tüm ekip arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
RESİMLER LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
2 GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Total Kalça Artroplastisi Nedir?	7
2.2 Total Kalça Artroplastisi Endikasyonları.....	7
2.3 Total Kalça Artroplastisi Kontrendikasyonları	8
2.4 Total Kalça Artroplastisinde Komplikasyonlar	8
2.5 Total Kalça Artroplastisinde Hemşirelik Bakımı	9
2.5.1 Cerrahi girişim öncesi hemşirelik bakımı.....	9
2.5.2 Cerrahi girişim sonrası hemşirelik bakımı	11
2.6 Erken Mobilizasyonun Önemi ve Hemşirenin Rolü	13
2.7 Mobilizasyon Korkusu.....	14
2.8 Hasta Eğitimi ve Mobilizasyondaki Yeri	14
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1 Araştırmanın Tipi	16
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3 Araştırmanın Hipotezi	16
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	16
3.4.1 Örneklem seçim kriterleri	17
3.4.2 Araştırma değişkenleri	17
3.5 Verilerin Toplanması.....	18
3.5.1 Veri toplama araçları.....	18
3.6 Araştırmanın Uygulanması	19
3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	24
3.8 Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü	25
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	25

4 BULGULAR	26
5 TARTIŞMA	36
6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER	40
7 KAYNAKLAR	42
8 EKLER	47
EK 1 Kişisel Bilgiler Formu	47
EK 2 Tampa Kinezyofobi Ölçeği Türkçe Versiyonu	50
EK 3 Mobilizasyon Veri Toplama Formu	51
EK 4 Numerik Ağrı Skalası	52
EK 5 Bilgilendirilmiş Onam Formu	53
EK 6 Ölçek İzni	54
EK 7 Hastane İzni	55
EK 8 Etik Kurul İzni	56
EK 9 Video Eğitim İçeriği Uzman Görüş Onay Formu	57
EK 10 Fotoğraf, Video Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu	57
EK 11 Randomizasyon	59
9 ÖZGEÇMİŞ	60

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

Ark.	Arkadaşları
Bdp	Bakım Destek Personeli
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TKA	Total Kalça Artroplastisi
TKÖ	Tampa Kinezyofobi Ölçeği



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 Araştırma deseni	18
Şekil 4.1 Gruplara göre ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanı	33
Şekil 4.2 Tampa kinezyofobi puanlarının gruba göre farklılaşma durumu	34
Şekil 4.3 Gruplara göre mobilizasyon öncesi-sonrası ağrı durumları.....	35



RESİMLER LİSTESİ

Resim 3.1 Walker ile yürüme.....	21
Resim 3.2 Tuvalete oturma-kalkma	21
Resim 3.3 Kanedyen ile yürüme	22
Resim 3.4 Merdiven-inme çıkma	22
Resim 3.5 Yapılmaması gerekenler	23
Resim 3.6 Yapılmaması gerekenler	23



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1 Total kalça artroplastisi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri	26
Tablo 4.2 Total kalça artroplastisi uygulanan hastaların mobilizasyon özellikleri ...	31
Tablo 4.3 İlk mobilizasyon süresinin gruba göre farklılaşma durumu	32
Tablo 4.4 Tampa kinezyofobi puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.5 Ağrı puanlarının gruplara göre dağılımı	34



ÖZET

Total Kalça Artroplastisi Planlanan Hastalarda Ameliyat Öncesi Video Temelli Eğitimin Mobilizasyon Korkusuna Etkisi

Çalışma, total kalça artroplastisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi verilen video temelli eğitimin mobilizasyon korkusuna etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapıldı. Çalışmanın evrenini örneklemini bir özel hastanenin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Kasım 2023 – Temmuz 2024 tarihleri arasında yatan hastalar oluştururken örneklemini ise dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgiler Formu, Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) ve Mobilizasyon Veri Toplama Formu kullanılarak toplandı. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada standart eğitim grubu TKÖ toplam puanları ($\bar{x}=42,833$), video eğitimi grubu TKÖ toplam puanlarından ($\bar{x}=36,333$) yüksek bulundu. Buna göre, total kalça artroplastisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi dönemde verilen video temelli eğitimin mobilizasyon korkusunun giderilmesinde standart eğitime göre daha etkili olduğu belirlendi. Bu doğrultuda, video destekli eğitimin hemşirelik girişimi olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Total kalça artroplastisi, Total kalça protezi, Mobilizasyon korkusu, Kinezyofobi, Hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

The Effect of Preoperative Video-Based Education on Fear of Mobilization in Patients Planned for Total Hip Arthroplasty

The study was conducted as a randomized controlled trial to determine the effect of preoperative video-based education on fear of mobilization in patients scheduled for total hip arthroplasty. The study population consisted of patients hospitalized in the Orthopedics and Traumatology Clinic of a private hospital between November 2023 and July 2024, while the sample consisted of patients who met the inclusion criteria. The study data were collected using the Personal Information Form, Tampa Kinesiophobia Scale (TKS), and Mobilization Data Collection Form. Data were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 program. In the study, the total TKS scores ($\bar{x}=42.833$) in the standard education group were found higher than the total TKS scores ($\bar{x}=36.333$) in the video education group. Accordingly, it was determined that the video-based education given in the preoperative period in patients scheduled for total hip arthroplasty was more effective than standard education in eliminating fear of mobilization. In this regard, the use of video-assisted education as a nursing intervention is recommended.

Keywords: Total hip arthroplasty, Total hip prosthesis, Fear of mobilization, Kinesiophobia, Nursing care.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerde yaş, komormid hastalık, romatolojik hastalıklar, menopoz, travma gibi birçok neden ile kas iskelet sistemi sorunları görülür ve bunun sonucunda hareketler önemli ölçüde kısıtlanır. Kalça eklemine de bu sebeplerden etkilenip işlevsel bozukluklarının ortaya çıkması sonucunda kişi günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremez hale gelir. Mevcut kas iskelet sorununun giderilmesi, ağrının ortadan kaldırılması, bireylerin öz bakım ihtiyaçlarını bağımsız olarak sağlamaları için yapılan cerrahi işleme Total Kalça Artoplastisi (TKA) denir (1,2).

Sir John Charnley'in 1960'lı yıllarda, başarılı çalışmaları ile öncülük etmesinden bu yana total kalça artroplastisi ameliyatı, yüksek başarı oranı ile en sık yapılan cerrahi girişimlerden birisidir (3).

Total kalça artroplastisinde cerrahi işlem süreci önemli olduğu kadar ameliyat öncesi ve sonrası dönem de büyük önem taşımaktadır. Bu süreçte hemşirelik girişimleri ve bakımı kritik bir öneme sahiptir. Total kalça artroplastisinde hemşirelik bakımının amacı; hastanın bağımsızlığını kazanması için her süreçte hastaya destek olmak, karşılayamadığı özbakım ihtiyaçlarını karşılamak, mevcut ağrısının giderilmesini sağlamak ve bir an önce günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olmaktır (2,4,5).

Total kalça artroplastisi uygulanan bireylerin sürece ilişkin bilgilendirilmesi ve yaşam aktivitelerini sürdürmeye ilişkin eğitimlerin verilmesi önemli hemşirelik girişimlerindedir. Bu konuda yapılmış pek çok araştırmada farklı eğitim programları uygulanarak hastanın bakımının sürdürüldüğü görülmüştür. Bu eğitim programlarında; görsel ve işitsel materyaller, yazılı bilgilendirme kılavuzları, grup eğitimleri ve bireysel danışmanlık gibi birçok yöntem yer almaktadır.

Kalça artoplastisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin içeriğinde; ameliyatta kullanılacak olan teknikler, cerrahiye hazırlık prosedürü, olası riskler, komplikasyonlar, ameliyat sonrası iyileşme süreci, ağrı yönetimi, cerrahi sonrası dikkat edilmesi gereken faktörler yer almalıdır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, hastalara ameliyat öncesi verilen eğitim ile hastanede kalış süresinin kısılacığı, hasta memnuniyetinin artacağı sonuçlarına varılmıştır (8).

Amprachim ve ark (2024) yaptığı çalışmada, total kalça artroplastisi öncesi hastalara yapılan bilgilendirme ve eğitimin hastaların; ağrı ve anksiyetede azalma, ameliyat sonrası rehabilitasyon sürecinde hızlanma, hastanede kalış süresinde ve komplikasyon oranında azalma gibi sonuçlar elde etmişlerdir (6).

McDonald ve ark. (2014) çalışmasında ameliyat öncesi verilen kapsamlı bir eğitimin, iyi bilgilendirilmiş bir hastanın, memnuniyet oranının ve tedavi sürecine katılımının arttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmaya göre, hasta ameliyat öncesinde sadece fiziksel olarak değil psikolojik ve duygusal olarak da hazırlanmalıdır. Verilecek olan eğitimin etkili olması için hastaya göre planlama yapılmalı, hastanın okuryazarlık düzeyi, sosyokültürel seviyesi göz önünde bulundurulmalıdır. Sözel eğitimin yanı sıra broşür eğitimi, video destekli eğitim de dahil olmak üzere çeşitli eğitim materyalleri kullanılabilir. Ameliyat öncesi eğitim alan hastalarda ağrı seviyesinin ve korku düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (7).

Dallimore ve ark. (2017) kalça artroplastisi geçiren hastalara ameliyat sonrası dönemde verdikleri multimedia eğitiminin memnuniyet sonuçlarını incelediği çalışmanın sonucuna göre de multimedia eğitimi alan hastaların memnuniyet oranlarının, yapması gereken hareketleri hatırlama oranlarının broşür eğitim alan hastalara göre daha yüksek olduğu sonuçlanmıştır (9).

Nicolau ve ark. (2022)'nin kalça artroplastisi sonrası hastaların rehabilitasyon süreçlerini kolaylaştırmak için eğitim yöntemlerini inceledikleri çalışmada, ameliyat öncesi hastalara verilen hemşirelik eğitiminin, hastaların memnuniyetini arttırdığı ve kaygıyı azalttığı, erken mobilizasyona teşvik ile hastanın hastanede kalış süresinde azalmalar olduğu, komplikasyon görülme oranında azalma olduğu ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Total kalça artroplastisinde hastalara sadece sözel değil yazılı ve görsel eğitim materyallerini birleştirerek, mümkün oldukça örneklendirmeler yaparak eğitim planlaması önerilmiştir (10).

Total kalça artroplastisi sonrasında iyileşme sürecini hızlandırma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme, eklem hareketliliğini artırma, kas gücünü koruma ve oluşabilecek komplikasyonların önüne geçebilmek için hastaların erken dönemde mobilizasyonu büyük öneme sahiptir.

Guerra ve ark. (2015) yaptığı çalışmaya göre kalça veya diz artroplastisi sonrasında hastaların erken mobilizasyonu ile hastanede kalış süresinin 1,8 günlük bir azalma ile sonuçlandığı tespit edilmiştir (11).

Agarwal ve ark. (2024) yaptıkları çalışmada kalça artroplastisi cerrahisinden sonra erken mobilizasyonu sağlanan ve sağlanamayan hastaları karşılaştırdıklarında, erken mobilize olan hastaların mortalite oranlarının ve komplikasyon oranlarının daha düşük olduğu fakat hastanede kalış sürecinde herhangi bir fark olmadığı ortaya konulmuştur (12).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyon hastalar için kritik olduğu kadar da uygulaması da bir o kadar zor bir süreçtir. Bunun sebebi ise yapılan çalışmalara göre total kalça artroplastisi sonrası hastaların mobilizasyon korkusu yaşamalarıdır. Mobilizasyon korkusu total kalça artroplastisi geçiren yaklaşık 4 hastadan 1'inde görülmektedir. Bunun ile ilişkili faktörlere bakıldığında hastanın ileri yaşta oluşu, sosyokültürel seviyelerinin düşük olması, baş etme stratejilerinde başarısızlık, ağrı, öz yeterliliğin olmayışı mobilizasyon korkusuna sebep olan faktörlerdendir (13).

Damar ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ortopedi ameliyatı sonrası hastaların ilk mobilizasyonda %42'sinin korkusu olduğu tespit edilmiştir (14).

Total kalça artroplastisi geçirdikten 6 ile 8 yıl sonra dahi hastalarda mobilizasyon korkusunun görülebileceği ve bunun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceği Al-Amiry ve ark. (2022) yaptığı çalışmaya göre tespit edilmiştir (15).

Bu doğrultuda; araştırma, total kalça artroplastisi olan hastalara ameliyat öncesi verilen video destekli mobilizasyon eğitiminin mobilizasyon korkusuna etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Total Kalça Artroplastisi Nedir?

Kalça ekleminde, günlük yaşantımızda yaptığımız yürüme, koşma, merdiven kullanma ve bunun gibi birçok aktiviteye ek olarak romatoid artrit, osteoartrit ya da fraktürler sebebi ile yapısal bozukluklar oluşabilir. Kalça eklemi işlevini kaybeder, hareket kısıtlılığı oluşur ve günlük yaşantısındaki aktiviteleri yerine getiremez. Bu sorunun giderilmesi için hasarlı kalça eklemi değiştirilmek üzere bireylere ‘Total Kalça Artroplastisi (TKA)’ cerrahisi uygulanır (16).

Total Kalça Artroplastisinde zarar görmüş femur başı, femur boynu ve asetabulum çıkartılarak yerine titanyum, metal, plastik veya seramik içeren protez yerleştirilir. Bu protezler çimentolu ve çimentosuz olarak iki türde uygulanabilir. Protez seçiminde hastanın yaşı, kırığın şekli, kemik kalitesi gibi faktörler etkili olmaktadır. Günümüzde kalça artroplastisi, açık cerrahi ve robotik cerrahi olarak iki şekilde uygulanabilmektedir. TKA’de amaç kalça ekleminin işlevini tekrar eskisi gibi yerine getirebilmesidir.

2.2 Total Kalça Artroplastisi Endikasyonları

Kalça ekleminde geçmeyen ağrı, hareket kısıtlılığı, yürüyüşte bozulma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe gibi dejeneratif etkene bağlı birçok sebep nedeni ile hastalar için cerrahi girişim planlanabilir. Romatoid artrit, ankilozan spondilit, osteoartrit, travmatik kalça çıkığı, asetabulum kırığı, femur başı kırığı, gelişimsel kalça displazisi vb. durumlarda TKA planlanabilir (17).

Total Kalça Artroplastisine karar vermeden önce hastaya konservatif tüm yöntemler uygulanır. Antienflamatuvar ilaç kullanımı, yürümek için yardımcı araç kullanımı, kilo verme, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları bunlardan bazılarıdır. Bu konservatif yöntemlere rağmen hastanın ağrı şikayeti azalmıyor ya da geçmiyorsa hastaya cerrahi girişim planlanır.

2.3 Total Kalça Artroplastisi Kontrendikasyonları

Total Kalça Artroplastisi planlanan hastalarda endikasyonların değerlendirilmesi kadar kontrendikasyonların değerlendirilmesi de cerrahinin başarısı için dikkat edilmesi gereken hususlardandır.

Yapılan cerrahi sonrası ciddi komplikasyonlar gelişebileceği ve bunların da morbidite ve mortaliteyi önemli derecede etkileyebileceği nedeniyle hastanın ilk değerlendirmesinin dikkatli yapılması gerekmektedir. Cerrahi öncesi hastanın komorbid hastalıkları incelenmeli, ilgili konsültasyonları sağlanmalıdır. Hastada bir enfeksiyon varlığı, morbid obezite, dolaşım bozukluğu, sepsis, ciddi kardiyak-pulmoner hastalığı olan yüksek risk olarak değerlendirilir ve bu durum ortadan kalkana kadar cerrahi girişim ertelenmeli ya da yapılmamalıdır (17,18).

Elmas ve ark. (2015) yaptıkları çalışma sonucunda kalça artroplastisi sonrasında, kronik böbrek hastalığının, ileri yaşın, yüksek ASA risk grubunun, preoperatif lenfosit değeri düşüklüğünün morbidite ve mortalite oranı için önemli belirleyiciler olduğu ortaya çıkmıştır (19). Gruson ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada kalça artroplastisi sonrasında, anemi tablosu olan geriatri hastaların altı ay ve bir yıllık mortalite oranlarında anlamlı artış olduğunu belirlenmiştir (20).

2.4 Total Kalça Artroplastisinde Komplikasyonlar

Yaşlı nüfusunun artması ile kalça fraktürlerinin, osteoartritlerin insidansının artmasıyla kalça cerrahileri ve cerrahi sonrası görülen komplikasyonların sayısı da artmaktadır (21). Total kalça artroplastisinde temel konulardan birisi de komplikasyonların önlenmesidir. Cerrahi sonrası hastalarda erken ve geç komplikasyonlar görülebilir. Erken komplikasyonlar; kanama, hematom oluşumu, derin ven trombozu, pulmoner emboli, sinir hasarı, kardiyovasküler problemler olarak sıralanabilirken, geç komplikasyonlarda; protez enfeksiyonu, dislokasyon, protezde gevşeme, immobiliteye bağlı basınç yarası ve ölüm sayılabilir (1,17).

En kritik komplikasyonlarından olan emboli ve derin ven trombozu diğer cerrahilerle kıyaslandığında kalça artroplastisi cerrahisinde daha sık görülmektedir (22). Bu komplikasyonların önlenmesi için ayak bileği pompalaması egzersizleri, solunum egzersizleri, antikoagülanlar, antiembolik çorap giyilmesi gibi koruyucu önlemler alınır (23).

Dislokasyon, cerrahi sırasında protezin yerine uygun takılmaması, kullanılan malzemelerin hastaya uygun olmaması, cerrahi sonrası yanlış hareket-pozisyonlandırma, hastanın düşmesi gibi birçok sebep ile gerçekleşebilmekte olup acil müdahale gerektirmektedir. Ameliyat sonrası bacak arası yastık uygulanması, kalçanın 90 dereceden fazla fleksiyon yapmasının engellenmesi, kalçanın ekstansiyon ve dış rotasyon yapmaması, alçak tuvalet kullanılmaması, bacak bacak üzerine atılmaması konusunda bilgilendirme yaparak dislokasyonu engellenebilir (22,23). Hastaların 6 ile 12 hafta boyunca dislokasyonu engellemek için bu önlemleri alması gerekmektedir (24).

Balkan ve ark. (2021) yaptığı çalışma sonucunda total kalça artroplastisi olan hastaların ilk 15 günde gelişen komplikasyonlarına bakıldığında; en fazla %69 ile halsizlik gelişirken, %1 ile en az enfeksiyon gelişimi saptanmıştır (16). Ölümle sonuçlanabilecek bu durumları ortadan kaldırmak için hasta fizik tedaviye ve erken mobilizasyona teşvik edilmelidir.

2.5 Total Kalça Artroplastisinde Hemşirelik Bakımı

2.5.1 Cerrahi girişim öncesi hemşirelik bakımı

Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi total kalça artroplastisi öncesinde de hastaların ameliyat öncesi rutin hazırlıkları yapılmalı, ihtiyacına uygun eğitimler planlanmalıdır.

Ameliyat sonrası hastanın karşılaşılabileceği beslenme-boşaltım, mobilizasyon süreci, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için ağrı yönetimi, yatak içi egzersizler, yürümek için yardımcı araç kullanımı, antiemboli çorabı kullanımı vb. gereksinimleri için ameliyat öncesi bilgilendirmeler yapılmalı, eğitim verilmelidir.

Hastada cerrahi sonrası oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilebilmesi için hastaya bütüncül yaklaşılmalı, enfeksiyon riski, kanama riski, tromboemboli vb. hastaya yönelik risklerin önceden belirlenmesi ve önlemlerinin alınması cerrahinin başarısı için büyük öneme sahiptir. Cerrahi öncesi verilen eğitimler ile hastalar, cerrahi sonrası tedavi ve bakım sürecine daha çabuk uyum sağlamaktadır (25).

Ameliyat öncesi dönemdeki iyi bir psikolojik hazırlık ve bilgilendirici eğitimin, hastanede kalış süresini ve ameliyatla ilişkili kaygıyı azaltmak için yararlı olabileceği belirtilmiştir (26). Sağlık çalışanları tarafından hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimlerin ameliyat sonrası korku ve endişeyi azalttığı, iyileşme sürecine katkı sağladığı saptanmıştır (27). Yoon ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmaya göre hastaya özel planlanan ameliyat öncesi eğitim planının ortopedik cerrahi sonrası hastanede kalış süresini 24 saate kadar kısalttığı sonucuna varılmıştır (28). Kaya ve ark. (2022) çalışmasında da hastaların mobilizasyon için nelere dikkat edeceğini önceden biliyor oluşunun mobilizasyon korkusunu azalttığı gösterilmiştir (29).

Vukomanović ve ark. (2008) çalışmasında cerrahi öncesi eğitim alan hastaların eğitim almayan hastalara göre yürüyüş, merdiven kullanımı, tuvalet kullanımı, merdiven inip çıkma gibi birçok hareketi daha erken dönemde yaptığı tespit edilmiştir (23). Widmer ve ark. (2022) çalışmasında total kalça artroplastisi öncesinde verilen eğitimlerin ameliyat sonrası dönemde fiziksel hareketliliği arttırdığı ifade edilmiştir (30). Colibazzi ve ark. (2020) göre ameliyat öncesi planlanan eğitim programında; koltuk değneği-yürüteç kullanım eğitimi, yapılması ve yapılmaması gereken hareketlerin ve pozisyonların öğretilmesi özellikle geriatric hastalar için ameliyat sonrası dönemde kolaylık sağlaması için dahil edilmelidir (31).

2.5.2 Cerrahi girişim sonrası hemşirelik bakımı

Hastaların ağrı kaygısı, düşme korkusu, iyileşememe endişesi, beden imajında bozulma kaygısı, fiziksel ve cinsel aktivitelerini yerine getirememe korkusu olması cerrahi girişim sonrası iyileşmeyi geciktirmektedir. Kalça artroplastisi öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastaların cerrahi sonrasındaki iyileşme sürecini uzattığı görülmüştür (1,32).

Cerrahi sonrası ağrı yönetiminin etkili yapılması sonucu hastanın, fiziksel işlevinde artış, yaşam kalitesinde iyileşme ve sosyal rolüne dönüşün kolaylaştığı saptanmıştır (33). Colibazzi ve ark. (2020) göre ameliyat sonrası hastalara planlanan eğitim programlarının, öz bakım yeterliliğini ve öz yeterliliğini önemli ölçüde artıracağı ve kalça artroplastisi sonrası yaşlı erişkinlerde depresyon eğilimini azaltabileceği ifade edilmiştir (31).

Total kalça artroplastisi geçiren hastalara multidisipliner yaklaşılmalı, hekim, hemşire, fizyoterapist eşliğinde süreçleri yönetilmelidir. Total kalça artroplastisinde tedavi planı, cerrahi girişim sonrası; ağrı yönetimi, mobilizasyon süreci, enfeksiyon riski, ilaç kullanımı, komplikasyonların önlenmesi, süreç boyunca yapılmaması gerekenler, taburculuk süreci gibi konular hakkında hastaya bilgilendirme yapılmalıdır.

- Ağrı yönetimi: Hastanın mobilizasyon sürecini kolaylaştırmak için ağrının nedeni belirlenmeli farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemler ile ağrı yönetimi sağlanmalıdır.
- Mobilizasyon: Hastanın cerrahi sonrası mobilizasyon süreci hekim-hemşire-fizyoterapist eşliğinde planlanmalıdır. Hastaya; yatak içi yapması gereken egzersizlerin neler olduğu, ilk mobilizasyonun ne zaman gerçekleşeceği, nasıl yataktan kalkması gerektiği, yardımcı araçları (walker, kenedyen vb.) nasıl kullanması gerektiği, nasıl merdiven inip-çıkacağı, tuvalet kullanımının nasıl olacağına dair yazılı ya da görsel eğitim materyalleri ile eğitim vermelidir (34).

- Enfeksiyon riski: Ameliyat öncesinde hastada herhangi bir enfeksiyon olup olmadığı kan ve idrar örnekleri alınarak teyit edilmelidir. Hastanın yatışı boyunca uygun profilaksinin başlanması gereklidir. Risk faktörü olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde de antibiyotik profilaksisi başlanması da planlanabilir (35). İnsizyon bölgesi enfeksiyon belirti bulguları yönünden izlenmelidir. Hastada ödem takibi, vücut ısısı takibi, yara yeri renk değişimi, akıntı, ağrı vb. bulgular takip edilmelidir.
- Tromboemboli riski: Total kalça artroplastisi geçiren hastaların uzun süre hareketsiz kalması ile kan akışının devamlılığını engellenir. Bu nedenle, total kalça artroplastisi geçiren kişilerde derin ven trombozu ve pulmoner emboli gelişme olasılığı daha yüksektir. Hemşireler bu riski önlemek için; antiemboli çorabı, pnömotik kompresyon cihazı, antikoagülan kullanımı kontrolü, yatak içi pasif egzersiz uygulanması gibi önlemleri almalı ve hastanın hassasiyet, ödem gibi semptomlarının olup olmadığını gözlemlemelidir. Hasta en erken sürede mobilize edilmeli, edilemediği süreçte de ayak bilek pompalama, bilek çevirme, düz bacak kaldırma, bacak kaldırma gibi yatak içi egzersizlerin yaptırılması gerekmektedir (36).

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolüne göre tromboemboli gelişmesini önlemek için antikoagülan tedavisi ve egzersizin yanı sıra antiembolik çorap kullanımı da önerilmektedir (37).

- **Cerrahi Sonrası Hastalarda Dikkat Edilmesi Gerekenler:**

- En az 8 hafta bacak bacak üstüne atılmamalıdır.
- Diz kalça seviyesinden yukarı kaldırılmamalıdır.
- Ameliyat olan kalça bölgesi üzerine yatılmaması gerekir.
- Alaturka tuvalet kullanılmamalı, bunun yerine yükseltilmiş alafranga tuvalet kullanılmalıdır.
- Bel 90 dereceden fazla öne eğilmemelidir.
- Ayaklar aşırı içe ya da dışa çevrilmemelidir.
- Bağdaş kurulmamalı, çömelme hareketi yapılmamalıdır.

- Yürüteç ile ani dönüşler yapmamalı, kısa adımlar atılmalıdır.
- Alçak sandalye/koltuk kullanılmamalıdır.
- Bacakların arasında yastık olmadan düz ve yan yatılmamalıdır.
- Yerden bir şey almak için öne doğru eğilmemelidir (2).

2.6 Erken Mobilizasyonun Önemi ve Hemşirenin Rolü

Total kalça artroplastisi sonrası sürecin en önemli noktalarından biri etkin mobilizasyondur. Artroplastisi uygulamasının başarılı olabilmesi için cerrahi sonrasında uygun koşullar sağlanarak erken mobilizasyon gerçekleştirilmelidir (38).

ERAS protokolünde kalça ameliyatı sonrası erken dönemde, hastaların en kısa sürede önce yatak içi egzersizlerinin başlatılması, ardından yatak kenarına oturtulması, sonrasında da ayağa kaldırılıp mobilizasyonunun gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (37). Cerrahi sonrası hareketlilik ile venöz dolaşım artar, emboli riski azalır, gastrointestinal sistemi aktifleştirir, hastanın boşaltım süreci kolaylaşır, solunumu düzenler, ateletaziyi önler, sekresyon birikmesini azaltır ve böylece erken mobilizasyon cerrahi sonrası komplikasyonların önüne geçmeye yardımcı olur (40,41).

Mobilizasyon ve egzersiz programına uygun çalışmayan hastalarda eklem hareket kısıtlılıklarına bağlı fonksiyonel sorunlar oluşabilir. Bu sebeple cerrahi kadar sonrasındaki bakım ve hareket süreci de büyük önem taşımaktadır (39). Ağrı sonucu kişinin hareket etmekten korkması ve mobilizasyondan kaçınması ile bireylerde; tromboemboli, derin ven trombozu, ateletazi, üriner retansiyon ve buna bağlı idrar yolu enfeksiyonu, immobilitéyle ilişkili basınç yaralanması, sekresyon birikimi, pnömoni, konstipasyon gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir (36).

2.7 Mobilizasyon Korkusu

İlk defa 1990'lı yıllarda Kori ve ark. tarafından mobilizasyon korkusu (kinezyofobi) terimi kullanılmıştır. Mobilizasyon korkusu, bireyin hareket ile ağrı duyacağını düşünmesi sonucunda hareket etmektan korkması olarak tanımlanır. (51) Geçmişte yaşanan düşme öyküsü, dengesiz yürüme, ekstremitte kuvvetinde zayıflık mobilizasyon korkusunu tetikleyen faktörlerden birkaçıdır (42).

Mobilizasyon korkusu, bireyin fiziksel aktivitelerini yerine getirmesine engel olmaktadır. Fiziksel aktivitelerini yerine getiremeyen bireyin kas kuvvetinin zayıflamasıyla beraber yaşam kalitesinde bozulma, sosyal ve psikolojik problemler de meydana gelebilmektedir (43).

Saulicz ve ark. (2016) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin mobilizasyon korkusunun daha az olduğu, ameliyat sonrası fiziksel aktivitenin önemini bilen hastaların mobilizasyon korkusunun daha düşük olduğu belirtilmiştir (44,45).

2.8 Hasta Eğitimi ve Mobilizasyondaki Yeri

Hastaların geçirilmiş ameliyat öyküsü olması yapılacak olan ameliyatı olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilir. Daha önce problemlili bir cerrahi girişim deneyimi olan hastalar bu süreçleri tekrar yaşayacağını düşünme korkusu ile psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenebilir (16).

Ameliyat öncesi yeterli bilgilendirme alamayan hastalar işlem öncesi ve sonrası süreçte ağrı, mobilizasyon korkusu, beden imajında bozulma endişesi, gelecek kaygısı gibi sorunlar yaşayabilirler. Bu olumsuzlukların aşılmasında hastalara cerrahi süreç ve taburculuk hakkında detaylı bir eğitim verilmesi hemşirelerin risklerin önüne geçmesinde etkili olmaktadır (46).

Ameliyat öncesinde hasta ve hasta yakınlarının süreçler ile ilgili bilgilendirilmesi, eğitim planlamasını yapması hemşirenin en önemli rollerinden biridir. Hemşirenin, hastanın ihtiyaçlarını tespit etmesi ve buna yönelik girişimler planlaması cerrahi sonrası süreçte karşılaşılabilecek komplikasyonlarla baş etmesine yardımcı olur (27). Eğitimin hasta üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmalarda, anksiyetenin giderilmesinde, hastanede kalış süresinin kısalmasında, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (47,48).

Çam ve ark. (2019) total kalça artroplastisi hastalarında taburculuk eğitimi ile yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı çalışma sonucunda etkin taburculuk eğitiminin sonucunda hastaların hem günlük yaşam aktiviteleri puanlarında hem de yaşam kalitesi puanlarında artış olduğu tespit edilmiştir (49). Balkan A. ve Seki Z.'nin (2021) yaptığı araştırma sonucunda total kalça artroplastisi geçiren bireylere taburculuk sonrası evde bakım ile ilgili görsel-ışitsel bireyselleştirilmiş eğitim verilmesi önerilmiştir (16). Akyokuş'un (2018) kalça artroplastisi olan hastalarında yaptığı çalışmada da video destekli mobilizasyon eğitiminin kalça işlevini arttırdığını belirtilmiştir (2). Koekenbier ve ark. (2016) yaptığı çalışmada ise hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin ameliyat sonrası yaşam kalitesini daha fazla arttırdığı sonucuna varılmıştır (50).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, total kalça artroplastisi uygulanan hastalarda video destekli mobilizasyon eğitiminin mobilizasyon korkusuna etkisini belirlemek üzere randomize kontrollü olarak planlandı.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Kasım 2023 – Temmuz 2024 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir özel hastanenin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde gerçekleştirildi.

3.3 Araştırmanın Hipotezi

H₁ : Ameliyat öncesi video eğitimi verilen kalça artroplastisi hastalarının mobilizasyon korkusu verilmeyenlere göre daha düşüktür.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kasım 2023 – Temmuz 2024 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir özel hastanenin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde kalça artroplastisi ameliyatı olan toplam 96 hasta oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için program aracılığıyla analiz yapıldı. Deneysel olarak tasarlanan araştırmanın örneklem büyüklüğü belirlenir iken literatürde yapılan çalışmalar ve referans makaleler doğrultusunda yapılacak olan değerlendirmelerin orta etki büyüklüğüne ($d=0,58$) sahip olacağı varsayıldığında ve %80 güç ile örnekleme 48 deney 48 kontrol olmak üzere toplamda en az 96 deneğin alınması gerektiği sonucuna ulaşıldı. Dahil edilme kriterlerini karşılamayan hastalar örnekleme dahil edilmedi. Araştırmada hastaların randomizasyonunda <https://www.randomizer.org/> web sitesinden yararlanıldı (EK 11).

3.4.1 Örneklem seçim kriterleri

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri;

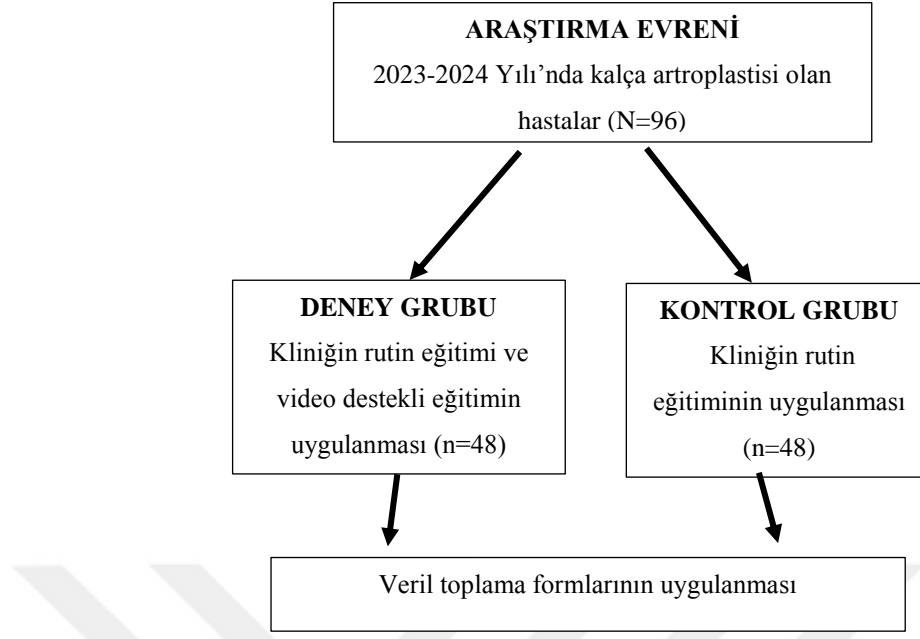
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Anadili Türkçe olan,
- İlk kez total kalça artroplastisi uygulanan,
- Okur-yazar ve işitme-konuşma sorunu olmayan,
- Majör psikiyatrik tanısı ve nörolojik problemi olmayan hastalar dahil edildi.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri;

- Hareketi engelleyen nörolojik, travmatik, sistemik bir hastalığı olan,
- Kesin yatak istirahati gerektiren cerrahi girişim öyküsü olan,
- Revizyon artroplastisi uygulanan,
- Ameliyat sonrası komplikasyon gelişen hastalar dahil edilmedi.

3.4.2 Araştırma değişkenleri

- Bağımlı Değişkenler; Video eğitimi almak, sözel eğitim almak
- Bağımsız Değişkenler; Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu)



Şekil 3.1 Araştırma deseni

3.5 Verilerin Toplanması

3.5.1 Veri toplama araçları

Araştırmada veriler, Kişisel Bilgiler Formu (EK 1), Tampa Kinezyofobi Ölçeği Formu (EK 2), Mobilizasyon Veri Toplama Formu (EK 3) ve Numerik Ağrı Skalası (EK 4) ile toplandı.

Kişisel Bilgiler Formu (EK 1): Bu form, hastanın cinsiyeti, yaşı, evde birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, boy-kilo, çalışma durumu, tıbbi tanısı, sistemik hastalık durumu, geçirilmiş ameliyat öyküsü, düzenli spor yapma durumuna yönelik bilgileri tanımlayan 11 sorudan oluşmakta olup araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı.

Tampa Kinezyofobi Ölçeği (EK 2): Mobilizasyon korkusu kavramı ilk kez Kori ve ark. tarafından 1990 yılında tanımlanmıştır. 1991 yılında ise Miller ve arkadaşları tarafından mobilizasyon korkusunun değerlendirilmesi için ölçek tasarlanmıştır ancak yayınlanmamıştır. Ardından Vlaeyen ve arkadaşları, önceki araştırmacıların izinlerini alarak ölçeği geliştirmiş ve 1995 yılında mobilizasyon korkusunu değerlendirebilmek

için Tampa Kinezyofobi Ölçeğini yayınlamıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Yılmaz ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,846 olarak bulunmuştur. Tampa kinezyofobi ölçeği 17 soru ve 4'lü Likert tipi değerlendirmeden (1= Kesinlikle katılmıyorum, 4= Tamamen katılıyorum) oluşmaktadır. Ölçekten 17 ile 68 arasında bir puan alınmakta olup yüksek puan alan hastalarda mobilizasyon korkusu daha fazla olarak değerlendirilmektedir (51,52).

Mobilizasyon Veri Toplama Formu (EK 3): Bu form, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan; hastanın ameliyattan sonra kaçınıcı saatte mobilize olduğunu, mobilizasyon öncesinde ilaç uygulaması olup olmadığını, mobilizasyonu kendi isteği ile mi yoksa teşvik ile mi yaptığını, bu esnada hastaya kimin eşlik ettiğini, mobilizasyonda herhangi bir yardımcı araç kullanılıp kullanılmadığını, ne kadar sürdüğünü, bu esnada hastaya bağlı herhangi bir bakım ekipmanı olup olmadığını, ikinci mobilizasyonun ne zaman gerçekleştiğini ve komplikasyon olup olmadığına dair 11 adet sorudan oluşmaktadır.

Nümerik Ağrı Skalası (EK 4): Hastanın ağrı şiddetini belirlemek için kullanılan bu skalada hastaya 1'den 10'a kadar ağrısının kaç şiddetinde olduğu sayılarla açıklaması istenir.

3.6 Araştırmanın Uygulanması

1.Aşama: Total Kalça Artroplastisinde Mobilizasyon Eğitim Videosunun Hazırlanması

Total kalça artroplastisi planlanan hastalara eğitim videosu hazırlanmadan önce kapsamlı bir literatür taraması yapıldı. Ardından; yatak içi yapılacak egzersizler, yardımcı araçlar ile mobilizasyon, sandalyeye oturma ve kalkma, tuvalet kullanımı, merdiven inme ve çıkma, ameliyat sonrası yapılmaması gerekenler olarak maddelere ayrıldı, bu doğrultuda video içerik planlaması hazırlandı.

Video içeriği, literatür doğrultusunda hazırlandıktan sonra iki fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimi, bir ortopedi ve travmatoloji hekimi, iki fizyoterapist, iki uzman hemşirenin görüşleri ile düzenlendi ve son şeklini aldı. Hazırlanan videonun senaryosu ortopedi ve travmatoloji servisinde çalışan, araştırmaya gönüllü olarak katılan bir hemşire ve bir bakım destek personeli tarafından canlandırıldı (EK 10). Merdiven kullanımı videosu 1.55 dakika, klozet kullanımı videosu 00:57 dakika, oturma-kalkma videosu 01:17 dakika, değnek ile yürüme videosu 00:45 dakika, yürüteç ile yürüme videosu 02:39 dakika, yapılmaması gereken hareketler videosu 01:12 dakika, yatak içi egzersizler videosu ise 01:22 dakikadan oluşmaktadır.

Video çekimi tamamlandıktan sonra tekrar aynı uzmanların görüşüne sunuldu. Uzmanların onayı doğrultusunda araştırmanın uygulama aşamasına geçildi (EK 9).

2. Aşama: Deney Grubu Hastalarına Mobilizasyon Eğitim Videosunun Uygulanması

Hastalardan veri toplamaya, etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlandı. Bilgilendirme sonrası hastalara onam formu imzalatıldı (EK 5). Ardından araştırmacı tarafından ameliyat öncesi ilk gece deney grubu olan hastalara rutin sözel eğitim verildi sonrasında mobilizasyon eğitim videosu izletildi. Tüm bu eğitimler tamamlandıktan sonra hastalardan, Kişisel Bilgiler Formunu (EK 1) ve Tampa Kinezyofobi Ölçeği Formunu (EK 2) yanıtlamaları istendi. Hastalar tarafından yanıtlanan formlar araştırmacı tarafından kontrol edilerek toplandı. Ameliyattan sonraki ilk günün sabahında hastalar mobilize olduktan sonra da araştırmacı tarafından Mobilizasyon Veri Toplama Formu (EK 3) dolduruldu.



Resim 3.1 Walker ile yürüme



Resim 3.2 Tuvalete oturma-kalkma



Resim 3.3 Kanedyen ile yürüme



Resim 3.4 Merdiven-inme çıkma



Resim 3.5 Yapılmaması gerekenler



Resim 3.6 Yapılmaması gerekenler

3. Aşama: Kontrol Grubu Hastalara Kliniğin Rutin Mobilizasyon Eğitiminin Uygulanması

Randomizasyon sonrası seçilen kontrol grubu hastalarına da önce çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı ardından onam formları imzalatıldı. Kontrol grubunda yer alan hastalara ameliyat öncesi ilk gece; ameliyat sonrasındaki mobilizasyon süreci, yardımcı araçlar ile yürüme, tuvalet kullanımı, merdiven inme çıkma, yapılmaması gereken hareketler ve sandalyeye oturma kalkma hakkında eğitimler sözel olarak verildi. Tüm bu eğitimler tamamlandıktan sonra hastalardan, Kişisel Bilgiler Formunu (EK 1) ve Tampa Kinezyofobi Ölçeği Formunu (EK 2) yanıtlamaları istendi. Hastalar tarafından yanıtlanan formlar araştırmacı tarafından kontrol edilerek toplandı. Ameliyattan sonraki ilk gün hastalar mobilize olduktan sonra araştırmacı tarafından Mobilizasyon Veri Toplama Formu (EK 3) dolduruldu.

3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare testleri ile analiz edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi kullanılmıştır. Grup içi ölçümlerin karşılaştırılmasında bağımlı gruplar t-testi kullanılmıştır.

3.8 Araştırmanın Etik ve Yasal Yönu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniuersitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:11.11.2022) izin alınmıştır (EK 8). Araştırma verilerinin toplandığı İstanbul ilindeki özel hastanenin başhekimliğinden (Tarih:20.04.2023) izin alınmış olup (EK 7) hastalardan araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu açıklanarak sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK 5). Video eğitimini canlandıran gönüllülerden de sözlü ve yazılı onam alınmıştır. (EK 10)

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul ilindeki bir özel hastanenin ortopedi ve travmatoloji kliniğinde Total Kalça Artroplastisi ameliyatı geirmış, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile sınırlıdır.

4 BULGULAR

Total kalça artroplastisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi video temelli eğitimin mobilizasyon korkusuna etkisinin araştırıldığı bu araştırmanın sonuçları, istatistiksel analizler yapılarak, bu bölümde tablolar halinde sunuldu.

Tablo 4.1 Total kalça artroplastisi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri (N=96)

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	27	56,2	32	66,7	59	61,5	$X^2=1,099$ p=0,201
	Erkek	21	43,8	16	33,3	37	38,5	
	35 ve Altı	9	18,8	6	12,5	15	15,6	
Yaş	35-45	8	16,7	8	16,7	16	16,7	$X^2=5,366$ p=0,373
	45-55	6	12,5	10	20,8	16	16,7	
	55-65	7	14,6	3	6,2	10	10,4	
	65-75	10	20,8	7	14,6	17	17,7	
	75 ve Üzeri	8	16,7	14	29,2	22	22,9	
Birlikte Yaşanan Kişi	Eş	16	33,3	19	39,6	35	36,5	$X^2=3,905$ p=0,690
	Eş ve Çocuk	12	25,0	9	18,8	21	21,9	
	Ebeveyn	7	14,6	3	6,2	10	10,4	
	Yalnız	6	12,5	8	16,7	14	14,6	
	Çocuk	6	12,5	6	12,5	12	12,5	
	Bakıcı	1	2,1	2	4,2	3	3,1	
Eğitim Durumu	Akraba	0	0,0	1	2,1	1	1,0	$X^2=6,181$ p=0,186
	İlköğretim	15	31,2	12	25,0	27	28,1	
	Lise	19	39,6	12	25,0	31	32,3	
	Önlisans	2	4,2	1	2,1	3	3,1	
	Lisans	11	22,9	19	39,6	30	31,2	
Kilo	Yüksek Lisans	1	2,1	4	8,3	5	5,2	$X^2=5,676$ p=0,128
	50-60	6	12,5	13	27,1	19	19,8	
	60-70	15	31,2	11	22,9	26	27,1	
	70-80	17	35,4	10	20,8	27	28,1	
	80 ve Üzeri	10	20,8	14	29,2	24	25,0	
Boy	150 ve Altı	4	8,3	2	4,2	6	6,2	$X^2=2,551$ p=0,466
	150-160	10	20,8	16	33,3	26	27,1	
	160-170	16	33,3	16	33,3	32	33,3	
Çalışma Durumu	170 ve Üzeri	18	37,5	14	29,2	32	33,3	$X^2=0,046$ p=0,500
	Evet	17	35,4	16	33,3	33	34,4	
	Hayır	31	64,6	32	66,7	63	65,6	
Çalışma Şekli	Bedensel Güç ile Çalışıyorum	5	29,4	0	0,0	5	15,2	$X^2=6,537$ p=0,038
	Masa Başı Çalışıyorum	6	35,3	11	68,8	17	51,5	
	Her İki Şekilde De Çalışıyorum	6	35,3	5	31,2	11	33,3	

Tablo 4.1 Total kalça artroplastisi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri (N=96)
(devam)

Tanı	Koksartroz	26	54,2	33	68,8	59	61,5	$X^2=7,764$ $p=0,101$
	Romatoid Artrit	2	4,2	1	2,1	3	3,1	
	Osteoartrit	2	4,2	6	12,5	8	8,3	
	Asetabulum Kırığı	8	16,7	2	4,2	10	10,4	
	Femur Kırığı	10	20,8	6	12,5	16	16,7	
	Yok	17	35,4	20	41,7	37	38,5	
	Hipertansiyon	5	10,4	9	18,8	14	14,6	
Sistemik Hastalıklar	Diyabet	2	4,2	0	0,0	2	2,1	$X^2=22,215$ $p=0,447$
	Kalp Hastalığı	0	0,0	1	2,1	1	1,0	
	Böbrek Hastalığı	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Akciğer Hastalığı	3	6,2	2	4,2	5	5,2	
	Tiroid	2	4,2	5	10,4	7	7,3	
	Hipertansiyon+dm	3	6,2	4	8,3	7	7,3	
	Hipertansiyon+kalp Hastalığı	0	0,0	2	4,2	2	2,1	
	Kalp Hastalığı+Tiroid	0	0,0	1	2,1	1	1,0	
	Derin Ven Trombozu	3	6,2	2	4,2	5	5,2	
	Hipertansiyon+Diyabet+ Kalp Hastalığı	1	2,1	1	2,1	2	2,1	
	Panik Atak	0	0,0	1	2,1	1	1,0	
	Kalp Hastalığı + Skolyoz	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	İnsülin Direnci	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Astım	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Hipertansiyon+Crohn	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Hipertansiyon+Tiroid	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Lenfoma	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Hipertansiyon+ Prostat	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Raşitizm	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Ailevi Akdeniz Ateşi	2	4,2	0	0,0	2	2,1	
Diyabet+kalp Hastalığı	1	2,1	0	0,0	1	1,0		
Geçirilmiş Ameliyat Öyküsü Varlığı	Evet	21	43,8	34	70,8	55	57,3	$X^2=7,195$ $p=0,006$
	Hayır	27	56,2	14	29,2	41	42,7	
Geçirilmiş Ameliyat Varsa Ayağa Kalkma Süresi	24 48 Saat	27	56,2	14	29,2	41	42,7	$X^2=10,402$ $P=0,015$
	48- 72 Saat	21	43,8	29	60,4	50	52,1	
	72-96 Saat	0	0,0	3	6,2	3	3,1	
Düzenli Spor Yapma Durumu	96 Saat ve Üzeri	0	0,0	2	4,2	2	2,1	$X^2=2,274$ $p=0,104$
	Evet	7	14,6	13	27,1	20	%20,8	
Düzenli Yapılan Spor	Hayır	41	85,4	35	72,9	76	%79,2	$X^2=1,967$ $p=0,579$
	Yürüyüş	1	14,3	2	15,4	3	15,0	
	Koşu	4	57,1	9	69,2	13	65,0	
	Yürüyüş+Koşu	2	28,6	1	7,7	3	15,0	
	Yüzme + Yürüyüş	0	0,0	1	7,7	1	5,0	

Ki-Kare Analizi

Gruplar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=1,099$; $p=0,201>0.05$). Deney grubunda 27'sinin (%56,2) kadın, 21'inin (%43,8) erkek; kontrol grubunda 32'sinin (%66,7) kadın, 16'sının (%33,3) erkek olduğu görülmektedir.

Gruplar yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=5,366$; $p=0,373>0.05$). Deney grubunda 9'unun (%18,8) 35 ve altı, 8'inin (%16,7) 35 45, 6'sının (%12,5) 45 55, 7'sinin (%14,6) 55 65, 10'unun (%20,8) 65 75, 8'inin (%16,7) 75 ve üzeri; kontrol grubunda 6'sının (%12,5) 35 ve altı, 8'inin (%16,7) 35 45, 10'unun (%20,8) 45 55, 3'ünün (%6,2) 55 65, 7'sinin (%14,6) 65 75, 14'ünün (%29,2) 75 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Gruplar birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=3,905$; $p=0,690>0.05$). Deney grubunda 16'sının (%33,3) eş, 12'sinin (%25,0) eş ve çocuk, 7'sinin (%14,6) ebeveyn, 6'sının (%12,5) yalnız, 6'sının (%12,5) çocuk, 1'inin (%2,1) bakıcı; kontrol grubunda 19'unun (%39,6) eş, 9'unun (%18,8) eş ve çocuk, 3'ünün (%6,2) ebeveyn, 8'inin (%16,7) yalnız, 6'sının (%12,5) çocuk, 2'sinin (%4,2) bakıcı, 1'inin (%2,1) akraba olduğu görülmektedir.

Gruplar eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=6,181$; $p=0,186>0.05$). Deney grubunda 15'inin (%31,2) ilköğretim, 19'unun (%39,6) lise, 2'sinin (%4,2) önlisans, 11'inin (%22,9) lisans, 1'inin (%2,1) yüksek lisans; kontrol grubunda 12'sinin (%25,0) ilköğretim, 12'sinin (%25,0) lise, 1'inin (%2,1) önlisans, 19'unun (%39,6) lisans, 4'ünün (%8,3) yüksek lisans olduğu görülmektedir.

Gruplar kiloya göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=5,676$; $p=0,128>0.05$). Deney grubunda 6'sının (%12,5) 50 60, 15'inin (%31,2) 60 70, 17'sinin (%35,4) 70 80, 10'unun (%20,8) 80 ve üzeri; kontrol grubunda 13'ünün (%27,1) 50 60, 11'inin (%22,9) 60 70, 10'unun (%20,8) 70 80, 14'ünün (%29,2) 80 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Gruplar boya göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=2,551$; $p=0,466>0.05$). Deney grubunda 4'ünün (%8,3) 150 ve altı, 10'unun (%20,8) 150 160, 16'sının (%33,3) 160 170, 18'inin (%37,5) 170 ve üzeri; kontrol grubunda 2'sinin (%4,2) 150 ve altı, 16'sının (%33,3) 150 160, 16'sının (%33,3) 160 170, 14'ünün (%29,2) 170 ve üzeri olduğu görülmektedir.

Gruplar çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0,046$; $p=0,500>0.05$). Deney grubunda 17'sinin (%35,4) evet, 31'inin (%64,6) hayır; kontrol grubunda 16'sının (%33,3) evet, 32'sinin (%66,7) hayır olduğu görülmektedir.

Gruplar çalışma şekline göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=6,537$; $p=0,038<0.05$). Deney grubunda 5'inin (%29,4) bedensel güç ile çalışıyorum, 6'sının (%35,3) masa başı çalışıyorum, 6'sının (%35,3) her iki şekilde de çalışıyorum; kontrol grubunda 11'inin (%68,8) masa başı çalışıyorum, 5'inin (%31,2) her iki şekilde de çalışıyorum olduğu görülmektedir.

Gruplar tanıya göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=7,764$; $p=0,101>0.05$). Deney grubunda 26'sının (%54,2) koksartroz, 2'sinin (%4,2) romatoid artrit, 2'sinin (%4,2) osteoartrit, 8'inin (%16,7) asetabulum kırığı, 10'unun (%20,8) femur kırığı; kontrol grubunda 33'ünün (%68,8) koksartroz, 1'inin (%2,1) romatoid artrit, 6'sının (%12,5) osteoartrit, 2'sinin (%4,2) asetabulum kırığı, 6'sının (%12,5) femur kırığı olduğu görülmektedir.

Gruplar sistematik hastalıklara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=22,215$; $p=0,447>0.05$). Deney grubunda 17'sinin (%35,4) yok, 5'inin (%10,4) hipertansiyon, 2'sinin (%4,2) diyabet, 1'inin (%2,1) böbrek hastalığı, 3'ünün (%6,2) akciğer hastalığı, 2'sinin (%4,2) tiroid, 3'ünün (%6,2) hipertansiyon+dm, 3'ünün (%6,2) derin ven trombozu, 1'inin (%2,1) hipertansiyon+diyabet+kalp hastalığı, 1'inin (%2,1) kalp hastalığı + skolyoz, 1'inin (%2,1) insülin direnci, 1'inin (%2,1) astım, 1'inin (%2,1) hipertansiyon+crohn, 1'inin (%2,1) hipertansiyon+tiroid, 1'inin (%2,1) lenfoma, 1'inin (%2,1) hipertansiyon+prostat, 1'inin (%2,1) raşitizim, 2'sinin (%4,2) ailevi akdeniz ateşi, 1'inin (%2,1) diyabet+kalp hastalığı; kontrol grubunda 20'sinin

(%41,7) yok, 9'unun (%18,8) hipertansiyon, 1'inin (%2,1) kalp hastalığı, 2'sinin (%4,2) akciğer hastalığı, 5'inin (%10,4) tiroid, 4'ünün (%8,3) hipertansiyon+diyabet, 2'sinin (%4,2) hipertansiyon+kalp hastalığı, 1'inin (%2,1) kalp hastalığı+tiroid, 2'sinin (%4,2) derin ven trombozu, 1'inin (%2,1) hipertansiyon+diyabet+kalp hastalığı, 1'inin (%2,1) panik atak olduğu görülmektedir.

Gruplar geçirilmiş ameliyat öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=7,195$; $p=0,006<0.05$). Deney grubunda 21'inin (%43,8) evet, 27'sinin (%56,2) hayır; kontrol grubunda 34'ünün (%70,8) evet, 14'ünün (%29,2) hayır olduğu görülmektedir.

Gruplar geçirilmiş ameliyat varsa ayağa kalkma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=10,402$; $p=0,015<0.05$). Deney grubunda 27'sinin (%56,2) 24-48 saat, 21'inin (%43,8) 48-72 saat; kontrol grubunda 14'ünün (%29,2) 24-48 saat, 29'unun (%60,4) 48-72 saat, 3'ünün (%6,2) 72-96 saat, 2'sinin (%4,2) 96 saat ve üzeri olduğu görülmektedir.

Gruplar düzenli spor yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=2,274$; $p=0,104>0.05$). Deney grubunda 7'sinin (%14,6) evet, 41'inin (%85,4) hayır; kontrol grubunda 13'ünün (%27,1) evet, 35'inin (%72,9) hayır olduğu görülmektedir.

Gruplar düzenli yapılan spora göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=1,967$; $p=0,579>0.05$). Deney grubunda 1'inin (%14,3) yürüyüş, 4'ünün (%57,1) koşu, 2'sinin (%28,6) yürüyüş+koşu; kontrol grubunda 2'sinin (%15,4) yürüyüş, 9'unun (%69,2) koşu, 1'inin (%7,7) yürüyüş+koşu, 1'inin (%7,7) yüzme + yürüyüş olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2 Total kalça artroplastisi uygulanan hastaların mobilizasyon özellikleri (N=96)

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Kendi İsteği ile Mobilize Olma Durumu	Kendi İsteği İle Mobilize Oldu	3	6,2	3	6,2	6	6,2	$X^2=0,829$ $p=0,661$
	Teşvikle Mobilize Oldu	12	25,0	16	33,3	28	29,2	
	Her İkiside	33	68,8	29	60,4	62	64,6	
	Fizyoterapist	6	12,5	4	8,3	10	10,4	
	Hemşire	2	4,2	0	0,0	2	2,1	
	Bakım Destek Personeli	14	29,2	16	33,3	30	31,2	
	Fizyoterapist ve Hemşire	16	33,3	14	29,2	30	31,2	
Mobilizasyonda Kimin Eşlik Ettiği	Fizyoterapist ve Bdp	9	18,8	12	25,0	21	21,9	$X^2=6,095$ $p=0,529$
	Fizyoterapist+Hemşire+Bdp	0	0,0	1	2,1	1	1,0	
	Doktor+Hemşire+Fizyoterapist	0	0,0	1	2,1	1	1,0	
	Fizyoterapist+Hemşire+Aile Doktor+Fizyoterapist+Bdp	1	2,1	0	0,0	1	1,0	
	Yok	0	0,0	3	6,2	3	3,1	
Hastada Bakım Ekipmanı Varlığı	Sadece Epidural Kateter	3	6,2	3	6,2	6	6,2	$X^2=3,160$ $p=0,368$
	Sadece Foley Kateter	15	31,2	13	27,1	28	29,2	
	Epidural Kateter ve Foley Kateter Birlikte	30	62,5	29	60,4	59	61,5	
	Yok	0	0,0	3	6,2	3	3,1	
Mobilizasyon Öncesi Analjezik Uygulanma Durumu	Evet	40	%83,3	42	%87,5	82	85,4	$X^2=0,334$ $p=0,387$
	Hayır	8	%16,7	6	%12,5	14	14,6	
Mobilizasyon Sırası	Evet	11	%22,9	14	%29,2	25	26,0	$X^2=0,487$ $p=0,321$
	Hayır	37	%77,1	34	%70,8	71	74,0	
Komplikasyon Oluşma Durumu								

$\chi^2 = \text{Ki-Kare Analizi}$

Gruplar kendi isteği ile mobilize olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0,829$; $p=0,661>0.05$). Deney grubunda 3'ünün (%6,2) oldu, 12'sinin (%25,0) teşvikle mobilize oldu, 33'ünün (%68,8) her ikisinde; kontrol grubunda 3'ünün (%6,2) oldu, 16'sının (%33,3) teşvikle mobilize oldu, 29'unun (%60,4) her ikisinde olduğu görülmektedir.

Gruplar mobilizasyonda kimin eşlik ettiğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=6,095$; $p=0,529>0.05$). Deney grubunda 6'sının (%12,5) fizyoterapist, 2'sinin (%4,2) hemşire, 14'ünün (%29,2) bakım destek personeli, 16'sının (%33,3) fizyoterapist ve hemşire, 9'unun (%18,8) fizyoterapist ve bdp, 1'inin (%2,1)

fizyoterapist+hemşire+aile doktor+fizyoterapist+personel; kontrol grubunda 4'ünün (%8,3) fizyoterapist, 16'sının (%33,3) bakım destek personeli, 14'ünün (%29,2) fizyoterapist ve hemşire, 12'sinin (%25,0) fizyoterapist ve bdp, 1'inin (%2,1) fizyoterapist+hemşire+bdp, 1'inin (%2,1) doktor+hemşire+fizyoterapist olduğu görülmektedir.

Gruplar hastada bakım ekipmanı varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=3,160$; $p=0,368>0.05$). Deney grubunda 3'ünün (%6,2) sadece ek, 15'inin (%31,2) sadece foley, 30'unun (%62,5) ek ve foley birlikte; kontrol grubunda 3'ünün (%6,2) yok, 3'ünün (%6,2) sadece ek, 13'ünün (%27,1) sadece foley, 29'unun (%60,4) ek ve foley birlikte olduğu görülmektedir.

Gruplar mobilizasyon öncesi analjezik uygulanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0,334$; $p=0,387>0.05$). Deney grubunda 40'ının (%83,3) evet, 8'inin (%16,7) hayır; kontrol grubunda 42'sinin (%87,5) evet, 6'sının (%12,5) hayır olduğu görülmektedir.

Gruplar mobilizasyon sırası komplikasyon oluşma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0,487$; $p=0,321>0.05$). Deney grubunda 11'inin (%22,9) evet, 37'sinin (%77,1) hayır; kontrol grubunda 14'ünün (%29,2) evet, 34'ünün (%70,8) hayır olduğu görülmektedir.

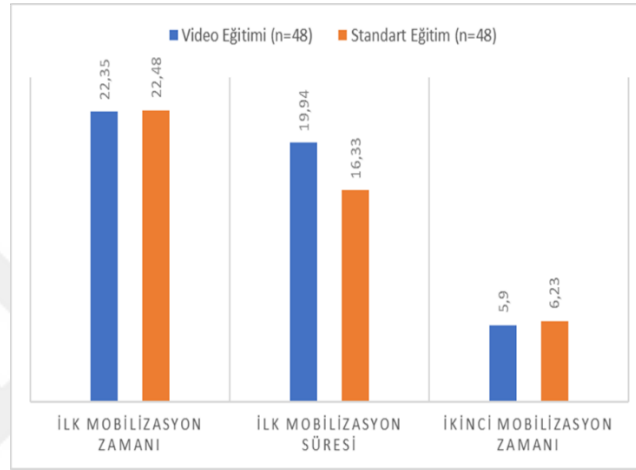
Tablo 4.3 İlk mobilizasyon süresinin gruba göre farklılaşma durumu (=96)

Gruplar	Deney Grubu (n=48) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=48) Ort±Ss	t	Sd	p
Ameliyat Sonrası İlk Mobilizasyon Zamanı / (Saat)	22,350±3,186	22,480±4,032	-0,169	94	0,867
İlk Mobilizasyonun Toplam Süresi/ (Dakika)	19,940±6,319	16,330±6,689	2,714	94	0,008
İki Mobilizasyon Arası Geçen Süre/ (Saat)	5,900±2,636	6,230±3,429	-0,534	94	0,595

Bağımsız Gruplar T-Testi

Hastaların gruba göre ilk mobilizasyon süresi anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(94)}=2.714$; $p=0.008<0.05$). Deney grubunda ilk mobilizasyon süresi ($\bar{x}=19,940$), kontrol grubunda ilk mobilizasyon süresinden ($\bar{x}=16,330$) yüksek bulunmuştur.

Hastaların ilk mobilizasyon zamanı ve ikinci mobilizasyon zamanı gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

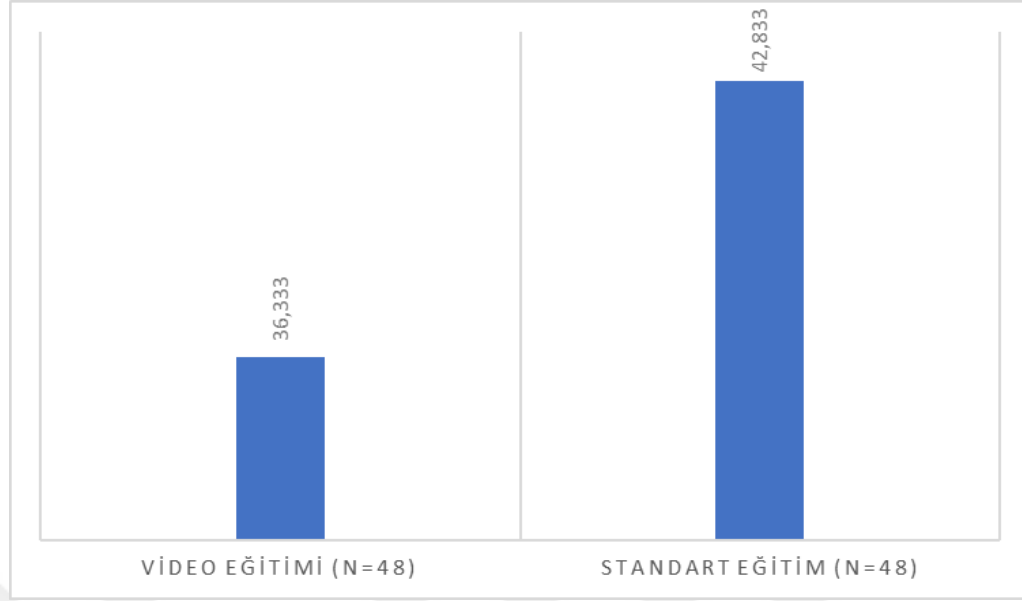


Şekil 4.1 Gruplara göre ameliyat sonrası ilk mobilizasyon zamanı (saat)

Tablo 4.4 Tampa kinezyofobi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=96)

Gruplar	Deney Grubu (n=48) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=48) Ort±Ss	t	Sd	p
Tampa Kinezyofobi Toplam Bağımsız Gruplar T-Testi	36,333±4,830	42,833±7,239	-5,175	94	0,000

Hastaların gruba göre tampa kinezyofobi toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(94)}=-5.175$; $p=0.000<0.05$). Kontrol grubunda tampa kinezyofobi toplam puanları ($\bar{x}=42,833$), deney grubunda tampa kinezyofobi toplam puanlarından ($\bar{x}=36,333$) yüksek bulunmuştur.



Şekil 4.2 Tampa kinezyofobi puanlarının gruba göre farklılaşma durumu

Tablo 4.5 Ağrı puanlarının gruplara göre dağılımı (N=96)

Gruplar	Deney Grubu (n=48)		Kontrol Grubu (n=48)		t ^a	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Mobilizasyon Öncesi Ağrı	2,980	2,320	2,920	2,030	0,140	0,889
Mobilizasyon Sonrası Ağrı	3,520	1,856	6,640	2,158	-7,580	0,000
t ^b		-1,527		-11,320		
P		0,133		0,000		

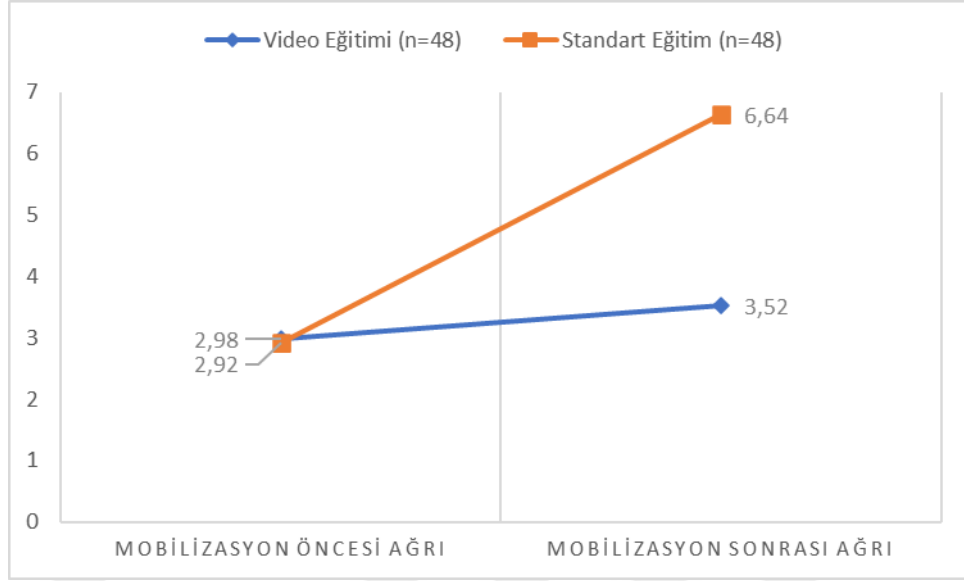
^a Bağımsız Gruplar T-Testi; ^bBağımlı Gruplar T-Testi

Hastaların gruba göre mobilizasyon sonrası ağrı ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(94)}=-7.580$; $p=0.000<0,05$). Kontrol grubunda mobilizasyon sonrası ağrı ölçümleri ($\bar{x}=6,640$), deney grubunda mobilizasyon sonrası ağrı ölçümlerinden ($\bar{x}=3,520$) yüksek bulunmuştur.

Hastaların mobilizasyon öncesi ağrı ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Deney grubunda; mobilizasyon öncesi ağrı değerine ($\bar{x}=2,980$) göre mobilizasyon sonrası ağrı değerindeki ($\bar{x}=3,520$) artış anlamlı bulunmamıştır ($p=0,133$).

Kontrol grubunda; mobilizasyon öncesi ağrı değerine ($\bar{x}=2,920$) göre mobilizasyon sonrası ağrı değerindeki ($\bar{x}=6,640$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,0081$).



Şekil 4.3 Gruplara göre mobilizasyon öncesi-sonrası ağrı durumları

5 TARTIŞMA

Total kalça artroplastisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi verilen video temelli eğitimin mobilizasyon korkusuna olan etkisini araştırmak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda bu bölümde tartışıldı.

Bireylerde yaşın artması ile komormid hastalıkların ortaya çıkması, kilo artışı ve dejeneratif değişikliklerin oluşması ile kas iskelet sistemi sorunları oluşabilmektedir (39). Literatüre göre yaşın ilerlemesi bununla ilişkili kemik kalitesinin kötüleşmesi ile geriatric grupta ortopedik hastalıklar sık görülmektedir (1,53). Daha önceki yapılan çalışmalarda, 60-75 yaş arası hastaların Total Kalça Artroplastisi için daha uygun olduğu daha yaşlı grup için cerrahi işlem kontrendike olarak bildirilse de ortalama yaşam süresinin uzaması ile bu yaş aralığı genişlemiştir (23).

Araştırmaya alınan hastaların çoğunluğunu %22,9 ile 75 yaş ve üzeri grup oluşturmaktadır. İkinci sırada ise %17,7 ile 65-75 yaş grubu bulunmaktadır. Şaydak'ın total kalça artroplastisi olan hastalarda yaptığı çalışmasında araştırmaya alınan hastaların tanıları incelendiğinde en çok %65,3'ünün koksartroz %10,7'sinin femur başı avasküler nekroz olduğu; Bulut'un çalışmasında en çok %24 femur boyun kırığı, ikinci olarak %18,8 ile koksartroz olduğu görüldü (1,38) Yapılan bu çalışmada ise hastaların en çok %61,5 ile koksartroz tanısı aldığı, ikinci olarak %16,7 femur kırığı tanısı aldığı tespit edildi.

Menopoz sonrası dönemde hormonlardaki değişimler sonucu osteoartrit en çok kadın popülasyonundadır (53). Akyüz ve ark. (2021) yaptığı çalışmada ortopedik cerrahi geçiren hastaların çoğunluğunun kadın popülasyonunun oluşturduğu saptandı (54). Şaydak'ın (2022) total kalça artroplastisi hastalarında yapmış olduğu çalışmada da hastaların %65,3'ünün kadın olduğu görüldü (1).

Burç ve ark. (2012) total kalça artroplastisi geçiren hastaların %20'si kadın iken, %10'u erkektir (56). Öztürk'ün yaptığı çalışma sonucunda da ortopedi hastalarının çoğunun 55 yaş üstü ve kadın cinsiyetindedir (57). Bizim çalışmamıza da dahil edilen 96 hastadan 59'unun kadın olması literatür ile uyumludur.

Ulusal Eklem Arşivi'nin 2017 yılı raporunda 2009-2017 tarihleri arasında Total Kalça Artroplastisi olan 91,923 hastadan %60'ı kadın, %40'ı erkektir. Hastaların yaş ortalamaları 68,79'dur. Yaş grupları incelendiğinde ise ilk sırada 70-79 yaş grubu bulunmaktadır (58).

Yapılan bu çalışmada hastaların gruplarına göre tampa kinezyofobi ölçeği doğrultusunda mobilizasyon korkusu puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(94)}=-5.175$; $p=0.000<0.05$) (Tablo 1). Ölçeğe göre standart eğitim grubunun mobilizasyon korkusu toplam puanı $\bar{x}=42,833$, video eğitimi grubunun mobilizasyon korkusu puanı $\bar{x}=36,333$ 'dir. Bu sonuç doğrultusunda video eğitimi alan hastaların mobilizasyon korkusunun standart eğitim alan hastalara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın hipotezi doğrulanmıştır. Biçer'in kalça artroplastisi olan hastalarda mobilizasyon korkusunu değerlendirdiği çalışmada kadınların mobilizasyon korku puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (55). Çetinkaya'nın (2019) total kalça artroplastisi geçiren hastalara uygulanan, günlük yaşamda kullanacakları bilgileri detaylı bir şekilde açıklayan video eğitimlerinin, hasta memnuniyetini ve fiziksel aktiviteyi artırdığı, mobilizasyon ve yaralanma korkusunu azalttığı tespit edilmiştir (18). Doğu'nun (2013), cerrahi hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastalara cerrahi işlem öncesi verilen eğitimin, ameliyat korkusu ve endişelerin giderilmesinde anlamlı bir ilişkisi olduğunu ve bu eğitimler sonrasında hastaların %68.6'sının ameliyat öncesi korku ve endişesinin azaldığı saptanmıştır (27).

Giraudet-Le Quintrec ve ark. (2003) yaptığı çalışmada kalça artroplastisi öncesi eğitim verdikleri hastaların ameliyat kaygısı ve depresyon puanı eğitim almayan gruba göre daha düşük olarak tespit edilmiştir (59). Yeh ve ark. (2005) kalça artroplastisi yapılan hastalarda uyguladıkları video destekli eğitimin sonucunda, video eğitimi alan hastaların fiziksel aktivite düzeyinin, öz yeterliğinin arttığı ve hastanede kalış süresinin

azaldığı belirlenmiştir (60). Edward ve ark. (2017), kalça artroplastisi hastalarında ameliyat öncesi verilen eğitimin hastanede kalış süresini ve maliyeti azalttığı sonucuna ulaşmışlardır (61).

Ameliyat sonrası mobilizasyon korkusunu yaş, cinsiyet, anksiyete, günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlılıklar etkilemektedir. Düşme korkusunun kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu açıklanmaktadır (55). Cerrahi sonrası ilk mobilizasyon zamanı, hastanın klinik durumuna, cerrahisine ve hekim protokolüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Literatüre göre hastaların ameliyat günü toplam iki saat, taburcu olana kadar ki süreçte de günde en az altı saat kadar mobilize olması önerilmektedir (62). Çalışmada hastaların gruplara göre ilk mobilizasyon süresi anlamlı farklılık göstermektedir. Deney grubunda ilk mobilizasyon süresi ortalama 19,940 dakika iken, kontrol grubunda ilk mobilizasyon süresi ortalama 16,330 dakikadır. Bu sonuca göre, video eğitimi alan hastaların ilk mobilizasyon sürelerinin standart eğitim alanlara göre daha uzun sürdüğü söylenebilir.

Total kalça artroplastisinde cerrahi sonrası deri hasarı ve inflamasyon sürecine bağlı gelişen ağrı, mobilizasyon korkusunu etkileyen başlıca etkenlerdendir (39). Ağrı hastalığın belirtisi, olması yanı sıra aynı zamanda cerrahi sonrası karşılaşılabilen komplikasyonlardandır. Cerrahi sonrası dönemde hastalar %75 oranında ağrı yaşamaktadır (63).

Erden ve ark. (2016) mobilizasyon korkusunun etkilerini vurgulayan çalışmasında ağrının fiziksel aktiviteden kaçınmaya, fonksiyonel engellere ve depresif semptomlardaki artışa neden olduğu gösterildi (64). Karşlıoğlu ve ark. (2021) yaptığı çalışmaya göre de ameliyat öncesi planlanan ve uygulanan hasta eğitimi hastaların ağrı şikayetlerinin oldukça azalacağı yönündedir (36).

Çalışmamızda her iki gruba da hem mobilizasyon öncesi hem de mobilizasyon sonrası Numerik Ağrı Skalası'na (EK 4) göre ağrı skorları soruldu. Deney grubunun mobilizasyon öncesi ağrı skoru ortalaması 10 üzerinden 2,98 iken mobilizasyon sonrası ağrı skoru ortalaması 10 üzerinden 3,5 olarak sonuçlandı. Kontrol grubu hastaların mobilizasyon öncesi ağrı skoru ortalaması 10 üzerinden 2,92 iken mobilizasyon sonrası ağrı skoru ortalaması 10 üzerinden 6,6 olarak sonuçlandı. Buna göre hastaların video eğitimi ve standart eğitim almalarına göre mobilizasyon sonrası ağrı ölçümleri anlamlı farklılık gösterdi. Standart eğitim alan hastaların mobilizasyon sonrası ağrısı video eğitimi alan hastalara göre daha yüksek bulundu.



6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Total kalça artroplastisi planlanan hastalarda ameliyat öncesi verilen video temelli eğitimin mobilizasyon korkusuna olan etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

- Araştırmaya alınan hastaların yaş grubunun çoğunluğunu %22,9 ile 75 yaş ve üzeri grubun oluşturduğu, %61'ini kadınların oluşturduğu, %61,5 ile en çok koksartroz tanısına sahip oldukları saptandı.
- Kontrol grubu hastalarının mobilizasyon sonrası VAS'a göre ağrı ölçümleri $\bar{x}=6,640$, video eğitimi alan hastaların mobilizasyon sonrası ağrı ölçümlerinden $\bar{x}=3,520$ yüksek bulundu. Hastaların mobilizasyon öncesi ağrı ölçümleri gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Deney grubunda; mobilizasyon öncesi ağrı değerine $\bar{x}=2,920$ iken mobilizasyon sonrası ağrı değeri $\bar{x}=6,640$ olarak sonuçlandı ve artış anlamlı bulundu.
- Kontrol grubunda hastaların tampa kinezyofobi ölçeğine göre mobilizasyon korkusu toplam puanı $\bar{x}=42,833$ iken video eğitimi alan hastaların mobilizasyon korkusu toplam puanı $\bar{x}=36,333$ ile daha düşük bulundu.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre:

- Total Kalça Artroplastisi uygulanacak olan hastalarda ameliyat öncesi planlanacak video temelli eğitimin ağrı şiddetini azaltması, mobilizasyon korkusunu azaltması, bilgi eksikliğinin giderilmesi için rutin kullanması,
- Hastaları cerrahi sonrası erken mobilizasyona teşvik etmek, mobilizasyon korkusunu azaltmak için ameliyat öncesinde ve sonrasında ihtiyaca yönelik eğitim planlamasının yapılması,
- Total kalça artroplastisi uygulanan hastaların daha uzun süre izlendiği çalışmaların yapılması,

- Mobilizasyon korkusunun daha detaylı incelenmesi için farklı bir metod ile yeni bir çalışma yapılabileceği ya da farklı eğitim yöntemleri geliştirilerek kıyaslamaların yapıldığı yeni çalışmalar önerilmektedir.



7 KAYNAKLAR

1. Şaydak K. Total Kalça Protezi Olan Hastaların, Ağrı Hareket ve Düşme Korkusunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022.
2. Akyokuş B. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastalarda Video Destekli Mobilizasyon Eğitiminin Kalça İşlevi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
3. Heybeli N, Mumcu E. Total kalça artroplastisi (Tarihçe ve gelişim). Med J SDU. 2009; 6(4).
4. İşbilir, N. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi ve Evde Yaşam Koşullarının Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
5. Kızıl K. Total Kalça Artroplastisi Yapılmış Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
6. Vlamis J, Nikolaou VS, Pneumaticos SG. Role of preoperative information and education of patients undergoing total hip arthroplasty: A narrative review of the literature. Cureus. 2024; 16(8).
7. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. Cochrane Database Syst. Rev. 2014; CD003526.
8. Longo UG, Loppini M, Denaro L, Maffulli N, Denaro V. Conservative management of patients with an osteoporotic vertebral fracture: A review of the literature. The Journal of Bone & Joint Surgery British Volume. 2012; 94(2):152-157.
9. Dallimore RK, Asinas-Tan ML, Chan D, Hussain S, Willett C, Zainuldin R. A randomised, double-blinded clinical study on the efficacy of multimedia presentation using an iPad for patient education of postoperative hip surgery patients in a public hospital in Singapore. Singapore Medical Journal. 2017; 58(9):562.
10. Nicolau C, Mendes L, Ciriaco M, Ferreira B, Baixinho CL, Fonseca C, Ferreira R, Sousa L. Educational intervention in rehabilitation to improve functional capacity after hip arthroplasty: A scoping review. Journal of Personalized Medicine. 2022; 12(5):656. <https://doi.org/10.3390/jpm12050656>
11. Guerra ML, Singh PJ, Taylor NF. Early mobilization of patients who have had a hip or knee joint replacement reduces length of stay in hospital: A systematic review. Clinical Rehabilitation. 2015; 29(9):844-854.
12. Agarwal N, Feng T, Maclullich A, Duckworth A, Clement N. Early mobilisation after hip fracture surgery is associated with improved patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. Musculoskeletal Care. 2024; 22(1):e1863.
13. Cai L, Liu Y, Xu H, Xu Q, Wang Y, Lyu P. Incidence and risk factors of kinesiophobia after total knee arthroplasty in Zhengzhou, China: A cross-sectional study. The Journal of Arthroplasty. 2018; 33(9):2858-2862.

14. Damar HT, Bilik O, Karayurt O, Ursavas F.E. Factors related to older patients' fear of falling during the first mobilization after total knee replacement and total hip replacement. *Geriatric Nursing*. 2018; 39(4):382-387.
15. Al-Amiry B, Rahim A, Knutsson B, Mattisson L, Sayed-Noor A. Kinesiophobia and its association with functional outcome and quality of life 6-8 years after total hip arthroplasty. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*. 2022; 56(4):252.
16. Balkan A, Seki Z. Total kalça protezi uygulanan bireylerin taburculuk sonrası yaşadığı komplikasyonların belirlenmesi. *Black Sea Journal of Health Science*. 4(2):141-149.
17. Azboy İ, Demirtaş A, Uçar BY. Total kalça artroplastisinde endikasyonlar ve hasta seçimi. *Totbid Derg*. 2013; 12:201-206.
18. Çetinkaya Eren Ö. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
19. Elmas U, Yurtlu BS, Küçükosman G, Pişkin Ö, Okyay RD, Hancı V, Turan İÖ. Kalça kırığı operasyonlarında mortalite ve morbiditeye etki eden nedenler: Retrospektif bir değerlendirme. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2015; 55(3):179-193.
20. Gruson KI, Aharonoff GB, Egol KA, Zuckerman JD, Koval KJ. The relationship between admission hemoglobin level and outcome after hip fracture. *J Orthop Trauma*. 2002; 16(1):39-44.
21. Karşlıoğlu B, Bayraktar TO, İmren Y. Yaşlı kalça kırığı cerrahisi sonrasında ağırlı kalçaya yaklaşım.
22. Şahin D. Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Bilgilendirme Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
23. Eser F. Total Kalça Artroplastisi Rehabilitasyonu: Geleneksel Derlemeler. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*. 2024;27(1).
24. Eannucci EF, Barlow BT, Carroll KM, Sculco PK, Jerabek SA, Mayman DJ. A protocol of pose avoidance in place of hip precautions after posterior-approach total hip arthroplasty may not increase risk of post-operative dislocation. *HSS Journal®*. 2019; 15(3):247-253.
25. Yüksel S. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastanın Bakım Planı. *Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi* içinde. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N, Ed. 1. baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi: 2011, 267-349.
26. Gill SD, McBurney H. Does exercise reduce pain and improve physical function before hip or knee replacement surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013; 94:164-176.
27. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013; 3(3):10-13.
28. Yoon RS, Nellans KW, Geller JA, Kim AD, Jacobs MR, Macaulay W. Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *J Arthroplasty*. 2010; 25(4):547-551.

29. Kaya Ç, Bilik Ö. The effect of fall prevention education on fear of falling in patients with scheduled total knee arthroplasty: A quasi-experimental study. *Educational Gerontology*. 2022; 48(12):586–597. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2059236>
30. Widmer P, Oesch P, Bachmann S. Effect of prehabilitation in form of exercise and/or education in patients undergoing total hip arthroplasty on postoperative outcomes-a systematic review. *Medicina (Kaunas)*. 2022; 58:742.
31. Colibazzi V, Coladonato A, Zanazzo M, Romanini E. Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. *Hip International*. 2020; 30(2_suppl):20-29.
32. Cimilli C. Anxiety in surgery. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 4(3):182-186.
33. Aslan FE, Şahin SK, Secginli S, Bülbüloğlu S. Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme. *Ağrı Dergisi*. 2018; 30(3): 105-115.
34. Yager M, Stichler J. The effect of early ambulation on patient outcomes for total joint replacement. *Orthopaedic Nursing*. 2015; 34(4):197-200.
35. Sağlık bakanlığı total kalça artroplastisi klinik protokolü. Erişim Tarihi: 01.03.2024. Erişim Adresi: <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/18997/0/kalcaartroplastisi1910pdf.pdf>
36. Uzun M. Artroplastik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Mobilizasyona Bağlı Anksiyete ve Korku Düzeyinin Belirlenmesi. Bartın Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
37. Ertürk C, Yıldırım B, Diri SK. Ortopedi ve travmatolojide ameliyat sonrası geliştirilmiş iyileşme (ERAS). *İKSST Dergisi*. 2018; 10(1):41-47.
38. Bulut A. Diz ve Kalça Artroplastisi Geçirmiş Hastaların Erken Mobilizasyonunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Bursa Uludağ Üniversitesi, Doktora Tezi, 2019.
39. Şenlikeci HB, Nazlıkul FU. Total kalça artroplastisi sonrası nöralterapi uygulaması: Ön çalışma. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi*. 2020; 14(2):30-35.
40. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016; 13(2):129-138.
41. Vermişli S, Çam K. Ürolojik radikal cerrahi sonrası erken mobilizasyonun etkinliği. *Bulletin of Urooncology*. 2015; 14:324-326.
42. Aşkar Yolcu S. Gebelerde Fiziksel Aktivite Seviyesi, Pelvik Kuşak Ağrısı ve Kinezyofobinin İncelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022.
43. Usta N. Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Farklı Cinsiyetlerde Ağrı Yönetiminin Kinezyofobi, Fiziksel Aktivite ve Özürlülük Düzeyi ile İlişkisi. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.
44. Saulicz M, Saulicz E, Knapik A, Linek P, Rottermund J, Myśliwiec A. ve ark. Impact of physical activity and fitness on the level of kinesiophobia in women of perimenopausal age.
45. Güzel R, Irdesel J, Kutsal YG. İleri yaşlarda kinezyofobi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021; 30(2):116-125.

46. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2000; 3(2).
47. Hoving C, Visser A, Mullen PD, Van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education. *Patient Education and Counseling*. 2010; 78(3): 275-281.
48. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*. 2017; (14):217-231.
49. Çam R, Asar AS. Total kalça protezli hastalara verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019; 12(4):220-233.
50. Koekenbier K, Leino-Kilpi H, Cabrera E, Istomina N, Stark ÅJ, Katajisto J, ... Eloranta S. Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life: A cross-cultural study: A concise and informative title: empowering knowledge and its connection to health-related quality of life. *Applied Nursing Research*. 2016; 29:211-216.
51. Yılmaz ÖT, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenilirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 2011; 22(1):44-49.
52. Kaya İmrek A, Yılmaz Eker P. Total diz artroplastisi uygulanan bireylerde kinezyofobiye engelleyen girişimler–kanıtların incelenmesi.
53. Akıncı M, Kapucu S. Total kalça ve diz protezi yapılan osteoartritli yaşlı kadınların ağrı, fonksiyonel durum ve günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020; 42(4):434-443.
54. Akyüz E, Ünlü H, Uğurlu Z, Özhan Elbaş NH. Ortopedik cerrahi geçiren hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişiklikler. 2021.
55. Biçer B. Ameliyat Olan Hastalarda Düşme Korkusunun Mobilizasyona Bağlı Hareket Korkusu ve Düşme Riskine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
56. Burç H, Çaloğlu A, Kırdemir V, Atay T, Baykal YB, Yorgancıgil H. Koksartroz olgularında total kalça artroplastisi uygulamalarımız (orta dönem sonuçları). *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak Derg*. 2012; 19(1):1-5.
57. Öztürk A. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniklerinde Yatan Kadın Hastaların Osteoporoz Bilgi Düzeyi ve Öz-Etkililik Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
58. Dhinsa BS, Abdul-Jabar HB, Rajkumar S, Kochhar T. Kalça replasmanı yapılan bir hastada kalça ağrısına yol açan ender bir primer psoas apsesi olgusu. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2024; 48(5):598-601.
59. Giraudet-Le Quintrec J, Coste J, Vastel L, Pacault V, Jeanne L, Lamas J ve ark. Positive effect of patient education for hip surgery: A randomized trial. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2003; 414:112-120.

60. Yeh ML, Chen HH, Liu PH. Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *Patient Educ Couns.* 2005; 57(2):217-224.
61. Edwards PK, Mears SC, Lowry Barnes C. Preoperative education for hip and knee replacement: Never stop learning. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine.* 2017; 10:356-364.
62. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 20(2):137-143.
63. Beksaç B, Uzun M, Özden V, Dikmen G. Evaluation of the painful total hip arthroplasty. *Turkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics.* 2014; 7(3):6-10.
64. Erden S, Arslan S, Deniz S, Kaya P, Gezer D. A review of postoperative pain assessment records of nurses. *Applied Nursing Research.* 2017; 38:1-4.
65. Tabachnick LS. *Fidell using multivariate statistics.* 6. baskı. Boston: Pearson, 2013.
66. George D, Mallery M. *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update.* 10. baskı. Boston: Pearson, 2010.
67. Güney G. Total Diz Artroplastili Bireylerde Aktivite Öz Algısının Kinezyofobi ve Fonksiyonel İyileşmeye Etkisi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,* 2019.
68. Akçay İH, Güneş M, Kethüdaoğlu MO, Demirdel E. Diz osteoartritli hastalarda denge, kinezyofobi, düşme ve fiziksel aktivitenin sağlıklı bireylerle karşı. 2022.
69. Güney H, Kınıklı Gİ, Karahan S, Çağlar O, Atilla B, Yüksel İ. Total kalça ve diz artroplastili hastalarda kinezyofobinin erken dönem fonksiyonel ve psikolojik sonuçlar ile ilişkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2016; 4(2):97-101.
70. Can F. Total kalça artroplastisi, rehabilitasyon. *Totbid Dergisi.* 2013; 12(1):292-308.
71. Yüksel H, Sürme Y. Total kalça artroplastili hastanın orem öz-bakım kuramına göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi.* 2022; 3(2):149-165.
72. Kaya Ş, Özdemir H, Dabak AY. İleri yaş hastalarda çimentolu ve çimentosuz hemiarthroplastisi sonuçlarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Derg.* 2017; 44(3):233-241.
73. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013; 16(1):8-15.
74. Erdoğan Z, Bulut H. Bilgisayar destekli hasta eğitimi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 2(3):13-18.
75. Memecan E. Kalça Protezi Sonrasında Kalça Çevresi Kaslarının Trofik Değişimlerinin Bilgisayarlı Tomografi ile Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi,* 2022.
76. Cumming RG, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J. of Gerontology.* 2000; 55A: M299-M305.

8 EKLER

EK 1 Kişisel Bilgiler Formu

1. Cinsiyet: Kadın ()
Erkek ()

2. Yaş:

35 ve altı ()
35 – 45 ()
45 – 55 ()
55 – 65 ()
65 – 75 ()
75 ve üzeri ()

3.Birlikte Yaşadığınız Kişiler:

Eş ()
Eş ve Çocuk ()
Ebeveyn ()
Diğer ()

4.Eğitim Durumu:

İlköğretim ()
Lise ()
Önlisans ()
Lisans ()
Yüksek lisans ()
Doktora ()

EK 1 Kişisel Bilgiler Formu (Devamı)

5.Kilo (kg):

50 – 60 ()

60 – 70 ()

70 – 80 ()

80 ve üzeri ()

6. Boy (cm):

150 ve altı ()

150 – 160 ()

160 – 170 ()

170 ve üzeri ()

7. Çalışma Durumu: Evet: () Hayır ()

Cevabınız evet ise;

Bedensel güç ile çalışıyorum ()

Masa başı çalışıyorum ()

Her iki şekilde de çalışıyorum ()

Emekliyim. ()

8. Tıbbi Tanı:

Koksartroz ()

Romatoid artrit ()

Osteoartrit ()

Asetabulum Kırığı ()

Femur kırığı ()

EK 1 Kişisel Bilgiler Formu (Devamı)

9. Sistemik Hastalıklar:

- Hipertansiyon ()
- Diyabet ()
- Kalp Hastalığı ()
- Böbrek Hastalığı ()
- Akciğer Hastalığı ()
- Diğer

10. Geçirilmiş Ameliyat Öyküsü: Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise ayağa kalkma süreniz;

- 24 – 48 saat ()
- 48- 72 saat ()
- 72 – 96 saat ()
- 96 saat ve üzeri ()

11. Düzenli Spor Yapar Mısınız? Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise;

- Yüzme ()
- Yürüyüş ()
- Koşu ()
- Diğer

EK 2 Tampa Kinezyofobi Ölçeği Türkçe Versiyonu

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

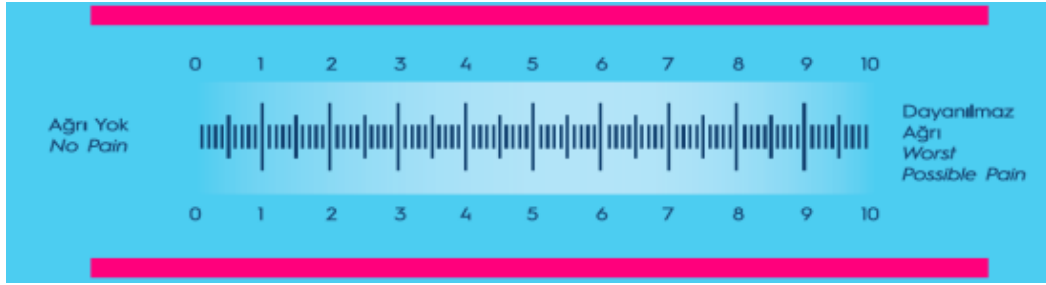
	Kesinlikle kabulmıyorum	Kabulmıyorum	Kabulyorum	Tamamen kabuluyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrıyla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>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

Yılmaz, Ö. T., Yakut, Y., Uygur, F., & Uluğ, N. (2011). Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenilirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 22(1), 44-9.

EK 3 Mobilizasyon Veri Toplama Formu

- 1)Hasta ameliyat sonrası kaçınıcı saatte mobilize oldu?
- 2)Hasta kendi isteği ile mi, teşvik ile mi mobilize oldu?
- 3)Mobilizasyon esnasında hastaya kim eşlik etti?
- 4)Mobilizasyon esnasında yardımcı araç kullanıldı mı? Kullanıldı ise;
- 5)Mobilizasyon kaç dakika sürdü?
- 6)Mobilizasyon esnasında hastaya takılı herhangi bir bakım ekipmanı var mıydı?
- 7)Mobilizasyon önce ağrıya yönelik ilaç uygulaması yapıldı mı?
- 8)Mobilizasyon esnasında herhangi bir komplikasyon oluştu mu?
- 9)İkinci mobilizasyon ne zaman gerçekleşti?
- 10)Mobilizasyon öncesi ağrı skoru nedir? (0 ile 10 arası)
- 11)Mobilizasyon sonrası ağrı skoru nedir? (0 ile 10 arası)

EK 4 Numerik Ağrı Skalası



Kaynak:

https://smartport.acibadem.com.tr:443/searchresult/openfile?path=asg+kalite+dokümanları%2ftbbi+yürütme+kurulu+baskanlığı%2fçalışan+eğitim+dokümanı%2falg_ce02_rev02.pdf

(Son Erişim Tarihi:01.04.2024)

EK 5 Bilgilendirilmiş Onam Formu



EK 6 Ölçek İzni





EK 7 Hastane İzni

EK 8 Etik Kurul İzni

EK 8 Etik Kurul İzni (devam)



EK 9 Video Eğitim İçeriği Uzman Görüş Onay Formu

EK 9 Video Eğitim İçeriği Uzman Görüş Onay Formu (devam)

EK 10 Fotoğraf, Video Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 10 Fotoğraf, Video Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu (devam)

EK 11 Randomizasyon

KONTROL GRUBU	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	DENEY GRUBU
2	1	47	55
4	3	49	56
6	5	51	58
8	7	52	59
9	11	57	61
10	12	60	63
14	13	62	68
15	16	64	69
18	17	65	72
20	19	66	73
24	21	67	75
26	22	70	76
27	23	71	77
28	25	74	78
30	29	81	79
31	32	84	80
34	33	89	82
35	36	90	83
37	40	91	85
38	41	92	86
39	45	95	87
42	48	96	88
43	50	94	93
44	53		
46	54		

Kaynak: <https://www.randomizer.org/> (Son Erişim Tarihi:08.06.2023)

9 ÖZGEÇMİŞ



