



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



AMELİYAT ÖNCESİ TOTAL DİZ PROTEZİ SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI

Doktora Tezi

Züleyha AYKUT

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2025

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**AMELİYAT ÖNCESİ TOTAL DİZ PROTEZİ
SÜRECİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KARMA
YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Züleyha AYKUT

Danışman(lar)
Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Programı

İzmir
2025

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN
(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER

Üye : Doç. Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ

Üye : Doç. Dr. Aliye OKGÜN ALCAN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gönül YILMAZ DÜNDAR

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 17.11.2025

Önsöz

Yüksek lisans sürecimde olduğu gibi doktora sürecinde de danışman hocam Meryem YAVUZ van GIERBERGEN'in rehberliği ve desteğiyle ilerleyebilme fırsatına sahip oldum. Doktora yeterlilik döneminde yaptığımız kapsamlı literatür taramaları sayesinde çalışmamın temelini oluşturduk. Yeterlilik sınavı sonrası kendi kurumuma dönüş sürecimde tezimin ilerlemesinde bazı aksaklıklara rağmen, danışman hocamın değerli önerileri doğrultusunda ilerledim. Bulunduğum ilçedeki bir hastanede gerçekleştirmeyi hedeflediğimiz tez konusuna odaklandık. Hastanedeki vakalar ve literatürden elde ettiğimiz veriler doğrultusunda danışman hocamın yönlendirmesiyle tez konumuzu netleştirerek çalışmalarımıza başladık. Bu süreçte tez önerimin şekillenmesine katkı sunan Doç. Dr. Esmâ Özşaker ve Doç. Dr. Aliye Okgün Alcan'ın da değerli görüşleriyle, çalışmamın bilimsel temellerini daha da sağlamlaştırmış oldu. Bugün itibarıyla tezimi tamamlayabilmiş olmanın ve çalışmamın bilimsel literatüre katkı sağlayabilecek olmasının gururunu yaşıyorum. Bu tezin hem literatüre ışık tutmasını hem de meslektaşlarıma faydalı olmasını diliyorum.

İzmir, 17.11.2025

Züleyha AYKUT

Özet

Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması

Amaç: Araştırmanın amacı, diz osteoartritli hastaların ameliyat öncesi süreçte yaşadıkları ağrı, fonksiyonel kayıp ve günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamaları, duygularını, başa çıkma stratejilerini ve bu faktörlerin diz protezi ameliyatı olma kararlarını nasıl şekillendirdiğini nicel ve nitel verileri bütünleştirerek ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırma modelinde yakınsayan paralel desen karma yöntem tasarımı kullanılmıştır. Araştırma Balıkesir'in bir ilçesindeki bir hastanenin Ortopedi Kliniğinde Kasım 2024-Ekim 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın nicel bölümü Total Diz Protezi (TDP) ameliyatı olacak olan 116 hasta ile tanımlayıcı kesitsel tipte yürütülmüştür. Nicel bölümün verileri tanımlayıcı veri formu, WOMAC Osteoartrit İndeksi, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYAÖ) ve Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmanın nitel bölümünde, diz protezi ameliyatı olacak 15 hasta ile görüşmeler yapılmış ve fenomenolojik araştırma tasarımı uygulanmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 24-8T/75, Tarih:22.08.2024) onay alınmıştır. Yazılı kurum onayı alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 25.0" programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, hastalık ve ameliyat sürecine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, sayı, yüzde olarak hesaplanmış, tablo ve grafiklerle sunulmuştur. Bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, Tek yönlü ANOVA, Kruskal-Wallis testi, Pearson korelasyon, Spearman korelasyon ve Regresyon analizleri yapılmıştır. Sonuçlardaki anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir. Nitel bölümde hastalarla yapılan bireysel görüşme ses kayıtlarının dokümanı oluşturulmuştur. Yazılı görüşme verilerinin analizinde MAXQDA 2024 programı kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar şekil, tablo, görsel grafikler ve bireysel görüşmede elde edilen doğrudan hasta ifadeleri örnekleri ile sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %87.9'unu kadınlar oluşturmakta olup, yaş ortalaması 67.89 ± 5.43 (55-80) yaş olup, beden kitle indeksi ortalaması 32.45 ± 4.02 kg/m²'dir. Ameliyat kararını erteleme nedenleri arasında katılımcıların en sık ifade ettiği faktörün korku ve kaygı (%44.0) olduğu; diz protezi ameliyatına karar vermede etkili faktörlerin en yüksek oranla fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı %73.3 olduğu belirlenmiştir. Hastaların WOMAC Osteoartrit İndeksi ortalaması 73.35 ± 7.98 olarak hesaplanmıştır. WOMAC alt boyutlarına incelendiğinde ağrı puan ortalaması 13.68 ± 2.04 , tutukluk puan ortalaması 5.29 ± 1.20 , fiziksel fonksiyon puan ortalaması ise 54.38 ± 6.51 olarak belirlenmiştir. GYA Ölçeği ortalaması 17.38 ± 0.95 'tir. Cerrahi Korku Ölçeği toplam puanı 43.28 ± 8.52 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar incelendiğinde kısa dönem cerrahi korku ortalaması 26.90 ± 6.06 , uzun dönem cerrahi korku ortalaması ise 16.38 ± 4.60 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın nitel bölümü 5 tema altında toplanmıştır. Bunlar: tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol, osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam, başa çıkma ve uyum stratejileri, cerrahi karar verme süreci, umut, beklentiler ve gelecek vizyonudur.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre, TDP planlanan hastaların ameliyat öncesi dönemde ağrı, tutukluk, fiziksel fonksiyon kaybı ve cerrahi korku düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların dizlerinde yaşadığı sorun günlük yaşam aktivitelerini yüksek düzeyde etkilemiş olsa da bunun bağımlılık düzeyinde olmadığı belirlenmiştir. Hastaların yaşam aktivitelerinde belirgin kısıtlılıklar yaşadığı ve kısa dönem cerrahi korkusunun uzun dönem korkusuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ameliyata giden süreçte hastaların; fiziksel kısıtlılık yaşadığı, günlük yaşamda zorlanmalarla karşılaştığı, bu durumun duygusal olarak yıpratıcı olduğunu, sosyal ve manevi destek ihtiyacının arttığını, tedavi arayışı sonucunda ameliyat kararının olgunlaştığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler; Ameliyat; artroplasti; hemşire; korku

Abstract

Factors Affecting the Preoperative Total Knee Replacement Process: A Mixed Methods Study

Objective: The aim of the study is to reveal the pain, functional loss, and limitations in daily living activities experienced by patients with knee osteoarthritis during the preoperative period, their emotions, coping strategies, and how these factors shape their decision to undergo knee replacement surgery, by integrating quantitative and qualitative data.

Method: A convergent parallel design mixed-methods approach was used in the research model. The study was conducted at the Orthopedics Clinic of a hospital in a district of Balıkesir between November 2024-October 2025. The quantitative part of the study was conducted in a descriptive cross-sectional design with 116 patients scheduled for Total Knee Replacement surgery. Data for the quantitative section were obtained using a descriptive data form, the WOMAC Osteoarthritis Index, the KATZ of Daily Life Activities Scale, and the Surgical Fear Questionnaire. In the qualitative section of the study, interviews were conducted with 15 patients scheduled for knee replacement surgery, and a phenomenological research design was applied.

Approval was obtained from the Ege University Faculty of Medicine Medical Research Ethics Committee (Decision No: 24-8T/75, Date: 22.08.2024) to conduct the research. Data collection began after written institutional approval was obtained. The data obtained in the study were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 25.0 program. Descriptive statistics regarding the participants' sociodemographic characteristics, disease, and surgical process were calculated as mean, standard deviation, number, and percentage, and presented in tables and graphs. Independent samples t-test, Mann-Whitney U test, one-way ANOVA, Kruskal-Wallis test, Pearson correlation, Spearman correlation, and Regression analyses were performed. The significance level of the results was set at $p < 0.05$. In the qualitative section, the audio recordings of individual interviews with patients were documented. The MAXQDA 2024 program was used to analyze the written interview data. The results obtained were presented with figures, tables, visual graphs, and examples of direct patient statements obtained during individual interviews.

Results: Women constituted 87.9% of the patients participating in the study, with an average age of 67.89 ± 5.43 (55-80) years and an average body mass index of 32.45 ± 4.02 kg/m². Among the reasons for postponing the decision to undergo surgery, the most frequently cited factor by participants was fear and anxiety (44.0%); the most influential factors in deciding to undergo knee replacement surgery were loss of function and limited mobility at 73.3%. The mean WOMAC Osteoarthritis Index score for patients was calculated as 73.35 ± 7.98 . When examined by WOMAC subscales, the mean pain score was 13.68 ± 2.04 , the mean stiffness score was 5.29 ± 1.20 , and the mean physical function score was 54.38 ± 6.51 . The mean GYA Scale score is 17.38 ± 0.95 . The total score on the Surgical Fear Scale was calculated as 43.28 ± 8.52 . When the subscales were examined, the short-term surgical fear mean was calculated as 26.90 ± 6.06 , and the long-term surgical fear mean was calculated as 16.38 ± 4.60 . The qualitative part of the study was grouped under 5 themes. These are: diagnosis and progression of the disease, life restricted due to osteoarthritis, coping and adaptation strategies, surgical decision-making process, hope, expectations, and future vision.

Conclusion: According to the research findings, TDP patients were found to have high levels of pain, stiffness, physical functional impairment, and surgical anxiety in the preoperative period. Although the problems experienced by patients in their knees significantly affected their daily living activities, it was determined that this did not reach a dependency level. It was found that patients experienced significant limitations in their daily activities and that short-term surgical anxiety was greater than long-term anxiety. During the process leading up to surgery, it was determined that patients experienced physical limitations, encountered difficulties in daily life, found this situation emotionally exhausting, had an increased need for social and spiritual support, and that the decision to undergo surgery matured as a result of seeking treatment.

Keywords; Surgery; arthroplasty; nurse; fear

İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler	VII
-Tablolar Dizini-	XI
-Şekiller Dizini-.....	XIII
-Grafikler Dizini-.....	XIV
Kısaltma Listesi	XV
1.Giriş	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Sorusu	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	5
1.5. Araştırmanın Amacı	6
2. Genel Bilgiler	7
2.1. Osteoartrit.....	7
2.2. Diz Osteoartriti.....	8
2.2.1. Diz OA'sı Risk Faktörleri.....	10
2.2.2. Diz Osteoartrit Semptomları.....	10
2.2.3. Diz Osteoartrit Tedavi Yöntemleri.....	11
2.2.4. Total Diz Protezi.....	12
2.3. Sağlıkta Karar Verme Süreci: Teorik Yaklaşımlar.....	13
2.3.1. Paternalizm Sağlık Bakım Modeli.....	13
2.3.2. Bilgilendirici Model.....	14
2.3.3. Paylaşım Modeli	15
2.4.1. Total Diz Protezine Karar Verme Süreci.....	16
2.4.2. Hastaların Total Diz Protezi Ameliyatı Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler	18
3. Gereç ve Yöntem	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:	21
3.3. Karma Yöntem Tasarımına Genel Bakış.....	22
3.4. Nicel Bölüm.....	23
3.4.1. Araştırma Tipi.....	23
3.4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4.2.1. Evreni:	23
3.4.2.2. Örneklemi:	23
3.4.3. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	24
3.4.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	25
3.4.5. Veri Toplama Yöntemleri.....	25
3.4.5.1. Veri Toplama Araçları	25
3.4.5.2. Verilerin Toplanması	27
3.4.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	28
3.5. Nitel Bölüm	29
3.5.1. Araştırma Tipi.....	29
3.5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.5.2.1. Evreni:	29
3.5.2.2. Örneklemi:	29
3.5.3. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	30
3.5.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	30
3.5.5. Veri Toplama Yöntemleri.....	30
3.5.5.1. Veri Toplama Araçları:	30
3.5.5.2. Verilerin Toplanması	31
3.5.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	32
3.5.7. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	34
3.5.8. Araştırmacı Yeterliliği	36
3.6. Süre ve Olanaklar	36
3.7. Etik Açıklamalar	37
4. Bulgular.....	38
4.1. Nicel Bölüm.....	38
4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	38
4.1.2. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguları.....	40
4.1.3. Ölçüm Araçlarına İlişkin Temel Bulgular	45

4.1.4. Ölçeklerden Alınan Puanların Tanımlayıcı Analizleri.....	46
4.1.5. WOMAC OA İndeksi ve Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	47
4.1.6. Cerrahi Korku Ölçeği ve Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	53
4.1.7. GYA Ölçeğin ve Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	59
4.1.8. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	63
4.1.9. Regresyon Analiz Sonuçlarının İncelenmesi	66
4.2. Nitel Bölüm	69
4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	69
4.2.2. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguları.....	70
4.2.3. Belirlenen Temalar ve Katılımcı Görüşleri	72
4.2.3.1. Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol Teması.....	72
4.2.3.2. Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam Teması.....	75
4.2.3.2.1 Fiziksel Sınırlamalar	75
4.2.3.2.2. Duygusal Yük	77
4.2.3.2.3. Sosyal Geri Çekilme ve Rol Sınırlaması	78
4.2.3.3. Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri Teması.....	80
4.2.3.4. Cerrahi Karar Verme Süreci Teması.....	82
4.2.3.5. Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu Teması	85
5. Tartışma	94
5.1.Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	94
5.2.WOMAC OA İndeksi ile ilgili Bulguların Tartışılması.....	96
5.3.GYA Ölçeği ile ilgili Bulguların Tartışılması	98
5.4.Cerrahi Korku Ölçeği ile ilgili Bulguların Tartışılması	99
5.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması	101
5.6.Nitel Bölüm Sonuçlarının Tartışılması	102
6. Sonuç ve Öneriler.....	106
6.1. Sonuçlar	106
6.2. Öneriler	107
Kaynaklar	109
Ekler	121

Ek I-Nicel Bölüm Veri Toplama Formu	121
Ek II-Nitel Bölüm Veri Toplama Formu	127
Ek III- Uzman Görüş Listesi.....	130
Ek IV- Uzman Görüş Formu	131
Ek V- Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitimi Katılım Belgesi	132
Ek VI- Karma Araştırma Yöntemleri Eğitimi Katılım Belgesi	133
Ek VII- MAXQUDA Nitel Veri Analizi Eğitimi Katılım Belgesi	134
Ek VIII- Tez Öneri Kabulü.....	135
Ek IX- Etik Kurul Onay Belgesi.....	136
Ek X- Kurum İzni	138
Ek XI-Ölçek İzinleri.....	140
Teşekkür	141
Özgeçmiş	142

-Tablolar Dizini-

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	38
Tablo 2. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	40
Tablo 3. Ölçüm Araçlarına İlişkin Alfa Değerleri.....	45
Tablo 4. Ölçüm Araçlarına İlişkin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri	46
Tablo 5. Ölçeklerden Alınan Puanların Tanımlayıcı Analizlerine İlişkin Bulguları	47
Tablo 6. Hastaların WOMAC OA İndeksi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları	49
Tablo 7. Hastaların WOMAC OA İndeksi Puanlarının Hastalık ve Ameliyat Süreci Verilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları	52
Tablo 8. Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları	55
Tablo 9. Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarının Hastalık ve Ameliyat Süreci Verilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları	58
Tablo 10. Hastaların GYA Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları	60
Tablo 11. Hastaların GYA Ölçeği Puanlarının Hastalık ve Ameliyat Süreci Verilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları	62
Tablo 12. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular.....	64
Tablo 13. Sürekli Değişkenler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular.....	65
Tablo 14. Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarını Açıklamak için Yapılan Regresyon Analizi.....	66
Tablo 15. Kısa Dönem Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarını Açıklamak için Yapılan Regresyon Analizi.....	67
Tablo 16. Uzun Dönem Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarını Açıklamak için Yapılan Regresyon Analizi.....	68
Tablo 17. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı...	69
Tablo 18. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguların Dağılımı....	71
Tablo 19. Katılımcılara Göre Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol.....	74
Tablo 20. Katılımcılara Göre Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam.....	79
Tablo 21. Katılımcılara Göre Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri	82
Tablo 22. Katılımcılara Göre Cerrahi Karar Verme Süreci	84

Tablo 23. Katılımcılara Göre Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu	86
Tablo 24. Nitel-Nicel Veri Entegrasyon Tablosu.....	89

-Şekiller Dizini-

Şekil 1. Sağlıklı Diz; Osteoartritli Diz (NHS England, 2024).....	9
Şekil 2. Karma Yöntem: Yakınsayan Paralel Desen ..	21
Şekil 3. Yakınsayan Karma Yöntemli Araştırma Tasarımı	22
Şekil 4. Nicel Bölüm Örnekleme.....	24
Şekil 5. Temalar Gösterimi.....	72
Şekil 6. Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi.....	73
Şekil 7. Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi.....	75
Şekil 8. Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi.....	80
Şekil 9. Cerrahi Karar Verme Süreci Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi.....	82
Şekil 10. Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi.....	85
Şekil 11. Kod Bulutu	87
Şekil 12. Kod Haritası.....	88

-Grafikler Dizini-

Grafik 1. TDP Ameliyatı Erteleme Nedenleri	42
Grafik 2. TDP Ameliyatı Erteleme Nedenleri Pasta Grafiği Gösterimi	422
Grafik 3. TDP Ameliyatı Olma Nedenleri	433
Grafik 4. TDP Ameliyatı Olma Nedenleri Pasta Grafiği Gösterimi	44

Kısaltma Listesi

OA	: Osteoartrit
TDP	: Total Diz Protezi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Economic Co-operation and Development)
WOMAC	: Western Ontario ve McMaster Üniversiteleri Osteoartrit İndeksi (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index)
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYAÖ	: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
CKÖ	: Cerrahi Korku Ölçeği
CKÖ-U	: Cerrahi Korku Ölçeği-Uzun Dönem
CKÖ-K	: Cerrahi Korku Ölçeği-Kısa Dönem

1.Giriş

1.1. Araştırmanın Problemi

Araştırma Osteoartrit (OA), dünyada en sık görülen osteoartiküler hastalıktır, özellikle yaşlanma ile görülme riski artan sık karşılaşılan, eklemlerdeki kıkırdak dokunun bozulmasıyla karakterize olan yaygın dejeneratif bir hastalıktır (Stubbs, Aluko, Myint, & Smith, 2016; Marks, 2017; Uivaraseanu et al., 2022; Nguyen et al., 2022). OA insidansı, özellikle yaşlanan nüfus ve artan obezite prevalansı nedeniyle her yıl artmaktadır. (Ferreira, Martins, & Gonçalves, 2024). OA çok çeşitli eklemleri etkileyebilir ancak en sık etkilenen eklem dizdir. Diz osteoartritinin gelişimi, hasta yaşı, cinsiyet, diz eklemi travması, obezite, inflamasyon, kas kütlesi, menopoz durumu, mesleki iş yoğunluğu, egzersiz yoğunluğu ve genetik dahil olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenmektedir. (Ferreira et al., 2024).

Diz osteoartriti görülme sıklığı artmış olup, bu durum artık önemli bir halk sağlığı endişesi haline gelmiştir (Smith et al., 2020). Diz OA'da genel semptomlar; ağrı, kas güçsüzlüğü, eklem instabilitesi, sabah tutukluğu, krepitasyon ve fiziksel aktivite hareket kısıtlılığı yer alır (Dantas, de Fátima Salvini, & McAlindon, 2021). Bu dejeneratif durum, hastalarda eklem ağrısı, sertlik ve azalmış fonksiyona neden olarak hem sağlık sistemini hem de hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Smith et al., 2020; Nguyen et al., 2022; Yu, 2023). Hastalar genel olarak aktivite ile şiddeti artan ve istirahatte şiddeti azalan eklem ağrısından yakınırlar (Kaya & Bilik, 2022; Dantas et al., 2021; Gelber, 2024). Hastalar ağrı, yürüyememe, merdiven inip çıkamama, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalar, yaşam kalitesinde azalma ve işlerinden ayrılma gibi birçok sorun yaşamaktadır (Dantas et al., 2021; Kaya & Bilik, 2022; Nguyen et al., 2022; Yu, 2023; Gelber, 2024)

Diz osteoartriti tedavileri; aktivite değişikliği, kilo kaybı, fizik tedavi ve oral analjeziklerden, eklem enjeksiyonlarına ve eklem değiştirme cerrahisine kadar uzanmaktadır (Smith et al., 2020). Konservatif tedaviler, diz osteoartriti için birinci ve ikinci basamak tedaviler olarak önerilir. Konservatif tedaviler yetersiz ya da başarısız olduğunda, total diz protezi (TDP) önerilebilir (Nguyen et al., 2022). Son zamanlarda, konservatif tedaviye dirençli osteoartritli hastalarda, diz ağrısını hafifletmek, eklem

hareketlerini geri kazandırmak, öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırmak için TDP ameliyatı sıklıkla uygulanmaktadır (Kaya & Bilik, 2022). Diz OA'nın son evrelerinde, cerrahi olmayan tedaviler etkisiz olduğunda cerrahi önerilebilir. Diz replasmanı ameliyatı geçirmek ağrıyı hafifletebilir ve işlevi iyileştirebilir (Delanois et al., 2017; Smith et al., 2020;).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 400.000 primer TDP ameliyatı yapıldığı tahmin edilmektedir (Varacallo, Luo, Mabrouk, & Johanson, 2024). Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (Economic Co-operation and Development-OECD Sağlık İstatistiklerine göre Türkiye'de yıllara göre yapılan diz protezi ameliyatı sayısı 2021 yılında 75 532 iken 2024 yılında ise 110 528'e yükselmiştir (OECD Data Explorer). Diz protezi ameliyatı, nüfusun yaşlanması ve uzayan yaşam süresi ilişkili kas-iskelet sistemi sorunlarının (osteoartrit, romatoid artrit, travma vb.) artmasıyla birlikte, ortopedi cerrahisinde en yaygın ameliyatlarda yer almaktadır ve sayısı giderek artmaktadır (Konnyu et al., 2023).

Son evre diz osteoartritli hastalar şiddetli eklem ağrısı, sertlik ve hareket kısıtlılığı ile karakterize olup, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilenen bireylerdir ve genellikle ilaç, fizik tedavi veya enjeksiyon gibi konservatif tedavilere şikayetleri kontrol altına alınmayan yanıt vermeyen kişilerdir (Konnyu et al., 2023; Varacallo, et al., 2024). TDP ameliyatı, ortopedi alanında en etkili ve maliyet açısından uygun cerrahi prosedürlerden biridir ve yüksek başarı oranına sahiptir. Son evre dejeneratif diz osteoarriti olan hastalarda ağrıyı güvenilir ve başarılı bir şekilde gideren ve eklem hareketini geri kazandıran ve giderek de yaygınlaşan cerrahi bir yöntemdir (Delanois et al., 2017; Smith et al., 2020; Kaya & Bilik, 2020; Carriere et al., 2022; Konnyu et al., 2023; Varacallo, et al., 2024).

Ortopedi doktorları hastanın semptomlarına ve diz eklemindeki dejenerasyonun şiddetine göre diz protezi ameliyatını önerir. TDP elektif bir ameliyat olduğu için hastaların karar vermeleri için yeterli zamanları vardır; ameliyat olmayı, olmamayı veya ertelemeyi tercih edebilirler (Wang et al., 2024). Diz artroplastisi ameliyatına karar vermek karmaşık bir süreçtir, hastalar ameliyat olup olmayacağına karar vermeden önce birçok faktörü göz önünde bulundurmalıdır, çünkü bu faktörler kararı önemli ölçüde etkileyebilir (Najafi et al., 2023).

Bir cerrah, hastalara diz ameliyatının faydalarını açıklayabilir ve diz ameliyatının gerekli olup olmadığına karar vermelerine yardımcı olabilir (Choi, Kim, & Han, 2022). Birden fazla tedavi seçeneğinin varlığı, osteoartrit yönetiminin tercihe duyarlı doğasını ve paylaşımlı karar alma fırsatını vurgular. Karar vermeden önce tedaviler, riskler, faydalar ve alternatifler hakkında bilgi aktarımıyla birlikte hasta tercihlerini, değerlerini ve ihtiyaçlarını anlamak için etkili iletişim ve klinisyen-hasta ilişkisi kurulması önerilmektedir (Ghomrawi et al., 2020; Jayakumar et al., 2021). İleri evre diz osteoartritli hastanın klinik muayene sırasında ortak karar verme sürecinin kullanılması, hastaların doktorlarıyla birlikte tedavi kararları almalarını sağlar. Ortak karar verme araçlarını kullanan hastalar daha iyi bilgilendirilir, riskleri daha doğru algılar ve karar verme sürecinden daha memnun kalır. Sonuç olarak, süreç ile ilgili daha az pişmanlık ve çatışma yaşarlar. TDP olma sürecinde de hasta hekim iş birliği oluşturulmalı, ortak karar alma süreci planlanmalıdır (Lo et al., 2025). Diz protezi yapılıp yapılmayacağı konusunda hastaları ortak karar alma süreçlerine dahil etmenin önemi vurgulanmaktadır. Paylaşılan karar alma, hastaların tercihleri ve değerleriyle tutarlı bir karar alabilmeleri için, cerrahi ve cerrahi olmayan tedavinin kısa ve uzun vadeli riskleri ve faydalarının değerlendirilmesini içerir (Price et al., 2018).

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte osteoartrit, giderek daha önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Bu hastalık en sık diz eklemini etkiler ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür (Barlow, Scott, Thomson, Griffin, & Realpe, 2018). Cerrah hastanın durumunu değerlendirir hastaya ameliyatı süreci ile ilgili bilgi verdikten sonra ameliyat olma, olmama, erteleme kararı hastaya aittir. Dolayısıyla TDP ameliyatı olma hastanın tercihinine dayalı elektif bir ameliyattır (Barlow et al., 2018). TDP ameliyatının yaygın kullanımı ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedeniyle, özellikle karmaşık sağlık profillerine sahip yaşlı yetişkinler arasında bu kararı etkileyebilecek çeşitli faktörleri belirlenmesi ve anlaşılması önemlidir (Lim et al., 2025). Diz protezi, son dönem hastalıkların tedavisinde uygulanan yaygın bir ameliyat olmuş olsa da hastaların diz protezine geçip geçmeme konusunda kararlarını etkileyen faktörler hakkında literatürde de yeterli bilgi bulunmamaktadır (Barlow et al., 2018; Choi et al., 2022; Lim et al., 2025). Hangi hastaların diz protezi ameliyatı geçirmesi gerektiğine karar vermeye yönelik üzerinde fikir birliği sağlanmış standart bir kriterde bulunmamaktadır (Barlow et

al., 2018). Hastaların karar verme süreçlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin anlaşılması hasta merkezli bakımın sağlanmasında kritik öneme sahiptir (Barlow et al., 2018). Diz artroplastisi geçirmiş kişilerde karar verme kalıpları üzerine bugüne kadar çok az çalışma yürütülmüş olması ve karar verme kalıplarını ve ameliyat nedenlerini anlamak cerrahi başarı ve memnuniyet için hayati önem taşımaktadır (Najafi et al., 2023).

Literatürde TDP ameliyatı geçiren hastaların daha çok ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası dönemlerinin incelendiği görülmüştür. Ameliyat olmaya karar veren hastalar ile ameliyat öncesi dönem sürecinde incelenecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle ameliyata karar verme sürecine kadar yaşadıkları, karar verme süreçlerini etkileyen faktörler, bu süreci nasıl yönettikleri ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır (Barlow et al., 2018; Choi et al., 2022; Najafi et al., 2023; Lim et al., 2025). Bu çalışmanın nicel bölümünde TDP ameliyatı olan hastalar ile ameliyat öncesi süreçte yüz yüze görüşülerek ameliyat öncesi dönemi etkileyebilecek olan osteoartrit semptomların günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi, uzun ve kısa dönem cerrahi korku, günlük yaşam aktiviteleri düzeyleri incelenecektir. Ayrıca bu bölümde hastalık süreci ameliyatı erteleme ve karar verme nedenleri hasta yanıtları doğrultusunda incelenmesi planlanmıştır. Nitel bölümünde ise TDP ameliyatı olan hastalar ile ameliyat öncesinde yarı yapılandırılmış bireysel derinlemesine görüşmeler yapılarak hastaların yaşadıkları zorlukların, deneyimlerinin, ameliyata karar verme süreçlerinin ve bu süreçleri etkileyen faktörlerin incelenmesi planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Sorusu

Nicel Bölümü ile ilgili araştırma soruları

1. Hastaların TDP ameliyatı olma kararlarını etkileyen faktörler nelerdir?
 - Hastaların TDP ameliyatı öncesi WOMAC OA (Western Ontario ve McMaster Üniversiteleri Osteoartrit İndeksi (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index)) indeksi düzeyi nedir?
 - Hastaların TDP ameliyatı öncesi günlük yaşam aktiviteleri düzeyi nedir?

- Hastaların TDP ameliyatı öncesi cerrahi korku düzeyi nedir?
- Hastaların WOMAC OA indeksi, günlük yaşam aktiviteleri ve cerrahi korku düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Nitel Bölüm ile ilgili araştırma sorusu

1. Hastalar TDP ameliyatına karar verme süreci ile ilgili deneyimleri nelerdir?

Karma Yöntem entegrasyon sorusu

1. Hastaların hastalık süreci ve ameliyata karar verme deneyimleri, uygulanan WOMAC OA indeksi, günlük yaşam aktiviteleri ve cerrahi korku ölçeklerinden elde edilen bulgularla nasıl ilişkilidir?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmada, nicel ve nitel yaklaşımları bir araya getiren karma yöntem tasarımı kullanılmıştır. Bu nedenle, herhangi bir hipotez oluşturulmamış, bunun yerine araştırma soruları geliştirilmiştir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Nicel ve nitel bölümde araştırmaya katılan hastaların soruları tam olarak anladığı varsayılmıştır. Nitel bölümde katılımcıların görüşme sorularına samimi bir şekilde yanıt verdikleri varsayılmıştır. Araştırmadaki örneklem, veri toplama yöntemleri ve kullanılan ölçme araçlarının araştırmanın amacını gerçekleştirmek için uygun ve yeterli olduğu varsayılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca bir hastanede yürütülmesi nedeniyle araştırmanın yapıldığı bölgeye genellenebilmesi araştırmanın sınırlılığı olarak görülmektedir. Araştırma verilerinin ameliyat öncesi dönemde hastalardan toplanması nedeniyle, nitel araştırma kapsamında yapılan hasta görüşmeleri ameliyattan bir gün önce gerçekleştirilmiştir. Klinik ortamında

gün içinde hasta sirkülasyonu, personel hareketliliği ve çevresel gürültü düzeyinin yüksek olması nedeniyle görüşmelerin gündüz saatlerinde yapılması uygun olmamıştır. Daha sessiz ve sakin bir ortam sağlanabilmesi amacıyla, klinikte ziyaret saatinin 21.00'de sona ermesinin ardından bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu durum görüşme zamanlamasını sınırlayan bir etken olmuştur.

1.5. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı diz osteoartritli bireylerin ameliyat öncesi süreçte yaşadıkları ağrı, fonksiyonel kayıp, günlük yaşam kısıtlamalarını nasıl deneyimledikleri ve bu deneyimlerin duygularını, başa çıkma stratejilerini ve diz protezi ameliyatı olma kararlarını nasıl şekillendirdiğini anlamaktır. Nicel değerlendirmeler ile hastaların kendi ifadelerinden elde edilen nitel veriler bir araya getirilerek, ameliyat öncesi sürecin hem ölçülebilir yönlerinin hem de hasta deneyimleriyle sentezleyerek ortaya konulması amaçlanmıştır.

2. Genel Bilgiler

2.1. Osteoartrit

Osteoartrit (OA), artan ağrı ve azalan işlevselliğe neden olan, özellikle yaşlanma ile görülme riski artan sık karşılaşılan, eklemlerdeki kıkırdak dokunun bozulmasıyla karakterize olan yaygın dejeneratif bir hastalıktır (Stubbs et al., 2016; Marks, 2017; Uivaraseanu et al., 2022). OA, eklem dokularında çok sayıda anatomik ve fizyolojik değişiklik içerir, sonuçta yapısal hasara, fonksiyonel düşüşe ve sinovyal eklemlerin yetmezliğine; eklem dokularının yıkım ve onarım süreçleri arasındaki denge bozulduğunda ortaya çıkar ve ağrı ve fiziksel engelliliğin gelişmesine yol açar (Roemer, Guermazi, Demehri, Wirth, & Kijowski, 2022; Allen, Thoma, & Golightly, 2022; Yu, 2023). OA, eklem hasarı, esnekliğin azalması ve hareket kabiliyetinin bozulması gibi semptomlarla kendini gösterir (Stubbs et al., 2016; Marks, 2017). En yaygın kronik sağlık sorunlarından biridir ve yalnızca ağrı ve fiziksel işlevi değil, aynı zamanda ruh sağlığı, uyku, işe bağlılık gibi çok sayıda başka sonucu da etkilemektedir (Roemer et al., 2022; Allen et al., 2022).

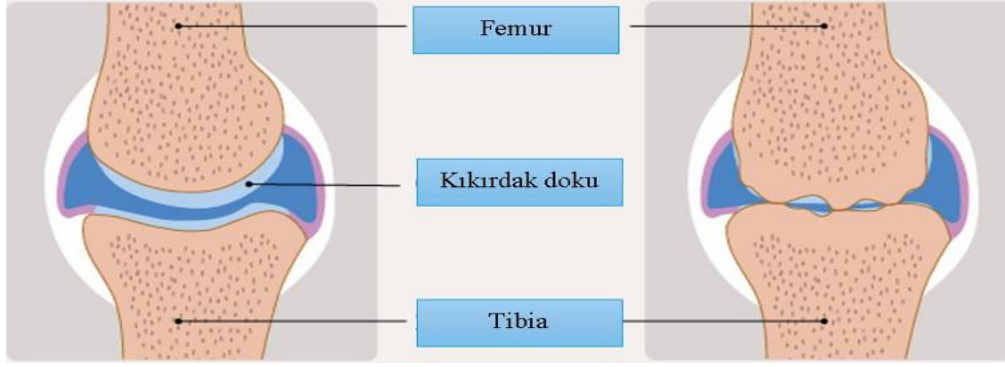
OA en sık yaşlı insanlarda görülür, ancak çeşitli nedenlerle genç insanlarda da ortaya çıkabilir. Bu hastalığın yaygınlığı yaş, cinsiyet, obezite, genetik faktörler ve eklem yaralanmaları gibi birçok değişkene bağlı olabilir (Colletti & Cicero, 2021). Yaşlanma, eklemlerdeki kıkırdak dokusunun doğal olarak aşınmasına ve yıpranmasına neden olur (Hügler, Geurts, Nüesch, Müller-Gerbl, & Valderrabano, 2012). OA gelişme olasılığı yaşla birlikte artar. Prevalans, 60 yaşın üzerindeki kişilerde önemli ölçüde artmaktadır (Hügler et al., 2012). OA gelişme riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Özellikle menopoz sonrası hormonal değişikliklerin olumsuz etkileri bu riski artırmaktadır (Joseph et al., 2023; Wahyuni, Adiatmika, Vittala, & Mahendra, 2023; Messier, 2024). Aşırı kilolu olmak, diz ve kalça gibi ağırlık taşıyan uzantılara ek stres yükleyerek kıkırdak hasarını hızlandırır. Obez bireylerde osteoartrit gelişme riski, normal kilolu bireylere göre önemli ölçüde daha yüksektir (Joseph et al., 2023; Wahyuni et al., 2023). Aile öyküsü de osteoartrit gelişiminde önemli bir rol oynar, genetik yatkınlık, gelecekte osteoartrit gelişme olasılığını artırabilir (Joseph et al., 2023; Wahyuni et al., 2023; Messier, 2024). Geçmişte yapılan eklem sporlarının osteoartritin

etkileri üzerinde etkisi olabilir. Özellikle, spor yaralanmaları veya kaza sonucu oluşan travmalar eklemlerdeki kıkırdak dokusunu etkileyebilir ve ilerlemesine yol açabilir (Joseph et al., 2023; Wahyuni et al., 2023; Messier, 2024). OA tedavisi genellikle konservatif tedavilerle başlarken, egzersiz, fizik tedavi ve kilo kontrolü gibi farmakolojik olmayan yaklaşımlar ile hastaların semptom yönetimleri sağlanır (Messier, 2024). OA tedavisi genellikle farmakolojik olmayan, farmakolojik ve cerrahi tedavi olarak ayrılır, hastalığın şiddetine ve eklem bölgesine göre kategorize edilir (Arden et al., 2021). OA tipik olarak kalça, diz ve el eklemlerinde olmasıyla birlikte daha az yaygın olarak herhangi bir eklemden de gelişebilir (Curry, Beling, & Borg-Stein, 2022). OA, yalnızca fiziksel bir hastalık değil, aynı zamanda bireyler psikolojik etkilere neden olan bir durumdur. OA sahip bireyler sıklıkla yaşam kalitelerini derinden etkileyebilecek depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar yaşamaktadır (Stubbs et al., 2016; Knights, Redding, & Maerz, 2023; Ferreira et al., 2024). Bu nedenle, osteoartrit tedavisinde bütüncül bir yaklaşımı benimsenmeli hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından hasta değerlendirilerek tedavi edilmelidir (Stubbs et al., 2016; Ferreira et al., 2024). Sonuç olarak, osteoartritin yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve hareketlilik, psikolojik refah ve sosyal yönler göz önünde bulundurulmalıdır. OA çok çeşitli eklemleri etkileyebilir ancak en sık etkilenen eklem dizdir. Diz osteoartritin gelişimi, hasta yaşı, cinsiyet, diz eklemi travması, obezite, inflamasyon, kas kütlesi, menopoza durumu, mesleki iş yoğunluğu, egzersiz yoğunluğu ve genetik dahil olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenmektedir. OA insidansı, özellikle yaşlanan nüfus ve artan obezite prevalansı nedeniyle her yıl artmaktadır. OA hastalarının önemli bir kısmı, artan kırılabilirlikleri nedeniyle özel dikkat gerektiren eşlik eden tıbbi durumlara ve komorbiditelere sahiptir (Ferreira et al., 2024).

2.2. Diz Osteoartriti

Özellikle diz eklemi, osteoartritin en sık görülen etkilendiği alanlardan biridir ve bu durum, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırmaktadır (Yu, 2023). Diz osteoartriti, eklemlerde dejeneratif değişiklikler ile karakterize edilen yaygın bir hastalıktır ve genellikle yaşlanma, obezite ve genetik faktörler gibi etmenlerle ilişkilidir (Rice, Beier, Young, & Loughlin, 2020; Yu, 2023). Sağlıklı dizde eklem yüzeyleri

düzgün bir şekilde kayarken osteoartritli dizde eklem yüzeyleri düzgün hareket etmez (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlıklı Diz; Osteoartritli Diz (NHS England, 2024)

Diz OA de tüm eklemler etkilenecek sinovyal inflamasyona, kıkırdak hasarına, kemik yeniden şekillenmesine ve osteofit oluşumuna neden olur (Dantas et al., 2021). Diz OA de genel semptomlar; ağrı, kas güçsüzlüğü, eklem instabilitesi, sabah tutukluğu, krepitasyon ve fiziksel aktivite hareket kısıtlılığı yer alır (Dantas et al., 2021). Diz osteoartriti tipik olarak aktivite ile şiddeti artan ve istirahatte şiddeti azalan eklem ağrısı ile kendini gösterir. Hastalar, nispeten kısa süreli de olsa, kendi kendini sınırlayan sabah tutukluğu yaşayabilir (Gelber, 2024). Radyografik olarak diz OA olan hastaların hepsi semptomatik belirti göstermeyebilir. (Uivaraseanu et al., 2022). Diz OA görülme sıklığı yaşam beklentisinin ve obezite artması ile sürekli artmaktadır. Diz OA bireylerde gelişme riski yaş ile birlikte artmaktadır, yaşın 70 üzeri olması insidansı daha da arttırmaktadır. Diz OA görülme oranı kadınlarda daha fazladır (Uivaraseanu et al., 2022). Diz OA'sı için farmakolojik olmayan, farmakolojik ve cerrahi yaklaşımlar da dahil olmak üzere çeşitli tedavi seçenekleri vardır. Farmakolojik olmayan stratejiler tipik olarak başlangıç tedavi planı olarak önerilmektedir, bunlar; egzersiz, hasta eğitimi, öz yönetimi ve gerekirse kilo kaybını içerir. Bu uygulamalar ağrının azalmasını, eklem fonksiyonunu ve yaşam kalitesini iyileştirir (Dantas et al., 2021). Ağrıyı azaltmak ve fiziksel fonksiyonu iyileştirmek için farmakolojik ve nanfarmakolojik tedaviler mevcuttur fakat bunlar genellikle etkilidir, ancak hastalık sürecini tersine çevirmez.

Hastalığın şiddeti ilerledikçe, ağrı ve fiziksel işlev kaybı artacaktır. Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler etkili olmadığında cerrahi tercih edilebilir. Ameliyatın son çare olduğu bildirilmektedir (Gelber, 2024).

2.2.1. Diz OA'sı Risk Faktörleri

Diz OA değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak ikiye ayrılır. Değiştirilebilir risk faktörleri; bireyin mesleği (örneğin diz bükme, ağır kaldırma ve çömelme), eklem travması, kas zayıflığı veya dengesizliği, aşırı kilo veya obezite, sağlığı ile ilgili diğer faktörler (metabolik sendrom) olarak sıralanabilir. Değiştirilemez risk faktörleri ise bireyin yaşı, cinsiyeti (kadınlarda görülme sıklığının erkeklerden fazla olması), ırk ve genetik faktörler olarak sıralanabilir (Hsu & Siwiec, 2023; Geng et al., 2023).

2.2.2. Diz Osteoartrit Semptomları

Diz OA'nın klinik semptomları ve bu semptomların yoğunluğu kişiden kişiye değişebilir. Diz OA'nın semptom ve bulguları arasında, başlangıçta kademeli olan ve aktiviteyle artan diz ağrısı, dizde sertlik ve şişlik, eklem hareketlerinde azalma, kas güçsüzlüğü, uzun süre oturma veya dinlenme sonrası ağrı ve zamanla kötüleşen ağrı bulunur (Sharma, 2021; Hsu & Siwiec, 2023; Gelber, 2024). Uzun vadeli sonuçlarda bireylerde fiziksel aktivitelerde azalma, kondisyon kaybı, bozulmuş uyku, yorgunluk, depresyon ve sakatlık görülebilir (Sharma, 2021; Gelber, 2024) Genel olarak, hastalar tarafından bildirilen şikayetlerin şiddeti ve sıklığı zamanla artar ve bu da hastaların hayatını daha zor hale getirir (Hsu & Siwiec, 2023)

Diz OA'nın en yaygın belirtileri, otururken kalkma, merdiven çıkma ve yürüme gibi aktivite ve/veya fonksiyonel kısıtlamalarla ortaya çıkan ve hastaların en çok yakındığı diz ağrısıdır. Ek olarak sabahları 30 dakikadan kısa süren diz tutukluğu, dizde şişme ve dizde boşalma veya gevşeklik hissi yer alabilir. Diz OA'nın belirtileri genellikle yavaş yavaş başlar ve kısa süreli, aralıklı diz ağrısı atakları içerebilir (Voelker, 2024)

Semptomlar, genellikle 40'lı yaş ve üzeri erkeklerde ve peri menopoz ve üzeri kadınlarda yavaş yavaş başlar. Ağrı genellikle donuktur, tüm dizi veya daha lokalizedir, eklem

kullanımıyla artar ve istirahatle azalır. Hastalık ilerledikçe, ağrı istirahatte ve gece ortaya çıkabilir ve uykuyu engelleyebilir. Sabah tutukluğu 30 dakikadan az sürer ve sertlik gündüz hareketsizliğinden sonra kısa bir süre ortaya çıkar (Sharma, 2021).

2.2.3. Diz Osteoartrit Tedavi Yöntemleri

Diz OA'sı tedavisinde çeşitli yaklaşımlar vardır, bunlar farmakolojik olmayan, farmakolojik ve cerrahi yöntemlerdir. Diz OA olan hastalarda başlangıç tedavisi olarak farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri önerilmektedir. Bireylerin semptom yöntemi ve şikayetleri doğrultusunda farmakolojik tedavi yöntemleri önerilmektedir. Tüm bu tedavi yöntemleri ile bireylerin şikayetleri artarak devam ediyorsa son tedavi yöntemi olarak cerrahi tedavi önerilmektedir. (Dantas et al., 2021; Arden et al., 2021). Diz osteoartriti tedavisi için çok çeşitli cerrahi olmayan yöntemler altta yatan hastalık sürecini değiştirmez, ancak ağrı ve sakatlığı önemli ölçüde azaltabilir. (Hsu & Siwec, 2023). İlk tedavi cerrahi olmayan yöntemlerle başlar ve cerrahi olmayan yöntemler artık etkili olmadığında cerrahi tedaviye geçilir (Dantas et al., 2021; Arden et al., 2021; Hsu & Siwec, 2023). Hastalık sürecinde diğer tüm yöntemler yetersiz olduğunda, hastanın semptomları ciddileşiyorsa ve bu durum yaşam kalitesini önemli derecede etkiliyorsa TDP nin uygun olduğu belirtilmektedir (Bruyère et al., 2019; Arden et al., 2021).

Diz OA'nın tedavisinde Osteoporoz, Osteoartrit ve Kas-İskelet Hastalıklarının Klinik ve Ekonomik Yönleri Avrupa Derneği (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases-ESCEO) algoritmasının temel ilkesi, farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahaleleri içeren tedavi yöntemlerinin kombinasyonudur (Bruyère et al., 2019) ESCEO çalışma grubu, hastaların diz OA'nın yönetiminde bilgi erişimi/eğitimi, kilo kaybı ve egzersiz programından oluşan temel bir setin uygulanmasını yönelik güçlü bir şekilde önermektedir (Bruyère et al., 2019). Farmakolojik olmayan yöntemlerin etkinliği düşük olarak değerlendirilebilse de genellikle güvenli olarak kabul edilir. Bununla birlikte şu anda klinik uygulamada farmakolojik olmayan tedavilerin yeterince kullanılmamaktadır (Bruyère et al., 2019)

Cerrahi Olmayan Tedavi Seçenekleri: Hasta eğitimi, aktivite değişikliği, fizik tedavi, kilo kaybı, dizlik, parasetamol: asetaminofen, steroid olmayan anti inflamatuvar ilaçlar

(NSAID'ler), COX-2 inhibitörleri, glukozamin ve kondroitin sülfat, kortikosteroid enjeksiyonları, Hyaluronik asit (HA) (Hsu & Siwec, 2023). TDP, diz osteoartriti kronikleştiğinde ve hastaya uygulanan konservatif tedaviler yeterli semptom yönetimi sağlamadığında önerilmektedir (Lim et al. 2025).

2.2.4. Total Diz Protezi

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 400.000 primer TDP ameliyatı yapıldığı, semptomatik diz osteoartritinin yıllık görülme sıklığının 100.000 kişi başına 240 vaka olduğunu tahmin edilmektedir (Varacallo et al., 2024). OECD Sağlık İstatistiklerine göre Türkiye'de yıllara göre yapılan diz protezi ameliyatı sayısı 2021 yılında 75 532, 2022 yılında 97 013, 2023 yılında 92 960 ve 2024 yılında ise 110 528'e yükselmiştir (OECD Data Explorer). Diz protezi ameliyatı, nüfusun yaşlanması ve uzayan yaşam süresi ilişkili kas-iskelet sistemi sorunlarının (osteoartrit, romatoid artrit, travma vb.) artmasıyla birlikte, ortopedi cerrahisinde en yaygın ameliyatlarda yer almaktadır ve sayısı giderek artmaktadır, bu artış eğiliminde devam etmesi beklenen bir durumdur (Konnyu et al., 2023).

TDP ameliyatı, ortopedi alanında en etkili ve maliyet açısından uygun cerrahi prosedürlerden biridir ve yüksek başarı oranına sahiptir. Son aşama dejeneratif diz osteoartriti olan hastalarda ağrıyı güvenilir ve başarılı bir şekilde gideren ve eklem hareketini geri kazandıran bir cerrahi girişimdir (Kaya ve Bilik, 2020; Konnyu et al., 2023; Varacallo et al., 2024). Son evre diz osteoartritli hastalar şiddetli eklem ağrısı, sertlik ve hareket kısıtlılığı ile karakterize olup, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilenen bireylerdir ve genellikle ilaç, fizik tedavi veya enjeksiyon gibi konservatif tedavilere şikayetleri kontrol altına alınmayan yanıt vermeyen kişilerdir (Konnyu et al., 2023; Varacallo et al., 2024).

Toplam diz protezi ameliyatında, hastaya fonksiyonel, ağrısız ve stabil bir eklem sağlamak için tasarlanmış metal ve akrilik protezler kullanılabilir. Hastanın bağları zayıflamışsa, eklem stabilitesini sağlamak için tamamen kısıtlı (menteşeli) veya yarı kısıtlı bir protez kullanılabilir. Kısıtlanmamış bir protez, eklem stabilitesi için hastanın bağlarına bağlıdır (Honan, 2019). TDP ağrıyı hafifletmek ve fonksiyonu artırmak için

hasarlı veya hastalıklı diz bileşenlerinin yapay parçalarla değiştirilmesini içerir (Kaya ve Bilik, 2020; Konnyu et al., 2023; Varacallo et al., 2024). TDP, dizin hastalıklı eklem yüzeylerinin rezeksiyonundan ve ardından metal ve polietilen protez bileşenleriyle yeniden yüzeylendirmeden oluşur (Varacallo et al., 2024). Uygun şekilde seçilen hasta için bu işlem, önemli ölçüde ağrı kesici ve aynı zamanda iyileştirilmiş fonksiyon ve yaşam kalitesi sağlar. TDP, hasarlı diz eklemine protez bileşenlerle değiştirerek hastaların semptomları hafifletmesi ve fonksiyonlarını geri kazanması amaçlanır (Konnyu et al., 2023; Varacallo et al., 2024). Hastaların ağrılarında iyileşme ve genel refahlarında artış sağlar (Konnyu et al., 2023; Varacallo et al., 2024; Lim et al., 2025).

2.3. Sağlıkta Karar Verme Süreci: Teorik Yaklaşımlar

Karar verme süreci hasta rolleri

- Paternalizm Sağlık Bakım Modeli
- Bilgilendirici Model
- Paylaşım Modeli

2.3.1. Paternalizm Sağlık Bakım Modeli

Genel olarak paternalizm, birinin diğerine karşı baskın bir tutumu olarak tanımlanmaktadır (Gallagher, 1998). Paternalizm, Latince "pater" kelimesinden türemiştir ve babacan bir rol üstlenmeyi ifade eder. Bu kavram, bir babanın, çocukları için en iyisinin ne olduğunu içgüdüsel olarak bildiği inancına dayanarak, başkalarının çıkarlarını daha etkili bir şekilde koruyabileceğini savunur. Tıp alanında bu kavramın uzun bir geçmişi vardır. Hekim-hasta arasındaki ilişki genellikle besleyici bir baba-çocuk arasındaki ilişkiye benzetilir, bu nedenle paternalizm terimi kullanılmıştır (Özçakır, 2004; Kumar, Paudel, Panja, & Sharma, 2024; Fleisje, 2024). Paternalizm, genellikle, bir başkasının tercihlerini, ona fayda sağlamak veya onu zarardan korumak için geçersiz kılmak olarak tanımlanabilir. Tıbbi bağlamda, paternalizm geleneksel olarak hastaların fiziksel olarak kısıtlanması, kendilerine yalan söylenmesi ve durumları veya yaklaşan prosedürler hakkında bilgilendirilmemesiyle ilişkilendirilmiştir (Fleisje, 2024). Paternalizm, sağlık hizmetleri bağlamında, doktor, hemşire veya hükümet

yetkilisi tarafından, hastanın kendi inanç ve değerlerini dikkate almadan veya özerkliğini saygı göstermeden, hasta için en iyisinin ne olduğunu belirleyen herhangi bir eylem, karar, kural veya politikayı ifade eder (İsmail, 2013). Paternalist yaklaşımda, sağlık profesyonelleri süreci kontrol ederler. Hastalar adına en iyi kararı verdiklerine inanırlar ve onları karar verme sürecine dahil etmezler. Bu yaklaşım hastaya özerklik ve kontrol sağlamasa da pratisyen hekim için zaman tasarrufu sağlar ve duygusal mesafe yaratabilir (Bullock, 2018; Kumar et al, 2024; Fleisje, 2024). Paternalistik modelde hekim otorite konumunda olup hasta adına kararı verir, hasta ise pasif konumdadır. Hekimin hastanın iyiliği için en doğru kararı verdiği düşünülür (Bullock, 2018; Kumar et al., 2024; Fleisje, 2024). Yıllar önce yaygın olarak uygulanıyordu çünkü klinisyenlerin genellikle hasta için en iyi kararı vermesi bekleniyordu. Modern sağlık hizmetleri, teknik olarak gelişmiş birçok tanı ve tedavi yöntemiyle karar vermeyi zorlaştırmaktadır. Yasal ve ahlaki eğilim, hastaların giderek daha fazla bilgilendirilmesi ve karar alma sürecine katılabilmeleri nedeniyle hastayı karar alma sürecine dahil etmektir (Gallagher, 1998).

Tıbbi paternalizm, genellikle bir tıp uygulayıcısının, hastanın en iyi çıkarlarını korumak veya desteklemek adına, hastanın tıbbi tedavisiyle ilgili tercihlerine müdahale etmesini içerir. Tıbbi paternalizm tarihsel olarak yaygın olsa da hem etik hem de yasal açıdan hasta özerkliğine saygı duymanın önemi konusundaki endişeler, Batı tıp etiğinde tıbbi paternalizmin yaygın olarak reddedilmesine yol açmıştır (Bullock, 2018). 1980'lerin sonlarından bu yana bu model kamuoyunda eleştirilmiştir (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, & Dziki, 2009). Paternalizm bir zamanlar sağlık hizmeti uygulayıcılarının genellikle hasta için en iyi kararı vermesi beklendiği için yıllar önce yaygın olarak uygulanmış olsa da son birkaç on yılda paternalizm modası geçmiş ve hatta 20. yüzyılın ortalarından bu yana, hastaların kendi süreçleri ile kararlara katılması hasta özerkliğinin ön plana çıkmasıyla paternalist uygulamalar giderek sorunlu olarak kabul edilmiştir (Fleisje, 2024).

2.3.2. Bilgilendirici Model

Bilgilendirici modelde paternalist modelin tam tersi bir durum söz konusudur. Bu modelde hekim sadece bilgileri sağlayan konumdadır, kararı verecek olan hastadır.

Bilgilendirici modelde, hasta ve hekim arasındaki ilişki teknik bilgiler etrafında şekillenir (Özçakir, 2004; Atıcı, 2007; Görgü, Tan, & Mevsim, 2021). Bu modelde hekimin hastalığın durumu hakkında, tanı ve tedavi seçeneklerini, bunların risk ve yararları hakkında kapsamlı bilgiyi hastaya sunar. Hasta kendisine sunulan bu bilgilendirmeleri değerlendirerek tedavi seçimini yapar; hekim ise hastanın bu seçimini uygular (Atıcı, 2007; Görgü et al., 2021). Hekim hastaya tedavi süreci ile ilgili tüm bilgileri verdikten sonra karar verme sürecinde kendini geri çeker (Özçakir, 2004). Hekimin kişisel değerleri ya da hastanın değerleri hakkındaki yargısı sürece dâhil edilmez (Atıcı, 2007; Görgü et al., 2021). Bu modelde hasta-hekim arasında bir ilişki bulunsa da bu bilgi aktarımı sürecinde hekimden hastaya doğrudur (Özçakir, 2004). Bu yaklaşımda paternalist modelin aksine hastanın özerkliği vurgulanır, fakat hastanın ne istediği konusunda belirsizlik olduğunda, bu ideal bir hasta-hekim ilişkisini temsil etmez. Paternalistik modeldeki hakim olan hekim otoritesi bu modelde tersine dönmüştür, karar verme sürecinde esas karar verici hasta olur (Özçakir, 2004; Atıcı, 2007; Görgü et al., 2021).

2.3.3. Paylaşım Modeli

Paylaşılan karar verme modeli için evrensel olarak kabul edilmiş bir tanım olmasa da, bu kavram, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastanın tıbbi durumu, görüşleri ve tercihlerine bağlı olarak en uygun kararları almak için iş birliğine dayalı bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu model genellikle hasta merkezli bakım sağlamanın bir yolu olarak da kabul edilmektedir (Siebinga, Driever, Stiggelbout, & Brand, 2022). Ortak Karar Verme, doğru, dengeli ve anlaşılır sağlık bilgilerinin üretilmesini ve yayılmasını teşvik ederek ve hastaların bakıma katılımını artırarak hastaların klinik bakımını iyileştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (Lin & Fagerlin, 2014).

Paylaşılan karar verme ile ilgili önemli kavramlar dört kategoride özetlenebilir, bunlar: iyi bir iletişimin kurulması, hasta özerkliğinin korunması, hastalar karar alma sürecine aktif olarak katılması, karar alma sürecinin hasta merkezli olmasına odaklanılmalıdır (Bae, 2017). Bu modelde vurgulanmak istenen karar alma sürecine hem hastanın hem de

profesyonelin aktif katılımı ve karar konusunda anlaşmaya varılması üzerinedir (Sandman & Munthe, 2010).

Bu modelde asıl görev hastanın tercihine en uygun olan seçeneği bulmaktır. Bu modelle hasta merkezli bakım sağlanarak, sürece hasta katılımları sağlanarak yüksek değerli bakımın teşvik edilmesi için bir yöntem olarak önerilmiştir (Montori, Ruissen, Hargraves, Brito, & Kunneman, 2023). Paylaşılan karar alma modeli, ortaya çıktığından itibaren önemi giderek atmış ve hasta bakımı için tercih edilen bir model olarak savunulmuştur. Hastaların süreç ile ilgili sağlık kararlarına aktif olarak katılması beklenir. Ayrıca, net faydaları olmayan tedavi seçeneklerinin kullanımını azaltmaya yardımcı olabilir, bu durumda hem hasta zararını önleyebilir hem de sağlık bakım maliyetlerinin azalmasına katkı sağlayabilir (Siebinga et al., 2022). Karar verme sürecine hastaların tercihlerinin dahil edilmesi, tedaviye uyumu artırarak, hastalıkla ilgili kaygıyı azaltarak ve sağlık sonuçlarından duyulan memnuniyeti artırarak hasta refahının artmasına yol açabilir (Lin & Fagerlin, 2014).

2.4.1. Total Diz Protezine Karar Verme Süreci

Diz artroplastisi yaptırma kararı verme karmaşık bir süreçtir, hastalar ameliyat olma veya olmama kararı vermeden önce birden çok faktörü göz önünde bulundurmalıdır ve bu faktörler diz artroplastisi yaptırma veya yaptırmama kararını önemli ölçüde etkileyebilir (Najafi et al., 2023). Hastanın semptomlarına ve diz eklemindeki dejenerasyonun şiddetine göre ortopedi doktorları hastalara diz protezi ameliyatını önerir. Önerilen ameliyat doğrultusunda hastalar ameliyat olmayı, olmamayı veya ertelemeyi tercih edebilir. TDP elektif bir ameliyat olduğu için hastaların bu kararı vermeleri için yeterli zamana sahiptirler (Wang et al., 2024). Hastaların diz protezi olma kararları etkileyen faktörler; cinsiyet, ırk/etnik köken, hasta tercihleri, inançlar, endişeler, yöntemin etkinliği hakkındaki bilgi, beklentiler, diğer insanların artroplastisiyle ilgili deneyimleri, sağlık hizmeti sağlayıcısıyla ilgili faktörler (hekim-hasta etkileşimi), sağlık sistemiyle ilgili faktörler (uzun bekleme süresi) ve sosyal sistem gibi çeşitli faktörlere bağlı olabilir (Najafi et al., 2023). Hastaların ameliyat öncesi dönemdeki dizdeki osteoartrit bağli olarak ağrı, tutukluk, hareket kısıtlılığı, yürüme zorluğu, genel

günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılık gibi yaşadıkları sorunlara ek olarak ameliyat ile ilgili korku ameliyattan sonraki süreç ile ilgili korku ve belirsizlik ameliyat kararlarını vermelerini zorlaştırmaktadır (Kaya ve Bilik, 2020). Hastaların ameliyat kararını etkileyen faktörler arasında bireylerin ağrı şiddeti, yaşı, eşlik eden farklı hastalıkları, maddi durumları, ameliyat sonrası ile ilgili beklentileri, ameliyat hakkındaki endişeleri, korkuları, ameliyat ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmaması yer alabilir (Wang et al., 2024). Literatürde bu konuyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, hastaların olumlu ve olumsuz deneyimleri ile süreç hakkındaki çevreden ve farklı kaynaklardan edindikleri bilgilerin ameliyat olma kararlarını ekilebildiği görülmektedir (Kaya ve Bilik, 2020; Najafi et al., 2023; Wang et al., 2024).

Hastaların TDP ameliyatının yararları ve riskleri hakkındaki algıları, kendi kendine yönetim konusunda kendilerine olan güvenleri ve konservatif tedavi ile ilgili önceki deneyimleri gibi psikolojik faktörler, karar verme süreçlerini önemli ölçüde etkiler. Semptomların ilerlemesi ve olumsuz geçmiş deneyimleri, hastaların ve yakınlarında ameliyat ile ilgili tereddütlere yol açabilir. Ayrıca, destek ağları, sosyoekonomik durum ve kültürel inançlar gibi sosyal belirleyiciler de bu karar verme sürecinde önemli bir rol oynar. Güçlü sosyal destek ve olumlu sosyoekonomik koşullar genellikle TDP ameliyatına karar vermede olumlu etki oluşturabilirken, yeterli destek kaynaklarının olmaması, olumsuz kültürel faktörler hastaları bu ameliyatı yaptırmaktan vazgeçirebilir (Lim et al., 2025). Osteoartrit görülme sıklığı ileri yaştaki bireyler olduğu için ameliyat olacak hastalar ileri yaşta olduğu için bu hastalarda ameliyata karar verme süreçlerinde ailelerinde de etkili olması beklenilebilecek bir durumdur. Ancak ailelerin hastalık ve ameliyat hakkında bilgi eksikliği, hastanın gerçek ihtiyaçlarının farkında olamama ve gerekli tedaviler hakkında yeterli bilgi sahibi olmama nedeniyle etkisiz kalabilir ve bu durum tedaviyle ilgili kararlarda çatışmalara neden olabilir. Ameliyat olma kararını etkileyebilecek diğer kültürel faktörler arasında yaşam tarzı (örneğin yerde oturmak), apartman dairesinde yaşamak ve düşük aktivite seviyeleri sayılabilir (Najafi et al., 2023).

Bir cerrah, hastalara diz ameliyatının faydalarını açıklayabilir ve diz ameliyatının gerekli olup olmadığına karar vermelerine yardımcı olabilir (Choi et al., 2022). İleri evre diz osteoartritli hastanın klinik muayene sırasında ortak karar verme sürecinin kullanılması,

hastaların doktorlarıyla birlikte tedavi kararları almalarını sağlar. Ortak karar verme araçlarını kullanan hastalar daha iyi bilgilendirilir, riskleri daha doğru algılar ve karar verme sürecinden daha memnun kalır. Sonuç olarak, süreç ile ilgili daha az pişmanlık ve çatışma yaşarlar. TDP olma sürecinde de hasta hekim iş birliği oluşturulmalı, ortak karar alma süreci planlanmalıdır (Lo et al., 2025).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte bireylerde osteoartrit önemli bir yüküdür, en çok diz eklemi etkileyebilmekte ve bireylerin yaşam kalitelerini önemli derecede düşürmektedir (Barlow et al., 2018). Cerrah hastanın durumunu değerlendirir fayda görüp göremeyeceğine karar vererek hastaya süreç ile ilgili bilgi verdikten sonra ameliyat olma, olmama, erteleme kararı hastaya aittir. Dolayısıyla TDP ameliyatı olma hastanın tercihinine dayalı bir ameliyattır (Barlow et al., 2018). TDP ameliyatının yaygın uygulaması ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, özellikle karmaşık sağlık profillerine sahip yaşlı yetişkinler arasında bu kararı etkileyebilecek çeşitli faktörleri belirlemek ve bunları anlamak çok önemlidir (Lim et al., 2025). Diz protezi, son dönem hastalıkların tedavisinde yaygın bir ameliyat olması ile birlikte hastaların diz protezine geçip geçmeme konusunda kararlarını etkileyen faktörler ve eşikler hakkında literatürde de yeterli bilgi bulunmamaktadır (Barlow et al., 2018; Choi et al., 2022; Lim et al., 2025). Hangi hastaların diz protezi ameliyatı geçirmesi gerektiğine karar vermeye yönelik üzerinde fikir birliği sağlanmış standart bir kriterde bulunmamaktadır (Barlow et al., 2018). Hastaların karar verme süreçlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin anlaşılması hasta merkezli bakımın sağlanmasında kritik öneme sahiptir (Barlow et al., 2018). Diz artroplastisi geçirmiş kişilerde karar verme kalıpları üzerine bugüne kadar çok az çalışma yürütülmüş olması ve karar verme kalıplarını ve ameliyat nedenlerini anlamak cerrahi başarı ve memnuniyet için hayati önem taşımaktadır (Najafi et al., 2023).

2.4.2. Hastaların Total Diz Protezi Ameliyatı Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler

2.4.2.1. Yaş: Dizde osteoartrit görülme sıklığı yaş ile artmaktadır (Ferreira et al., 2024). TDP ameliyatı son evre diz osteoartrit vakalarında önerilmektedir ve TDP ameliyatı

özellikle 60- 80 yaş aralığındaki bireylere uygulanmaktadır (Kaya ve Yılmaz, 2021; Woodland et al., 2023). Ancak özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerde ameliyat kararı alınırken yaşla birlikte artan riskler, eşlik eden hastalıklar, anesteziye ve rehabilitasyona uyum gibi faktörler değerlendirilmelidir. Yaşı daha da ilerlemiş bireylerde ise morbidite ve mortalite oranları daha yüksek, yaşam beklentisi daha düşük olduğundan revizyon cerrahisi olasılığı azalmaktadır (Woodland et al., 2023). Wang ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmaya göre şiddetli diz osteoartriti olan 70-74 yaş aralığındaki hastaların 50-64 yaş aralığındakilere kıyasla ameliyat olma olasılığının daha yüksek olduğunu, yaş ilerledikçe ameliyat olma isteğinin daha da azaldığı belirtilmektedir (Wang et al., 2024).

2.4.2.2. Diz osteoartritin evresi: Diz OA ilerlemesiyle hastalığın semptomlarında artış olur ve bireylerin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilir. Hastaların yaşadıkları ağrı, kas güçsüzlüğü, eklem instabilitesi, sabah tutukluğu, krepitasyon ve fiziksel aktivite hareket kısıtlılığı semptomların şiddetindeki artış hastaların yaşam kalitelerini etkiler (Dantas et al., 2021; Gelber, 2024). Hastalık sürecinin ilerlemesi, hastaların ağrı ve fiziksel fonksiyon yetersizliği ile ilgili şikayetlerinin artması ameliyata karar verme süreçleri etkileyebilir (Reddy et al., 2021; Choi et al., 2022). Hastaların cerrahi olmayan tedavilerden yanıt alamadıkların, hastalığın semptomlarında azalma olmadığın veya artmaya başlaması ameliyata karar verme süreçlerini etkiler (Reddy et al., 2021; Choi et al., 2022).

2.4.2.3. Psikososyal faktörler: TDP uygulanması planlanan hastalar ameliyat sonrası süreç ile ilgili korku, kaygı, endişe yaşayabilirler. Ameliyat sonrası fonksiyonlarını kaybetme, ağrılarının artması, sakat kalma, yürüyememe, düşme gibi nedenlerle korku ve kaygı yaşayabilirler (Mete ve Avcı Işık, 2020). Yapılan bir çalışmada hastaların yaşadığı endişeler ameliyat sonrası diz çökme sorunları ve ameliyat komplikasyonlarından oluştuğunu belirtilmektedir (Smith et al., 2020). Hastaların ameliyat ile ilgili yaşadıkları korku, kaygı, anksiyete ameliyatı ertelemelerine neden olabilirken hastalık sürecinde sosyal aktivitelerden mahrum kalmaları, işlevsel kapasitelerinin azalmasıyla ameliyattan beklentilerinin yüksek olması eski benliğe

dönme umuduyla olumsuz sonuçlar hakkında daha az endişe duymalarına ve ameliyata karar vermeye neden olabilmektedir. Hastaların ameliyat ve sonrası süreç ile ilgili duygu ve düşünceleri ameliyatı erteleme veya ameliyat olmaya karar verme davranışlarını etkileyebilir (Smith et al., 2020; Mete ve Avcı Işık, 2020; Aljuhani, Al-Qahtani, & Alharbi, 2020).

2.4.2.4. Hastaların ameliyattan beklentileri: Diz osteoartriti yaşayan hastalar en çok ağrılardan şikayet etmektedirler, hastaların ameliyattan temel beklenti ağrının giderilmesidir (Swarup, Henn, Gulotta, & Henn III, 2019; Alhussain et al., 2023). Ağrılarının giderilmesine ilişkin beklentiler, bu ameliyatı geçirmiş bireylerin deneyimleri, akranlarından alınan destek, sağlık profesyonellerinde alınan rehberlik ile ameliyat sonrası beklentileri artmaktadır, bu olumlu beklentiler ameliyat olma kararını olumlu yönde etkiler (Swarup et al., 2019; Aljuhani et al., 2020; Alhussain et al., 2023). Hastalar ameliyattan ağrılarının giderilmesinin yanı sıra fonksiyonel yeteneklerinde de iyileşme, eski yaşantılarına dönmeyi beklerler. Bu durum ameliyat kararlarını olumlu etkiler (Swarup et al., 2019; Aljuhani et al., 2020; Alhussain et al., 2023).

2.4.2.5. Sağlık hizmetlerine erişim: Hastaların dizlerinde yaşadıkları rahatsızlıklar, şikayetler ile ilgili etkili yönetim ve sağlık hizmetlerine erişimi hastalık sürecini yönetmesine olumlu etki sağlamaktadır. Hastalık sürecinin son evresine kadar etkili cerrahi olmayan tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgi sahibi olması, bu hizmetlere erişimi hastalık sürecini yönetmeye katkı sağlayabilir. Bunun dışında ameliyat olmaya karar vermede de sağlık profesyonellerine erişim etkili yönlendirilmeleri, uygun zamanda bir uzmana veya ortopedi uzmanına sevk edilmesi hastanın gerektiği tedaviyi görmesini sağlar (O'Brien et al., 2019).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmada, nicel ve nitel verilerin eş zamanlı olarak toplanıp analiz edildiği ve daha sonra araştırma probleminin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için bütünleştirildiği yakınsayan paralel desen karma yöntem tasarımı kullanılmıştır (Teddlie ve Tashakkori, 2009; Creswell ve Clark, 2011). Yakınsayan paralel desen karma yöntemde, nitel ve nicel aşamalar araştırmanın aynı bölümünde eş zamanlı olarak yürütülür. Bu yöntemde iki aşamaya eşit öncelik verilir; çözümleme sürecinde aşamalar ayrı ayrı ele alınır ve daha sonra genel yorumlama yapılırken elde edilen sonuçlar birleştirilir (Creswell ve Clark, 2011). (Şekil 2)



Şekil 2. Karma Yöntem: Yakınsayan Paralel Desen (Creswell ve Clark, 2011)

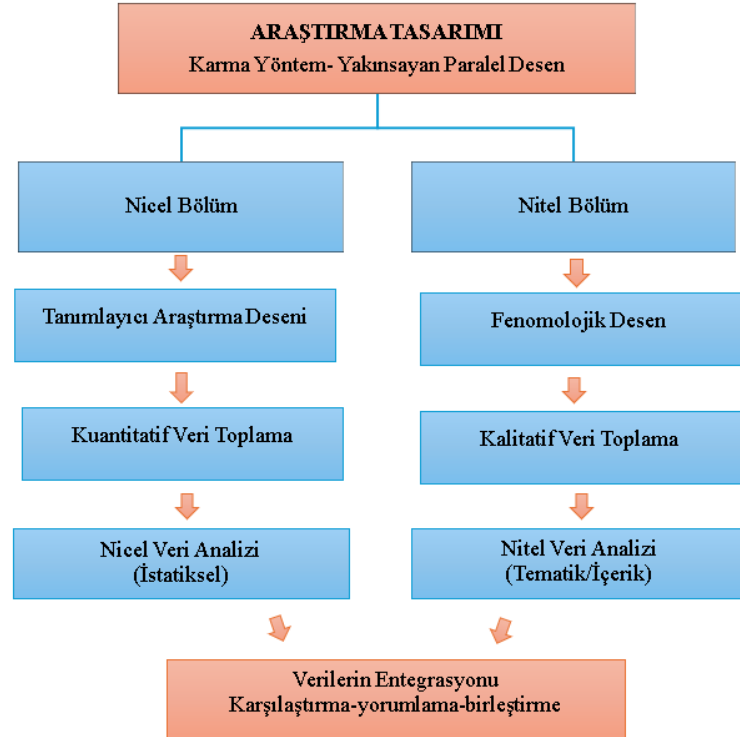
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Kasım 2024-Ekim 2025 tarihleri arasında Balıkesir ilindeki bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Ortopedi Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü Ortopedi Kliniği, hastane binasının yataklı servis bölümünün 1. katında yer almaktadır. Klinik, aynı katta yer alan farklı klinik ile bütünleşmiş bir düzen içinde yapılandırılmıştır; sağ koridorda Üroloji Kliniği, sol koridorda Ortopedi Kliniği yer almaktadır. Klinik yapılanması; merkezde hemşire deski ve tedavi odası yer almakta olup, klinik personel odası, pansuman odası, malzeme odası, depo odası, hekim odası ve

ikişer yatak kapasiteli yedi hasta odasından oluşmaktadır. Hasta yatak kapasitesi toplamda 14'tür. Ortopedi kliniğinde: eklem protezi ameliyatları, artroskopik ameliyatlar, kırık ve travma cerrahileri, amputasyon planlama gibi ortopedik ameliyatlar yapılmakta olup, hasta sirkülasyonu fazla olan bir klinikdir. Klinikte üç hekim, sorumlu hemşire ve aktif çalışan beş hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Karma Yöntem Tasarımına Genel Bakış

Nicel ve nitel veriler eş zamanlı olarak toplanmış, ayrı ayrı analiz edilmiş ve ardından bulguları karşılaştırmak ve yorumlamayı geliştirmek için birleştirilmiştir. Bu araştırmanın tasarım yapısı şema ile şekilde gösterilmiştir (Şekil 3). Bu bölümde, araştırmanın her iki bölümü ayrı alt başlıklar altında ayrıntılı olarak sunulmuştur. Öncelikle nicel prosedürler, ardından nitel prosedürler sunulmuştur.



Şekil 3. Yakınsayan Karma Yöntemli Araştırma Tasarımı

3.4. Nicel Bölüm

Araştırmanın bu bölümünde, TDP ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi dönemde TDP ameliyatı olma kararlarını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Bu bölüm, hastaların sosyodemografik verileri, hastalık ve ameliyat sürecine ilişkin verileri, hastaların ameliyat öncesi dönemde osteoartrite bağlı semptomların şiddeti, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme düzeyleri, ameliyata bağlı korkuları, bu değişkenler arasındaki ilişkiyi ve bu değişkenlerin ameliyata karar verme süreci üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür.

3.4.1. Araştırma Tipi

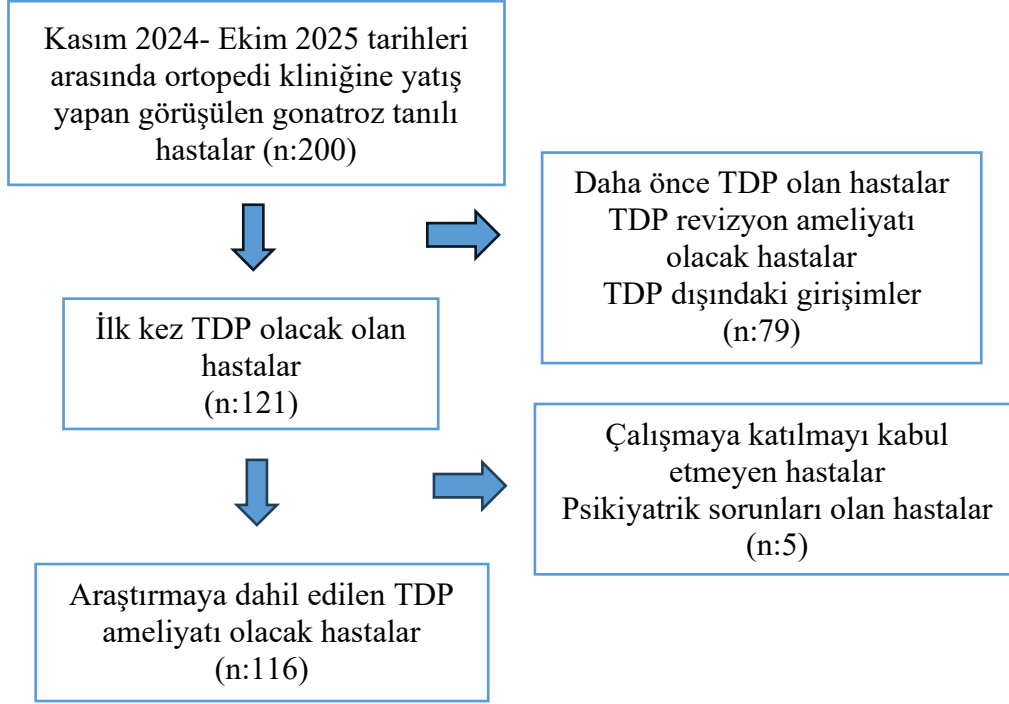
TDP ameliyatı olacak hastaların osteoartrit semptomlarının şiddeti, günlük yaşam aktiviteleri, cerrahi korku düzeyleri ve ameliyat kararını etkileyen faktörler değerlendirmek için tanımlayıcı kesitsel nicel bir tasarım kullanılmıştır.

3.4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.2.1. Evreni: Araştırmanın evrenini, Balıkesir'in bir ilçesinde bulunan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Ortopedi Kliniğine TDP ameliyatı olmak üzere yatırılan tüm hastalar oluşturmuştur.

3.4.2.2. Örneklemi: “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü veri toplama aşamasından önce hesaplanmıştır. Literatürde ilgili konu ile alakalı araştırma sorusunu inceleyen ve üç ölçeği aynı anda kullanan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle Cerrahi Korku Ölçeği üzerinden ve Mete ve Avcı Işık (2020) tarafından yapılan çalışma referans alındığında, $\alpha = 0,05$, test gücü $(1-\beta)$ 0,95 ve etki büyüklüğü 0,677 olarak hesaplandığında minimum örneklem sayısı 116 olarak hesaplanmıştır (Mete ve Avcı Işık, 2020). Araştırma sürecinin örneklem oluşturma süreci şema olarak sunulmuştur (Şekil 4). Ortopedi kliniğine yatış yapan 200 gonatroz hastası ile görüşülmüş dahil edilme kriterlerine uyan 116 hasta ile araştırma yürütülmüştür.

Nicel Bölüm Veri Örneklemi



Şekil 4. Nicel Bölüm Örneklemi

Ayrıca, veri toplama sürecinin tamamlanmasının ardından çalışmanın istatistiksel gücü yeniden değerlendirilmiştir. Cinsiyet değişkeni temel alınarak WOMAC OA İndeks puanları baz alındığında alfa 0,05 ve etki büyüklüğü 0,823, çalışma gücü ise %82 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

TDP ameliyatı planlanmış olması

İlk kez TDP ameliyatı olacak olması

18 yaş ve üzerinde olmak

Bilinç durumu açık, soruları cevaplayabilecek durumda olması

İletişim sorunu olmaması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Araştırmadan dışlama kriterleri:

Acil ameliyat girişimi gerektiren hastalar

Travma vakaları

Daha önce TDP ameliyatı olmuş olması

Karar verme yetisini etkileyen bir hastalığın varlığı olan (Alzheimer, psikolojik bozukluk vb.)

Veri toplama sürecinin herhangi bir aşamasını tamamlamayan hastalar

3.4.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyo-demografik verileri (yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çalışma durumu); hastaların klinik verileri (daha önce hastaya yatma deneyimi, ameliyat deneyimi, ameliyat öncesi alınan tedaviler, hastalıktan dolayı travma yaşama, hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanma, ameliyata kara verme süresi, ameliyata karar verme nedeni)

Bağımlı değişkenler:

WOMAC OA İndeksi puanları

Günlük yaşam aktiviteleri puanları

Cerrahi korku ölçeği puanları

3.4.5. Veri Toplama Yöntemleri

3.4.5.1. Veri Toplama Araçları: Bu araştırmada kullanılan veri toplama formu beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bilgilendirilmiş onam formu bulunmaktadır: katılımcılara araştırma süreci ile ilgili bilgilerin yazılı olarak sunulmasını ve gönüllü olarak katıldıklarını beyan etmelerini sağlamaktadır. İkinci bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık ve ameliyat süreçleri ile ilgili sorulardan oluşan tanımlayıcı veri formu; üçüncü bölümde hastaların osteoartrit düzeylerinin ağrı, tutukluk, fiziksel fonksiyonlarına etkilerini değerlendirmek için WOMAC OA İndeksi; dördüncü bölümde hastalığın bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, beşinci bölümde ise hastaların ameliyat öncesi

dönemde ameliyat ile ilgili uzun ve kısıan dönem korkularını değerlendirmek için Cerrahi Korku Ölçeği bulunmaktadır (Ek I) .

3.4.5.1.1.Tanımlayıcı Veri Toplama Formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalık ve ameliyat öncesi deneyimleri ile ilgili süreç bilgilerini incelemek amacıyla araştırmacı ve danışmanı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Mete ve Avcı Işık, 2020; Al Thaher, Alfuqaha, & Dweidari, 2021; Kaya ve Yılmaz, 2021; Edwards et al., 2022; Korkmaz ve Korkmaz, 2022; Dinç ve Yılmaz Güven, 2023). Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, kilo-boy, medeni durum, eğitim durumu, ikamet edilen yer, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi), hastalık ve ameliyat süreci ile ilgili verileri (tanı, ameliyat deneyimi, aldığı tedavi, etkilenen diz, ameliyat planlanan taraf, ameliyat söylenme zamanı, karar verme süreci, erteleme nedenleri, karar verme nedenleri) içeren 24 sorudan oluşmaktadır. Son iki soru ameliyat erteleme nedenleri ve ameliyatı olma nedenleri soruları açık uçlu verilmiş olup hasta yanıtları doğrultusunda kategorize edilmiştir.

3.4.5.1.2. WOMAC Osteoartrit İndeksi: Kalça ve/veya diz osteoartritinde, osteoartritle ilişkili disabilitayı değerlendiren sağlık durumu ölçeğidir. İlk olarak 1982’de geliştirilmiş ve daha sonra çeşitli gözden geçirme, değişiklikler yapılmıştır (Küçükdeveci, 2011). Ölçek 1984 yılında Bellamy ve Buchanan tarafından geliştirilmiştir (Bellamy & Buchanan 1984). Tüzün ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2005 yılında yapılmıştır. Ağrı (5 madde), tutukluk (2 madde), fiziksel fonksiyon (17 madde) olmak üzere üç alt boyut ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Her madde 5 likertli yanıt içermektedir (çok şiddetli:4, şiddetli:3, orta:2 hafif:1, yok:0). Alt boyutlardan ağrı (0-20), tutukluk (0-8), fiziksel fonksiyon (0-68) puan alınmaktadır. Yüksek puanlar tutukluk, ağrı ve fonksiyonel yetersizliğin arttığını belirtmektedir (Tüzün ve ark., 2005).

3.4.5.1.3. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYAÖ): Yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan temel gereksinimleri sağlamaya yönelik olan aktivitelerin belirlenmesi amacıyla Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir (Katz et al., 1963). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi, Pehlivanoglu ve ark. tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha

güvenirlilik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (Pehlivanoglu ve ark., 2018). Ölçek banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket, boşaltım ve beslenme olmak üzere 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her bir madde “bağımlı”, “kısmen bağımlı” ve “bağımsız” olarak üç seçenek içermektedir. Birey GYA’sını bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen yardım alıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek; buna göre 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilir. Ölçekten alınan puan arttıkça bağımlılık düzeyi azalmaktadır (Pehlivanoglu ve ark., 2018).

3.4.5.1.4. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ): Elektif cerrahi planlanan hastalarda cerrahi sürecin yol açabileceği kısa ve uzun dönem sonuçlarının oluşturduğu korku düzeyini değerlendirmek amacıyla Theunissen ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bağdigen ve Karaman Özlü tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır, her bir madde 0-10 arası puanlanmış olup 11 likertli bir ölçektir (0: “hiç korkuyorum”, 10: “çok korkuyorum”). Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar cerrahinin kısa dönem ve uzun dönem sonuçlarının ortaya çıkardığı korkuyu göstermektedir. Ölçekteki 1-4 maddeler cerrahinin kısa dönem, 5-8 maddeler cerrahinin uzun dönem sonuçlarının korkusunu ölçmektedir (Theunissen, et al. 2014, Bağdigen ve Karaman Özlü, 2018). Alt ölçeklerden alınabilecek puan 0-40 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanı 0-80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması cerrahi korkunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.93, CKÖ-K alt boyutu için 0.96, CKÖ-U alt boyutu için 0.90 olarak bulunduğu belirtilmiştir (Bağdigen ve Karaman Özlü, 2018).

3.4.5.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, diz protezi ameliyatı uygulanacak hastalarla ameliyat gününden bir gün önce veya ameliyat sabahı birebir görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara araştırma amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı gönüllü onamları alınmıştır. Veri toplama süreci, araştırmacı tarafından dahil edilme kriterlerini karşılayan gönüllü katılımcılarla yürütülmüştür. Veriler beş bölümden oluşan bir veri toplama formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süreci her bir katılımcı için ortalama 15–20

dakika sürmüştür. Veri toplama süreci, örneklem sayısı G*Power programı ile yapılan analiz sonucunda belirlenen sayıya ulaşıldığında istatistiksel gücün sağlandığı kabul edilerek sonlandırılmıştır.

3.4.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmada elde edilen veriler “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 25.0” programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, hastalık ve ameliyat sürecine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, sayı, yüzde olarak hesaplanmış ve sunulmuştur. Normallik değerlendirmesi çarpıklık ve basıklık katsayıları ile belirlenmiş olup iki grup karşılaştırmasında parametrik değerlerde Bağımsız örneklem t testi; non-parametrik değerlerde Mann–Whitney U testi uygulanmıştır. Üç ve üzeri grup karşılaştırmasında parametrik değerlerde Tek yönlü ANOVA; non-parametrik değerlerde Kruskal–Wallis testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişki parametrik değerlerde Pearson korelasyon, non-parametrik değerlerde ise Spearman korelasyon ile analiz edilmiştir. Ayrıca, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlardaki anlamlılık düzeyi $p<0.05$ (iki yönlü) olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Nitel Bölüm

Araştırmanın bu bölümünde TDP ameliyatı olacak olan hastaların ameliyat öncesi hastalık ile ilgili deneyimleri, hastalık sürecinin yaşantılarına etkileri, ameliyata karar verme süreci ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla nitel araştırma yöntemi yöntemlerinden biri olan fenomenolojik araştırma tasarımı kullanılmıştır. Fenomenolojik yaklaşımda, insanların deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını ve deneyimleri hem bireysel olarak hem de paylaşılan anlam olarak bilince nasıl dönüştürdüklerini araştırmaya odaklanılır. Metodolojik olarak, insanların bir olguyu nasıl deneyimlediklerini, onu nasıl algıladıklarını, tanımladıklarını, hissettiklerini, yargıladıklarını, hatırladıklarını, anlamlandırdıklarını ve başkalarıyla bu olguyu nasıl konuştuklarını dikkatli ve kapsamlı bir şekilde yakalama ve tanımlama amaçlanır, bunu yaparken yargılamadan ve önyargılardan kaçınılır (Patton, 2002; Leavy, 2014). Öznenin yaşadığı deneyimin kendisi fenomenoloji için önemlidir (Leavy, 2014).

3.5.1. Araştırma Tipi

TDP ameliyatı olacak hastaların yaşam deneyimlerini incelemek için nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik araştırma tasarımı kullanılmıştır.

3.5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.5.2.1. Evreni: Balıkesir'in bir ilçesindeki Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Ortopedi Kliniğinde TDP ameliyatı olmaya karar vermiş, kliniğe yatışı yapılmış ilk kez TDP ameliyatı olacak nicel bölüme dahil edilen 116 hasta çalışmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.5.2.2. Örneklemi: Nitel araştırmalarda kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme önceden belirlenmiş belirli ölçütleri karşılayan vakaların incelenmesini ve gözden geçirilmesidir (Yağar ve Dökme, 2018; Baltacı, 2018). Bu ölçütler araştırmacılar tarafından belirlenebilir veya önceden var olan bir listeye dayalı olabilir (Baltacı, 2018). Bu doğrultuda araştırmanın nicel bölümündeki hastalardan görüşmeye katılmayı kabul eden, görüşme için uygun hastalarla yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğünü belirtme noktasında Bertaux (1981) tarafından yapılan çalışmada 15 sayısının kabul edilebilir

olduğuna vurgu yapılmıştır (Bertaux, 1981). Veri doygunluğuna ulaşma; görüşmelerde, araştırmacı aynı yorumları tekrar tekrar duymaya başlamasıdır (Grady, 1998). Bu doğrultuda görüşmeler veri doygunluğuna ulaşılana kadar devam edilmiş, yeni bir bilgi veya tema ortaya çıkmadığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Nitel bölümünün  rneklemine TDP ameliyatı olacak olan 15 hasta oluşturmuştur.

3.5.3. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

TDP ameliyatı planlanmış olması

İlk kez TDP ameliyatı olacak olması

18 yaş ve üzerinde olmak

Bilinç durumu açık, soruları cevaplayabilecek durumda olması

İletişim sorunu olmaması

Karar verme yetisini etkileyecek bir hastalığın olmaması (Alzheimer, psikolojik bozukluk vb.)

Görüşmeye katılmaya gönüllü olması

Araştırmadan dışlama kriterleri

Ses kaydını kabul etmeyen hastalar

Görüşmeye katılamayan veya görüşmeyi tamamlayamayanlar bireyler

3.5.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu bölümde niteliksel araştırma tasarımı kullanıldığı için bağımlı ve bağımsız değişkenleri bulunmamaktadır.

3.5.5. Veri Toplama Yöntemleri

3.5.5.1. Veri Toplama Araçları: Yarı yapılandırılmış görüşme sorularını içeren formdan ve ses kayıt cihazından oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşmenin süresi 20-40 dk olarak sürmüş olup, bu süre içeresinde katılımcı onayı da alınarak görüşmenin ses kaydı alınmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı aşamasındaki anket

sorularını yanıtlayan, görüşme için uygun olan gönüllü hastalar ile görüşmeler yürütülmüş olup, ayrı bir tanımlayıcı veri toplama formu oluşturulmamıştır (Ek II).

3.5.5.1.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Araştırmacı ve danışmanı tarafından konu ile ilgili ayrıntılı literatür taraması yapılarak kavramsal çerçevesi oluşturulmuştur (Damar & Bilik, 2017; Barlow et al., 2018; Kaya & Bilik, 2022; Najafi et al., 2023). Yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorular hastalar tarafından kolay ve anlaşılacak, detaylı açıklama yapabilecekleri ve yönlendirici olmayacak şekilde tasarlanmıştır. Oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme soruları beş uzman görüşlerine sunulup, önerileri doğrultusunda sorularda düzenlemeler ve eklemeler yapılmıştır (Ek III- Ek IV).

Görüşme formu giriş bölümü, görüşme soruları, kapanış bölümünden oluşmaktadır. Hastalara görüşme hakkında bilgi verilerek görüşmeye başlanılmış, görüşme soruları ile devam edilmiş son olarak eklemek istedikleri sorulmuş ve görüşme sonlandırılmıştır. Görüşmenin başlıca konuları hastalık ve semptom deneyimi; günlük yaşam üzerindeki fiziksel, duygusal ve sosyal etki; başa çıkma stratejileri; ameliyat için karar verme süreci; destek sistemlerini içermektedir. Görüşmenin gidişatına göre ek olarak hastalara “*Ameliyat sonrası beklentiniz*” sorusu yöneltilmiştir.

3.5.5.1.2. Ses kayıt cihazı: Görüşme verilerinin kaydedilmesinde Olympus OM System marka WS-882 model ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Cihazın özellikleri: çift yönlü mikrofonlar sayesinde net ve doğal stereo kayıt sağlaması, MP3 ve Linear PCM format desteği, düşük frekanslı gürültü azaltma, ortam hassasiyetine göre otomatik mikrofon ayarı, 2 adet AAA pil ile 110 saate kadar kayıt süresi sunması, oynatma sırasında ses seviyelerini otomatik dengelemesidir.

3.5.5.2. Verilerin Toplanması

Araştırma veri toplama süreci yüz yüze yarı yapılandırılmış bireysel derinlemesine görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmelerde önceden hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Form üzerine hasta yanıtları doğrultusunda yazılı notlar alınmıştır. Tüm görüşme ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Katılımcılara görüşme sürecinde ses kayıt

cihazının kullanılacağı bilgisi verilmiş onayları alınmıştır. Görüşmeler sessiz bir ortamda hasta ile yalnız olacak şekilde (uygun ise hasta odası veya hemşire-personel odası) gerçekleştirilmiştir. Görüşme süreleri katılımcılara göre 20-40 dakika arasında, her katılımcı ile bir kez gerçekleştirilmiştir.

Nitel araştırma için, soru formunun ve görüşme sürecinin şekillendirilmesi amacıyla bir pilot çalışma yapılması önerilir (Sertel & Günbayı, 2021). Bu amaçla yarı yapılandırılmış görüşme formundaki soruların hastalar için anlaşılabilirliğini, gerekli zaman ve uygunluğunu değerlendirmek için veri toplama sürecinde iki hasta ile pilot görüşme yapılmıştır. Bu kayıtların sonuçları çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama yapıldıktan sonra hastalarla bireysel derinlemesine görüşme sürecine başlanılmıştır. Uzmanlardan alınan geri bildirim doğrultusunda görüşme sırasında 1. ve 2. soruların alt soruları, katılımcının ilgili zorlukları ifade etmesinin hemen ardından ilgili konuda nasıl baş ettiği sorusu yöneltilmiştir. Görüşmenin doğal akışını bozmamak ve katılımcının deneyimlerini daha rahat ifade edebilmesini sağlamak amacıyla bu yaklaşım tercih edilmiştir.

3.5.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Nitel yöntemin kullanıldığı araştırmalarda veri analiz süreci verilerin hazırlanıp organize edilmesini, verilerin kodlanmasını, kodların bir araya getirilerek temaların belirlenmesi, elde edilen sonuçların şekiller, tablolar şeklinde sunulmasını içermektedir (Creswell, 2021). Araştırmada elde edilen veriler içerik ve tematik analiz yöntemleri temel alınarak incelenmiştir. Tematik analizde elde edilen verilerdeki temalar belirlenir, raporlanır ve yorumlanır; verilerin en küçük anlam birimlerine ayrılarak düzenlenmesi ve betimlenmesi sağlanır. İçerik analizinde ise katılımcılardan elde edilen görüşme dökümleri sistematik bir biçimde incelenir ve verilerin mümkün olduğunca nesnel ve nicel olarak değerlendirilmesi amaçlanır (Boyatzis, 1998; Karataş, 2015).

İçerik analiz aşamaları:

- Araştırmanın hedefleri belirlenir
- Araştırma örnekleme oluşturulur
- Kod ve kategoriler saptanır
- Kod ve kategorilerin frekansları nicel olarak belirlenir

- Gerekli durumlarda kategoriler arası ilişkiler çözümlenir, değerlendirilir, çıkarsama ve yorumlaması yapılır (Bilgin, 2006).

Tematik analiz aşamaları:

- Verilere aşına olunur, veriler yazıya aktarılır ve tekrar tekrar okunur
- Araştırmanın ilk kodları oluşturulur
- Kodlar temalar altında toplanır
- Her bir tema açıkça tanımlanır ve isimlendirilir
- Verilerdeki çarpıcı alıntılar seçilir
- Verilerin analiz edilir, araştırma sorusu ile ilişkilendirilir ve elde edilen analizler raporlaştırılır (Braun & Clarke, 2019).

MAXQDA programı nitel araştırmaların analiz süreci için 1989 yılında piyasaya sürülmüş yıllar içerisinde çeşitli güncellemelerle kapsamını genişletmiştir. MAXQDA programı, araştırmacıların nitel veriler ile tema, kategori ve kodların oluşturması ile kodlanması ve görselleştirilmesine olanak sağlar (Kuckartz & Rädiker, 2019; Dereli, 2023).

Ses kayıt cihazına kaydedilmiş olan katılımcı görüşmeleri araştırmacı tarafından tekrar tekrar dinlenerek yazılı belge oluşturulmuştur. Görüşmeler katılımcıların verdiği yanıtlar değiştirilmeden düz yazı haline getirilmiştir. Sonrasında ses kayıtları araştırmacı tarafından baştan sonra iki kez daha dinlenerek yazılı dokümanın kontrolleri sağlanmıştır. Yazılı veriler kaydedilirken her birey numaralandırılarak kodlanmıştır. Yazılı görüşme verileri MAXQDA 2024 programı kullanılarak sistematik bir şekilde analiz edilmiştir. Araştırmada verilerin analizinde tümevarımcı bir yaklaşım benimsenmiştir. Birbiriyle ilişkili kodlar temalar altında toplanarak tematik analizleri yapılmıştır. Oluşturulan kod kitapçığı, kodlar, temalar konu ile ilgili nitel analiz uzmanı ile tartışılarak üzerinde çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlar şekil, tablo, görsel grafikler ve bireysel görüşmede elde edilen doğrudan hasta ifadeleri örnekleri ile sunulmuştur.

3.5.7. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Bir bilimsel araştırmanın kabul görmesi araştırmacılar tarafından bulgularının belirli düzeyde geçerlilik ve güvenilirliğini ortaya koyabilmesine bağlıdır (Baltacı, 2019; Arslan, 2022). Nicel araştırma yöntemlerinde geçerlik ve güvenilirliği değerlendirmek için farklı ölçme yöntemleri bulunurken nitel araştırmalarda ise kesin bir geçerlik ve güvenilirlik tespiti yapmanın mümkün olamayacağı belirtilmektedir (Baltacı, 2019). Bununla beraber nitel araştırmalarda da geçerlik ve güvenilirliği sağlamaya yönelik adımların atılması beklenmektedir (Arslan, 2022). Araştırmada toplanılan verilerin ve araştırma sonuçlarının geçerlik ve güvenirliliğinin sağlanması için gerekli yöntem ve tekniklerin kullanılması gerekmektedir (Sertel & Günbayı, 2021).

3.5.7.1. Araştırmanın Geçerliliği için Alınan Önlemler

İç geçerliliği (inandırıcılık): Araştırmacıların, araştırma sonuçlarına ulaşırken izlendikleri sürecin, çalışılan gerçekliği ortaya çıkarmadaki yeterliliği olarak belirtilmektedir (Baltacı, 2019). İç geçerliliği artırmak için veri çeşitlemesi, uzman incelemesi, katılımcı teyidi sağlanmalı; veri toplamada uzun süreli ve derinlemesine etkileşim kurması, öznel yargılardan kaçınmalı ve veri toplama araçlarını kavramsal çerçeveye uygun şekilde hazırlanması beklenmektedir (Sertel & Günbayı, 2021).

- Kapsamlı literatür incelemesi sonucunda yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuş, beş uzmandan uzman görüş formu aracılığı ile yazılı olarak görüşleri alınmıştır. Uzman önerileri doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.
- Görüşme sorularının hastalar için anlaşılabilirliğini, gerekli zaman ve uygunluğunu değerlendirmek amacıyla uygun iki hasta ile pilot görüşmeler gerçekleştirilmiş; bu pilot veriler analize dahil edilmemiştir.
- Farklı bakış açılarının oluşturulmasını sağlamak için katılımcılarda bilinçli çeşitlilik (yaş, cinsiyet, hastalık süresi) sağlanmıştır.
- Veri toplama sürecinde hastaların diz protezi ameliyatına karar verme sürecinin anlaşılması için ortopedi kliniğinde katılımcılarla uzun süreli etkileşim sağlanmıştır.
- Hastalar ile görüşmeler veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar devam edilmiştir.

- Tüm görüşme süreci ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir, görüşme boyunca yazılı notlarla desteklenmiştir.
- Görüşme süreci ve görüşme kayıtları, tez danışmanı ile bağımsız bir nitel araştırma uzmanı tarafından kontrol edilerek doğrulanmıştır.

Dış geçerliği (aktarılabirlik): Araştırmada elde edilen sonuçların benzer gruplara, ortamlara, durumlara ne ölçüde uygulanabileceği ve genelleştirilebileceği ile ilgilidir (Sertel & Günbayı, 2021; Arslan, 2022). Araştırmanın dış geçerliliğini güçlendirmek amacıyla katılımcılar, ortam ve süreç ayrıntılı biçimde betimlenmeli, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmalı ve veriler doğrudan alıntılarla desteklenmelidir (Sertel & Günbayı, 2021).

- Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır.
- Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrudan alıntılarla kapsamlı bir şekilde rapor edilmiştir.

3.5.7.2. Araştırmanın Güvenirliği için Alınan Önlemler

İç güvenirlilik (tutarlılık): Araştırmadaki aynı veriyle başka araştırmacılarında aynı sonuçlara ulaşım ulaşamayacağını ifade eder. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde bir başka uzman araştırmacılar tarafından kodlamaların karşılaştırılması ile tutarlılık sağlanabilir (Sertel & Günbayı, 2021).

- Araştırmada veri toplama araçlarının tasarlanmasında ve analizinde nitel araştırma konusunda uzmanlardan destek alınmıştır.
- Kodların oluşturulması ve temaların belirlenmesinde bağımsız nitel araştırma konusunda deneyimli uzmandan destek alınmıştır.

Dış güvenirlilik (teyit edilebilirlik): Araştırmada elde edilen sonuçların benzer ortamlarda tekrarlanabilir ve belgelerin zaman içinde geçerliğini koruması olarak belirtilmektedir (Sertel & Günbayı, 2021).

- Tüm görüşmelerin ses kayıtları, gözlem süresince araştırmacı tarafından tutulan notlar, kayıtların dokümanları, analiz sonuçları uygun koşullarda saklanmıştır.
- Ses kayıtlarıyla elde edilen görüşmeler dinlenerek yazıya dökülmüştür. Yazıya dökülen katılımcı ses kayıtları sonra araştırmacı tarafından iki kez baştan sona dinlenip doküman kontrolü yapılmıştır.
- Araştırma sonuçları katılımcıların yanıtlarından doğrudan alıntılarla desteklenerek raporlanmıştır.

3.5.8. Araştırmacı Yeterliliği

Araştırmacı 2-4 Ağustos 2024 tarihleri arasında düzenlenen “Online Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitimi”ni almıştır (Ek V).

Araştırmacı 26-28 Kasım 2024 tarihleri arasında düzenlenen “Online Karma Araştırma Yöntemleri Eğitimi”ni almıştır (Ek VI).

Araştırmacı 17-19 Ekim 2025 tarihleri arasında düzenlenen “Online MAXQDA ile Nitel Veri Analizi Eğitimi”ni almıştır (Ek VII).

Araştırmacı karma araştırma yöntem tasarımı, nitel araştırma yöntem tasarımı, niteliksel görüşme yöntemleri hakkında bilgi deneyim kazanmak için uzman istatistikçiler ve eğitmenler ile görüşmeler eşliğinde tez sürecini yönetmiştir.

3.6. Süre ve Olanaklar

İşlerin adı, tanımı	Ocak-Şubat 2024	Mart-Nisan 2024	Mayıs-Haziran 2024	Temmuz-Ağustos 2024	Eylül-Ekim 2024	Kasım-Aralık 2024	Ocak-Şubat 2025	Mart-Nisan 2025	Mayıs-Haziran 2025	Temmuz-Ağustos 2025	Eylül-Ekim 2025	Kasım 2025
Literatür taraması												
Tez önerisi-Etik izin alınması												
Kurum izninin alınması												
Verilerin toplanması												

Analiz süreci												
Tez yazım süreci												
Tez savunması												

3.7. Etik Açıklamalar

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 30.07.2024 tarih ve 27/39 sayılı kararı ile Tez Konusu kabul edilmiştir (Ek VIII). Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 24-8T/75, Tarih:22.08.2024) onay alınmıştır (Ek IX). Araştırmanın yürütüleceği kurumdan 4.11.2024 tarihinde yazılı kurum izni alınmıştır (Ek X). Çalışmada kullanılacak ölçekler için, ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış yazarlarından e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek XI). Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan toplanmıştır. Çalışmanın amacı ve veri toplama süreci açıklanarak yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Yarı yapılandırılmış bireysel derinlemesine görüşmeyi kabul eden hastalar için ek bir ses kayıt onam formu hazırlanmış ve görüşme başlamadan önce bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

4. Bulgular

4.1. Nicel Bölüm

4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların tamamı gonartroz tanısına sahiptir (%100). Araştırmaya katılan hastaların %87.9'unu kadınlar, %12.1'ini ise erkekler oluşturmakta olup, yaş ortalaması 67.89 ± 5.43 (55-80) yaş olup, yaş dağılımı incelendiğinde katılımcıların %47.4'ünün 65–70 yaş aralığında, %29.3'ünün 71 yaş ve üzerinde olduğu, %63.8'inin evli, %36.2'sinin bekar olduğu görülmüştür. Hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 32.45 ± 4.02 kg/m² olup, katılımcıların %75.0'inin obez grubunda yer aldığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi incelendiğinde %80.2'sinin ilköğretim mezunu, %10.3'ünün okur-yazar olmadığı, %1.7'sinin ortaöğretim üzeri bir eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların %50.9'unun ilçede yaşamakta olduğu, %37.9'unun köy veya kasabada ikamet ettiği; %69.8'inin ev hanımı, %28.4'ü emekli, %1.7'sinin aktif çalışan olduğunu belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre dağılımı incelendiğinde %57.8'i gelirinin giderine eşit olduğunu, %42.2'si ise gelirinin giderinden az olduğunu görülmüştür. Hastaların büyük çoğunluğunun (%94.0) sağlık güvencesi bulunduğu, %89.7'sinin daha önce hastaneye yatma deneyiminin olduğu ve %70.7'sinin geçmişte en az bir ameliyat geçirdiği belirlenmiştir. Ameliyat geçirenlerin %40.2'si daha önce kas-iskelet sistemi ile ilgili bir ameliyatı geçirdiği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %47.4'ü zemin katta, %25.0'i ikinci katta, %15.5'i ise üçüncü kat veya üzerinde yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı	Gonartroz	116	100.0
Cinsiyet	Kadın	102	87.9
	Erkek	14	12.1
Yaş (Ort±SS / Min-Mak / Med)	≤ 64	27	23.3
	65- 70	55	47.4

67.89±5.43 / 55-80 / 68	71+	34	29.3
BKİ* (Ort±SS / Min-Mak / Med) 32.45±4.02/22.22-39.54/32.42	Normal	7	6.0
	Fazla kilolu	22	19.0
	Obez	87	75.0
Medeni durum	Bekar	42	36.2
	Evli	74	63.8
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	12	10.3
	İlköğretim	93	80.2
	Ortaöğretim	9	7.8
	Ortaöğretim üstü	2	1.7
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	44	37.9
	İlçe	59	50.9
	İl	13	11.2
Çalışma durumu	Ev Hanımı	81	69.8
	İşçi- Serbest meslek	2	1.7
	Emekli	33	28.4
Gelir durumu	Gelir giderden az	49	42.2
	Gelir gidere eşit	67	57.8
Sağlık güvencesi	Var	109	94.0
	Yok	7	6.0
Daha önce hastaneye yatma deneyimi	Var	104	89.7
	Yok	12	10.3
Geçirilmiş ameliyat deneyimi	Var	82	70.7
	Yok	34	29.3
Geçirilmiş ameliyatlar (en az bir)	Kas-iskelet sistemi ilişkili ameliyatlar**	33	40.2
	Diğerleri	49	59.8
Yaşanılan yer kat sayısı	Zemin kat	55	47.4
	1.kat	14	12.1
	2.kat	29	25.0
	3. kat ve üzeri	18	15.5

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Mak: Maksimum, Med: Medyan

*Bu çalışmada bireylerin kilo durumu, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025).

**Kas-iskelet sistemi ilişkili ameliyatlar: bel fıtığı, boyun fıtığı, el ameliyatı, kol kırığı

4.1.2. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguları

Araştırmaya katılan hastaların (%100) ameliyat öncesi dönemde hastalıklarıyla ilgili tedavi gördüğü tespit edilirken, tedavi türleri incelendiğinde %23.3'ü yalnızca ilaç tedavisi, %58.6'sı ilaç ve enjeksiyon tedavisi, %10.3'ü ilaç–enjeksiyon–fizik tedavi kombinasyonunu almış olduğu belirlenmiştir. Hastalığın etkilediği diz tarafı açısından %79.3'ünün her iki dizinde de rahatsızlık olduğu, ameliyat planlanan tarafın ise %54.3 oranında sol diz olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların %44.8'i dizinde yaşadığı rahatsızlık travma (düşme) yaşadığını, %27.6'sı ise baston gibi yardımcı araç kullandığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların dizinde yaşadığı rahatsızlık süresi ortalama 8.41 ± 4.73 yıl olup, katılımcıların %39.7'si hastalığı 5 yıl ve daha az süredir, %39.7'si 6–10 yıl arası, %20.7'si ise 11 yıl ve üzeri süredir yaşamaktadır. Ameliyat olma kararıyla ilgili olarak hastalara ilk ameliyat önerilmeleri incelendiğinde %45.7'sine 1–3 yıl önce ameliyat önerildiği, %25.0'ine 3–5 yıl önce, %12.9'una ise son bir yıl içinde ameliyat önerildiği belirlenmiştir. Katılımcıların %38.8'i ameliyat olmaya karar verme süreleri incelendiğinde şu anki ameliyat tarihinden önce ay olarak belirlenerek, %38.8'i ameliyat olmadan son bir ay içinde, %35.3'ü iki ay içinde, %18.1'i ise üç ay ve daha uzun sürede olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguların Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık ile ilgili herhangi bir tedavi alma	Evet	116	100.0
Görülen tedavi	Sadece ilaç tedavisi	27	23.3
	İlaç-enjeksiyon	68	58.6
	İlaç-fizik tedavi	9	7.8
	İlaç-enjeksiyon-fizik tedavi	12	10.3
Hastalığın etkilediği diz	Sağ Diz	12	10.3
	Sol Diz	12	10.3
	Her İki Diz	92	79.3
Ameliyat planlanan taraf	Sağ Diz	53	45.7

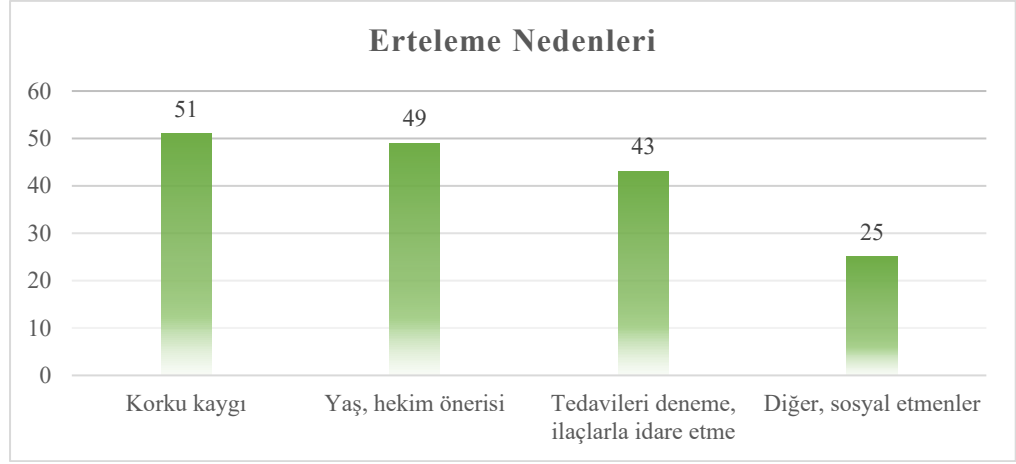
	Sol Diz	63	54.3
Hastalıktan dolayı travma (düşme/çarpma/trafik kazası vb) yaşama	Evet*	52	44.8
	Hayır	64	55.2
Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanma	Evet	32	27.6
	Hayır	84	72.4
Kullanılan yardımcı araç gereçler	Baston	32	100.0
Rahatsızlık süresi (Ort±SS / Min-Mak / Med) 8.41±4.73 / 1-20 / 8	≤5 yıl	46	39.7
	6- 10 yıl	46	39.7
	≥11 yıl	24	20.7
Ameliyat olunması söylenen zaman (yıl)	<1	15	12.9
	1<3	53	45.7
	3<5	29	25.0
	5<7	13	11.2
	≥7	6	5.2
Ameliyat olmaya karar verme zamanı (ameliyat gününden ... ay önce)	1 ay	45	38.8
	2 ay	41	35.3
	3 ve daha fazla	21	18.1
Erteleme nedenleri**	Korku kaygı	51	44.0
	Yaş, hekim önerisi	49	42.2
	Tedavileri deneme, ilaçlarla idare etme	43	37.1
	Diğer, sosyal etmenler	25	21.6
TDP ameliyatın olma nedenleri**	Ağrı-fiziksel şikayetler	65	56.0
	Fonksiyon kaybı-hareket kısıtlılığı	85	73.3
	Hastalığın ilerlemesi-tedaviye yanıt verilmemesi	44	37.9
	Psikososyal ve çevresel etkenler	15	12.9

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Mak: Maksimum, Med: Medyan
Enjeksiyon (tedavi): Kortikosteroid – Hyalüronik Asit – PRP (Trombositten Zengin Plazma)

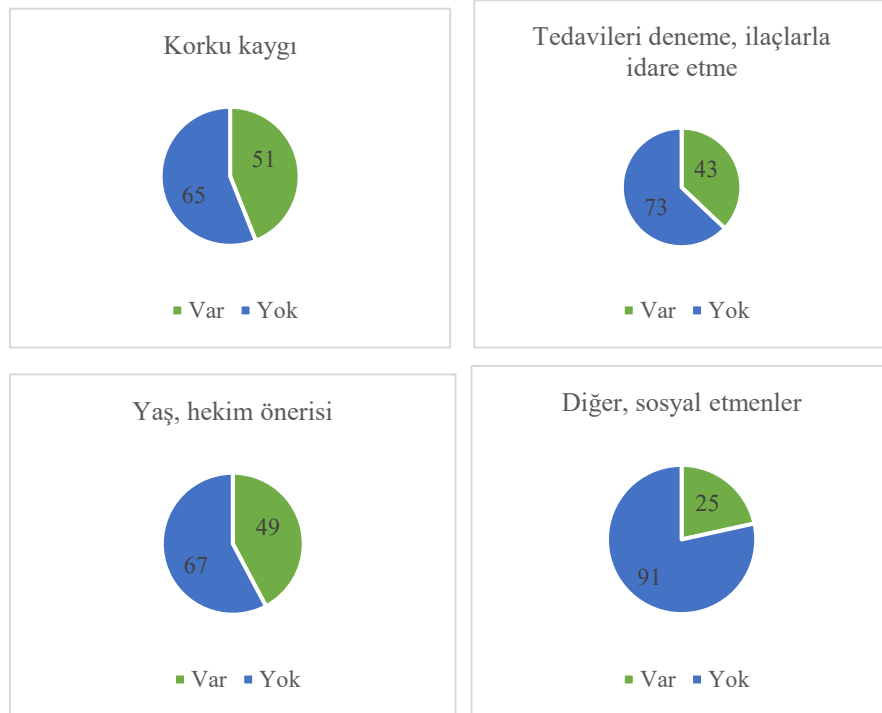
* Düşme yaşama, ** Birden fazla yanıt içermektedir

Araştırmaya katılan hastalara ameliyat kararını erteleme nedenleri sorulmuş olup verdikleri yanıtlar kategorize edilmiştir; hastaların en sık ifade ettiği faktörler sırasıyla; korku ve kaygı (%44.0), yaş ve hekim önerisi (%42.2), ilaçlarla idare etme

veya alternatif tedavileri deneme isteği (%37.1) ve diğer-sosyal faktörler (%21.6) olarak belirlenmiştir (Grafik 1, Grafik 2).



Grafik 1. TDP Ameliyatı Erteleme Nedenleri



Grafik 2. TDP Ameliyatı Erteleme Nedenleri Pasta Grafiği Gösterimi

Korku kaygı

- Korku, endişe, kaygı, sakat kalma korkusu, iyileşemezsem korkusu
- Çevreden olumsuz duyumlar, güvenmeme, anksiyete, heyecan
- Hastaneye başvurmama (korkma), erteleme

Yaş, hekim önerisi

- Yaştan dolayı, yaş sınırı, erken/ilerlememiş olması
- Yaşı bekleme, yaş faktörü
- Hekim önermedi/hekim önerisi

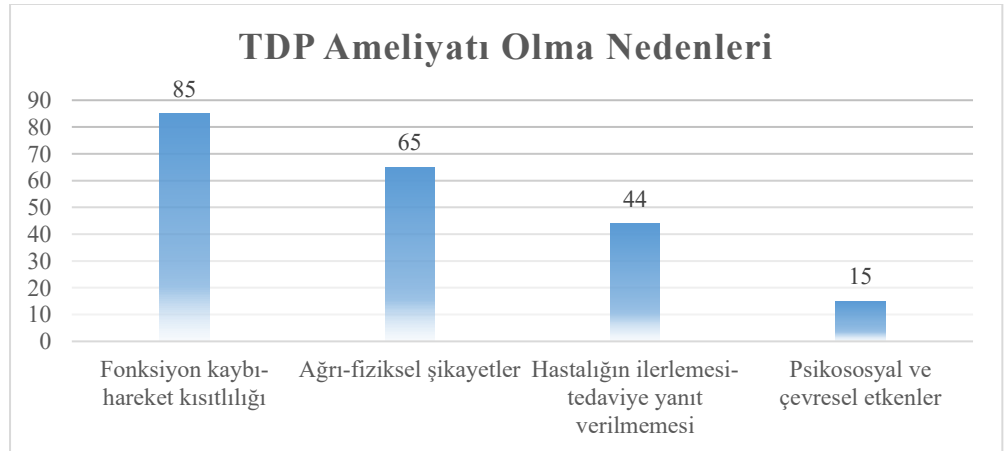
Tedavileri deneme, ilaçlarla idare etme

- İlaçlarla idare etmek, tedavileri denemek
- Dayanmak, geçer sanmak, alternatif yöntemler
- İdare etme, geçici çözümler

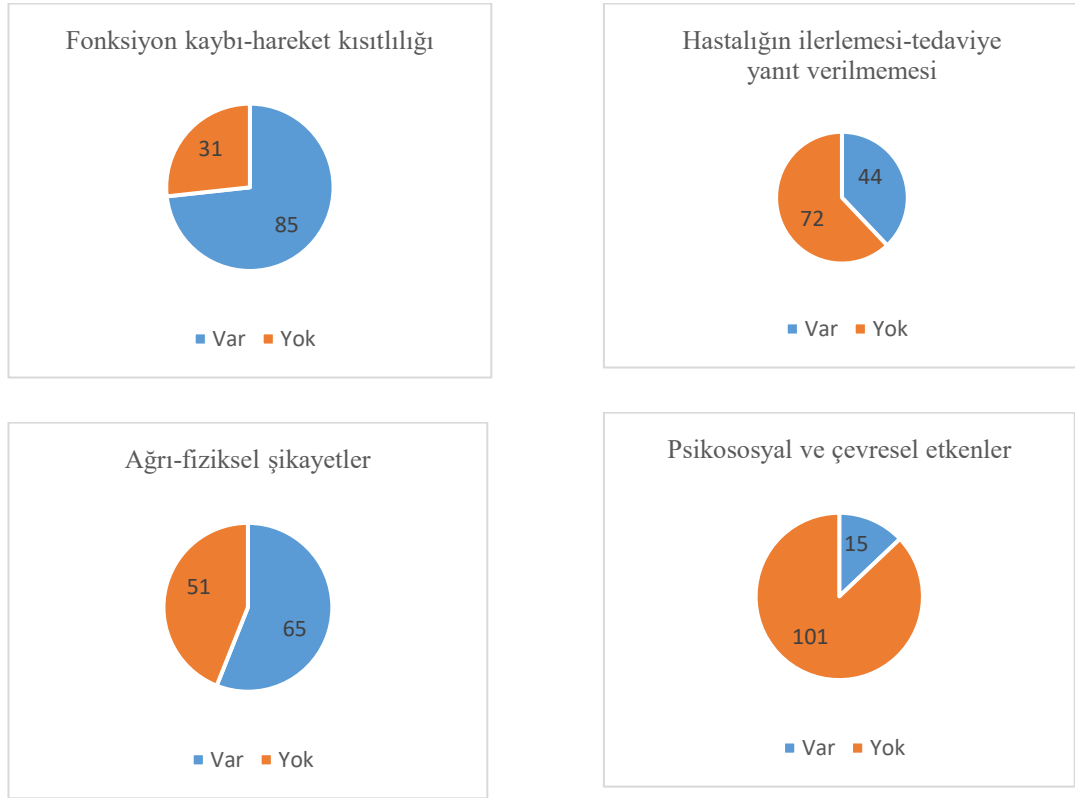
Diğer-Sosyal etmenler

- Başka hastalıkların varlığı (kalp, ek rahatsızlıklar)
- Bakım hastası olması
- İş yükü, sosyal zorluklar, bütçe, aile istememesi

Araştırmaya katılan hastalara diz protezi ameliyatına karar vermede etkili nedenleri sorulmuş olup verdikleri yanıtlar kategorize edilmiştir; hastaların en sık ifade ettiği faktörler sırasıyla; fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı (%73.3), ardından ağrı ve fiziksel şikayetler (%56.0), hastalığın ilerlemesi veya tedaviye yanıt alınamaması (%37.9) ve psikososyal ve çevresel etkenler (%12.9) yer almıştır (Grafik 3, Grafik 4).



Grafik 3. TDP Ameliyatı Olma Nedenleri



Grafik 4. TDP Ameliyatı Olma Nedenleri Pasta Grafiği Gösterimi

Fonksiyon kaybı-hareket kısıtlılığı

- Yürüyememe / artık yürüyememe
- Zorlanma, topallama, merdiven çıkamama
- Kalkamama, yataktan çıkamama
- Günlük yaşamda iş yapamama

Ağrı-fiziksel şikayetler

- Ağrıların artması
- Şişlik, sancı, ses çıkması
- Tutukluluk / hareket edememe
- Üstüne basamama / ayakta duramama

Hastalığın ilerlemesi-tedaviye yanıt verilmemesi

- Şikâyetlerin giderek artması
- Hastalığın ilerlemesi, kötüleşme
- Önceki tedavilerin fayda etmemesi
- İlaçlardan fayda görmeme

Psikososyal ve çevresel etkenler

- Aile / yakınların önerisi veya desteği
- Çevrenin ikna etmesi
- Ameliyat olanları görüp cesaretlenme
- Mecbur kalma (sosyal baskı veya kişisel çaresizlik)

4.1.3. Ölçüm Araçlarına İlişkin Temel Bulgular

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etme amacıyla yapılmaktadır. Güvenirlilik analiz sonuçlarında 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri: 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenirlilikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu değerlendirilmektedir (Ural ve Kılıç, 2006). Tüm ölçeklerde ve alt boyutlarda alfa değerlerinin 0.60 üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçüm Araçlarına İlişkin Alfa Değerleri

	Alfa değeri
WOMAC Osteoartrit İndeksi	0.886
Ağrı	0.616
Tutukluk	0.818
Fiziksel fonksiyon	0.895
Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	0.633
Cerrahi Korku Ölçeği	0.788
Kısa dönem cerrahi korku	0.857
Uzun dönem cerrahi korku	0.738

Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, GYA Ölçeği dışındaki tüm değişkenlerin ± 3 aralığında yer aldığı görülmüştür. Buna göre. WOMAC OA İndeksi ve alt boyutlar (ağrı, tutukluk, fiziksel fonksiyon), CKÖ ve alt boyutları (kısa dönem cerrahi korku, uzun dönem cerrahi korku) değişkenlerinin dağılımlarının normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın GYA Ölçeği'nin çarpıklık değeri -2.701 ve basıklık değeri 10.437 olup, bu değerler ± 3 aralığının dışında yer

almaktadır. Dolayısıyla yalnızca GYA Ölçeği değişkeninin dağılımı normal dağılım varsayımını karşılamamaktadır. Diğer tüm değişkenlerin dağılımı normallik varsayımı açısından kabul edilebilir düzeydedir. Buna göre GYA Ölçeği puanları için nan parametrik; diğer tüm değişkenler için parametrik testlerin kullanılması uygun bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçüm Araçlarına İlişkin Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

	Basıklık	Çarpıklık
WOMAC OA İndeksi	-0.508	0.144
Ağrı	0.061	-0.467
Tutukluk	0.608	-0.494
Fiziksel fonksiyon	-0.550	0.036
GYA Ölçeği	10.437	-2.701
Cerrahi Korku Ölçeği	0.589	-0.565
Kısa dönem cerrahi korku	0.794	-0.949
Uzun dönem cerrahi korku	0.353	0.558

4.1.4. Ölçeklerden Alınan Puanların Tanımlayıcı Analizleri

Araştırmaya katılan hastaların WOMAC Osteoartrit İndeksi, GYA Ölçeği ve CKÖ araçlarından aldıkları puanlara ilişkin sonuçlar incelendiğinde, WOMAC OA İndeksi ortalaması 73.35 ± 7.98 olarak hesaplanmıştır. WOMAC OA İndeksi alt boyutlarına incelendiğinde ağrı puan ortalaması 13.68 ± 2.04 , tutukluk puan ortalaması 5.29 ± 1.20 , fiziksel fonksiyon puan ortalaması ise 54.38 ± 6.51 olarak hesaplanmıştır. GYA Ölçeği ortalaması 17.38 ± 0.95 'tir. CKÖ toplam puanı 43.28 ± 8.52 olarak hesaplanmıştır. CKÖ alt boyutlar incelendiğinde kısa dönem cerrahi korku ortalaması 26.90 ± 6.06 , uzun dönem cerrahi korku ortalaması ise 16.38 ± 4.60 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçeklerden Alınan Puanların Tanımlayıcı Analizlerine İlişkin Bulguları

	Min	Mak	Ort	SS
WOMAC OA İndeksi	55.00	89.00	73.35	7.98
Ağrı	7.00	17.00	13.68	2.04
Tutukluk	2.00	7.00	5.29	1.20
Fiziksel fonksiyon	39.00	67.00	54.38	6.51
GYA Ölçeği	12.00	18.00	17.38	0.95
Cerrahi Korku Ölçeği	18.00	61.00	43.28	8.52
Kısa dönem cerrahi korku	6.00	37.00	26.90	6.06
Uzun dönem cerrahi korku	8.00	31.00	16.38	4.60

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum

4.1.5. WOMAC OA İndeksi ve Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılmasına İlişkin

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların WOMAC OA İndeksi ve alt boyutların puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması incelendiğinde; hastaların cinsiyetine göre WOMAC OA İndeksi ($p=0.002$), ağrı ($p=0.020$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.002$) puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Kadın hastaların puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu, dolayısıyla osteoartrite bağlı semptomları daha yoğun yaşadıkları söylenebilir. Tutukluk alt boyutunda ise cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.981$). Hastaların yaşına göre WOMAC Osteoartrit İndeksi ($p=0.036$) ve tutukluk ($p=0.039$) puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analizine göre 71 yaş ve üzeri bireylerin 65–70 yaş grubundakilere göre daha yüksek puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Ağrı ($p=0.081$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.148$) puanlarında ise yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. BKİ açısından incelendiğinde sadece ağrı puanında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0.018$). Farklılık gösteren grupları belirleyebilmek için yapılan post-hoc sonuçları normal kiloya sahip bireylerin ağrı puanlarının fazla kilolu ve obez bireylere göre daha yüksek ağrı puanına sahip olduğu görülmüştür. WOMAC Osteoartrit İndeksi ($p=0.358$), tutukluk ($p=0.421$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.681$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumuna göre yalnızca fiziksel fonksiyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0.043$). Bekar bireylerin fiziksel fonksiyon puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. WOMAC OA İndeksi ($p=0.055$), ağrı ($p=0.546$) ve tutukluk ($p=0.787$) puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların eğitim durumuna göre WOMAC OA İndeksi ($p=0.295$), ağrı ($p=0.969$), tutukluk ($p=0.441$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.161$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların yaşadığı yere göre yapılan analizde WOMAC OA İndeksi ($p=0.855$), ağrı ($p=0.817$), tutukluk ($p=0.980$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.719$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çalışma durumu açısından WOMAC OA İndeksi ($p=0.006$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.008$) puanlarında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Ev hanımı olan hastaların puanlarının emekli veya çalışan bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ağrı ($p=0.095$) ve tutukluk ($p=0.294$) alt boyutlarında ise katılımcıların çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların gelir durumuna göre WOMAC OA İndeksi ($p=0.010$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.003$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Geliri giderinden az olan bireylerin WOMAC OA İndeksi ve fiziksel fonksiyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı ($p=0.428$) ve tutukluk ($p=0.832$) puanları ile gelir düzeyi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sağlık güvencesi açısından katılımcıların WOMAC OA İndeksi ($p=0.010$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.007$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayan bireylerin daha yüksek puanlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Ağrı ($p=0.115$) ve tutukluk ($p=0.987$) alt boyutları ile sağlık güvencesi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Daha önce hastaneye yatma deneyimine göre WOMAC OA İndeksi ($p=0.453$), ağrı ($p=0.980$), tutukluk ($p=0.896$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.340$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Daha önce geçirilmiş ameliyat deneyimi ile WOMAC OA İndeksi ($p=0.647$), ağrı ($p=0.232$), tutukluk ($p=0.402$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.998$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ameliyat türü (kas-iskelet sistemi ilişkili veya diğer ameliyatlar) ile WOMAC OA İndeksi ($p=0.336$), ağrı

(p=0.536), tutukluk (p=0.399) ve fiziksel fonksiyon (p=0.400) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların yaşadığı evdeki kat düzeyine göre WOMAC OA İndeksi (p=0.855), ağrı (p=0.817), tutukluk (p=0.980) ve fiziksel fonksiyon (p=0.719) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların WOMAC OA İndeksi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

		WOMAC OA İndeksi		Ağrı		Tutukluk		Fiziksel fonksiyon	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Cinsiyet	Kadın	74.03	8.07	13.84	1.96	5.29	1.22	54.89	6.63
	Erkek	68.43	5.23	12.50	2.28	5.29	1.14	50.64	3.99
t test		3.479		2.359		0.024		3.392	
p değeri		0.002*		0.020**		0.981		0.002*	
Yaş	≤ 64 ¹	73.33	6.18	14.04	1.79	5.48	1.28	53.81	5.04
	65- 70 ²	71.65	7.84	13.24	1.98	5.00	1.22	53.42	6.44
	71+ ³	76.12	8.86	14.12	2.21	5.62	1.02	56.38	7.33
F test		3.423		2.572		3.339		1.970	
p değeri		0.036*		0.081		0.039*		0.148	
Post-hoc		3>2				3>2			
BKİ	Normal ¹	76.71	9.60	15.43	1.40	5.86	1.07	55.43	8.24
	Fazla kilolu ²	71.82	8.93	13.27	2.59	5.18	1.47	53.36	6.69
	Obez ³	73.47	7.60	13.64	1.87	5.28	1.14	54.55	6.37
F test		1.038		5.291		0.873		0.386	
p değeri		0.358		0.018*		0.421		0.681	
Post-hoc				1>2,3					
Medeni durum	Bekar	75.24	8.57	13.83	2.17	5.33	1.28	56.07	7.03
	Evli	72.28	7.48	13.59	1.96	5.27	1.16	53.42	6.03
t test		1.939		0.605		0.271		2.054	
p değeri		0.055		0.546		0.787		0.043*	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	76.67	8.27	13.75	2.26	5.33	0.89	57.58	6.82
	İlköğretim	73.08	7.70	13.69	2.02	5.24	1.25	54.15	6.23

	Ortaöğretim	72.09	9.80	13.55	2.11	5.73	1.10	52.82	7.92
F test		1.233		0.031		0.825		1.857	
p değeri		0.295		0.969		0.441		0.161	
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	73.34	7.81	13.55	2.15	5.32	1.12	54.48	6.62
	İlçe	73.61	7.87	13.73	1.99	5.27	1.23	54.61	6.25
	İl	72.23	9.54	13.92	1.98	5.31	1.44	53.00	7.56
F test		0.157		0.203		0.020		0.330	
p değeri		0.855		0.817		0.980		0.719	
Çalışma durumu	Ev Hanımı	74.68	7.78	13.89	1.98	5.37	1.10	55.42	6.45
	Emekli veya çalışan	70.29	7.68	13.20	2.11	5.11	1.41	51.97	6.05
t test		2.801		1.685		1.054		2.690	
p değeri		0.006*		0.095		0.294		0.008*	
Gelir durumu	Gelir giderden az	75.57	7.67	13.86	2.22	5.27	1.04	56.45	6.49
	Gelir gidere eşit	71.73	7.87	13.55	1.90	5.31	1.32	52.87	6.13
t test		2.624		0.795		-0.212		3.033	
p değeri		0.010*		0.428		0.832		0.003*	
Sağlık güvencesi	Var	72.87	7.72	13.61	2.03	5.29	1.23	53.97	6.28
	Yok	80.86	8.91	14.86	1.95	5.29	0.76	60.71	7.16
t test		-2.631		-1.586		0.017		-2.731	
p değeri		0.010*		0.115		0.987		0.007*	
Daha önce hastaneye yatma deneyimi	Var	73.16	7.97	13.68	2.00	5.30	1.24	54.18	6.49
	Yok	75.00	8.20	13.67	2.42	5.25	0.87	56.08	6.68
t test		-0.753		0.026		0.131		-0.958	
p değeri		0.453		0.980		0.896		0.340	
Geçirilmiş ameliyat deneyimi	Var	73.57	7.46	13.84	1.89	5.35	1.15	54.38	5.99
	Yok	72.82	9.22	13.29	2.34	5.15	1.33	54.38	7.71
t test		0.459		1.209		0.842		-0.003	
p değeri		0.647		0.232		0.402		0.998	
Geçirilmiş ameliyatlar	Kas-iskelet sistemi ilişkili ameliyatlar	74.55	8.38	14.00	1.79	5.48	1.15	55.06	6.63
	Diğerleri	72.92	6.78	13.73	1.97	5.27	1.15	53.92	5.53
t test		0.968		0.621		0.848		0.846	
p değeri		0.336		0.536		0.399		0.400	

Yaşanılan yer kat sayısı	Zemin kat	74.07	8.38	13.38	2.26	5.33	1.06	55.36	6.86
	1.kat	70.57	9.04	13.71	1.44	5.07	1.33	51.79	7.54
	2.kat	72.59	5.72	13.62	1.90	5.00	1.28	53.97	4.37
	3. kat ve üzeri	74.56	9.01	14.67	1.75	5.83	1.29	54.06	7.26
F test		0.157		0.203		0.020		0.330	
p değeri		0.855		0.817		0.980		0.719	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t test: Bağımsız örneklem t testi; F=Tek yönlü Anova testi

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat öncesi süreçte gördüğü tedavi türü ile WOMAC OA İndeksi (p=0.438), ağrı (p=0.270), tutukluk (p=0.451) ve fiziksel fonksiyon (p=0.349) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların hastalığının etkilediği dize göre WOMAC OA İndeksi (p=0.000), ağrı (p=0.038) ve fiziksel fonksiyon (p=0.000) puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılık gösteren grupları belirlemek için yapılan post-hoc analizi, her iki dizinde de hastalık bulunan bireylerin tek dizinde hastalık olanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermektedir. Tutukluk (p=0.502) alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ameliyat planlanan tarafa göre WOMAC OA İndeksi (p=0.741), ağrı (p=0.591), tutukluk (p=0.143) ve fiziksel fonksiyon (p=0.975) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Hastalıktan dolayı travma yaşama durumu ile WOMAC OA İndeksi puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.050). Ağrı (p=0.059), tutukluk (p=0.230) ve fiziksel fonksiyon (p=0.100) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanımı WOMAC OA İndeksi (p=0.002) ve fiziksel fonksiyon (p=0.003) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yardımcı araç kullanan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı (p=0.121) ve tutukluk (p=0.137) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların rahatsızlık yaşama süresi ile WOMAC OA İndeksi (p=0.648), ağrı (p=0.076), tutukluk (p=0.969) ve fiziksel fonksiyon (p=0.924) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ameliyat olunması söylenen zaman değişkeni açısından WOMAC OA İndeksi (p=0.751), ağrı (p=0.206), tutukluk (p=0.155) ve fiziksel

fonksiyon ($p=0.753$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ameliyat kararı verme süresine göre yalnızca tutukluk puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.030$). Farklılık gösteren grupları belirlemek için yapılan post-hoc analizi, bir ay içinde ameliyat kararı veren bireylerin tutukluk puanlarının iki ay içinde karar verenlerden anlamlı biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. WOMAC OA İndeksi ($p=0.743$), ağrı ($p=0.798$) ve fiziksel fonksiyon ($p=0.931$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların WOMAC OA İndeksi Puanlarının Hastalık ve Ameliyat Süreci Verilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

		WOMAC OA İndeksi		Ağrı		Tutukluk		Fiziksel fonksiyon	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Görülen tedavi	Sadece ilaç tedavisi	71.30	7.62	13.19	2.51	5.48	1.16	52.63	6.61
	İlaç- enjeksiyon	73.93	8.50	13.68	1.88	5.15	1.26	55.10	6.82
	İlaç-fizik tedavi	72.89	5.28	14.11	1.76	5.67	1.22	53.11	4.14
	İlaç- enjeksiyon-fizik tedavi	75.08	7.27	14.50	1.78	5.42	0.90	55.17	5.59
F test		0.911		1.325		0.886		1.107	
p değeri		0.438		0.270		0.451		0.349	
Hastalığın etkilediği diz	Sağ Diz ¹	66.25	7.70	12.58	1.73	5.58	1.31	48.08	6.19
	Sol Diz ²	67.75	6.11	12.92	2.68	4.75	1.96	50.08	4.68
	Her İki Diz ³	75.01	7.43	13.92	1.93	5.33	1.05	55.76	6.05
F test		11.455		3.375		0.720		12.344	
p değeri		0.000*		0.038*		0.502		0.000*	
Post-hoc		3>1,2		3>1				3>1,2	
Ameliyat planlanan taraf	Sağ Diz	73.62	8.49	13.79	2.03	5.47	1.22	54.36	6.94
	Sol Diz	73.13	7.59	13.59	2.05	5.14	1.18	54.40	6.17
t test		0.332		0.539		1.476		-0.031	
p değeri		0.741		0.591		0.143		0.975	
Hastalıktan dolayı travma	Evet	75.00	8.86	14.08	2.03	5.44	1.04	55.48	7.17
	Hayır	72.02	6.98	13.36	2.00	5.17	1.32	53.48	5.81

t test		1.981		1.908		1.208		1.656	
p değeri		0.050*		0.059		0.230		0.100	
Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanma	Evet	76.97	8.13	14.16	2.03	5.56	1.05	57.25	6.40
	Hayır	71.98	7.53	13.50	2.02	5.19	1.25	53.29	6.24
t test		3.124		1.560		1.498		3.036	
p değeri		0.002*		0.121		0.137		0.003*	
Rahatsızlık süresi	≤5 yıl	72.50	7.82	13.15	2.15	5.26	1.14	54.09	6.81
	6- 10 yıl	73.85	8.00	14.02	1.84	5.30	1.23	54.52	6.12
	≥11 yıl	74.04	8.43	14.04	2.03	5.33	1.31	54.67	6.89
F test		0.436		2.643		0.031		0.080	
p değeri		0.648		0.076		0.969		0.924	
Ameliyat olunması söylenen zaman	<1 yıl	72.20	8.78	13.13	2.50	5.93	1.03	53.13	7.26
	1-3	72.85	8.16	13.45	2.04	5.13	1.29	54.26	6.56
	3-5	74.52	7.25	13.90	1.74	5.28	1.03	55.34	6.01
	5 yıl ve üzeri	73.89	8.27	14.42	1.95	5.26	1.24	54.21	6.77
F test		0.403		1.549		1.778		0.400	
p değeri		0.751		0.206		0.155		0.753	
Ameliyat kararı verme süresi	1 ay ¹	74.04	7.73	13.82	2.12	5.56	1.31	54.67	5.87
	2 ay ²	72.73	7.35	13.66	1.78	4.90	1.24	54.17	6.37
	3 ay ve daha uzun ³	73.17	9.28	13.50	2.27	5.43	0.82	54.23	7.70
F test		0.298		0.226		3.601		0.071	
p değeri		0.743		0.798		0.030*		0.931	
Post-hoc						1>2			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t test: Bağımsız örneklem t testi; F=Tek yönlü Anova testi

*p<0.05

4.1.6. Cerrahi Korku Ölçeği ve Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılmasına İlişkin

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların CKÖ ve alt boyutlarından alınan puanların sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; katılımcıların cinsiyetine göre kısa dönem cerrahi korku puanlarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0.015). Kadın hastaların kısa dönem cerrahi korku puanları

erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. CKÖ toplam puanı ($p=0.259$) ve uzun dönem cerrahi korku puanı ($p=0.275$) ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Hastaların kısa dönem cerrahi korku puanları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.046$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analizi 65–70 yaş grubundaki bireylerin 71 yaş ve üzeri katılımcılara göre daha yüksek kısa dönem cerrahi korku puanına sahip olduğunu belirlenmiştir. CKÖ toplam puanı ($p=0.301$) ve uzun dönem cerrahi korku puanı ($p=0.921$) açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların BKİ göre kısa dönem cerrahi korku puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.031$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan post-hoc analizine göre obez grubundaki katılımcıların kısa dönem cerrahi korku puanları normal kiloya sahip bireylerden anlamlı biçimde yüksektir. Cerrahi korku ölçeği toplam puanı ($p=0.151$) ve uzun dönem cerrahi korku puanı ($p=0.188$) ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastaların medeni durumuna cerrahi korku ölçeği ($p=0.777$), kısa dönem ($p=0.983$) ve uzun dönem ($p=0.618$) ve eğitim durumuna göre cerrahi korku ölçeği toplam puanı ($p=0.320$), kısa dönem ($p=0.255$) ve uzun dönem ($p=0.713$) cerrahi korku puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Hastaların yaşadığı yere göre, CKÖ toplam puanı ($p=0.620$), kısa dönem ($p=0.857$) ve uzun dönem ($p=0.315$) cerrahi korku puanları ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Hastaların çalışma durum ile kısa dönem cerrahi korku puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.029$). Ev hanımı olan hastaların kısa dönem cerrahi korku düzeyleri emekli veya çalışan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. CKÖ toplam puanı ($p=0.108$) ve uzun dönem cerrahi korku puanı ($p=0.836$) açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre cerrahi korku ölçeği ($p=0.922$), kısa dönem ($p=0.515$) ve uzun dönem ($p=0.500$) cerrahi korku puanlarında; sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre cerrahi korku ölçeği ($p=0.237$), kısa dönem ($p=0.395$) ve uzun dönem ($p=0.285$) cerrahi korku puanlarında ve daha önce hastaneye yatma deneyimine göre yapılan analizde cerrahi korku ölçeği ($p=0.850$),

kısa dönem (p=0.239) ve uzun dönem (p=0.154) puanları ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların geçirilmiş ameliyat deneyimi olmasına göre cerrahi korku ölçeği (p=0.692), kısa dönem (p=0.306) ve uzun dönem (p=0.540) cerrahi korku puanları ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastaların geçirilmiş ameliyat türüne (kas-iskelet sistemi ilişkili veya diğer ameliyatlar) göre, kısa dönem cerrahi korku puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0.022). Diğer ameliyat türlerini geçiren bireylerin kısa dönem cerrahi korku puanları, kas-iskelet sistemi ameliyatı geçirenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Cerrahi korku ölçeği (p=0.235) ve uzun dönem cerrahi korku (p=0.340) puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Hastaların evinde yaşanan kat düzeyine göre cerrahi korku ölçeği (p=0.620), kısa dönem (p=0.857) ve uzun dönem (p=0.315) puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

		CKÖ		CKÖ-K		CKÖ-U	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Cinsiyet	Kadın	43.61	8.33	27.40	5.81	16.21	4.40
	Erkek	40.86	9.73	23.21	6.77	17.64	5.92
t test		1.135		2.480		-1.097	
p değeri		0.259		0.015*		0.275	
Yaş	<= 64 ¹	43.59	7.69	27.11	5.34	16.48	5.51
	65- 70 ²	44.27	9.07	28.07	6.12	16.20	4.20
	71+ ³	41.41	8.14	24.82	6.10	16.59	4.56
F test		1.215		3.161		0.082	
p değeri		0.301		0.046*		0.921	
Post-hoc				2>3			
BKİ	Normal ¹	42.00	5.45	23.00	5.35	19.00	6.56
	Fazla kilolu ²	40.27	7.83	24.91	5.87	15.36	4.03
	Obez ³	44.14	8.76	27.71	5.97	16.43	4.53
F test		1.923		3.578		1.697	

p değeri		0.151		0.031*		0.188	
Post-hoc				3>1			
Medeni durum	Bekar	42.98	8.41	26.88	6.32	16.10	4.29
	Evli	43.45	8.62	26.91	5.94	16.54	4.79
t test		-0.284		-0.021		-0.499	
p değeri		0.777		0.983		0.618	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	46.33	6.98	28.92	5.95	17.42	3.12
	İlköğretim	43.14	8.77	26.89	6.08	16.25	4.77
	Ortaöğretim	41.09	7.48	24.73	5.68	16.36	4.65
F test		1.150		1.383		0.340	
p değeri		0.320		0.255		0.713	
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	42.30	8.34	26.61	5.89	15.68	4.68
	İlçe	43.80	8.88	27.20	6.19	16.59	4.56
	İl	44.23	7.65	26.46	6.39	17.77	4.44
F test		0.479		0.155		1.166	
p değeri		0.620		0.857		0.315	
Çalışma durumu	Ev Hanımı	44.11	8.36	27.79	5.45	16.32	4.53
	Emekli veya çalışan	41.34	8.68	24.83	6.92	16.51	4.82
t test		1.618		2.248		-0.207	
p değeri		0.108		0.029*		0.836	
Gelir durumu	Gelir giderden az	43.37	7.45	27.33	5.69	16.04	4.09
	Gelir gidere eşit	43.21	9.27	26.58	6.33	16.63	4.96
t test		0.099		0.652		-0.676	
p değeri		0.922		0.515		0.500	
Sağlık güvencesi	Var	43.51	8.63	27.02	6.14	16.50	4.65
	Yok	39.57	5.59	25.00	4.32	14.57	3.55
t test		1.189		0.854		1.073	
p değeri		0.237		0.395		0.285	
Daha önce hastaneye yatma deneyimi	Var	43.33	8.69	26.74	6.26	16.59	4.61
	Yok	42.83	7.17	28.25	3.74	14.58	4.32
t test		0.189		-1.214		1.435	
p değeri		0.850		0.239		0.154	
Geçirilmiş ameliyat deneyimi	Var	43.07	8.00	26.52	6.08	16.55	4.43
	Yok	43.76	9.75	27.79	5.98	15.97	5.02
t test		-0.397		-1.028		0.615	

p değeri		0.692		0.306		0.540	
Geçirilmiş ameliyatlar	Kas-iskelet sistemi ilişkili ameliyatlar	41.79	8.45	24.67	6.60	17.12	4.15
	Diğerleri	43.94	7.66	27.78	5.42	16.16	4.62
t test		-1.196		-2.331		0.959	
p değeri		0.235		0.022*		0.340	
Yaşanılan yer kat sayısı	Zemin kat	42.64	9.12	26.40	6.16	16.24	4.93
	1.kat	44.07	6.12	28.50	4.88	15.57	3.46
	2.kat	44.17	7.45	27.31	4.55	16.86	4.76
	3. kat ve üzeri	43.17	10.14	26.50	8.47	16.67	4.28
F test		0.479		0.155		1.166	
p değeri		0.620		0.857		0.315	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t test: Bağımsız örneklem t testi; F=Tek yönlü Anova testi;

*p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların gördüğü tedavi türüne göre cerrahi korku ölçeği (p=0.195), kısa dönem (p=0.452) ve uzun dönem (p=0.305) cerrahi korku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Hastalığın etkilediği dize göre yapılan değerlendirmede cerrahi korku ölçeği (p=0.058), kısa dönem (p=0.126) ve uzun dönem (p=0.226) cerrahi korku puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ameliyat planlanan tarafın hangisi olduğuna göre cerrahi korku ölçeği (p=0.920), kısa dönem (p=0.915) ve uzun dönem (p=0.744) puanlarında ise istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastalıktan dolayı travma yaşama durumuna göre cerrahi korku ölçeği (p=0.724), kısa dönem (p=0.237) ve uzun dönem (p=0.368) puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanımına göre cerrahi korku ölçeği (p=0.393), kısa dönem (p=0.777) ve uzun dönem (p=0.227) cerrahi korku puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastaların rahatsızlık yaşama süresi ile cerrahi korku ölçeği toplam puanı (p=0.961), kısa dönem (p=0.743) ve uzun dönem (p=0.767) cerrahi korku puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat olunması söylenen zaman açısından, cerrahi korku ölçeği (p=0.207), kısa dönem (p=0.324) ve uzun dönem (p=0.182) puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ameliyat kararı verme

süresine göre de cerrahi korku ölçeği ($p=0.734$), kısa dönem ($p=0.207$) ve uzun dönem ($p=0.141$) puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarının Hastalık ve Ameliyat Süreci Verilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

		CKÖ		CKÖ-K		CKÖ-U	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Görülen tedavi	Sadece ilaç tedavisi	42.33	8.33	26.19	6.33	16.15	3.92
	İlaç-enjeksiyon	42.53	8.03	26.59	6.02	15.94	4.54
	İlaç-fizik tedavi	47.33	10.99	29.00	5.52	18.33	6.56
	İlaç-enjeksiyon-fizik tedavi	46.58	9.09	28.67	6.05	17.92	4.58
F test		1.593		0.884		1.224	
p değeri		0.195		0.452		0.305	
Hastalığın etkilediği diz	Sağ Diz ¹	39.08	9.81	24.42	7.01	14.67	3.82
	Sol Diz ²	40.17	6.59	24.92	4.91	15.25	3.55
	Her İki Diz ³	44.23	8.38	27.48	5.98	16.75	4.77
F test		2.924		2.112		1.505	
p değeri		0.058		0.126		0.226	
Ameliyat planlanan taraf	Sağ Diz	43.19	8.12	26.96	6.25	16.23	4.43
	Sol Diz	43.35	8.90	26.84	5.94	16.51	4.77
t test		-0.101		0.107		-0.327	
p değeri		0.920		0.915		0.744	
Hastalıktan dolayı travma (düşme/çarpma/trafik kazası vb) yaşama	Evet	43.58	6.82	27.62	5.01	15.96	3.96
	Hayır	43.03	9.73	26.31	6.77	16.72	5.07
t test		0.354		1.190		-0.903	
p değeri		0.724		0.237		0.368	
Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanma	Evet	44.38	7.30	27.16	5.71	17.22	3.92
	Hayır	42.86	8.94	26.80	6.21	16.06	4.82
t test		0.857		0.284		1.216	
p değeri		0.393		0.777		0.227	
Rahatsızlık süresi	≤5 yıl	43.15	6.92	26.39	5.04	16.76	3.96
	6- 10 yıl	43.54	9.50	27.37	6.55	16.17	4.80
	≥11 yıl	43.00	9.59	26.96	6.99	16.04	5.43
F test		0.039		0.298		0.265	

p değeri		0.961		0.743		0.767	
Ameliyat olunması söylenen zaman	<1 yıl	40.40	6.67	26.07	5.20	14.33	3.83
	1-3	42.62	9.28	26.02	6.80	16.60	5.13
	3-5	45.79	8.35	28.38	5.83	17.41	4.06
	5 yıl ve üzeri	43.53	7.26	27.74	4.41	15.79	4.06
F test		1.546		1.172		1.652	
p değeri		0.207		0.324		0.182	
	1 ay ¹	42.84	9.09	25.60	6.67	17.24	5.20
	2 ay ²	44.12	9.37	27.76	6.34	16.37	4.32
	3 ay ve daha uzun ³	42.77	6.27	27.67	4.27	15.10	3.78
F test		0.310		1.607		1.990	
p değeri		0.734		0.207		0.141	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, t test: Bağımsız örneklem t testi; F=Tek yönlü Anova testi;

*p<0.05

4.1.7. GYA Ölçeğin ve Tanımlayıcı Verilerin Karşılaştırılmasına İlişkin

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların GYAÖ puanları incelendiğinde, hastaların yaşına göre GYAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0.006). Post-hoc analizine göre 64 yaş ve altı ile 65–70 yaş grubundaki bireylerin puanları, 71 yaş ve üzeri katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Hastaların gelir durumuna göre GYAÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p=0.020); geliri gidere eşit olan bireylerin GYAÖ puanlarının gelirinin giderinden az olduğunu belirten katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların GYAÖ puanlarının sağlık güvencesi bulunma durumuna göre sağlık güvencesi bulunan katılımcıların puanlarının da anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0.014).

GYAÖ puanlarının BKİ (p=0.503), medeni durum (p=0.517), eğitim durumu (p=0.306), yaşanan yer (p=0.233) ve çalışma durumu (p=0.318) değişkenleri açısından anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Benzer şekilde daha önce hastaneye yatma (p=0.763), geçirilmiş ameliyat deneyimi (p=0.932), ameliyat türü

($p=0.388$), yaşanılan kat ($p=0.458$) ve değişkenlerine göre de anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların GYA Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

		GYAÖ		
		Ort	SS	Med
Cinsiyet	Kadın	17.35	0.98	18.00
	Erkek	17.57	0.65	18.00
Mann Whitney U testi		-0.722		
p değeri		0.470		
Yaş	<= 64	17.44	1.19	18.00
	65- 70	17.60	0.56	18.00
	71+	16.97	1.11	17.00
F test		10.125		
p değeri		0.006*		
Post-hoc		1.2>3		
BKİ	Normal	17.14	1.07	17.00
	Fazla kilolu	17.59	0.59	18.00
	Obez	17.34	1.01	18.00
KW test		1.376		
p değeri		0.503		
Medeni durum	Bekar	17.29	1.02	18.00
	Evli	17.43	0.91	18.00
Mann Whitney U testi		-0.649		
p değeri		0.517		
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	17.25	0.62	17.00
	İlköğretim	17.39	0.98	18.00
	Ortaöğretim	17.45	1.04	18.00
KW test		2.366		
p değeri		0.306		
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	17.34	0.83	17.00
	İlçe	17.46	1.02	18.00
	İl	17.15	0.99	17.00
KW test		2.910		

p değeri		0.233		
Çalışma durumu	Ev Hanımı	17.32	1.02	18.00
	Emekli veya çalışan	17.51	0.74	18.00
Mann Whitney U testi		-0.998		
p değeri		0.318		
Gelir durumu	Gelir giderden az	17.20	1.06	17.00
	Gelir gidere eşit	17.51	0.84	18.00
Mann Whitney U testi		-2.332		
p değeri		0.020*		
Sağlık güvencesi	Var	17.43	0.91	18.00
	Yok	16.57	1.27	17.00
Mann Whitney U testi		-2.467		
p değeri		0.014*		
Daha önce hastaneye yatma deneyimi	Var	17.38	0.98	18.00
	Yok	17.42	0.67	17.50
Mann Whitney U testi		-0.302		
p değeri		0.763		
Geçirilmiş ameliyat deneyimi	Var	17.33	1.07	18.00
	Yok	17.50	0.56	18.00
Mann Whitney U testi		-0.086		
p değeri		0.932		
Geçirilmiş ameliyatlar (en az bir)kas-iskelet sistemi ameliyatı olan ve diğerleri	Kas-iskelet sistemi ilişkili ameliyatlar	17.30	0.92	17.00
	Diğerleri	17.35	1.16	18.00
Mann Whitney U testi		-0.863		
p değeri		0.388		
Yaşanılan yer kat sayısı	Zemin kat	17.33	0.82	17.00
	1.kat	17.50	0.52	17.50
	2.kat	17.48	0.87	18.00
	3. kat ve üzeri	17.28	1.56	18.00
KW test		2.599		
p değeri		0.458		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan, KW=Kruskal Wallis H testi; F=Tek yönlü Anova testi, *p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların GYAÖ puanları ile görülen tedavi türü ($p=0.788$) arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. GYAÖ puanları ile hastalığın etkilediği diz arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=0.007$); yalnızca bir dizinde hastalık bulunan katılımcıların puanlarının her iki dizinde hastalık bulunanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların yardımcı araç-gereç kullanımına göre GYAÖ puanlarının anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$); yardımcı araç kullanan bireylerin puanları kullanmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Hastaların ameliyatın önerildiği zamana göre GYAÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0.020$); ameliyatı bir yıl içinde önerilen bireylerin puanlarının. 3–5 yıl arası önerilenlerden yüksek olduğu görülmüştür. Diğer değişkenler açısından ise ameliyat planlanan taraf ($p=0.497$), travma yaşama ($p=0.428$), rahatsızlık yılı ($p=0.164$) ve ameliyat kararı verme süresi ($p=0.869$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların GYA Ölçeği Puanlarının Hastalık ve Ameliyat Süreci Verilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

		GYAÖ		
		Ort	SS	Med
Görülen tedavi	Sadece ilaç tedavisi	17.59	0.50	18.00
	İlaç-enjeksiyon	17.37	0.81	18.00
	İlaç-fizik tedavi	16.89	2.09	18.00
	İlaç-enjeksiyon-fizik tedavi	17.33	1.15	18.00
KW test		1.055		
p değeri		0.788		
Hastalığın etkilediği diz	Sağ Diz ¹	17.83	0.39	18.00
	Sol Diz ²	17.83	0.39	18.00
	Her İki Diz ³	17.26	1.01	17.00
KW test		10.050		
p değeri		0.007*		
Post-hoc		1.2>3		
Ameliyat planlanan taraf	Sağ Diz	17.51	0.64	18.00
	Sol Diz	17.27	1.14	18.00

Mann Whitney U testi		-0.679		
p değeri		0.497		
Hastalıktan dolayı travma (düşme/çarpma/trafik kazası vb) yaşama	Evet	17.29	1.09	18.00
	Hayır	17.45	0.82	18.00
Mann Whitney U testi		-0.793		
p değeri		0.428		
Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanma	Evet	16.72	0.92	17.00
	Hayır	17.63	0.83	18.00
Mann Whitney U testi		-6.231		
p değeri		p<0.001*		
Rahatsızlık süresi	<=5 yıl	17.52	0.86	18.00
	6- 10 yıl	17.22	1.15	17.00
	>=11 yıl	17.42	0.58	17.00
F test		3.619		
p değeri		0.164		
Ameliyat olunması söylenen zaman	<1 yıl ¹	17.73	0.46	18.00
	1-3 ²	17.43	0.91	18.00
	3-5 ³	16.97	1.27	17.00
	5 yıl ve üzeri ⁴	17.58	0.51	18.00
KW test		9.859		
p değeri		0.020*		
Post-hoc		1>3		
Ameliyat olunması söylenen zaman	1 ay	17.29	1.20	18.00
	2 ay	17.41	0.89	18.00
	3 ay ve daha uzun	17.47	0.51	17.00
KW test		0.280		
p değeri		0.869		

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan, KW=Kruskal Wallis H testi; F=Tek yönlü Anova testi, *p<0.05

4.1.8. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Araştırmada kullanılan üç ölçek arasındaki ilişkiler incelendiğinde; GYAÖ puanları ile WOMAC OA İndeksi (rs=-0.415; p<0.001) arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki; ağrı (rs=-0.258; p=0.005) ile negatif yönlü ve düşük

düzeyde anlamlı bir ilişki ve fiziksel fonksiyon ($r_s=-0.414$; $p<0.001$) ile arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak GYAÖ puanları ile tutukluk puanları ($r_s=-0.105$; $p>0.05$) arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. CKÖ ile WOMAC OA İndeksi ($r=0.213$; $p=0.021$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki ve fiziksel fonksiyon ($r=0.190$; $p=0.041$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Cerrahi korku ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde kısa dönem cerrahi korku ile WOMAC OA İndeksi ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna karşın uzun dönem cerrahi korku ile WOMAC OA İndeksi ($r=0.204$; $p=0.028$) ve tutukluk ($r=0.213$; $p=0.022$) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

		WOMAC OA İndeksi	Ağrı	Tutukluk	Fiziksel fonksiyon	GYAÖ	CKÖ	CKÖ-K	CKÖ-U
WOMAC OA İndeksi	r_p	1							
	p								
Ağrı	r_p	0.627**	1						
	p	0.000							
Tutukluk	r_p	0.419**	0.298**	1					
	p	0.000	0.001						
Fiziksel fonksiyon	r_p	0.953**	0.402**	0.236*	1				
	p	0.000	0.000	0.011					
GYAÖ	r_s	-0.415**	-0.258**	-0.105	-0.414**	1.000			
	p	0.000	0.005	0.263	0.000				
CKÖ	r_p	0.213*	0.161	0.118	0.190*	-0.131	1		
	p	0.021	0.085	0.208	0.041	0.163			
CKÖ-K	r_p	0.145	0.097	0.004	0.147	-0.103	0.854**	1	
	p	0.119	0.298	0.964	0.115	0.273	0.000		
CKÖ-U	r_p	0.204*	0.169	0.213*	0.158	-0.161	0.728**	0.264**	1
	p	0.028	0.070	0.022	0.091	0.083	0.000	0.004	

r_p =Pearson korelasyon analizi; r_s =Spearman korelasyon analizi; ** $p<0.01$; * $p<0.05$

Sürekli değişkenler ile kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; yaş ile GYAÖ arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = -0.282$; $p < 0.05$). Bu bulgu yaş arttıkça günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın azaldığını göstermektedir. Rahatsızlık süresi ile ağrı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_p = 0.279$; $p < 0.05$); yani hastaların rahatsızlık süresi arttıkça ağrı artma eğilimindedir. Ayrıca rahatsızlık süresi ile GYAÖ puanları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r_s = -0.194$; $p < 0.05$). Bu da rahatsızlık süresi uzadıkça GYA'da bağımsızlığın azaldığını göstermektedir. BKİ ile CKÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r_p = 0.202$; $p < 0.05$). Benzer şekilde BKİ ile kısa dönem cerrahi korkusu arasında da pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_p = 0.285$; $p < 0.05$). Bunların dışında kalan değişken çiftleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Sürekli Değişkenler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

		Yaş	BKİ	Rahatsızlık Süresi
WOMAC OA İndeksi	r_p	0.104	0.034	0.134
	p	0.266	0.718	0.152
Ağrı	r_p	0.023	-0.084	.279**
	p	0.803	0.370	0.002
Tutukluk	r_p	0.050	-0.015	0.035
	p	0.591	0.869	0.705
Fiziksel fonksiyon	r_p	0.111	0.071	0.071
	p	0.235	0.450	0.451
GYAÖ	r_s	-.282**	-0.059	-.194*
	p	0.002	0.532	0.037
CKÖ	r_p	-0.082	.202*	0.019
	p	0.384	0.030	0.840
CKÖ-K	r_p	-0.166	.285**	0.051
	p	0.075	0.002	0.587

CKÖ-U	r _p	0.068	-0.001	-0.032
	p	0.469	0.995	0.734

rp=Pearson korelasyon analizi; rs=Spearman korelasyon analizi; **p<0.01; *p<0.05

4.1.9. Regresyon Analiz Sonuçlarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların cerrahi korku düzeyini açıklamak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda WOMAC OA İndeksinin CKÖ üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (B=0.228; β =0.213; t=2.333; p=0.021). Model genel olarak anlamlıdır (F=5.444; p=0.021) ve bağımlı değişkendeki varyansın %3,7'sini açıklamaktadır (Adj. R²=0.037). Buna göre, WOMAC OA İndeksi puanındaki artış, cerrahi korkusu düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artışla ilişkilidir. Durbin-Watson katsayısı (DW=2.201) modelde otokorelasyon sorunu olmadığını göstermektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarını Açıklamak için Yapılan Regresyon Analizi

	B	Std. H	Beta	t	p değeri	Model F	Model p	Adj.R ²	DW
(Sabit)	26.569	7.203		3.689	0.000*	5.444	0.021*	0.037	2.201
WOMAC OA İndeksi	0.228	0.098	0.213	2.333	0.021*				
Bağımlı değişken: CKÖ									

B: Standartlaştırılmamış katsayı; Std. H: Standart Hata; Beta: Standardize edilmiş katsayı; t: t değeri; Model F: F-Test değeri; Model p: Modelin anlamlılık düzeyi; Aj. R²: Düzeltilmiş R Kare; DW: Durbin-Watson Testi; *p<0.05

Araştırmaya katılan hastaların CKÖ-K puanlarını yordamak amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda modelin genel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (F=2.412; p=0.020). Modelin açıklama gücü bağımlı değişkendeki varyansın yaklaşık %8.9'unun açıklandığı görülmüştür (Adj. R²=0.089). Analiz sonuçlarına göre yaş değişkeni açısından “65–70 yaş” grubunda olan bireylerin cerrahi korku puanlarının 71 yaş ve üzeri referans grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (B=2.945; β =0.244; t=2.165;

p=0.033). Diğer değişkenler (cinsiyet, BKİ, çalışma durumu, ameliyat deneyimi ve WOMAC OA İndeksi) cerrahi korku puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkide bulunmamıştır (p>0.05). Durbin-Watson katsayısı (DW=2.148) modelde otokorelasyon sorunu olmadığını göstermektedir (Tablo 15).

Tablo 15. Kısa Dönem Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarını Açıklamak için Yapılan Regresyon Analizi

	B	Std. H	Beta	t	p değeri	VIF	Model F	Model p	Adj.R ²	DW
(Sabit)	16.073	5.752		2.795	0.006*		2.412	0.020*	0.089	2.148
WOMAC OA İndeksi	0.127	0.074	0.167	1.712	0.090	1.202				
Referans cinsiyet=kadın										
Erkek	-1.842	2.044	-0.100	-0.901	0.370	1.541				
Referans yaş=71 ve üzeri										
<= 64.00	2.439	1.540	0.171	1.584	0.116	1.472				
65.00 - 70.00	2.945	1.360	0.244	2.165	0.033*	1.603				
Referans BKİ=Obez										
Normal	-4.115	2.373	-0.163	-1.734	0.086	1.110				
Fazla kilolu	-1.373	1.458	-0.089	-0.942	0.349	1.135				
Referans çalışma durumu=çalışıyor										
Ev Hanımı	0.809	1.474	0.062	0.549	0.584	1.590				
Referans ameliyat deneyimi= yok										
Var	-0.378	1.244	-0.029	-0.304	0.762	1.114				
Bağımlı değişken: CKÖ-K										

B: Standartlaştırılmamış katsayı; Std. H: Standart Hata; Beta: Standardize edilmiş katsayı; t: t değeri; Model F: F-Test değeri; Model p: Modelin anlamlılık düzeyi; Aj. R²: Düzeltilmiş R Kare; DW: Durbin-Watson Testi; *p<0.05

Hastaların uzun dönem cerrahi korku düzeyini açıklamak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda WOMAC OA İndeksi'nin CKÖ-U üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (B=0.117; β =0.204; t=2.222; p=0.028). Model genel olarak anlamlıdır (F=4.939; p=0.028) ve bağımlı değişkendeki varyansın %3.3'ünü açıklamaktadır (Adj. R²=0.033). Buna göre WOMAC OA İndeksi

puanındaki artış uzun dönem cerrahi korkusu düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artışla ilişkilidir. Durbin-Watson katsayısı (DW=2.099) modelde otokorelasyon sorunu olmadığını göstermektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Uzun Dönem Cerrahi Korku Ölçeği Puanlarını Açıklamak için Yapılan Regresyon Analizi

	B	Std. H	Beta	t	p değeri	Model F	Model p	Adj.R²	DW
(Sabit)	7.764	3.899		1.991	0.049*	4.939	0.028*	0.033	2.099
WOMAC OA İndeksi	0.117	0.053	0.204	2.222	0.028*				
Bağımlı değişken: CKÖ-U									

B: Standartlaştırılmamış katsayı; Std. H: Standart Hata; Beta: Standardize edilmiş katsayı; t: t değeri; Model F: F-Test değeri; Model p: Modelin anlamlılık düzeyi; Aj. R²: Düzeltilmiş R Kare; DW: Durbin-Watson Testi; *p<0.05

4.2. Nitel Bölüm

4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan hastaların tamamı gonartroz tanısına sahip olup (%100), katılımcıların %86.7'si kadın, %13.3'ü erkektir. Yaş ortalaması 65.26 ± 6.73 olup, hastaların %33.3'ü 64 yaş ve altı, %33.3'ü 65–70 yaş aralığında, %33.3'ü ise 71 yaş ve üzerindedir. BKİ ortalaması 31.51 ± 3.87 olup, %13.3'ü normal kilolu, %13.3'ü fazla kilolu ve %73.3'ü obezdir. Hastaların %66.7'si evli, %33.3'ü bekarıdır. Eğitim durumuna göre %86.7'si ilköğretim mezunu, %6.7'si ortaöğretim mezunu ve %6.7'si okur-yazar değildir. Hastaların %73.3'ü köy veya kasabada, %26.7'si ilçede ikamet etmektedir. Çalışma durumuna göre %73.3'ü ev hanımı, %26.7'si emeklidir. Gelir düzeyine göre %46.7'si gelirinin giderinden az, %53.3'ü gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Hastaların %86.7'sinin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Daha önce hastaneye yatma deneyimi olanların oranı %86.7, geçirilmiş ameliyat deneyimi olanların oranı %80.0'dır. Bu ameliyatlardan %58,3'ü kas-iskelet sistemi ile ilişkiliyken %41.7'si diğer nedenlere bağlıdır. Hastaların %66.7'si zemin katta, %6.7'si birinci katta, %20.0'si ikinci katta ve %6.7'si üçüncü kat ve üzerinde yaşamaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı	Gonartroz	15	100.0
Cinsiyet	Kadın	13	86.7
	Erkek	2	13.3
Yaş (Ort±SS / Min-Mak/ Med) 65.26±6.73 / 55-75 / 66	≤ 64	5	33.3
	65- 70	5	33.3
	71+	5	33.3
BKİ (Ort±SS / Min-Mak / Med) 31.51±3.87 / 24.22-37.46 / 31.25	Normal	2	13.3
	Fazla kilolu	2	13.3
	Obez	11	73.3
Medeni durum	Bekar	5	33.3
	Evli	10	66.7
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	6.7

	İlköğretim	13	86.7
	Ortaöğretim	1	6.7
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	11	73.3
	İlçe	4	26.7
Çalışma durumu	Ev Hanımı	11	73.3
	Emekli	4	26.7
Gelir durumu	Gelir giderden az	7	46.7
	Gelir gidere eşit	8	53.3
Sağlık güvencesi	Var	13	86.7
	Yok	2	13.3
Daha önce hastaneye yatma deneyimi	Var	13	86.7
	Yok	2	13.3
Geçirilmiş ameliyat deneyimi	Var	12	80.0
	Yok	3	20.0
Geçirilmiş ameliyatlar (en az bir)	Kas-iskelet sistemi ilişkili ameliyatlar	7	58.3
	Diğerleri	5	41.7
Yaşanılan yer kat sayısı	Zemin kat	10	66.7
	1.kat	1	6.7
	2.kat	3	20.0
	3. kat ve üzeri	1	6.7

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Mak: Maksimum; Med: Medyan

4.2.2. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguları

Nitel görüşmeye katılan hastaların tamamı ameliyat öncesi dönemde hastalıklarıyla ilgili tedavi gördüğü tespit edilirken (%100), %73.3'ü ilaç ve enjeksiyon tedavisi, %20.0'si ilaç-enjeksiyon-fizik tedavi, %6.7'si yalnızca ilaç tedavisi görmüştür. Hastalığın her iki dizi etkilediği bildirilmiştir (%100). Ameliyat planlanan tarafın %53.3'ü sağ, %46.7'si sol dizdir. Hastaların %66.7'si hastalığa bağlı travma yaşamış, %33.3'ü baston gibi yardımcı araçlar kullanmaktadır. Rahatsızlık süresi ortalama 9.33 ± 6.00 yıl olup, %26.7'si hastalığı 5 yıl ve altı, %53.3'ü 6–10 yıl, %20.0'si 11 yıl ve üzeri süredir yaşamaktadır. Hastaların %13.3'ü ameliyat önerisini 1 yıldan kısa süre önce, %46.7'si 1–3 yıl, %33.3'ü 3–5 yıl ve %6.7'si 5–7 yıl önce almıştır. Ameliyat olmaya karar verme süresi açısından %20.0'si 1 ayda, %46.7'si 2 ayda, %33.3'ü 3 ay veya daha uzun sürede karar vermiştir. Ameliyatı erteleme nedenleri arasında en sık tedavi deneme veya ilaçlarla idare etme (%66.7), yaş veya

hekim önerisi (%46.7), diz protezi ameliyatına karar verme nedenleri arasında ise fonksiyon kaybı veya hareket kısıtlılığı (%80.0) öne çıkmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların Hastalık ve Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguların Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık ile ilgili herhangi bir tedavi alma	Evet	15	100
Görülen tedavi	Sadece ilaç tedavisi	1	6.7
	İlaç-enjeksiyon	11	73.3
	İlaç-enjeksiyon-fizik tedavi	3	20.0
Hastalığın etkilediği diz	Her İki Diz	15	100
Ameliyat planlanan taraf	Sağ Diz	8	53.3
	Sol Diz	7	46.7
Hastalıktan dolayı travma (düşme/çarpma/trafik kazası vb) yaşama	Evet*	10	66.7
	Hayır	5	33.3
Hastalıktan dolayı yardımcı araç-gereç kullanma	Evet	5	33.3
	Hayır	10	66.7
Kullanılan yardımcı araç gereçler	Baston	5	100
Rahatsızlık süresi (Ort±SS / Min-Mak / Med) 9,33±6,00 / 3-20 / 6	≤5 yıl	4	26.7
	6- 10 yıl	8	53.3
	≥11 yıl	3	20.0
Ameliyat olunması söylenen zaman (yıl)	<1	2	13.3
	1<3	7	46.7
	3<5	5	33.3
	5<	1	6.7
Ameliyat olmaya karar verme zamanı (ameliyat gününden ... ay önce)	1 ay	3	20.0
	2 ay	7	46.7
	3 ve daha fazla	5	33.3
Erteleme nedenleri**	Korku kaygı	6	40.0
	Yaş, hekim önerisi	7	46.7
	Tedavileri deneme, ilaçlarla idare etme	10	66.7
	Diğer, sosyal etmenler	3	20.0
TDP ameliyatını olma nedenleri**	Ağrı-fiziksel şikayetler	11	73.3
	Fonksiyon kaybı-hareket kısıtlılığı	12	80.0
	Hastalığın ilerlemesi-tedaviye yanıt verilmemesi	6	40.0
	Psikososyal ve çevresel etkenler	3	20.0

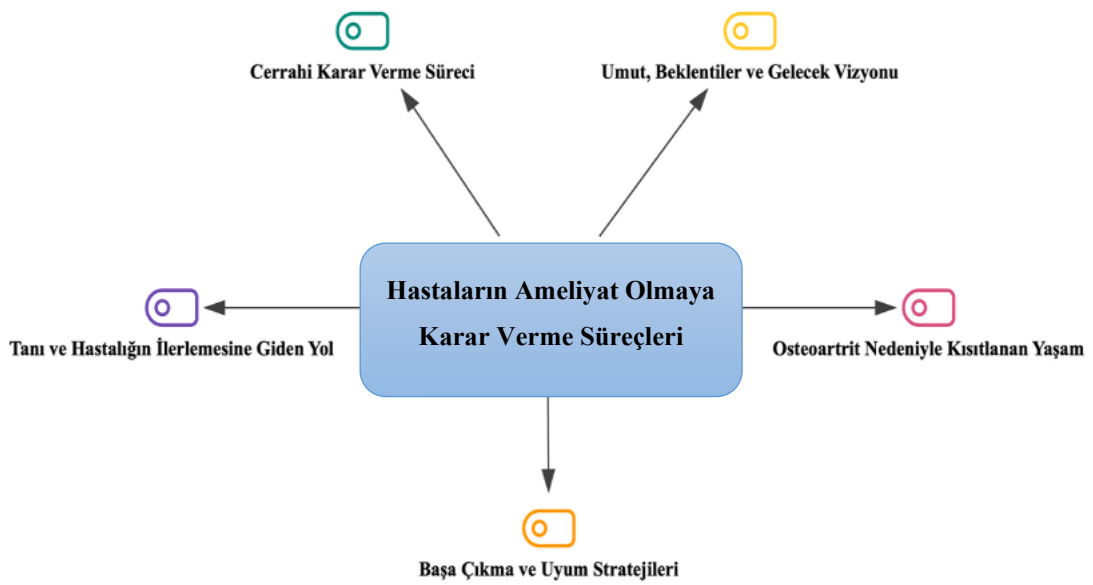
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Mak: Maksimum; Med: Medyan

* Düşme yaşama, ** Birden fazla yanıt içermektedir

4.2.3. Belirlenen Temalar ve Katılımcı Görüşleri

Araştırma, problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular sunulmuştur. Çalışmaya toplamda 15 katılımcı dahil olmuş ve katılımcılar K1-K15 olarak kodlanmıştır.

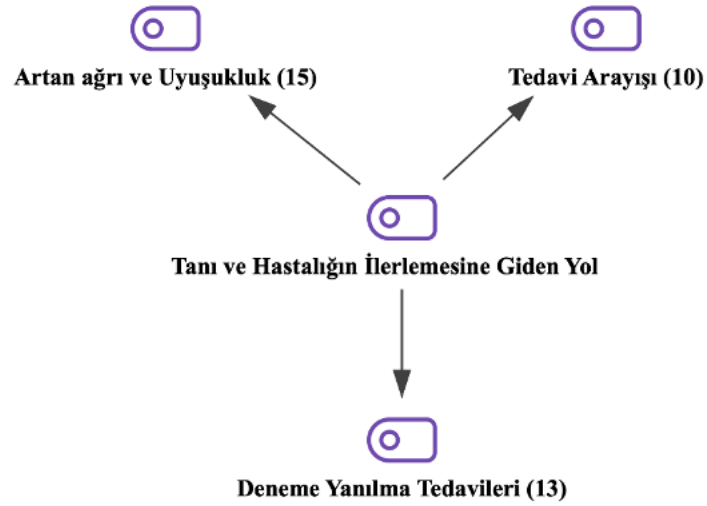
Araştırmada sonuçları 5 tema altında toplanmıştır. Bunlar; tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol, osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam, başa çıkma ve uyum stratejileri, cerrahi karar verme süreci, umut, beklentileri ve gelecek vizyonudur (Şekil 5).



Şekil 5. Temalar Gösterimi

4.2.3.1. Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol Teması

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol” temasına ait 3 kod oluşturulmuştur. Bunlar; tedavi arayışı, deneme yanılma tedavileri, artan ağrı ve uyuşukluktur (Şekil 6).



Şekil 6. Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi

Tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol temasında katılımcılar tedavi arayışı ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ağrı ve uyuşuklukları için çeşitli tedavi arayışında bulunduklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K15 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“... küçük bir işlem yapacağız dedi yaptı ama pek biraz iyi oldum, bir iki sene pek iyi olamadım ben, hep ağrı devam etti, hiç yürüyemedim, yürüyemez oldum artık. Böyle 200 metre gidiyorum gelemiyorum. Biraz ilerliyorum başlıyor böyle batmaya, burası böyle batmaya, böyle batıyo batıyo batıyo hiç yürüyemiyorum. ...” (K6)

“Birkaç tedavi uyguladım, aşağı yukarı üç seneden beri böyle haplarla idare ediyorum, ağrı kesicilerle. Gittim doktorlara aynı onlarda böyle ağrı kesici haplar veriyor. Haplar gezdiriyor tabi yürütüyor ama ara sırada sancı vuruyor ..” (K15)

Tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol temasında katılımcılar deneme yanılma tedavileri ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar uygulanan tedavilerden yanıt alamadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“tedavi yapalım dediler, bir iğne vurdular. İğnenin de pek etkisini görmedim yani ben bilmiyorum başkaları devamlı vurduruyormuş ama...” (K3)

“Kullandım çok kullandım, hep hapla durdum çünkü bugüne kadar, ağrı kesiciler, fizik tedavi gördüm kaç her sene gördüm fizik tedavi. Bu çok (eliyle dizlerini göstererek anlatıyor) bunda da var amma bu az bu çok böyle yorulmadan ağrıyorum anca çok yorulunca ama bunda da başladı bu sene, onda yoktu bu da başladı bu sene..” (K6)

Tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol temasında katılımcılar artan ağrı ve uyuşukluk ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bacakta ağrı ve uyuşukluk hissettiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Bundan 10 yıl önce yavaş yavaş ağrımaya başladı. Baştan tabi hafif hafif sonra sonra ağırlaştı dizim. Yürümekte zorlandım.... (K3)

“İşte 10 sene oldu 10 sene oldu, azar azar çoğaldı. Başta ilkten bu sağ dizimde oldu. Sağlan başladı sonra işte...” (K7)

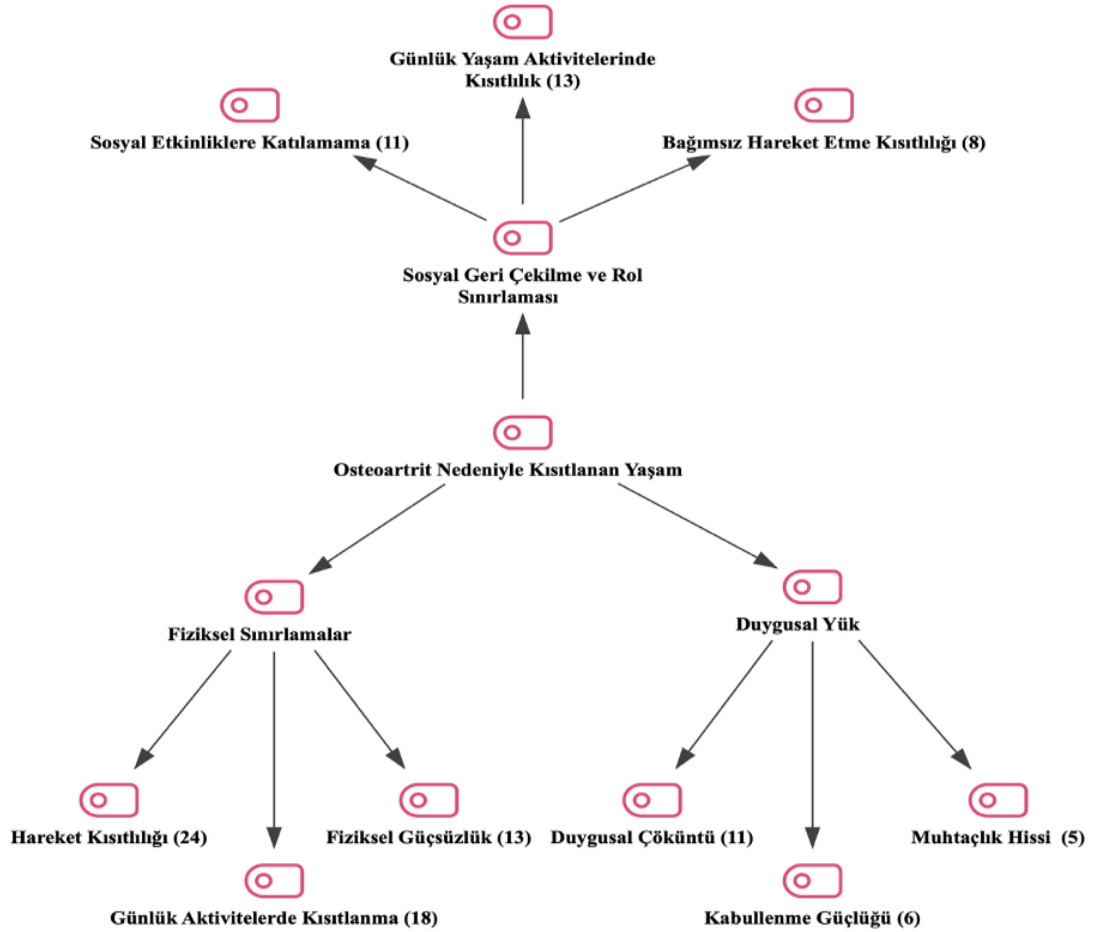
Tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre katılımcı görüşleri artan ağrı ve uyuşukluk kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcılara Göre Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	TOPLAM
▼ Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol																0
• Tedavi Arayışı	1				1	1	2	1		1	1	1			1	10
• Deneme Yanılma Tedavileri		3	1	1		2		1			1	2		1	1	13
• Artan ağrı ve Uyuşukluk		1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15
Σ TOPLAM	1	4	4	2	2	4	3	3	1	2	3	4	1	2	2	38

4.2.3.2. Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam Teması

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam” temasına ait 3 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; fiziksel sınırlamalar, duygusal yük, sosyal geri çekilme ve rol sınırlamasıdır (Şekil 7).



Şekil 7. Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi

4.2.3.2.1 Fiziksel Sınırlamalar

Fiziksel sınırlamalar kategorisi altında 3 kod oluşturulmuştur. Bunlar; hareket kısıtlılığı, fiziksel güçsüzlük, günlük aktivitelerde kısıtlanmadır.

Fiziksel sınırlamalar kategorisinde katılımcılar hareket kısıtlılığı ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hareket kabiliyetlerinin sınırlandığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K4 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Fazla zaten gezmiyorum, ihtiyacım olduğu kadar iniyorum çarşıya...” (K4)

“Ne yürüyebiliyorum, ev işleri de yarım yamalak... Bacaklarımda şimdi işte beni zor götürüyor. Diğer şeylerde yavaş yavaş. Evin içinde hepsi evin içinde. Bağ bahçe işleri yapıyordum bir senedir hiç yapamıyorum.” (K7)

Fiziksel sınırlamalar kategorisinde katılımcılar fiziksel güçsüzlük ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar fiziksel güçlerinde kayıp olduğunu ayağa kalkmadan çekindiklerini düşme korkusu yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Bir saat ııı, on-beş dakikalık yapacağım işi işte yarım saatte falan gecikiyor yani. Çünkü ağırlaşıyorsun, eee çabuk yapamıyorsun o işi. Vücut hemen yapıyım istiyor eskisi gibi ama olmuyor yani...” (K3)

“Ya şimdi ilk ayağım birinde başladı ama sonra öteki ikisi birden olunca şimdi ağrıdığı için buna basıyorum bu acıdığı için direkt buna basıyorum. İkisinden de bu sefer yürümelerim dengesizliğe başladı. Mesela şu şöyle yaptığım zaman ayaklarım böyle şey yapmıyor ıı (ayağa kalkarak duruşunu gösteriyor)” (K10)

Fiziksel sınırlamalar kategorisinde katılımcılar günlük aktivitelerde kısıtlanma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar gündelik yaşamlarındaki sosyal ve ekonomik katılım göstermekte zorlandıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K1 ve K9 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Zorlanıyorum ev işlerinden ev işlerinden hiç başka bir şey yok sadece mutfakta yemek evin temizliği işi başka hiçbir işim yok hiçbir işim yok başka ama o bile gelmiyor yani mutfakta bir saat yemekte başında dur ya da çamaşır bulaşıkları yıkayacan ya da makineye atıcan ya da hazırlıcam yemek yapcan en kolay işte o işleri yapmakta bir saat yarım saat ayakta kal tamam gidiyorsun üç saat yatıyorsun başlıyor çünkü çok şiddetli ağrıyor” (K1)

“...Tarlada bahçede ekiyorum yazın ekiyorum ona da devam ediyorum. Ekiyorum tavuklarımız var diyelim yemliyorum temizliyorum su veriyorum

yani oturacak çok zamanımız yok. O işleri yaparken de zorluyor dizim. Ağır bir şeyi alamıyorum. Yani ı bizde doğal gaz yok köy yeri eee bir kova odun aldığımız zaman var ya zorlanıyorum. Dinlene dinlene anca yukarıya kadar götürebilirim. Yani onun için benim için zor oluyor. Ev işleri kendi işlerimde... ” (K9)

4.2.3.2.2. Duygusal Yük

Duygusal yük kategorisi altında 3 kod oluşturulmuştur. Bunlar; duygusal çöküntü, muhtaçlık hissi, kabullenme güçlüğüdür.

Duygusal yük kategorisinde katılımcılar duygusal çöküntü ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar duygusal ve psikolojik yıpranma yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K5 ve K10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Etkilemez mi, etkilemez mi. İnsan kahroluyor neden böyle oldum ben diye. Bazen oturup ağladığım bile oluyor. Ya şimdi şöyle düşünüyorsun yani ben diyorsun her şeyi yapabilen insandım ne duruma geldim. Yapamıyorsun, yapamayınca da insanın gücüne gidiyor. Ondan sonra işte (üzgün bi şekilde gülümseyerek iç çekiyor) ayy. (Ağlayarak devam ediyor). Etkiliyor insanı.” (K5)

“...Zorlanıyorum yani yapamıyorum bazen ağlıyorum. Ya daha duygusal oluyorum şimdi böyle kendim böyle değildim ya gördüğüm zaman daha da böyle duygusal oluyorum...” (K10)

Duygusal yük kategorisinde katılımcılar muhtaçlık hissi ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar fiziksel bağımsızlığın azalmasıyla birlikte başkalarına ihtiyaç olmanın duygusal baskısını hissettiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“..İnsan ne biliyim ben yani (sessizlik) kızıyor yani bazen kendine yapamıyorum diye eskiye bakınca ee hemen anında yapıp o işini bitirip oturuyordum mesela el işi yapıyordum e şimdi o yok ki anca onları

*toplarlıyorsun oda yarım yani bazen iyice içim hiç ağrısı sızısı bırakıyorum
yani zor oluyo....” (K3)*

“..Bunlara muhtacım yani ya çocuk götürecek ya herif..” (K7)

Duygusal yük kategorisinde katılımcılar kabullenme güçlüğü ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastalığı kabullenmekte güçlük yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K5 ve K8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

*“... Ya şimdi şöyle düşünüyorsun yani ben diyorsun her şeyi yapabilen
insandım ne duruma geldim. Yapamıyorsun, yapamayınca da insanın gücüne
gidiyor. ...” (K5)*

*“...Öyle diyim çünkü benden yaşlılar daha iyi gidiyor. Kendimi kendim
beğenmiyorum. Mesela şuraya biri gelmiş bakıym o güzel güzel yürüyor.
Ben onu gibi yürüyemem benden daha yaşlı kadın ama ben onun gibi
yürüyemem...” (K8)*

4.2.3.2.3. Sosyal Geri Çekilme ve Rol Sınırlaması

Sosyal geri çekilme ve rol sınırlaması kategorisi altında 3 kod oluşturulmuştur. Bunlar; günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, sosyal etkinliklere katılamama, bağımsız hareket etme kısıtlılığıdır.

Sosyal geri çekilme ve rol sınırlaması kategorisinde katılımcılar günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar gündelik sosyal yaşam faaliyetlerine katılamadıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

*"100 metreden fazla yürüyemiyorum, mahallede pazar var o pazara
gidiyorum gelirken dinlene dinlene geliyorum başka bir yere gidemiyorum,
durak duraksıya azcık duruyorum dinleniyorum orda yolla oturaklar var
durakta orda dinleniyorum, öyle geliyorum” (K6)*

*“...Geziyordum seviyordum mesela alışveriş yapmayı seviyordum gezmeyi
seviyordum. Vakti geldi gezdik. Kendimde gezerdim ben seviyordum ama
gezemeyince n'olacak evde oturuyorum. Bir senedir hiç gidemiyorum.” (K7)*

Sosyal geri çekilme ve rol sınırlaması kategorisinde katılımcılar sosyal etkinliklere katılamama ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar sosyal etkinliklere gidemediklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K14 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Her şeye katılamamak oda zor bir şey o düşün oluyor bir yere gidemiyorsun çarşıya zaten inen yok çarşıda hiç gezemiyorum...” (K6)

“Hepsi çok felaket diyorum ya tüm komşulara camdan bakıyorum böyle hani insene diyorlar gelelim de oturalım. Kocaman asmam var böyle çardaklı çok güzel evim var, böyle oturuyoruz. Siz gelin diyorum nasıl geliyim...” (K14)

Sosyal geri çekilme ve rol sınırlaması kategorisinde katılımcılar bağımsız hareket etme kısıtlılığı ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar bağımsız hareket etmelerinin sınırlı olmasından dolayı dış destek ile sosyalleşebildiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K5-K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Eee gelip böyle pazarında çarşısında gezmek istiyorum ama bacaklar gitmiyor zaten cesaret edip çıkamıyorum tek başına.” (K5)

“Bir yere gideceksem koluna gidiyorum birisinin... Zaten kapısına kadar götürüyor beni...” (K7)

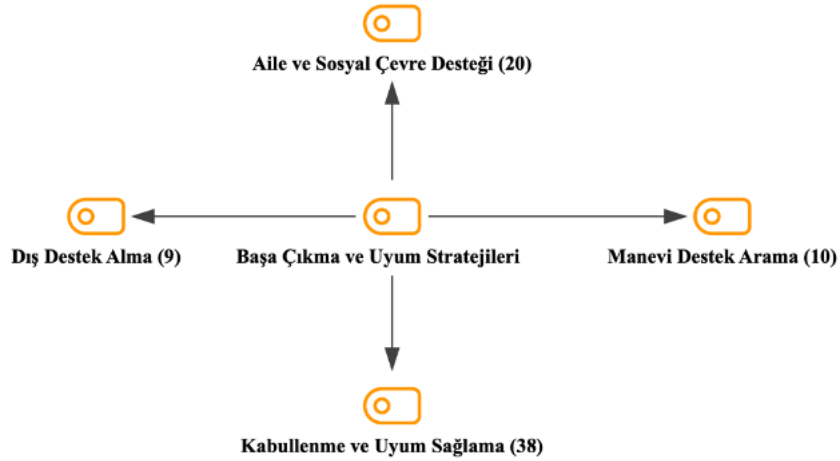
Osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre katılımcı görüşleri hareket kısıtlılığı, günlük aktivitelerde kısıtlama, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcılara Göre Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	TOPLAM
Osteoartrit Nedeniyle Kısıtlanan Yaşam																0
Fiziksel Sınırlamalar																0
Hareket Kısıtlılığı	5	1	1	2	1	1	2	2	2	3	1	1		1	1	24
Fiziksel Güçsüzlük	4		1				3	1		2				1	1	13
Günlük Aktivitelerde Kısıtlama	3		1	1			1	1	2	3	2	1		2		18
Duygusal Yük																0
Duygusal Çöküntü	2	1		1	1			1	1	1	1		1	1		11
Muhtaçlık Hissi			1	1			1	1						1		5
Kabullenme Güçlüğü					2			1	1					1		6
Sosyal Geri Çekilme ve Rol Sınırlaması																0
Günlük Yaşam Aktivitelerinde Kısıtlılık		1	2			2	2		1	1	1	1		1	1	13
Sosyal Etkinliklere Katılamama		1	2			2	2		1	1				2		11
Bağımsız Hareket Etme Kısıtlılığı		1				1	1	2		1					1	8
TOPLAM	14	5	8	5	5	8	13	8	9	10	5	4	1	10	4	109

4.2.3.3. Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri Teması

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “başa çıkma ve uyum stratejileri” temasına ait 4 kod oluşturulmuştur. Bunlar; aile ve sosyal çevre desteği, kabullenme ve uyum sağlama, manevi destek arama, dış destek alma (Şekil 8).



Şekil 8. Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi

Baş çıkma ve uyum stratejileri temasında katılımcılar aile ve sosyal çevre desteği ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar süreç boyunca aile ve sosyal çevrelerinden destek aldıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K6 ve K12 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Komşularım var, iyi olursun iyi olursun ol ol, onlar bana destek verdi o olmuş bu olmuş, tabi olanlar var yani o iyi olmuş bu olmuş destek verdiler yani. Benim gidemediğim zaman gelende oluyor gelmeyen de, geliyorlar canım” (K6)

“...Yani kardeşim sağ olsun çok faydası var. Aynı binada oturuyoruz biz onun desteği var...” (K12)

Baş çıkma ve uyum stratejileri temasında katılımcılar kabullenme ve uyum sağlama ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar fiziksel kısıtlılıklara uyum

sağladıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“...Kim yardım edecek kendimiz. Kayın validem var oda kendini şey yaparsa iyi kötü odasını toparlıyor. Daha yani eli ayağı tutuyor, onla beraberiz. O kendi şeyini yapıyor. Onun eli ayağı sağlam yani benden şey yani uı dinç yani...” (K3)

“...dinlene dinlene onları yapıyorum kendi işimi kendim görüyorum yavaş yavaş görüyorum. Banyo yapma lavaboya gitme onlarda yok onları yapıyorum...” (K6)

Başa çıkma ve uyum stratejileri temasında katılımcılar manevi destek arama ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar manevi destek aradıklarını dini inançlara ve hobilere yöneldiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K4 ve K11 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“... Bazen şükrediyorum Allaha, dualarla duruyorum diyeyim yani. Allah gerçekten okudukça böyle insana çok ferahlık veriyor...” (K4)

“..Hep hep Allaha yalvardım. Hep dua ettim kendime kurban olduğum Allah’ım işte beni kimseye muhtaç etme, elden ayaktan düşürme...” (K11)

Başa çıkma ve uyum stratejileri temasında katılımcılar dış destek alma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar fiziksel işlerde dış desteğe ihtiyaç duyduklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K8 ve K14 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“..Ya destek oldular zeytin zamanı, olmak için oldular. Torunlar geldi hatta hep giriyoruz...” (K8)

“Ben titiz bir insandım artık her şeyi saldı o bana bakıyor ben ona bakıyorum, Allah’ım ya rabbim, gençlere diyorum...” (K14)

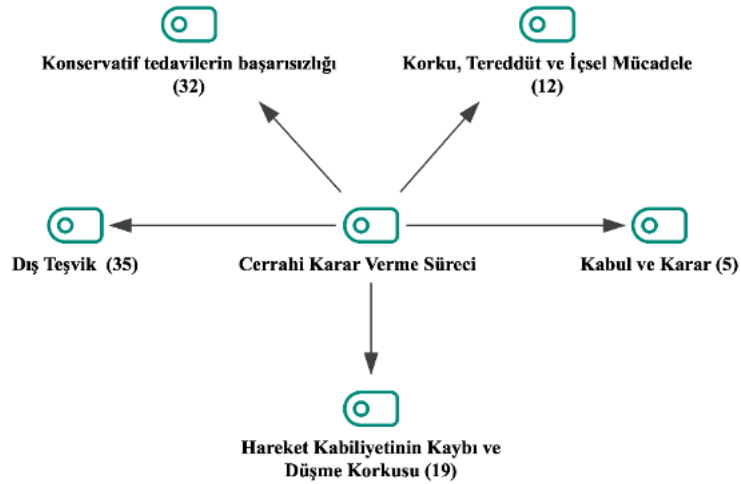
Başa çıkma ve uyum stratejileri teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre katılımcı görüşleri kabullenme ve uyum, aile ve sosyal çevre desteği kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcılara Göre Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	TOPLAM
▼ Başa Çıkma ve Uyum Stratejileri																0
● Aile ve Sosyal Çevre Desteği		3	1	1	2	2	1	1	1	2		2	2	1	1	20
● Kabullenme ve Uyum Sağlama	6	5	3	4	2	1	1	1		2	2	1	4	2	4	38
● Manevi Destek Arama	1	1		2	1			1	1		1	1	1			10
● Dış Destek Alma	1	1			1		1	1		1				3		9
Σ TOPLAM	8	10	4	7	6	3	3	4	2	5	3	4	7	6	5	77

4.2.3.4. Cerrahi Karar Verme Süreci Teması

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “cerrahi karar verme süreci” temasına ait 5 kod oluşturulmuştur. Bunlar; dış teşvik, konservatif tedavilerin başarısızlığı, hareket kabiliyetinin kaybı ve düşme korkusu, kabul ve karar, korku, tereddüt ve içsel mücadeledir (Şekil 9).



Şekil 9. Cerrahi Karar Verme Süreci Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi

Cerrahi karar verme süreci temasında katılımcılar dış teşvik ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar sosyal çevre ve doktor yönlendirmesiyle ameliyat olmaya karar verdiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K5 ve K10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“..arkadaşım dedi ya dedi ben boşuna 15 sene çekmişim, hiç dedi çekme dedi. Oda burada işte şeye olmuş. Oldum dedi dünya varmış dedi, ne çekiyorsun git hemen ol dedi bana. ...” (K5)

“...iki tane oğlum var onlar işte yani anne ol ol herkes oluyor karar ver yani böyle acı çekme...” (K10)

Cerrahi karar verme süreci temasında katılımcılar konservatif tedavilerin başarısızlığı ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar tedavilerin başarısız sonuçlanması nedeniyle ameliyat olmaya karar verdiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K5 ve K12 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Geçen sene yetti canıma valla, çok ağrı çektim geçen sene, o hapları kullanana kadar, kolajenlerden sonra. Tedavisi yok ki geldim geldim doktora...” (K5)

“İğne oldum hiç kar etmedi, hiçbir şey hiçbir fark etmedi. Neden olayım iğne boş boş ...” (K5).

“Valla ameliyata karar verdim işte durmadan iğne yaptım düzelme yok şey yok, nereye kadar...” (K12)

Cerrahi karar verme süreci temasında katılımcılar hareket kabiliyetinin kaybı ve düşme korkusu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hareket kabiliyetinin sınırlandığını ve bu nedenle ameliyat olmaya karar verdiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K1 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“... artık tamam dedim, tamam yürümüyorum artık olacağım dedim...” (K1)

“..yürüyemiyorum be (sessizlik). Yürüyemiyorum. İş yapamıyorum. İş yapan gezer insana çok zor.” (K7)

Cerrahi karar verme süreci temasında katılımcılar kabul ve karar ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kişisel karar ve dirençle ameliyat olma kararı verdiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K12 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“...ben karar verdim mi benim kararsa karar benim yani ilerisi gerisi yok dedim, biri ikim yok derim her zaman. Benim şeyim tekdir derim ya evet ya hayır.” (K12)

Cerrahi karar verme süreci temasında katılımcılar korku, tereddüt ve içsel mücadele ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ameliyat olma kararının endişe ve stres yarattığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K3 ve K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“...yani şimdi tereddütte kalıyor insan acaba diyo nasıl olcam nasıl gitcem...” (K3)

“...biraz stresim var. Biraz stresim var ama...gene de o kadar değil zannediyorum ama önce çoktu...” (K7)

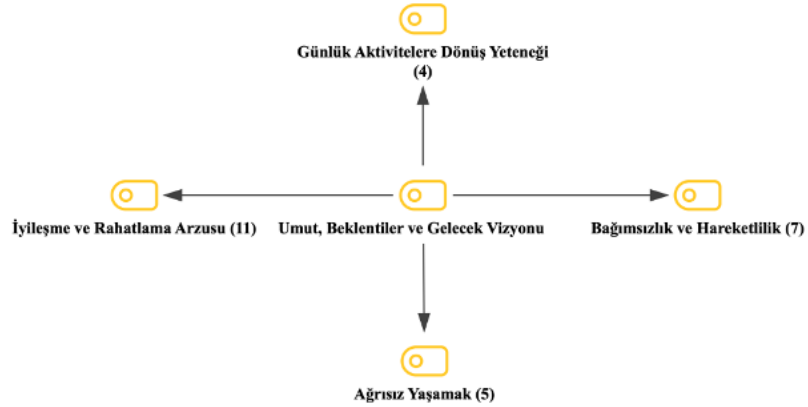
Cerrahi karar verme süreci teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre katılımcı görüşleri konservatif tedavilerin başarısızlığı, dış teşvik kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcılara Göre Cerrahi Karar Verme Süreci

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	TOPLAM
▼ Cerrahi Karar Verme Süreci																0
• Hareket Kabiliyetinin Kaybı ve Düşme Korkusu	3		2		2	2	2	2		1	1			2	2	19
• Konservatif tedavilerin başarısızlığı	1	1	3	1	2	5	1	2	4	3	1	3	1	2	2	32
• Dış Teşvik	3	4	3	2	4	4	2	2		2	2		4	1	2	35
• Korku, Tereddüt ve İçsel Mücadele		1	2		1	3	1	1	2	1						12
• Kabul ve Karar	1			1		1						1		1		5
Σ TOPLAM	8	6	10	4	9	15	6	7	6	7	4	4	5	6	6	103

4.2.3.5. Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu Teması

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “umut, beklentiler ve gelecek vizyonu” temasına ait 4 kod oluşturulmuştur. Bunlar; iyileşme ve rahatlama arzusu, bağımsızlık ve hareketlilik, günlük aktivitelere dönüş yeteneği, ağrısız yaşamaktır (Şekil 10).



Şekil 10. Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi

Umut, beklentiler ve gelecek vizyonu temasında katılımcılar iyileşme ve rahatlama arzusu ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar sağlıklarına kavuşma ve iyileşme umudu taşıdıklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K5 ve K10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Valla iyi olmak işte beklentimde iyi olup bir an önce ...” (K5)

“Ya ben iyileşeceğimi düşündüm hep (gülüyor) inşallah...” (K10)

Umut, beklentiler ve gelecek vizyonu temasında katılımcılar bağımsızlık ve hareketlilik ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar kendilerine yetebilme beklentisinde olduklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“En azında işlere yetebileyim onun için yoksa öyle amacım o kadar be ya kendi kendime işleri yapmak için. Ev içinde gezineyim kendi işimi kendim göreyim onun için...” (K7)

Umut, beklentiler ve gelecek vizyonu temasında katılımcılar günlük aktivitelere dönüş yeteneği ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar fiziksel hareketliliği kazanarak gündelik aktivitelerini gerçekleştirmek istediklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K13 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“İnşallah güzel yürücem, temennim bu. Yani rahat yürücem, namazımı rahat kılcam...” (K13)

Umut, beklentiler ve gelecek vizyonu temasında katılımcılar ağrısız yaşamak ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar ağrısız ve konforlu bir hayat yaşamayı dilediklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili K11 ve K13 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Ameliyattan sonra rahat bir hayat yaşamak istiyorum, ağrısız sızısız böyle geziyim dolaşığım...” (K11)

“Ameliyat sonrası beklentim rahat yürümek. Acısız uyumak, acısız (sessizlik). Rahat rahat yürümek, uyumak, acısız iş yapmak. Ee bazı ufak tefek pazara gidip gelirken ağrım olmayacak inşallah...” (K13)

Umut, beklentiler ve gelecek vizyonu teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre katılımcı görüşleri iyileşme ve rahatlama arzusu, bağımsızlık ve hareketlilik kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcılara Göre Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	TOPLAM
Umut, Beklentiler ve Gelecek Vizyonu																0
İyileşme ve Rahatlama Arzusu	2			2	1	1				2			1	1	1	11
Bağımsızlık ve Hareketlilik		1					1	2	2		1					7
Günlük Aktivitelere Dönüş Yeteneği							1						3			4
Ağrısız Yaşamak								1	1		2		1			5
TOPLAM	2	1	0	2	1	1	2	3	3	2	3	0	5	1	1	27

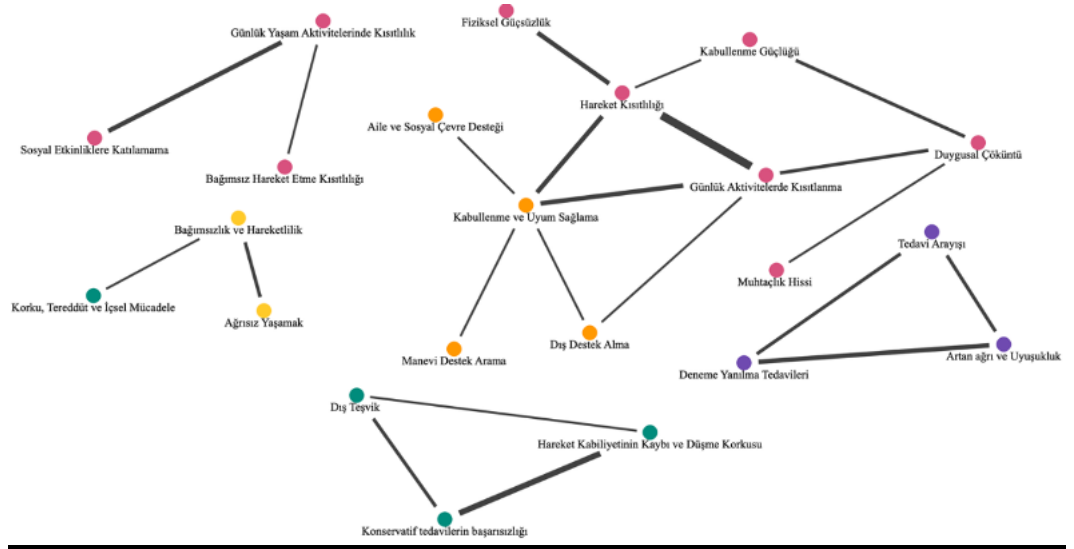
Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı incelenmiştir. Daha büyük puntolu olarak gösterilen kodlar daha yoğun olarak kullanılan ifadeleri gösterirken, daha

küçük puntolu olan ifadeler, kodların daha az yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir (Şekil 11).



Şekil 11. Kod Bulutu

Katılımcılar tarafından sıkça bahsedilen kodlar incelenmiştir. Harita, kodlar arasındaki ilişkileri ve hangi kodların sıklıkla birlikte anıldığını göstermektedir. Çizgiler, birlikte bahsedilen daha sık bahsedilen kodların ilişkisini yansıtmak için daha geniş gösterilmiştir. Buna göre kabullenme ve uyum sağlama kodundan bahseden katılımcıların; aynı zamanda aile ve sosyal çevre desteği, manevi destek arama, dış destek alma, hareket kısıtlılığı kodlarından da bahsettiği görülmüştür (Şekil 12).



Şekil 12. Kod Haritası

Nitel-Nicel Veri Entegrasyonu

Nicel ve nitel veri sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, OA semptomlarının şiddetinin artması, hastalarda ağrı ve fiziksel fonksiyon kaybını da arttırdığı bu durumun bireylerin GYA'de zorlanmasına ve ameliyata ilişkin korku düzeyleri etkilediği belirlenmiştir. Nitel görüşmelerde hastalar, ağrı ve hareket kısıtlılığının günlük yaşamlarını fiziksel, duygusal, sosyal olarak etkilediğini, bu etkileri ile başa çıkma mekanizmalarını kullandıklarını belirtmişlerdir. Dizlerindeki bu etkiler yaşam kalitelerinde azalmaya neden olsa da buna rağmen bağımsızlıklarını korumaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Nicel bulgular da GYAÖ puanlarının yüksek olmasıyla bağımsızlığın sürdüğünü, ancak WOMAC OA İndeksindeki artışın da semptomların GYA'ni etkilediği, zorlandığını göstermiştir. Hastaların dizlerinde OA semptomların şiddetinin artması ameliyat korkularının arttırdığı ve ameliyata karar vermede kaygı yaşadıkları belirlenmiştir. Nicel ve nitel bölüm veri setleri birlikte ele alındığında, hastaların diz protezi ameliyatına karar verme sürecinin karmaşık olduğu, bu karar verme sürecinin semptom şiddeti, fonksiyonel sınırlılık ve duygusal süreçlerin etkileşimiyle şekillendiği görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 24. Nitel-Nicel Veri Entegrasyon Tablosu

Nitel Tema	Temadan Elde Edilen Ana İlgörüler	Nicel Bulgular ile İlişki	Entegrasyon Yorumu
Tanı ve Hastalığın İlerlemesine Giden Yol	Bu temada araştırmaya katılan hastaların tedavi arayışı içinde oldukları, deneme yanılma tedavileri uyguladıkları, hastalığın semptomlarını azaltmada ilerleyen süreçte etkisi olmadığını belirttikleri, hastalığın ilerlemesiyle ağrı ve uyusukluklarının	Hastaların ameliyat öncesi WOMAC OA İndeksi ortalaması 73.35 ± 7.98 olduğu; alt boyutlarının ise ağrı puan ortalaması 13.68 ± 2.04 , tutukluk puan ortalaması 5.29 ± 1.20 , fiziksel fonksiyon puan	Nitel bulgular, nicel olarak ölçülen osteoartrit ağrı, tutukluluk, fonksiyon işlev kaybının güncel ve ilerleyici bir süreç

	arttığı görülmüştür. Bu temada katılımcı görüşleri artan ağrı ve uyuşukluk kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür.	ortalaması ise 54.38 ± 6.51 olduğu belirlenmiştir. Hastaların (%100) hastalıklarıyla ilgili tedavi gördüğü, %23.3'ünün yalnızca ilaç tedavisi, %58.6'sı ilaç ve enjeksiyon tedavisi, %10.3'ü ilaç-enjeksiyon-fizik tedavi kombinasyonunu almış olduğu belirlenmiştir.	olduğunu, uygulanan deneme yanılma tedavilerin hastalığın ilerlemesinde etkili olmadığını doğrulamaktadır.
Osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam	Araştırmaya katılan hastaların hastalık sürecince yaşamlarının kısıtlandığını; bu kısıtlılığının fiziksel, duygusal ve sosyal olarak etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu temada üç alt kategori belirginleşmiştir: fiziksel sınırlamalar, duygusal yük, sosyal geri çekilme ve rol sınırlamasıdır.	Hastaların ameliyat öncesi WOMAC OA İndeksi ortalaması 73.35 ± 7.98 olduğu ve fiziksel fonksiyon puan ortalamasının ise 54.38 ± 6.51 olduğu belirlenmiştir. Hastaların GYAÖ'den aldıkları puan ortalaması 17.38 ± 0.95 'tir. GYAÖ puanları ile WOMAC OA İndeksi ($r_s = -0.415$; $p < 0.001$), ağrı ($r_s = -0.258$; $p = 0.005$) ve fiziksel fonksiyon ($r_s = -0.414$; $p < 0.001$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların ameliyatına karar vermede	Nitel bulgular, nicel olarak ölçülen hastalık sürecinin fiziksel, duygusal ve sosyal etkilerini ve tüm bunların ameliyata karar vermede etkili olabileceğini doğrulamaktadır.

		etkili nedenler olarak (%73.3'ü fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı, %56.0'sı ağrı ve fiziksel şikayetler, %37.9'u ise hastalığın ilerlemesi veya tedaviye yanıt alınamaması, %12.9' u psikososyal ve çevresel etkenler olarak belirtmiştir.	
Başa çıkma ve uyum stratejileri	Araştırmaya katılan hastaların görüşleri doğrultusunda aile ve sosyal çevre desteği, kabullenme ve uyum sağlama, manevi destek arama, dış destek alma öne çıkan baş etme yollarıdır. Bu temada katılımcı görüşleri kabullenme ve uyum, aile ve sosyal çevre desteği kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür	Hastaların medeni durumuna göre WOMAC OA İndeksi fiziksel fonksiyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.043). Bekar bireylerin fiziksel fonksiyon puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların ameliyata karar verme nedenleri içinde psikososyal ve çevresel etkenler (%12.9) yer almıştır. Ameliyata karar vermede aile ve çevresinin desteğinin olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların GYAÖ'den aldıkları puan ortalaması 17.38±0.95'tir. Hastaların osteoartrit semptomları yaşantılarını	Niteliksel bulgular, aile ve çevresel desteğin başa çıkmayı kolaylaştıran ve cerrahi karar vermeyi etkileyen önemli kaynaklar olduğunu göstererek niceliksel sonuçları desteklemektedir. Anlatımlar ayrıca, hastaların çeşitli başa çıkma stratejileri kullandığını ve bu stratejilerin, özellikle kabul, uyum ve sosyal destek, cerrahiye hazır olmayı şekillendirmede işlevsel durum ve

		etkilemiş olsa da günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hastalar ameliyatına karar vermede etkili nedenler olarak %73.3'ü fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı, %56.0'sı ağrı ve fiziksel şikayetler, %37.9'u ise hastalığın ilerlemesi veya tedaviye yanıt alınamaması, %12.9' u psikososyal ve çevresel etkenler olarak belirtmiştir.	psikososyal faktörlerle kesiştiğini vurgulamaktadır.
Cerrahi karar verme süreci	Bu temada araştırmaya katılan hastaların görüşleri doğrultusunda; dış teşvik, konservatif tedavilerin başarısızlığı, hareket kabiliyetinin kaybı ve düşme korkusu, kabul ve karar, korku, tereddüt ve içsel mücadelenin ameliyata karar vermede etkili olduğu görülmüştür. Katılımcı görüşleri konservatif tedavilerin başarısızlığı, dış teşvik kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür. Karar genellikle konservatif tedavilerin başarısızlığından sonra verilmiştir. Karar öncesi korku ve içsel mücadele yaygındır.	Hastaların ameliyat kararını erteleme nedenleri olarak: korku ve kaygı %44.0, yaş ve hekim önerisi %42.2, ilaçlarla idare etme veya alternatif tedavileri deneme isteği %37.1 ve diğer-sosyal faktörler %21.6 olarak belirlenmişlerdir. CKÖ toplam puanı 43.28 ± 8.52 olduğu belirlenmiştir.	Niteliksel bulgular, konservatif tedavilerin başarısızlığı, hareket kabiliyetinin azalması ve hastalık yükünün artmasının ameliyat kararı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstererek niceliksel sonuçları desteklemektedir. Ayrıca, katılımcıların korku ve iç

			çatışma ile ilgili açıklamaları, niceliksel olarak ölçülen ameliyat korkusu ile uyumludur ve bu da duygusal tereddüttün ameliyatın ertelenmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir.
Umut, beklentiler ve gelecek vizyonu	Araştırmaya katılan hastaların ameliyattan beklentileri; iyileşme ve rahatlama arzusu, bağımsızlık ve hareketlilik, günlük aktivitelere dönüş yeteneği, ağrısız yaşamaktır. Katılımcı görüşleri iyileşme ve rahatlama arzusu, bağımsızlık ve hareketlilik kodları üzerine yoğunlaştığı görülmüştür.	CKÖ alt boyutlarından kısa dönem cerrahi korku ortalaması 26.90 ± 6.06, uzun dönem cerrahi korku ortalaması ise 16.38 ± 4.60 olarak belirlenmiştir. WOMAC OA İndeksi puanındaki artış, cerrahi korkusu düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir artışla ilişkilidir.	Nitel bulgular, nicel olarak ölçülen ameliyat sonrası kısa ve uzun dönem korkularının düşük olması ameliyat sonrası süreç ile ilgili beklentilerinin yüksek olduğunu özellikle uzun dönem cerrahi korku puanının düşük olması katılımcıların iyileşme ve rahatlama arzularını doğrulamaktadır.

5. Tartışma

Literatürde diz rahatsızlığı yaşayan ve diz protezi ameliyatına karar verme süreçlerini inceleyen çalışmalar yetersizdir. Hastaların hastalık sürecinden ameliyata kadar yaşadıkları deneyimler ve karar verme süreçlerini etkileyen faktörler yeterince araştırılmamıştır (Barlow et al., 2018; Choi et al., 2022; Najafi et al., 2023; Lim et al., 2025). Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemi inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır (Barlow et al., 2018; Choi et al., 2022; Najafi et al., 2023; Lim et al., 2025). Bu araştırmada, TDP ameliyatı olan hastalarla ameliyat öncesi dönemde yüz yüze görüşülerek, osteoartrite bağlı semptomların günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi, uzun ve kısa dönem cerrahi korku düzeyi, günlük yaşam aktiviteleri, hastalık süreci, ameliyatı erteleme gerekçeleri ve ameliyat kararını etkileyen faktörler hastaların yanıtları doğrultusunda incelenmiştir. Ayrıca TDP ameliyatı olmaya karar veren hastalar ile ameliyat öncesinde yarı yapılandırılmış bireysel derinlemesine görüşmeler yapılarak hastaların yaşadıkları zorlukların, deneyimlerinin, ameliyata karar verme süreçlerinin ve bu süreçleri etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. İki bölümden elde edilen sonuçların entegrasyonu yapılarak sunulmuştur. Tartışma bölümü araştırma sonuçları doğrultusunda alt başlıklar halinde tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Osteoartrit görülme sıklığı yaş ile artmaktadır (Hügler et al., 2012). Osteoartrit gelişme riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Özellikle menopoz sonrası hormonal değişikliklerin olumsuz etkileri bu riski artırmaktadır (Joseph et al., 2023; Wahyuni et al., 2023; Messier, 2024). Bu araştırmada da katılımcıların yaş ortalaması 67.89 ± 5.43 olup, hastaların çoğunun kadın hastalardan oluştuğu görülmüştür. Literatürdeki benzer çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir, ameliyat olan hastaların yaş ortalaması 60'ın üzerinde olup, hastaların çoğu kadınlardan oluşmaktadır (Al Thaher et al., 2021; Edwards et al., 2022; Dinç ve Yılmaz Güven, 2023; Özdemir ve Karazeybek, 2024).

Obez bireylerde osteoartrit gelişme riski, normal kilolu bireylere göre önemli ölçüde daha yüksektir (Joseph ve et al., 2023; Wahyuni et al., 2023). Bu araştırmada katılımcıların BKİ ortalaması 32.45 ± 4.02 olup, %75.0'inin obez grubunda yer aldığı

belirlenmiştir. Genç yaşta ve orta yaşta yüksek BKİ'nin, ilerleyen yaşlarda TDP gereksinimi riskini artırdığını belirtmiştir. Kilo kontrolünün yapılması özellikle ilerleyen yaşlarda TDP ameliyatı gerekliliğini azaltabilir, TDP ameliyatı sonrası komplikasyonları önleyebilir ve iyileşmeyi sürecinin kısa olmasını sağlayabilir (Jester & Rodney, 2021).

Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu ve altı olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de TDP ile yürütülen çalışmalarda da benzer şekilde hastaların çoğunun eğitim düzeylerinin ilköğretim seviyesindedir (Kaya ve Yılmaz, 2021; Dinç ve Yılmaz Güven, 2023). Bu durum, TDP yapılan hastaların çoğunlukla ileri yaş grubunda, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler olduğunu düşündürmektedir. Araştırmada katılımcıların yarısı ilçede, diğer yarısına yakınında köy veya kasabada ikamet ettiği belirlenmiştir. Araştırmanın ilçe eğitim araştırma hastanesinde yürütülmesinden dolayı tahmin edilebilir bir sonuçtur. Katılımcıların eğitim düzeylerinin düşük olmasının da yaşanan yer ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca katılımcıların yaklaşık yarısının zemin katta yaşadığı belirlenmiştir, katılımcıların yarısının köy veya kasabada ikamet etmesi nedeniyle beklenebilen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada hastaların hastalıklarıyla ilgili en az ilaç tedavisi gördüğü tespit edilirken, ek olarak enjeksiyon tedavisi, fizik tedavi desteğinin de aldıkları görülmüştür. Bu durum hastalık süreci ile ilgili tedavi aradıkları ilk seçenek olarak cerrahi tedaviye yönelmediklerini göstermektedir. Diz osteoartrit tedavi yöntemlerinde farmakolojik, farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri denenmeli, bireylerin şikayetleri artarak devam ediyorsa cerrahi olmayan yöntemler artık etkili olmuyorsa cerrahi tedaviye geçilmesi önerilmektedir (Arden et al., 2021; Hsu & Siwec, 2023). Diz osteoartritli hastalar şiddetli eklem ağrısı, sertlik ve hareket kısıtlılığı ile karakterize olup, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilenen bireylerdir ve genellikle ilaç, fizik tedavi veya enjeksiyon gibi konservatif tedavilere şikayetleri kontrol altına alınmayan yanıt vermeyen kişilerdir (Konnyu et al., 2023; Varacallo, et al., 2024). Bu araştırmada da katılımcıların hepsinin ameliyata karar vermeden önce başta ilaç tedavisi olmak üzere, ilaç-enjeksiyon tedavisi, fizik tedavi gibi farklı tedavi türlerini de uyguladıkları belirlenmiştir.

Araştırmada hastaların rahatsızlıktan etkilendiği diz tarafı sorulduğunda yarısından fazlası her iki dizinde etkilendiğini belirtmiştir. Ameliyat planlanan taraf incelendiğinde sol ve sağ diz olarak belirgin bir fark olmamakla beraber sol dizden ameliyat planlanan hasta oranının biraz daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarla benzer sonuç elde edilmiştir, ameliyat yapılan taraflar arasında belirgin bir fark yoktur (Korkmaz ve Korkmaz, 2022; Canbolat Seyman ve Kaya, 2023).

Araştırmada ameliyat kararını erteleme nedenleri arasında hastaların belirttiği faktörlerin: korku ve kaygı, yaş ve hekim önerisi, ilaçlarla idare etme veya alternatif tedavileri deneme isteği ve çevresel-sosyal faktörler olduğu görülmüştür. Diz protezi ameliyatına karar vermede etkili olan nedenler ise: fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı, ağrı ve fiziksel şikayetler, hastalığın ilerlemesi veya tedaviye yanıt alınamaması ve psikososyal etkenlerin yer aldığı belirlenmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, hastaların olumlu ve olumsuz deneyimleri ile süreç hakkındaki çevreden ve farklı kaynaklardan edindikleri bilgilerin ameliyat olma kararlarını etkilediği belirtilmektedir (Kaya ve Bilik, 2020; Najafi et al., 2023; Wang et al., 2024).

5.2.WOMAC OA İndeksi ile ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların ameliyat öncesi WOMAC OA toplam puanları yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada da benzer puanlar elde edilmiş olup, bu durum TDP adaylarında ameliyat öncesi osteoartrit semptomlarının GYA'nı ciddi şekilde etkilediğini desteklemektedir (Eke & Akcal 2023). Öte yandan, bir başka çalışmada daha düşük puanlar bildirilmiştir (Doğan v& Taşcı, 2022); bu fark, çalışmadaki katılımcıların diz osteoartritli olmasına rağmen henüz ameliyat kararı sürecinde olmamalarından kaynaklanabilir. Bu bulgular, hastaların ağrı, sertlik ve fiziksel fonksiyonlarının etkilenme düzeylerindeki ilerleme ameliyat kararlarını şekillendirmede önemli bir rol oynadığını göstermektedir.

Araştırmada hastaların WOMAC OA İndeksi, ağrı ve fiziksel fonksiyon puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadın hastaların puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür, dolayısıyla osteoartrite bağlı semptomları daha yoğun yaşadıkları söylenebilir. Literatürde de osteoartrit gelişme

riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu özellikle menopoz sonrası dönemde bu riskin arttığını bildiren çalışmalarla paralellik göstermektedir (Joseph et al., 2023; Wahyuni et al., 2023; Messier, 2024).

Araştırmada hastaların WOMAC OA İndeksi ve tutukluk alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir, 71 yaş ve üzeri bireylerin 65–70 yaş grubundakilere göre daha yüksek puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum yaşın ilerlemesiyle osteoartrit semptomlarının ilerlediğini ve diz ekleminde tutukluk, hareket kısıtlılığı gibi belirtilerin daha belirgin hale geldiğini göstermektedir. Yürütölen bir çalışmada osteoartrit derecesinin ilerlemesiyle WOMAC OA İndeksi ile hastaların ağrı, tutukluk, fiziksel fonksiyonlarda etkilenmenin arttığı genel toplam puanlarında artış olduğu belirtilmiştir (Cihan, Şahbaz Pirinççi, & Leblebici, 2024). Ayrıca literatürde, osteoartrit görölme sıklığı yaş ile birlikte artış gösterdiği belirtilmektedir (Colletti & Cicero, 2021). Bu doğrultuda, yaşın ilerlemesiyle osteoartrit düzeylerinde artış görölmesi beklenen bir durumdur. Bu veriler ışığında, araştırmamızda yaşın ilerlemesiyle daha yüksek WOMAC puanlarının elde edilmesi beklenen ve literatürle uyumlu bir durum olarak değeriendirilebilir.

Araştırmada, hastaların rahatsızlık süreleri arttıkça WOMAC OA İndeksi ağrı puanlarının da yükseldiğı görölmüştür. Bu bulgu, literatürde diz osteoartriti olan bireylerde ağrı düzeyinin hastalık süresi ve ilerlemesiyle ilişkili olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (Nikolic et al., 2019; Colletti & Cicero, 2021). Bu sonuçlar, hastalık süresi uzadıkça semptom şiddetinin artmasının beklenen bir klinik süreç olduğunu desteklemektedir.

Araştırmada hastaların çalışma durumu açısından WOMAC OA İndeksi ve fiziksel fonksiyon alt boyut puanlarında anlamlı farklılıklar olduğı görölmüştür. Ev hanımı olan katılımcıların puanlarının emekli veya çalışan bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diz osteoartritinin gelişimi birçok faktöre bağlıdır diz eklemi travması, menopoz durumu, mesleki iş yoğunluğu, egzersiz yoğunluğu bu faktörlerden bazılarıdır (Ferreira et al., 2024). Ev hanımlarının, ev içi fiziksel yüklerinin fazla olması, düzenli egzersiz olanaklarının olmaması veya sınırlı olmasından kaynaklanabileceğı düşünölebilir. Emekli ve çalışan bireylerin

puanlarının daha düşük olması ise, daha aktif yaşam biçimleri ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha iyi olabileceği ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmada hastaların gelir durumuna göre WOMAC OA İndeksi ve fiziksel fonksiyon alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin WOMAC OA İndeksi ve fiziksel fonksiyon alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık güvencesi açısından katılımcıların WOMAC OA İndeksi ve fiziksel fonksiyon alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Sağlık güvencesi olmayan bireylerin daha yüksek puanlara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu durum, ekonomik yetersizliklerin tedaviye erişimi, fiziksel aktivite olanaklarını ve genel yaşam koşullarını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde, düşük sosyoekonomik düzeyin osteoartrit semptomlarının şiddetlenmesi ve fiziksel fonksiyonda azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Li et al., 2025).

5.3.GYA Ölçeği ile ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların GYAÖ ortalaması 17.38 ± 0.95 olarak belirlenmiş olup, bu durum katılımcıların GYA'da büyük ölçüde bağımsız olduklarını göstermektedir. Diz osteoartriti nedeniyle ağrı, hareket kısıtlılığı ve fonksiyonel zorluklar yaşamalarına rağmen hastaların aktivitelerini yardım almadan sürdürebildikleri gözlenmiştir. Bu bulgu, osteoartritin yaşamı etkileyebileceğini, ancak bu etkinin her zaman bağımlılığa yol açmadığını ortaya koymaktadır. Çalışmamızın bulguları literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik, bazılarıyla ise farklılık göstermektedir. Örneğin, evinde yaşayan 70–80 yaş arası bireylerle yürütülen bir çalışmada katılımcıların GYAÖ ortalama puanı 11.85 ± 3.52 olarak bildirilmiştir (Tuna, 2024). Bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada ortalama puan 8.27 ± 3.31 olarak rapor edilmiştir (Özkan & Çiçek, 2025). Öte yandan, yaşam koşulları ve sağlık durumu değerlendirilen 75 yaş ve üzeri yaşlılarla yapılan bir çalışmada katılımcıların bağımlı olmadığı belirlenmiştir (Gökçe ve ark., 2020). Benzer şekilde, bakım evlerindeki demanslı ve demansız yaşlılarda yürütülen bir çalışmada, GYAÖ puanları hafif demanslı bireylerde 17.46 ± 1.42 , demanslı bireylerde ise 16.43 ± 2.16 olarak rapor edilmiştir (Soyuer & Süzen, 2023).

Araştırmamızdaki bireylerin diz osteoartriti nedeniyle bazı kısıtlama ve zorluklar yaşamasına rağmen bağımsızlıklarını sürdürebildikleri görülmüştür. Bu durum, yaş ortalamasının 67.89 ± 5.43 olması ve bilişsel fonksiyonların korunmuş olmasının etkisiyle açıklanabilir. Dolayısıyla, osteoartritin yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz etkisi olmasına rağmen, tüm hastalarda bağımlılığa yol açmadığı söylenebilir.

Araştırmada hastaların GYAÖ puanlarında 64 yaş ve altı ile 65–70 yaş grubundaki bireylerin puanları, 71 yaş ve üzeri katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca yaş ile GYAÖ arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, yaş arttıkça GYA’da bağımsızlığın azaldığını göstermektedir. Literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Şahin & Sarıtaş, 2023). Sonuçlara göre ileri yaşla birlikte GYA’da bağımsızlık düzeyinin azaldığını sonucuna ulaşılmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların geliri gidere eşit olan bireylerin GYAÖ puanlarının gelirinin giderinden az olduğunu belirten katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Gelirin giderden düşük olması, ekonomik yetersizlik, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini ve tedavi takip sürekliliğini zorlaştırarak fonksiyonel kapasitenin azalmasına neden olabilir. Bu nedenle bireylerin ekonomik durumlarının GYA bağımsızlığında önemli bir belirleyici olduğu düşünülebilir.

Araştırmada ayrıca, geliri giderine eşit olan bireylerin GYAÖ puanlarının, gelirinin giderinden düşük olduğunu belirten katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Gelirin giderden düşük olması, ekonomik yetersizlik nedeniyle bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve tedavi süreçlerini sürdürmesini güçleştirerek fonksiyonel kapasitenin azalmasına yol açabilir. Bu nedenle, ekonomik durumun GYA bağımsızlığında önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir.

5.4.Cerrahi Korku Ölçeği ile ilgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların CKÖ toplam puanı ortalamasının biraz üstünde olduğu, kısa dönem cerrahi korku ortalamasının uzun dönem cerrahi korku ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, Türkiye’nin farklı illerinde gerçekleştirilen çalışmalarda elde edilen değerlerle karşılaştırıldığında, çalışmaya katılan hastaların cerrahi korku düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin, Karabük’te yapılan bir çalışmada hastaların CKÖ toplam puanı $21,2 \pm 23,3$, kısa dönem korkular $12,0 \pm 11,9$, uzun dönem korkular $9,2 \pm 12,8$ olarak bulunmuş (Dinç ve

Yılmaz Güven, 2023), Ankara’da yapılan başka bir çalışmada ise CKÖ toplam puanı $33,89 \pm 24,04$, kısa dönem korku $15,44 \pm 14,38$, uzun dönem korku $18,44 \pm 11,30$ olarak raporlanmıştır (Mete ve Avcı Işık, 2020). Ayrıca gonatrozlu yaşlı hastalarla yürütülen bir çalışmada cerrahi korku düzeyleri düşük bulunmuş; kısa dönem $11,69 \pm 7,55$, uzun dönem $10,70 \pm 9,53$ ve toplam cerrahi korku $22,40 \pm 14,69$ olarak belirtilmiştir (Çelik, Şenol, Altıntaş, & Karahan, 2024).

Bu farklılıkların, çalışmaya katılan hastaların demografik ve sosyoekonomik özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğunun ilçe veya köy/kasabada ikamet etmesi, eğitim düzeylerinin görece düşük olması ve sağlık okuryazarlığı seviyelerinin sınırlı olabileceği göz önünde bulundurulduğunda, cerrahi korku düzeylerinin diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek çıkması açıklanabilir. Bu bulgu, cerrahi öncesi hasta bilgilendirme ve eğitim süreçlerinin, hastaların yaşadıkları korku düzeyini azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Araştırmada kadın hastaların kısa dönem cerrahi korku puanları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ortopedik cerrahi, beyin cerrahisi ve göğüs cerrahisi kliniklerinde yürütülen çalışmalarda da kadın hastaların cerrahi korku düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu belirtilmiştir (Akutay & Ceyhan, 2023, Bez & Erturhan Türk, 2024; Çimen & Sürme, 2025). Ancak gonartrozlu yaşlı hastalarla yürütülen bir başka çalışmalarda cinsiyet ile cerrahi korku düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Çelik et al., 2024). Bu durumun, örneklem gruplarının yaş özellikleri, önceki cerrahi deneyimleri ve kültürel farklılıklar gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların kısa dönem cerrahi korku puanları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermiştir, 65–70 yaş grubundaki bireylerin 71 yaş ve üzeri katılımcılara göre daha yüksek kısa dönem cerrahi korku puanına sahiptir. Bu bulgu literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Beyin tümörü ameliyatı geçiren hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların yaşla birlikte cerrahi korku düzeylerinin düştüğü belirtilmektedir (Çimen & Sürme, 2025). Bir başka çalışmada da yaş ile cerrahi korku arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (Dimitriadou et al., 2025). Bir başka çalışmada ise 75 yaş ve üzeri hastalarda ortalama puanın daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı

olduğu belirtilmiştir (Karabulut et al., 2023). Bu bulgular doğrultusunda, yaşın cerrahi korku üzerindeki etkisinin doğrusal olmadığını, bireylerin geçmiş sağlık öyküsün, cerrahi deneyimleri, sosyal desteği ve bireysel özellikleri gibi diğer özellikleri ile değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada hastalarından obez grubundaki katılımcıların kısa dönem cerrahi korku puanları normal kiloya sahip bireylerden anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalarda BKİ ile CKÖ toplam puanı arasında ve BKİ ile kısa dönem cerrahi korkusu arasında da pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkiler bulunmuş olmuştur. Bu durum, obez bireylerde osteoartrit gelişme riski, normal kilolu bireylere göre önemli ölçüde daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir (Joseph et al., 2023; Wahyuni et al., 2023). Ayrıca obez bireylerin ek sağlık sorunlarının olması ve ameliyatı sonrası ilgili olası komplikasyonlar konusundaki endişelerinin de etkili olabileceği düşünülebilir (Moradi & Abedini, 2022). Bu bulgular doğrultusunda BKİ yüksek olan bireylerde ameliyat öncesi fiziksel sağlığa ek olarak psikolojik hazırlığında önemli bir etkisi olabileceğini göstermektedir.

5.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Araştırmada hastaların GYAÖ puanları ile WOMAC OA İndeksi toplam puanı, ağrı ve fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgu, dizlerinde osteoartrit nedeniyle yaşadıkları ağrı ve fiziksel fonksiyon kaybı arttıkça bireylerin GYA’de bağımsızlık düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle, hastaların osteoartrit semptomlarından olan ağrı ve hareket kısıtlılığı arttıkça, bireylerin kendi kendine bakım ve günlük rutin aktivitelerini sürdürme durumları olumsuz yönde etkilemektedir (Sharma, 2021; Karataş, Yılmaz & Polat, 2022; Gelber, 2024).

CKÖ ile WOMAC OA İndeksi ve fiziksel fonksiyon alt boyutu arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Bu bulgu osteoartrite bağlı semptom şiddeti ve hareket kısıtlılığı arttıkça hastaların ameliyata yönelik korkularının da arttığını göstermektedir. Osteoartriti olan bireylerde hastalık ilerledikçe semptomların şiddeti artar, bireylerde ağrı artar, eklem deformitesi, fonksiyon kaybı gelişerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Karataş ve ark., 2022; Çelik, Çelik,

& Kayhan Tetik, 2021). Osteoartritin ilerlemesiyle birlikte ağrı, mobilite kaybı ve fiziksel işlevlerde zorluk artmakta; buna bağlı olarak bireylerde cerrahi sürece, iyileşme dönemine ve ameliyatın olası sonuçlarına ilişkin korku ve kaygının yükselmesine neden olduğu söylenebilir.

CKÖ-U ile WOMAC OA İndeksi ve tutukluk alt boyutu arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Bu bulgu hastalığın şiddeti ve eklemdaki tutukluk arttıkça hastaların ameliyatın uzun dönem sonuçlarına ilişkin korku ve endişelerinin arttığını göstermektedir. Osteoartriti olan bireylerde hastalık ilerledikçe semptomların şiddeti artarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Karataş ve ark., 2022; Çelik ve ark., 2022). Yürütülen bir çalışmada TDP hastaların ameliyat sonrası uzun dönem korkular puan ortalamasının kısa döneme göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. TDP ameliyatının kemik ve eklemleri içermesinden dolayı hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecinin uzun olabileceği veya ameliyat sonrası tamamen iyileşememe korkuları olabilir (Mete ve Avcı Işık, 2020).

Ayrıca araştırmada yapılan regresyon analizi sonucunda WOMAC OA İndeksi'nin CKÖ üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Bu bulguya göre hastaların OA bağlı semptomlarının şiddetlerinin artması, hastalığın ilerlemesine bağlı olarak ameliyata yönelik hem kısa dönem hem de uzun dönem cerrahi korkularının da arttığı söylenebilir.

5.6.Nitel Bölüm Sonuçlarının Tartışılması

Araştırmanın nitel bölümünde, hastaların kendi ifadeleri aracılığıyla diz protezi ameliyatına karar verme süreci incelenmiştir. Katılımcı görüşleri, hastalığın başlangıcından ameliyat kararına ve sonrası beklentilerine kadar uzanan süreci fiziksel, duygusal ve sosyal boyutları ile gözler önüne sermektedir. Nitel analiz sonucunda beş tema belirlenmiş olup bunlar: tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol, osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam, başa çıkma ve uyum stratejileri, cerrahi karar verme süreci, umut, beklentiler ve gelecek vizyonudur. Bu temalar hastaların yaşadıkları deneyimi çok boyutlu bir biçimde ortaya koymuştur. Bu bölümde, elde edilen temalar ilgili literatür ışığında tartışılarak, hastaların ameliyat kararını şekillendiren faktörler derinlemesine ele alınmıştır.

Araştırmada ortaya çıkan “tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol” temasında hastaların dizlerindeki OA başlangıcından ameliyata kadar gelen sürecin aşamalı olduğunu göstermektedir. Hastalar başlangıçta hastalıkları ile ilgili tedavi arayışına girdikleri bu süreç boyunca cerrahi dışında çeşitli tedavilere yönlendikleri görülmüştür. Ancak bu tedavilerle hastalığın semptomlarının tam olarak kontrol edemedikleri artan ağrı ve hareket kısıtlılığı ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesine yol açtığı görülmüştür. Diz osteoartriti olan yaşlı bireylerde TDP olmanın tetikleyicilerini ve karar verme modellerini araştıran diz protezi olan bireylerle yürütülen bir çalışmada belirlenen karar vermede *“ağrıyı hafifletmek için her şeyi denemek ve ameliyatı son seçenek haline getirmek”* katılımcılar arasında en yaygın bir örüntü olduğu belirtilmiştir (Hsu et al., 2018). Literatürde de diz OA olan hastalarının tedavisine farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri ile başlanması hastaların semptom yöntemi ve şikayetleri doğrultusunda farmakolojik tedavi yöntemleri önerilmektedir. Cerrahi olmayan yöntemler hastalık sürecini değiştirmez ancak ağrı ve sakatlığı önemli ölçüde azaltabilir. Hastalık sürecinde diğer tüm yöntemler yetersiz olduğunda, hastanın semptomları ilerleyip hastaların yaşam kalitelerini önemli derecede etkiliyorsa TDP’nin uygun olduğu belirtilmektedir (Bruyère et al., 2019; Dantas et al., 2021; Arden et al., 2021; Hsu & Siwiec, 2023).

Araştırmada ortaya çıkan “osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam” temasında hastalığın yalnızca fiziksel etkilerinin olmadığı, bunun ötesinde bireylerin duygusal, sosyal ve rol işlevlerini de önemli derecede etkilediğini göstermektedir. Yürütülen bir çalışmada hastaların dizlerindeki şiddetli ağrı, hareket kısıtlılığı nedeniyle günlük aktivitelerini yerine getiremedikleri belirtilmiştir (Damar & Bilik, 2017). Yürütülen bir çalışmada hastaların dizlerindeki ağrı nedeniyle hayattan uzaklaşmış olduklarını hissettikleri belirtilmiştir (Damar & Bilik, 2017). Yürütülen bir çalışmada katılımcıların diz OA’dan dolayı ailevi ve sosyal etkileşimlerde azalma yaşadıklarından bahsettikleri belirtilmiştir (Najafi et al., 2023).

Araştırmada ortaya çıkan “başa çıkma ve uyum stratejileri” temasında hastaların OA ile baş etme sürecinde farklı başa çıkma mekanizmalarını kullandıkları; hem aile ve sosyal çevre desteğine hem de manevi destek kaynaklarına yöneldikleri görülmüştür. Hastaların başa çıkma mekanizmalarında zamanla hastalığı kabullenme ve uyum

sağlama eğiliminde oldukları da görülmüştür. Bir çalışma sonucunda karar verme eşiğinde, hastaların hem fiziksel hem de zihinsel başa çıkma stratejilerini kullandıkları belirtilmiştir. Ancak hastalığın seyrinin ilerlemesiyle bireylerin artık hastalığın sonuçlarıyla etkili bir şekilde başa çıkamadığı da belirtilmiştir (Barlow et al., 2018). Yürütülen bir çalışmada hastaların çoğunun eşleri veya çocukları tarafından desteklendiği belirtilmiştir (Damar & Bilik, 2017).

Araştırmada ortaya çıkan “cerrahi karar verme süreci” temasında hastaların ameliyat kararına giden yolun çoğunlukla konservatif tedavilerin yetersiz kalması ve hastalığın ilerleyen sürecinde hareket kabiliyetlerinin belirgin biçimde azalması ile şekillendiği görülmüştür. Katılımcılar, dış çevreden aldıkları teşvikle birlikte, hareket yeteneklerinde azalma ve düşme korkusu nedeniyle cerrahi seçeneğe yönelmiş; ancak karar sürecinde korku, tereddüt ve içsel bir mücadele de yaşadıkları görülmüştür. Araştırma sonuçları Diz OA’lı bireylerle ameliyata karar verme sürecini inceleyen nitel çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yürütülen bir çalışmada hastaların, çaresiz hissettiğinde ve uyguladıkları tıbbi tedaviler yetersiz kaldığında ameliyat olmaya karar verdikleri belirtilmiştir (Damar & Bilik, 2017). Yürütülen bir çalışmada hastaların çoğunun ameliyata kararda belirsizlik yaşadığı ameliyat sonrası ile ilgili endişe hissettikleri belirtilmiştir (Damar & Bilik, 2017). Diz OA’lı hastaların ameliyat kararını etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada üç kategori belirtilmiştir: “*normal hayata dönüş umudu, teşvik ve tavsiyeler, güven ve teminat*”. Katılımcıların diz OA’nın kaynaklanan fiziksel engellerin şiddetli ve dayanılmaz ağrı ve sakatlığa neden olduğunu belirtirken, günlük rutinlerinde ailelerin ve akrabaların desteğine ihtiyaç duyabildikleri belirtilmiştir (Najafi et al., 2023). Ameliyat kararını vermede aile ve tanıdık desteği ve tavsiyesinin de etkili olabileceği belirtilmiştir (Najafi et al., 2023). Tayvan’da yürütülen nitel bir çalışmada OA’lı yaşlı yetişkinlerin TDP ameliyatı olma kararlarının şiddetli ağrı ve yürüyememe tarafından tetiklendiğini belirtilmiştir (Hsu et al., 2018). Ayrıca hastaların TDP erteleyenlerin erteleme nedenlerinin, TDP ile ilgili endişeler, fiziksel durumları ve genel olarak ameliyatla ilgili olduğu belirtilmiştir (Hsu et al., 2018). Daha önce TDP ameliyatı geçirmiş olmanın kararı etkilediği belirtilmiştir. Bu deneyimin iyi mi yoksa kötü mü olduğu, hastaların ikinci TDP olma kararlarını etkilediği belirtilmiştir (Hsu et al., 2018). Çalışmamız ilk kez TDP ameliyatı olacak hastalar ile yürütülmüş olup çoğunluğunun iki dizinde etkilendiği düşünüldüğünde mevcut ameliyat

deneyimlerinin ilerleyen dönemde diğer diz için verilecek olası cerrahi kararda belirleyici bir faktör olabileceği söylenebilir.

Araştırmada ortaya çıkan “umut, beklentiler ve gelecek vizyonu” temasında hastaların ameliyattan sonra ağrısız bir yaşam, bağımsız hareket edebilme ve günlük aktivitelerine geri dönebilme yönünde olumlu beklentilerinin olduğu görülmüştür. Katılımcıların ameliyattan sonra iyileşme ve rahatlama arzusu, ameliyat kararını destekleyen önemli bir motivasyon kaynağı olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları, literatürde diz protezi ameliyatına ilişkin bildirilen hastalarının beklentileriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Bir çalışmada ağrısız ve sakatlığı olmayan bir hayata geri dönmek ve kaybedilen bağımsızlığı yeniden kazanmak ve genel olarak normal hayata dönme umudu, ameliyat kararını etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak bulunmuştur (Najafi et al., 2023). Katılımcıların ameliyattan beklentilerinin bağımsızlıklarını geri kazanma isteği olduğu belirtilmiştir (Najafi et al., 2023).

6. Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuçlar

- ✓ Araştırmaya katılan hastalara şu ana kadar ameliyat kararını ertelemede birden fazla faktörün etkili olduğu; bu faktörlerin sırasıyla korku ve kaygı, yaş ve hekim önerisi, ilaçlarla idare etme veya alternatif tedavileri deneme isteği ve diğer-sosyal faktörler olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların diz protezi ameliyatına olmaya karar vermede etkili birden fazla nedenlerinin olduğu; bu nedenlerin sırasıyla fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı, ardından ağrı ve fiziksel şikayetler, hastalığın ilerlemesi veya tedaviye yanıt alınamaması ve psikososyal ve çevresel etkenler olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların WOMAC OA İndeksi ortalaması $73,35 \pm 7,98$ bulunmuştur. Alt boyutlar ise ağrı $13,68 \pm 2,04$, tutukluk $5,29 \pm 1,20$ ve fiziksel fonksiyon $54,38 \pm 6,51$ olarak belirlenmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların GYAÖ ortalaması 17.38 ± 0.95 'tir.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların CKÖ toplam puanı 43.28 ± 8.52 olarak; kısa dönem cerrahi korku puan ortalaması 26.90 ± 6.06 , uzun dönem cerrahi korku puan ortalaması ise 16.38 ± 4.60 olarak bulunmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların GYAÖ puanları ile WOMAC OA İndeksi ($rs = -0.415$; $p < 0.001$), ağrı alt boyutu ($rs = -0.258$; $p = 0.005$) ve fiziksel fonksiyon alt boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. CKÖ ile WOMAC OA İndeksi ($r = 0.213$; $p = 0.021$) ve fiziksel fonksiyon alt boyutu ($r = 0.190$; $p = 0.041$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. CKÖ-U ile WOMAC OA İndeksi ($r = 0.204$; $p = 0.028$) ve tutukluk alt boyutu ($r = 0.213$; $p = 0.022$) arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların cerrahi korku düzeyini açıklamak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda WOMAC OA İndeksinin CKÖ üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir.
- ✓ Araştırmanın nitel bölümüne katılan hastaların görüşmelerinin sonuçları 5 tema altında toplanmıştır. Bunlar; tanı ve hastalığın ilerlemesine giden yol, osteoartrit nedeniyle kısıtlanan yaşam, başa çıkma ve uyum stratejileri, cerrahi karar verme süreci, umut, beklentiler ve gelecek vizyonudur.

- ✓ Bütünleşik sonuçlar bir araya getirildiğinde, total diz protezi ameliyatı geçirme veya erteleme kararının semptom şiddeti, fonksiyonel sınırlamalar, duygusal tepkiler ve hastaların hastalık süreci boyunca değişen beklentilerinin etkileşimiyle şekillendiğini ve cerrahi karar alma sürecinin doğası gereği karmaşık olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

- ✓ Ameliyata ameliyat sonrası sürece ilişkin bilgi eksikliği ve belirsizlik, hastalarda cerrahi korkuyu artırabilir, bu nedenle ameliyat öncesi hastalara sürecin ilerleyişi hakkında açıklayıcı eğitim programları, danışmanlık verilmesi önerilebilir.
- ✓ Hastaların ameliyat kararını bilgilendirilmiş ve güvenli şekilde vermelerini desteklemek amacıyla broşür, eğitim kitapçığı, bilgilendirme videosu, karar ağacı gibi hasta karar destek araçları geliştirilebilir.
- ✓ Hasta yakınlarının ameliyata karar verme sürecinde etkili olduğu göz önüne alınarak, bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık süreçlerine aile ve yakın çevrenin de dahil edilmesi önerilir.
- ✓ Hemşireler, diz protezi ameliyatı olacak hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan bütüncül değerlendirme yapmalıdır.
- ✓ Ameliyat öncesi dönemde hemşireler, hastalarla yaptıkları görüşmelerde yalnızca fiziksel bulguları değil, ağrı algısı, kaygı ve korku düzeyi, sosyal destek durumu ve ameliyatla ilgili düşünceleri de değerlendirmelidir. Bu amaçla standart değerlendirme formları oluşturulup kullanılabilir.
- ✓ Diz OA hastaların çoğunluğunun fiziksel fonksiyonlarda belirgin kısıtlanma yaşaması nedeniyle, ameliyat öncesi dönemde fizyoterapi (prehabilitasyon) programlarının planlanması ve uygulanması ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırabilir.
- ✓ Diz protezi ameliyatı karar sürecinde hastanın aktif rol aldığı ve sağlık profesyonellerinin de sürece dahil olduğu paylaşımlı karar modelinin uygulanması önerilir.

- ✓ Araştırmanın farklı merkezlerde ve daha geniş örneklem gruplarında tekrarlanarak, hastaların ameliyat karar sürecini inceleyen çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Akutay, S., Ceyhan, Ö. (2023). The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioperative Medicine*, 12(1), 22.
- Al Thaher, Y., Alfuqaha, O. A., Dweidari, A. (2021). Health-related quality of life and outcome after total knee replacement: Results from a cross-sectional survey in Jordan. *Advances in Orthopedics*, 2021(1), 5506809.
- Alhussain, M. A., Alrasheed, O. A., Al Swaidan, H. A., Alghamdi, A. H., Al Rajeh, I. A., Alkhamis, A. A., Almubarzi, A. W. (2023). Evaluating public perceptions and attitudes toward total knee arthroplasty: a cross-sectional study in Saudi Arabia. *Cureus*, 15(11).
- Aljuhani, W. S., Al-Qahtani, A. N., Alharbi, F. S. (2020). Osteoarthritis patients' preoperative perceptions about total knee replacement. *Journal of Musculoskeletal Surgery and Research*, 4, 87.
- Allen, K. D., Thoma, L. M., Golightly, Y. M. (2022). Epidemiology of osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*, 30(2), 184-195.
- Arden, N. K., Perry, T. A., Bannuru, R. R., Bruyère, O., Cooper, C., Haugen, I. K., ... Reginster, J. Y. (2021). Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. *Nature Reviews Rheumatology*, 17(1), 59-66.
- Arslan, E. (2022). Nitel Araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (51), 395-407.
- Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisi kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 45-50.
- Bae, J. M. (2017). Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. *Epidemiology and health*, 39, e2017048.
- Bağdigen, M., Özlü, Z. K. (2018). Validation of the Turkish version of the surgical fear questionnaire. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 708-714.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır?. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.

- Barlow, T., Scott, P., Thomson, L., Griffin, D., Realpe, A. (2018). The decision-making threshold and the factors that affect it: A qualitative study of patients' decision-making in knee replacement surgery. *Musculoskeletal care*, 16(1), 3-12.
- Bellamy, N., Buchanan, W. W. (1984). Outcome measurement in osteoarthritis clinical trials: *Rheumatology*, 3(3), 293–303.
- Bertaux, D. (Ed.). (1981). *Biography and society: The life history approach in the social sciences* (Vol. 23). London: Sage.
- Bez, H., Erturhan Türk, K. (2024). Determination of preoperative surgical fear in orthopedic surgery patients: A descriptive cross-sectional study. *Cumhuriyet Nursing Journal*, 8(2), 118-124.
- Bilgin, N. (2006). Sosyal bilimlerde içerik analizi teknikler ve örnek çalışmalar. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Boyatzis, R.E. (1998). Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Sage.
- Braun, V., Clarke, V. (2019). Psikolojide tematik analizin kullanımı. S. N. Şad, N. Özer ve A. Atli (Çevirenler). *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 7(2), 873-898.
- Bruyère, O., Honvo, G., Veronese, N., Arden, N. K., Branco, J., Curtis, E. M., ... Reginster, J. Y. (2019, December). An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 49, No. 3, pp. 337-350). WB Saunders.
- Bullock, E. C. (2018). Paternalism and the practitioner/patient relationship. In *The routledge handbook of the philosophy of paternalism* (pp. 311-322). Routledge.
- Canbolat Seyman, Ç., Kaya, Ç. (2023). Preoperatif diz eklemi fonksiyonu ve açlık süresinin diz artroplastisi sonrası kısa dönem hasta sonuçlarına etkisinin belirlenmesi: Analitik çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(1).
- Carriere, J. S., Martel, M. O., Loggia, M. L., Campbell, C. M., Smith, M. T., Haythornthwaite, J. A., Edwards, R. R. (2022). The influence of

- expectancies on pain and function over time after total knee arthroplasty. *Pain Medicine*, 23(10), 1767-1776.
- Çelik, M., Çelik, S. T., Kayhan Tetik, B. (2021). Güncel kılavuzlar eşliğinde birinci basamakta diz osteoartritine yaklaşım. *Ankara Medical Journal*.
- Çelik, S., Şenol, T., Altıntaş, S., Karahan, E. (2024). The relationship between spiritual well-being and surgical fear in elderly patients with gonarthrosis. *Psychogeriatrics*, 24(4), 915-923.
- Choi, B. S., Kim, J. M., Han, H. S. (2022). Decision-making factors and their thresholds for total knee arthroplasty in lateral tibiofemoral osteoarthritis patients: a retrospective cohort study. *Knee Surgery & Related Research*, 34(1), 41.
- Cihan, E., Şahbaz Piriñçi, C., Leblebici, M. A. (2024). Effects of osteoarthritis grades on pain, function and quality of life. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 37(3), 793-799.
- Çimen, Ö., Sürme, Y. (2025). Surgical fear and sleep quality effect the postoperative quality of recovery in patients undergoing brain tumor surgery: cross sectional study. *Perioperative Medicine*, 14(1), 8.
- Colletti, A., Cicero, A. F. (2021). Nutraceutical approach to chronic osteoarthritis: from molecular research to clinical evidence. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(23), 12920.
- Creswell, J. W. (2021). Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni. (M. Bütün & S. Beşir Demir,Eds.) (6. Baskı). Ankara: Siyasal Yayınevi.
- Creswell, J. W. ve Clark, P. (2011). Designing and conducting mixed methods research (2. bs.). Thousand Oaks: Sage.
- Curry, Z. A., Beling, A., Borg-Stein, J. (2022). Knee osteoarthritis in midlife women: unique considerations and comprehensive management. *Menopause*, 29(6), 748-755.
- Damar, H. T., Bilik, Ö. (2017). The patient's experience in total knee arthroplasty: past-now-future. *MedSurg Nursing*, 26(2), 132.
- Dantas, L. O., de Fátima Salvini, T., McAlindon, T. E. (2021). Knee osteoarthritis: key treatments and implications for physical therapy. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(2), 135-146.

- Delanois, R. E., Mistry, J. B., Gwam, C. U., Mohamed, N. S., Choksi, U. S., Mont, M. A. (2017). Current epidemiology of revision total knee arthroplasty in the United States. *The Journal of Arthroplasty*, 32(9), 2663-2668.
- Dereli, A. B. (2023). MAXQDA: Yaratıcı veri analizi üzerine notlar. *Karadeniz Teknik Üniversitesi İletişim Araştırmaları Dergisi*, 13 (1), 149-152.
- Dimitriadou, I., Kaperda, A., Toska, A., Fradelos, E. C., Souliotis, K., Papathanasiou, I. V., ... Saridi, M. (2025). Surgical fear, anxiety, and satisfaction with nursing care: a cross-sectional study of hospitalized surgical patients. *Nursing Reports*, 15(10), 365.
- Dinç, G., Yılmaz Güven, D. (2023). Total diz artroplastisi ameliyatı yapılan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası anksiyete ve mobilizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2).
- Doğan, N., Taşcı, S. (2022). Pain, physical activity, and kinesiophobia levels in individuals with knee osteoarthritis: A cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4):1144-54
- Edwards, R. R., Campbell, C., Schreiber, K. L., Meints, S., Lazaridou, A., Martel, M. O., ...Haythornthwaite, J. A. (2022). Multimodal prediction of pain and functional outcomes 6 months following total knee replacement: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1), 302.
- Eke, İ., Akcal, M. A. (2023). Evaluation of the early-mid-term results of isolated tibial insert exchange after total knee arthroplasty. *Cureus*, 15(3).
- Ferreira, R. M., Martins, P. N., Gonçalves, R. S. (2024). Non-pharmacological and non-surgical interventions to manage patients with knee osteoarthritis: an umbrella review 5-year update. *Osteoarthritis and Cartilage Open*, 6(3), 100497.
- Fleisje, A. (2024). Four shades of paternalism in doctor–patient communication and their ethical implications. *Bioethics*, 38(6), 539-548.
- Gallagher, S. M. (1998). Paternalism in healthcare decision making. *Ostomy/Wound Management*, 44(4), 22-24.
- Gelber, A. C. (2024). Knee osteoarthritis. *Annals of internal medicine*, 177(9), ITC129-ITC144.

- Geng, R., Li, J., Yu, C., Zhang, C., Chen, F., Chen, J., ... Jin, T. (2023). Knee osteoarthritis: Current status and research progress in treatment. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 26(4), 1-11.
- Ghomrawi, H. M. K., Mushlin, A. I., Kang, R., Banerjee, S., Singh, J. A., Sharma, L., ... Riddle, D. L. (2020). Examining timeliness of total knee replacement among patients with knee osteoarthritis in the US: results from the OAI and MOST longitudinal cohorts. *JBJS*, 102(6), 468-476.
- Gökçe, S., Boyraz, S., Adana, F., Demirkıran, F., Kiraz, E. D. E., Aktaş, B., ... Yıldırım, B. (2020). 75 Yaş ve üzeri yaşlıların yaşam koşulları ve sağlık durumları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 168-183.
- Görgü, G., Tan, M. N., Mevsim, V. (2021). A conceptual approach to patient-physician relationship. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 14-18.
- Grady, M.P. (1998). Qualitative and action research: A practitioner handbook. Phi Delta Kappa International. *Arch Sex Behav.*, 41, 1319-1320.
- Honan, L. (2019). Nursing management: Patients with musculoskeletal trauma. In Focus on adult health: Medical-Surgical Nursing (2nd ed., Chapter 42). Wolters Kluwer Health. 3212-3307
- Hsu, H., Siwiec, R. M. (2023). Knee osteoarthritis. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507884/> Erişim tarihi: 5.10.2025.
- Hsu, K. Y., Tsai, Y. F., Yeh, W. L., Chen, D. W., Chen, C. Y., Wang, Y. W. (2018). Triggers and decision-making patterns for receiving total knee arthroplasty among older adults with knee osteoarthritis: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4373-4380.
- Hügler, T., Geurts, J., Nüesch, C., Müller-Gerbl, M., Valderrabano, V. (2012). Aging and osteoarthritis: an inevitable encounter?. *Journal of Aging Research*, 2012(1), 950192.
- Ismail, O. (2013). The Argument about Paternalism Health Care Model. *Available at SSRN 2272219*.
- Jayakumar, P., Moore, M. G., Furlough, K. A., Uhler, L. M., Andrawis, J. P., Koenig, K. M., ... Bozic, K. J. (2021). Comparison of an artificial intelligence-enabled patient decision aid vs educational material on decision

- quality, shared decision-making, patient experience, and functional outcomes in adults with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 4(2), e2037107-e2037107.
- Jester, R., Rodney, A. (2021). The relationship between obesity and primary total knee replacement: a scoping review of the literature. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 42, 100850.
- Joseph, G. B., McCulloch, C. E., Nevitt, M. C., Lynch, J., Lane, N. E., Link, T. M. (2023). Effects of weight change on knee and hip radiographic measurements and pain over four years: data from the osteoarthritis initiative. *Arthritis Care & Research*, 75(4), 860-868.
- Karabulut, N., Gürçayır, D., Abi, Ö., Kızıloğlu Ağgöl, B., Söylemez, N. (2023). Does surgery cause anxiety, stress and fear in geriatric patients?. *Psychogeriatrics*, 23(5), 808-814.
- Karataş, T., Yılmaz, E., Polat, Ü. (2022). Osteoartrit yönetimi, yaşam kalitesi ve hemşirenin destekleyici rolü. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 29(2), 265-271.
- Karataş, Z. (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 62-80.
- Katz, S. C., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., (1963). Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, *JAMA*, (185), 914- 919.
- Kaya, Ç., Bilik, Ö. (2020). Total diz protezi ameliyatı planlanan bireylere neden danışmanlık verilmeli?. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(1), 25-30.
- Kaya, C., Bilik, Ö. (2022). A qualitative study: what did say the patients with total knee arthroplasty about their lived experiences. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(1).102-108.
- Kaya, G., Yılmaz, M. (2021). Total diz protezi olan yaşlı bireylerde uyku ve depresyonun belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 1-13.
- Knights, A. J., Redding, S. J., Maerz, T. (2023). Inflammation in osteoarthritis: the latest progress and ongoing challenges. *Current Opinion in Rheumatology*, 35(2), 128-134.

- Konnyu, K. J., Thoma, L. M., Cao, W., Aaron, R. K., Panagiotou, O. A., Bhuma, M. R., ... Pinto, D. (2023). Rehabilitation for total knee arthroplasty: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102(1), 19-33.
- Korkmaz, İ., Korkmaz, N. (2022). Total diz artroplastisi sonrası klinik sonuçlar ve hasta memnuniyeti: kimler daha memnun?. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 55(2), 94-98.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2019). Analyzing qualitative data with MAXQDA: Text, audio, and video. The USA: Springer.
- Küçükdeveci, A. (2011). Osteoartritte işlevsel değerlendirme ölçütleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 14(Özel Sayı 1), 37-44.
- Kumar, B. P., Paudel, P., Panja, A. K., Sharma, S. (2024). Balancing paternalism and autonomy in healthcare: Insights from Ayurveda. *International Journal of Ayurveda Research*, 5(3), 154-162.
- Leavy, P. (Ed.). (2014). The Oxford handbook of qualitative research. Oxford University Press, USA.
- Li, Z., Yin, T., Chen, Y., Huang, J., Jiang, Y., Deng, W. (2025). Association between relative fat mass and osteoarthritis in American adults. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1610950.
- Lim, C. V., Harithasan, D., Ahmad, M. A. B., Mesbah, N., Kumar, S., Singh, D. K. A. (2025). Biopsychosocial determinants for total knee replacement decisions among older adults with chronic knee osteoarthritis: A scoping review. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 16, 21514593251335882.
- Lin, G. A., Fagerlin, A. (2014). Shared decision making: state of the science. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 7(2), 328-334.
- Lo, Y. C., Chen, Y. P., Lin, H. E., Chang, W. C., Ho, W. P., Jang, J. P., Kuo, Y. J. (2025, July). Factors associated with decisional regret after shared decision making for patients undergoing total knee arthroplasty. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 13, p. 1597). MDPI.
- Marks, R. (2017). Muscle and osteoarthritis joint status: current research highlights and their implications. *SM J Orthop*, 3(1), 1050.

- Messier, S. P. (2024). Do we need more exercise and osteoarthritis randomized clinical trials?. *Arthritis & Rheumatology*, 76(3).
- Mete, Z., Avcı Işık, S. (2020). Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(3).
- Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., Kunneman, M. (2023). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-based Medicine*, 28(4), 213-217.
- Moradi, A., Abedini, N. (2022). Does adding ketamine to morphine in a patient-controlled intravenous analgesia pump after orthopedic surgeries help better management of postoperative pain in obese patients? A double-blinded clinical trial. *Journal of Renal Endocrinology*, 8(1), e17076-e17076.
- Najafi, F., Shahsavari, H., Mortazavi, S. M. J., Khodayari, S., Jaafarpour, M., Zare, Z. (2023). Factors affecting decision-making for knee arthroplasty in patients with osteoarthritis. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 49, 101016.
- Nguyen, C., Boutron, I., Roren, A., Anract, P., Beaudreuil, J., Biau, D., ... Rannou, F. (2022). Effect of prehabilitation before total knee replacement for knee osteoarthritis on functional outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(3), e221462-e221462.
- NHS England. (2024). Making a decision about knee osteoarthritis (Version 1). <https://www.england.nhs.uk/publication/decision-support-tool-making-a-decision-about-knee-osteoarthritis/> Erişim tarihi: 5.10.2025.
- Nikolic, G., Nedeljkovic, B., Trajkovic, G., Rasic, D., Mirkovic, Z., Pajovic, S., ... Vujcic, I. (2019). Pain, physical function, radiographic features, and quality of life in knee osteoarthritis agricultural workers living in rural population. *Pain Research and Management*, 2019(1), 7684762.
- O'Brien, P., Bunzli, S., Ayton, D., Dowsey, M. M., Gunn, J., Manski-Nankervis, J. A. (2019). What are the patient factors that impact on decisions to progress to total knee replacement? A qualitative study involving patients with knee osteoarthritis. *BMJ Open*, 9(9), e031310.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). Surgical procedures. In OECD Data Explorer. OECD. <https://data->

explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALT
H_PROC%40DF_SURG_PROC&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq
=...CM8154.....&pd=2021%2C2024&to[TIME_PERIOD]=false&vw=
tb. Erişim Tarihi: 10.10.2025

- Özçakir, A. (2004). Hekim-hasta ilişkisi: karar verme sürecinde hastanın yeri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 24(4), 411-415.
- Özdemir, S., Karazeybek, E. (2024). Total diz protezi uygulanan hastalarda hareket korkusu, hasta hareketliliği ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı ve korelasyonel araştırma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(2). 308-19.
- Özkan, Y., Çiçek, S. C. (2025). Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 4(2), 39-47.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative research and evaluation methods 3rd. ed. Sage publications.
- Pehlivanoğlu, E. F. Ö., Özkan, M. U., Balcıoğlu, H., Bilge, U., Ünlüoğlu, İ. (2018). Adjustment and reliability of katz daily life activity measures for elderly in Turkish. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 219-223.
- Price, A. J., Alvand, A., Troelsen, A., Katz, J. N., Hooper, G., Gray, A., ... Beard, D. (2018). Knee replacement. *The Lancet*, 392(10158), 1672-1682.
- Reddy, M. V., Mulpur, P., Guravareddy, A. V., Gudapati, D., Reddy, V. Y., Dinakar, M. (2021). A Qualitative study of impediments to total knee replacement among indians with severe knee osteoarthritis. *Journal of Orthopaedic Association of South Indian States*, 18(2), 62-66.
- Rice, S. J., Beier, F., Young, D. A., Loughlin, J. (2020). Interplay between genetics and epigenetics in osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(5), 268-281.
- Roemer, F. W., Guermazi, A., Demehri, S., Wirth, W., Kijowski, R. (2022). Imaging in osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 30(7), 913-934.
- Sandman, L., Munthe, C. (2010). Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health care analysis*, 18(1), 60-84.
- Sertel, G., Günbayı, İ. (2021). SCID Analizine göre nitel veri toplama sürecinin yönetilmesi. *Nitel Sosyal Bilimler*, 3(1), 107-139.

- Sharma, L. (2021). Osteoarthritis of the knee. *New England Journal of Medicine*, 384(1), 51-59.
- Siebinga, V. Y., Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., Brand, P. L. (2022). Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction—A cross-sectional analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2145-2150.
- Smith, S., Alvand, A., Locock, L., Ryan, S., Smith, J., Bayliss, L., ... Price, A. (2020). Partial or total knee replacement? Identifying patients' information needs on knee replacement surgery: a qualitative study to inform a decision aid. *Quality of Life research*, 29(4), 999-1011.
- Soyuer, F., Süzen, İ. (2023). Comprehensive activities of daily living profile of individuals with dementia living in nursing home. *Int J Fam Commun Med*, 7(4), 124-127.
- Stubbs, B., Aluko, Y., Myint, P. K., Smith, T. O. (2016). Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 45(2), 228–235.
- Swarup, I., Henn, C. M., Gulotta, L. V., Henn III, R. F. (2019). Patient expectations and satisfaction in orthopaedic surgery: a review of the literature. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 10(4), 755-760.
- Şahin, N. T., Sarıtaş, S. Ç. (2023). The Identification of the relationship between hemodialysis patients' hopelessness and daily life activities. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 499-516.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. (1.11.2025). *Obezite*. Erişim adresi <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite>
- Teddlie, C. ve Tashakkori, A. (2009). Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. Thousand Oaks: Sage.
- Theunissen, M., Peters, M. L., Schouten, E. G. W., Fiddelaers, A. A. A., Willemsen, M. G. A., Pinto, P. R., ..., Marcus, M. A. E. (2014). Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLOS ONE*, 9(6), e100225.

- Tuna, H. İ. (2024). Determination of daily fluid intake levels and affecting factors of elderly individuals living at home. *Genel Tıp Dergisi*, 34(2), 153-157.
- Tüzün, E. H., Eker, L., Aytar, A., Daşkapan, A., Bayramoğlu, M. (2005). Acceptability, reliability, validity and responsiveness of the Turkish version of WOMAC osteoarthritis index. *Osteoarthritis and Cartilage*, 13(1), 28-33.
- Uivaraseanu, B., Vesa, C. M., Tit, D. M., Abid, A., Maghiar, O., Maghiar, T. A., ... Bungau, S. (2022). Therapeutic approaches in the management of knee osteoarthritis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23(5), 328.
- Ural, A. Kılıç, İ. (2006). Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara: Detay Yayıncılık.
- Varacallo, M. A., Luo, T. D., Mabrouk, A., Johanson, N. A. (2024). Total knee arthroplasty techniques. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Voelker, R. (2024). What Is Knee Osteoarthritis?. *JAMA*, 332(22), 1954-1954.
- Wahyuni, N., Adiatmika, I. P. G., Vittala, G., Mahendra, A. N. (2023). Effects of yoga exercise in reducing the risk of knee osteoarthritis and fibulin-3 levels among overweight population: a randomized controlled trial. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 11(2), 157-165.
- Wang, C. C., Huang, K. C., Ku, M. C., Pan, C. C., Hsieh, C. P., Chang, I. L., ... Tsai, W. C. (2024). Factors influencing the decision to receive total knee replacement among patients with severe knee osteoarthritis under universal health insurance coverage. *Scientific Reports*, 14(1), 30028.
- Woodland, N., Takla, A., Estee, M. M., Franks, A., Bhurani, M., Liew, S., .. Wang, Y. (2023). Patient-reported outcomes following total knee replacement in patients aged 65 years and over—a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 1613.
- Wroński, K., Bocian, R., Depta, A., Cywiński, J., Dziki, A. (2009). Patients' opinions about the paternalistic model in the doctor-patient relationship. Legal aspects of the patients' autonomy in health care. *NOWOTWORY Journal of Oncology*, 59(4), 133e-140e.
- Yağar, F., Dökme, S. (2018). Niteliksel araştırmaların planlanması: Araştırma soruları, örneklem seçimi, geçerlik ve güvenirlik. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-9.

Yu, C. (2023). Research progress in the treatment of knee osteoarthritis. *In BIO Web of Conferences* (Vol. 59, p. 03001). EDP Sciences.

Ekler

Ek I-Nicel Bölüm Veri Toplama Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması
Bu çalışmanın amacı ne? Ameliyat öncesi total diz protezi sürecini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla karma yöntem tipinde planlanmıştır.
Size nasıl bir uygulama yapılacak? Çalışma iki bölümden oluşmaktadır: birinci (nicel) ve ikinci (nitel) bölüm. İlk olarak, birinci bölümde anket doldurmanız istenecektir. Sizden anketteki soruları doğru ve eksiksiz olarak doldurmanız beklenmektedir. Bu anketleri yanıtladıktan sonra gönüllü kişiler ile 30-60 dakika derinlemesine görüşme yapılacaktır ve görüşme sürecinde ses kaydı alınacaktır.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Herhangi bir tedavi söz konusu değildir.
Ne kadar zamanınızı alacak? Anket sorularını cevaplamanız 15-20 dakikanızı alacaktır. Eğer ikinci bölüme dahil olursanız görüşme 30-60 dakika sürecektir.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? 116
Sizden alınacak biyolojik materyallere (kan, idrar ve doku örnekleriniz) ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (Analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceği açıklanmalı), Sizden herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Sizden soruları doğru ve eksiksiz olarak yanıtlamanız beklenmektedir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Çalışmaya katılımınız, ameliyat öncesi total diz protezi sürecini etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasına ve gelecekteki hastaların daha iyi bilgilendirilmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca, kişisel olarak sağlık durumunuz ile ilgili farkındalık kazanabilirsiniz.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Yapılacak olan araştırma gönüllülük esasına dayanmaktadır, bu nedenle istediğiniz zaman araştırmadan neden belirterek veya belirtmeksizin çekilme hakkınız vardır.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar vermez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılmak istemezseniz veya çalışmaya katılmanız halinde, çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, ceza almayacaksınız, hiçbir hukuki yaptırımla karşılaşmayacaksınız veya çalışmaya başlamadan önce sahip olduğunuz haklarınızı kaybetmeyeceksiniz. Verileriniz kullanılmayacaktır.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Bu çalışma dışında size uygulanabilecek herhangi bir alternatif yöntem yoktur.

Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?	
Hayır, size bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.	
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?	
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.	
Bu çalışmada size ait hangi kişisel veriler ve kişisel sağlık verileri kullanılacaktır?	
Tanı, cinsiyet, yaş, kilo ve boy, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, daha önce hastaneye yatma deneyimi, geçirilmiş ameliyat deneyimi, hastalığın hangi dizi etkilediği, ameliyat planlanan taraf, hastalıktan dolayı travma yaşayıp yaşanmadığı, ameliyat olmanın ne zaman söylendiği, ameliyat olmaya ne zaman karar verdiği vb. soruları içermektedir.	
Bilgilerin gizliliği:	
Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma kapsamında toplanacak kişisel verilerin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun toplanıp işlenecek, toplama/işleme amacından başka bir amaç için kullanılmayacak ve paylaşılmayacak, gönüllünün olurlarını geri çekmesi, araştırmanın sonlanması veya kişisel verilerin işlenmesinin son bulmasıyla veriler imha edilecek ve toplanan kişisel verilerin destekleyici, sözleşmeli araştırma kuruluşları ve iştirakleri ile paylaşılmayacak, söz konusu hizmet, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve yürürlükteki mevzuata uygun yürütülecektir.	
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri	
1- Adı, soyadı:	MERYEM YAVUZ Van GİERSBERGEN
2- Ulaşılabilir telefon numarası:	02323115537
3- Görev yeri:	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Olgu No:

**AMELİYAT ÖNCESİ TOTAL DİZ PROTEZİ SÜRECİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI
VERİ TOPLAMA FORMU**

TANIMLAYICI VERİ FORMU

1. Tanı:.....
2. Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek
3. Yaş:.....
4. Kilo ve boy : kg cm
5. Medeni durum: 1.Bekar 2.Evli
6. Eğitim Durumu: 1.Okur-yazar değil 2.İlköğretim 3.Ortaöğretim
4.Ortaöğretimüstü
7. Yaşanılan Yer: 1.Köy/kasaba 2.İlçe 3.İl
8. Çalışma durumu: 1. Çalışmıyor 2. Ev Hanımı 3. Memur 4. İşçi- Serbest
meslek 5. Emekli
9. Gelir durumu: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla
10. Sağlık güvencesi: 1. Var 2. Yok
11. Daha önce hastaneye yatma deneyimi: 1. Var 2. Yok
12. Geçirilmiş ameliyat deneyimi: 1. Var 2. Yok
13. Geçirilmiş ameliyat deneyimi 'var' ise:
14. Yaşanılan yer kat sayısı: 1. Zemin kat 2.1.kat 3. 2.kat 4.3. kat 5. 4 ve üzeri
15. Hastalığınız ile ilgili herhangi bir tedavi aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
16. Hastalığınız hangi dizinizi etkiledi: 1.Sağ Diz 2.Sol Diz 3.Her İki Diz
17. Ameliyat planlanan taraf: 1.Sağ Diz 2.Sol Diz
18. Hastalığınızdan dolayı travma (düşme/çarpma/trafik kazası vb) yaşadınız
mı? 1.Evet 2.Hayır
19. Hastalığınızdan dolayı yardımcı araç-gereç kullandınız mı? 1.Evet 2.Hayır
20. Yardımcı araç-gereç kullanımı 'var' ise:
21. Ameliyat olmanız ne zaman söylendi?
22. Ameliyat olmaya ne zaman karar verdiniz?
23. Erteleme nedeniniz/nedenleriniz nedir?
24. Total diz protezi ameliyatını olma nedeniniz/nedenleriniz nedir?

WOMAC OSTEOARTRİT İNDEKSİ

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
Ağrı					
1-Düz zeminde yürümekle ağrı					
2-Merdiven çıkmakla ağrı					
3-Gece yatakta ağrı					
4-Oturmak veya uzanmakla ağrı					
5-Ayakta durmakla ağrı					
Tutukluk					
6-Sabah ilk yürüme sırasında tutukluk					
7-Gün içinde oturma, uzanma ve istirahat sonrası tutukluk					
Fiziksel İşlev					
8-Merdiven inme					
9-Merdiven çıkma					
10-Otururken ayağa kalkma					
11-Ayakta durma					
12-Yere eğilme (çömelme)					
13-Düz zemin üzerinde yürüme					
14-Arabaya inme-binme					
15-Alışveriş yapma					
16-Çorap giyme					
17-Çorap çıkartma					
18-Yatakta kalkma					
19-Yatağa uzanma					
20-Banyo küvetine girme-çıkma					
21-Oturma					
22-Tuvalete girme-çıkma					
23-Ağır ev işleri					
24-Hafif ev işleri					

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

1)Yıkanma → Kendi başıma yıkanamıyorum → Yıkanırken yardım alıyorum → Kendi başıma yıkanabiliyorum	☐ Bağımlı ☐ Kısmen bağımlı ☐ Bağımsız
2) Giyinme → Kendi başıma giyinemiyorum → Giyinirken yardım alıyorum → Kendi başıma giyinebiliyorum	☐ Bağımlı ☐ Kısmen bağımlı ☐ Bağımsız
3)Tuvalet ihtiyacı → Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılariken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	☐ Bağımlı ☐ Kısmen bağımlı ☐ Bağımsız
4) Transfer → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	☐ Bağımlı ☐ Kısmen bağımlı ☐ Bağımsız
5) Kontinans → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edemiyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum → Mesane ve barsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	☐ Bağımlı ☐ Kısmen bağımlı ☐ Bağımsız
6) Beslenme → Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum → Yemeğimi yerken yardım alıyorum → Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	☐ Bağımlı ☐ Kısmen bağımlı ☐ Bağımsız

CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ

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

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

2) Anesteziiden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum

çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum

çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum

çok korkuyorum

Yanıtlarınız için teşekkür ederiz..

Ek II-Nitel Bölüm Veri Toplama Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma “Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması” adı ile Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN ve Arş. Gör. Züleyha AYKUT tarafından yürütülmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma kapsamında verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak olup, sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilebilirsiniz. Eksik cevaplar vermeniz durumunda araştırma kapsamından çıkarılabiliyorsunuz. Bu çalışma kapsamında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılımda gönüllük esas olup hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Uygulama esnasındaki dürüstlüğünüz ve samimiyetiniz çok önemlidir ve bizim için büyük bir önem taşımaktadır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız ve kurumunuz belirtilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılımda gönüllü olursanız ses kayıt cihazı eşliğinde yaklaşık 30-60 dakika hastalık süreciniz, deneyimleriniz, ameliyata karar verme süreciniz hakkında görüşmemiz gerçekleşecektir. Görüşmelerde kullanılan ses kayıt cihazında kayıtlı olan bilgiler, çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. **Çalışma için kullanıldıktan sonra ses kaydınızın silinmesini istiyorsanız belirtebilirsiniz.**

Çalışma tamamlandığında ses kaydının silinmesini istiyorum.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fark etmez

İlginiz ve yanıtlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaç için yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

SES KAYIT İZİN FORMU

Araştırmanın Adı: Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması

	Evet	Hayır
Bilgilendirme formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		

Size araştırma ile ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		

Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuz anlatıldı mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.....</i>		

Tarih:

**AMELİYAT ÖNCESİ TOTAL DİZ PROTEZİ SÜRECİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI
NİTEL BÖLÜM VERİ TOPLAMA FORMU**

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI

Görüşme Soruları:

1. Dizinizle ilgili sorun yaşamaya ne zaman başladınız?

2. Dizinizdeki yaşadığınız sorun yaşamınızı nasıl etkiledi?

Alt sorular: Dizinizdeki yaşadığınız sorun;

Fiziksel olarak sizi nasıl etkiledi?

Duygusal olarak sizi nasıl etkiledi?

Sosyal olarak yaşantınızı nasıl etkiledi?

3. Bu süreçte dizinizdeki sorunun yaşamınız üzerindeki etkileriyle nasıl başa çıktınız?

Alt sorular:

Fiziksel etkileri ile nasıl başa çıktınız?

Duygusal etkileri ile nasıl başa çıktınız?

Sosyal etkileri ile nasıl başa çıktınız?

4. Ameliyat olmaya nasıl karar verdiniz?

Alt sorular:

Ameliyata karar vermenize neden olan durumları açıklar mısınız?

Ameliyat kararınızı en çok etkileyen durumları tanımlayabilir misiniz?

Bu süreçte yanınızda kim veya kimler vardı ve sizi nasıl desteklediler?

5. Ameliyat kararı verdikten sonra neler hissettiniz?

6. Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Ek III- Uzman Görüş Listesi

Görüşü Alınan Uzman	Üniversitesi-Bölümü
Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aliye OKGÜN ALCAN	İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Berna KÖKTÜRK DALCALI	Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba SINMAZ	Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Arş. Gör. Dr. Sinem GEÇİT	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek IV- Uzman Görüş Formu

Sayın Hocam,

“Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması” adlı bir doktora tezimin nitel bölümünün bireysel görüşmesi ve yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile niteliksel yaklaşımlarla yapılması planlanmaktadır. Hazırlanan görüşme soruları için görüş ve önerilerinizi sunmanız bizim için oldukça değerlidir.

Desteyiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Maddelerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi a. Uygun (Aynı şekilde kalabilir)
geçirilmeli c. Biraz uygun (Madde/ifade ciddi olarak gözden geçirilmeli)

b. Oldukça uygun (Madde/ifade hafifçe gözden
d. Uygun değil

Her Bir İfadenin Anlaşılabilirliği Açısından Değerlendirilmesi 1) Anlaşılır 2) Yeterince anlaşılır (Madde/ifade hafifçe gözden geçirilmeli)
3) Ne anlaşılır Ne anlaşılmaz (Kararsızım) 4)Anlaşılmaz

Görüşme Soruları	UYGUNLUK				ANLAŞILIRLIK				ÖNERİLER
	a	b	c	d	1	2	3	4	
1. Dizinizdeki problem yaşamınızı nasıl etkiledi?									
Alt sorular:									
Fiziksel olarak sizi nasıl etkiledi?									
Duygusal olarak sizi nasıl etkiledi?									
Sosyal olarak yaşantınızı nasıl etkiledi?									
2. Bu süreçte yaşadığınız etkiler ile nasıl başa çıktınız?									
Alt sorular:									
Fiziksel etkileri ile nasıl başa çıktınız?									
Duygusal etkileri ile nasıl başa çıktınız?									
Sosyal etkileri ile nasıl başa çıktınız?									
3. Ameliyat olmaya nasıl karar verdiniz?									
Alt sorular:									
Ameliyata karar vermenize neden olan durumları açıklar mısınız?									
Ameliyat kararınızı en çok etkileyen durumları tanımlayabilir misiniz?									
Karar verme sürecinizde ailenizden, arkadaşlarınızdan ve toplumdan ne tür bir sosyal destek aldınız?									
4. Ameliyat kararı verdikten sonra neler hissettiniz?									

Ek V- Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitimi Katılım Belgesi



Ek VI- Karma Araştırma Yöntemleri Eğitimi Katılım Belgesi



Ek VII- MAXQDA Nitel Veri Analizi Eğitimi Katılım Belgesi



Ek VIII- Tez Öneri Kabulü

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 01.08.2024-E.1977173



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurul İşleri Bürosu



Sayı : E-86991637-100-1977173
Konu : Züleyha AYKUT Tez Konusu

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Yönetim Kurulunun 30.07.2024 tarih ve 27/39 sayılı kararı aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönergenin İkinci Bölümü Madde 4(1) de yer alan "Tez önerisi kabul edilen öğrenci, Tez Otomasyon Sistemi'ne üye girişi yaparak Tez Veri Giriş Formunu doldurur hükmü uyarınca ilgili öğrencinin "Tez Veri Giriş Formu"nun doldurulması hususunun tebliğ edilmesi konusunda gereğini rica ederim.

Karar 39 - Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Züleyha AYKUT'un tez konusu tespiti ile ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 23.07.2024 tarih ve 1961160 sayılı yazısı ve ekleri okundu.

Görüşmelerden sonra;

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Züleyha AYKUT'un tez konusunun "Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması" olarak belirlenmesine ve kararın gereği için Anabilim Dalı Başkanlığı'na iletilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Funda YILMAZ BARBET
Müdür

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSP359BU9RP
Adres:Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İzmir
Telefon:0 (232) 311 44 93 Faks:0 (232) 311 44 86
e-Posta:sekur@mail.ege.edu.tr Web:www.ege.edu.tr
Kep Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.hes03.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ebys>

Bilgi için: İlknur GÜZELEMREZ
Uyvan: İqci



Ek IX- Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. MERYEM YAVUZ Van GİERSBERGEN
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Diğer ZÜLEYHA AYKUT
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
DESTEKLEYİCİ	
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Diğer

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 24-8T/75	Tarih: 22.08.2024
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Başkan	Tıbbi Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Yasemin Yıldırım Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Mehmet Çağdaş Eker Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu	e-imza	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	---------------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Prof. Dr. Oya Türkoğlu Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Şafak Dağhan Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Yasemin Eraç Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Gülbin Rudarlı Üye	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Tahir Atik Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Hayır	Toplantıya Katılmadı
Doc. Dr. Serhad Nalçacı Üye	Göz Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Doc. Dr. Fatih Oltulu Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Fatma Sert Üye	Radyasyon Onkolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Nur Soyer Üye	Hematoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Zümrüt Şahbudak Bal Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı	Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. ALİ TEKİN Üye	Çocuk Cerrahisi/Çocuk Ürolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı

Ek X- Kurum İzni



T.C.
BALIKESİR VALİLİĞİ
BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Balıkesir Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-44767171-799-258371926
Konu : Arş. Gör. Züleyha AYKUT Bilimsel
Araştırma İzni

04.11.2024

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

İlgi : 16.09.2024 tarihli ve E-44767171-000-254138783 sayılı yazınız.

İlgili tarih ve sayılı yazıya istinaden; Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi Züleyha Aykut'un "Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması" konulu bilimsel araştırma çalışması hastanemiz Eğitim Planlama Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup kurul kararı ektedir.

Onaylanan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na riayet edilmesi, maske- mesafe, temizlik kurallarına dikkat edilmesi ve yapılacak çalışma sonucunun bir suretinin Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'na gönderilmesi, kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi ve ilgiliye tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Oktay ERAY
Başhekim

Ek: ZÜLEYHA AYKUT EPK DEĞERLENDİRME KARARI.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3FB42711-E054-4C3C-BDB2-4A6445716BFC

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Yeni Mah. Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Cad. No: 75 Bandırma/BALIKESİR
10200

Telefon No: 0 (266) 7380022

e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](mailto:Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/)

Kep Adresi: bandirmaegitimvearastirmahastanesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Hande DEMİRTAŞ
Hemşire
Telefon No: 02667380022



		T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
		BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ EĞİTİM PLANLAMA KURULU DEĞERLENDİRME FORMU	
odu: EY.F.11.17	Yayın Tarihi: 26.12.2023	Revizyon Tarihi/No: 00/00	Sayfa No: 1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı/Unvanı:	Arş. Gör. Züleyha AYKUT		
Kurumu /Üniversitesi:	Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi		
Çalıştığı Kurum Merkezler:	(×) Tek merkez () Çok merkez		
Çalıştığı Kurum Merkezi İse ve Belirlenmişse Diğer Merkezler			
Araştırmanın Konusu:	Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması		
Araştırmanın Statüsü:	Doktora Tez Çalışması		
Araştırmanın Başlaması Tarihi:	Ekim 2024- Kasım 2025		
Araştırma Alanı:	Var		
İzin Formu:	Tanımlayıcı Veri Toplama Formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Cerrahi Korku Ölçeği, Womac Osteoartrit İndeksi, Nitel Bölüm Veri Toplama Formu		
Veri Toplama Araçları:	Ortopedi Kliniği Sorumlusu Dr. Öğr. Üyesi Uğur ÖZDEMİR		
Görüşme Yöntemleri:	EPK İzin Formu (×)Var () Yok Araştırma Başvuru Formları (×) Var () Yok Etik Kurul Kararı (×) Var () Yok Başvuru Dilekçesi (×) Var () Yok		
Başvuru Durumu:			
EĞİTİM PLANLAMA KURUL GÖRÜŞÜ/KARAR			
14.10.2024 tarihinde yapılan EPK toplantısında; Züleyha AYKUT isimli araştırmacının "Ameliyat Öncesi Total Diz Protezi Sürecini Etkileyen Faktörler: Karma Yöntem Çalışması" başlıklı doktora tez çalışması talebi başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, sonuç doğrultusunda itibaren çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.			
(×) Oy Birliği		() Oy Çokluğu	

Ek XI-Ölçek İzinleri

WOMAC OA İNDEKSİ

Ölçek Kullanım İzni



Emine Handan Tüzün

Alıcı: htuzun, handan.tuzun, ben

5 Ağu Pzt 19:46 (14 saat önce)



Sayın Aykut, WOMAC OA indeksinin Türkçe surumunu doktora çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Emine Handan Tüzün

5 Ağu 2024 Pzt 13:22 tarihinde ZÜLEYHA AYKUT <

> şunu yazdı:

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Ölçek İzni



elif fatma özkan

Alıcı: ben

09:11 (3 saat önce)



Sayın Aykut,

Çalışmamızı kullanmanızda bizim açımızdan sakınca yoktur. Kolaylıklar dilerim.

Cerrahi Korku Ölçeği

Ölçek İzni



Zeynep Karaman Özlü

Alıcı: ben

9 Tem Sal 12:19



Merhaba Züleyha

Ölçek ekte yer almakta. Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Teşekkür

Doktora eğitim sürecimde ve tez çalışmamın planlanma aşamasından yazım aşamasına kadar tüm süreçlerde bilgi ve deneyimleri ile desteklerini esirgemeyen, bana yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN'e,

Çalışmamı yürütebilmem için gerekli izni sağlayan Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Uğur ÖZDEMİR'e ve tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde katkılarından dolayı Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniğinde çalışan hemşire meslektaşlarıma,

Tezime gönüllü olarak katılan Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği'nde tedavi gören hastalara,

Tez izleme komitesi üyeleri arasında yer alan, tezimin öneri ve değerlendirme sürecindeki katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Esma ÖZŞAKER, Sayın Doç. Dr. Aliye OKGÜN ALCAN hocalarıma,

Doktora eğitimim sürecimde bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma ve desteklerini hissettiğim araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez sürecimdeki desteklerinden dolayı Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üye ve elemanlarına,

Tez çalışmamda istatistiksel katkılarından dolayı Sayın Reyhan KAPLAN'a

Hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen ve doktora tez sürecimde de tüm zorluklarda yanımda olan babam Burhan AYKUT, annem Fadime AYKUT ve kardeşlerime

Teşekkürlerimi Sunarım.

İzmir, 17.11.2025

Züleyha AYKUT

Özgeçmiş

yılında 'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir'de tamamladı. 2013 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2013 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine atandı. Genel Cerrahi Yoğun bakım ve sonrasında Genel Cerrahi klinik hemşireliği olarak görev yaptı. 2020 yılında Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümüne Araştırma Görevlisi olarak atandı. 2020 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Eğitimine başlayarak, 2020-2024 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine Araştırma Görevlisi olarak görev yaptı. 2024 yılından itibaren Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

E-posta: