

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**Danışman
Prof.Dr.Kamerya BABADAĞ**

**TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI ÖNCESİ
HASTA EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI
FİZİKSEL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

T 99166

DOKTORA TEZİ

Uzman Hemşire Merdiye ŞENDİR

İSTANBUL- 2000

TEŞEKKÜR

Mesleki yaşamımın tüm aşamalarında olduğu gibi doktora çalışmalarım da bana rehberlik ederek büyük ilgi ve desteklerini esirgemeyen hocam Sayın **Prof. Dr. Kamerya BABADAĞ'** a,

Hasta eğitim kitapçığının hazırlanmasında değerli görüşlerine başvurduğum Sayın **Prof. Dr. Remzi TÖZÜN'** e,

Çalışmamda büyük yardımlarını aldığım İÜ İstanbul ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri Hastaneleri **Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalları'ndaki değerli meslektaşlarıma,**

Yoğun çalışma dönemimde her konuda yardım ve destekleri ile beni cesaretlendiren **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'ndaki tüm arkadaşlarıma,**

Özverili destekleri ile her zaman yanımda olan eşim ve oğluma,

İçten teşekkürlerimi sunarım

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	55
4. BULGULAR.....	70
5. TARTIŞMA.....	97
6. SONUÇLAR.....	121
7. ÖZET.....	128
8. SUMMARY.....	130
9. KAYNAKLAR.....	132
10. EKLER.....	143
11. ÖZGEÇMİŞ.....	168

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlığı, “bireyin yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal / mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); inanç ve davranışları etkileyici sağlık eğitiminin “üretken ve aktif olarak katılımcı bir toplum” un sağlıklı olma hedefine ulaşmasında ana unsurlardan biri olduğunu vurgulamıştır (127,155,156,157,170).

“Herkes Sağık” hedefine toplum ve birey ancak kendi istek ve çabaları ile ulaşabilirler. Ancak sağığın geliştirilmesi, devamlılığın sağılanması ve hastalıkların önlenmesi; birey, aile ve toplum düzeyinde hizmete katılımlarının sağılanması ve kendi sağılıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelerini sağılayacak çözümler getirilmesi ile olasıdır. Bu olasılığı gerçeğe dönüştürme tüm sağık ekibinin görevi olmakla birlikte bu alanda en önemli sorumluluk hemşirededir. Çünkü bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel tüm boyutları ile birlikte ele alan, sağıklı / hasta bireyle sürekli ve en çok etkileşim içinde olan tek profesyonel üyedir. Bu nedenle de DSÖ en etkin görevin hemşirede olduğunu vurgulamıştır(17,20,156,170).

Hemşirenin temel işlevi ve amacı, sağıklı bireyin sağığını sürdürmesi ve geliştirmesi, hastanın yeniden sağığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yardım etmektir (63,128). Bireyin sağık durumunu sürdürme ve yükseltmede, hastalıkta ise sağıklı duruma gelme, sağığı yeniden kazanmada, bilgilendirme, davranış kazanma ve bu hedefle aktif katılımı desteklemede hemşirenin çağdaş rollerinden biri olan eğitimci rolünü gerçekleştirmesi büyük önem taşımaktadır (17,20,155,156,157,161).

Temelini Maslow’ un Temel İnsan Gereksinimleri’nin hiyerarşik düzenine dayandıran ve Henderson’ın hemşirelik modelinden yararlanan N. Roper, W. Logan, A.T.Tierney’in Yaşam Modeli’ ne göre de sağık, bireyin 11 yaşam aktivitesini bireyselliğine yansıtarak bağımsız olarak yerine getirebilmesidir. Hastalık ise ya Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) etkileyen faktörlerin birey için olumsuz koşullar yaratması ya da aktivitelerin birinde veya birinin diğerleri ile etkileşimi sonucu birden fazlasında

bağımlı hale gelmektir. Yaşamında, GYA' lerini etkileyen koşulları optimal düzeye dönüştürerek maksimum bağımsızlık ve bireyselliğe ulaşmayı amaçlayan bireyin, yaşam aktivitelerinden herhangi birinde bağımlılık söz konusu olduğunda hemşirelik bakımı devreye girmektedir. Roper ve ark. hemşireliği bireyin yaşam süresinin tüm dönemlerinde, bağımlılık – bağımsızlık dizgesine ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı şekillerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi, çözülmesi ve yaşamın kalitesinin yükseltilmesi olarak ele almaktadır. Bu bağlamda hemşire sağlıklı / hasta bireyin önce bağımsızlığını sürdürmesine, başaramadığında da bağımlılık durumu ile başa çıkmasına yardım etmeli, sağlıklı ve bağımsız yaşamı sağlayan davranış geliştirmesine olanak sağlamalı, eğitmeli, sağlıklı kalabilmesi için önleme-koruma, sağlığı geliştirerek yaşamına kalite yükleyecek yeni davranışlar hakkında inanç, bilgi ve davranışlar kazandırmalıdır (17,34,109,125,128).

Yaşamın her döneminde sağlıklı olmanın temel öğelerinden biri olan sağlık eğitimi, tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi cerrahi yöntemlerle tedavi edilen hastalıkların iyileşme sürecinde de bu önem ve özelliğini sürdürmektedir. Ayrıca hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası, sonrası ve evde bakım döneminden oluşan uzun bir sürede, eğitim yoluyla öğrenerek kendi sağlığını kazanma ve katkıda bulunma, tedavinin yanısıra bakımın amaçları arasında da yer alır(1,4,5).

GYA' den “ hareket” aktivitesini doğrudan etkileyerek bireyi bağımlı hale getiren kalça artrozu sonucu gündeme gelen Total Kalça Protezi (TKP) ameliyatı da cerrahi bir girişimi deneyimleme, ağrı hissetme ve iyileşememe korkularına neden olan tedavi yöntemidir. Birçok cerrahi girişimde olduğu gibi TKP ameliyatından sonra da hastaların bağımsızlığını kaybederek bağımlı hale gelme, ekonomik üretkenliğini yitirme ve aile içi-toplumsal rollerini yerine getirememe duygularını yaşamaları kaçınılmazdır. Ayrıca böyle bir cerrahi girişim ve yoğun anksiyete deneyimlerinden sonra hastaların; günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını, protez ve fiksasyon aracı çıkmadan nasıl yürüyeceklerini, hareket ve pozisyonlarının nasıl olacağını öğrenmeye gereksinim duymaları etkin hemşirelik bakımı kapsamında hemşirenin uygulayıcı rolü ve eğitimci rolünü üstlenmesini zorunlu duruma getirmektedir (90,103,158,165).

Ülkelerin refah düzeyinin yükselmesi, sağlık bilimlerinde ve tıbbi teknolojiye gelişmeleri de etkilemiş ve ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Bilim ve teknolojiye gelişmeler, doğumdan sonra ortalama yaşam süresinin 2000 yılı için 69 ve ↑ yıl olarak

tahmin edildiği ülkemizde de insanların yaşamdan beklentilerini etkilemektedir. İnsanların sakatlığı kabul edilecek bir kader olarak görmemeleri; insanca bir yaşamı ve bu anlamda hizmeti elde etmek isteği ile sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar. Bu tür istek ve gereksinimler tıp bilimini fonksiyon göremeyen bir ekstremitenin yerini tutacak arayışlara yöneltmiş, günümüzde protezler giderek artan sayıda ve önemli sıklıkta tedavide yer almaya başlamıştır. Çağdaş standartlarının fiziksel, ruhsal ve sosyal rahatlığı ve fonksiyonun daha yüksek düzeyini gerektirmesi, yanısıra yaşamda kalite arayışları ve ağrı fiziksel yetersizlikle başa çıkması güç olan yaşlı insan sayısının artması ortopedi cerrahisinde TKP gibi yeni yöntemler geliştirme çalışmalarını yoğunlaştırmıştır (60,87,125,129,153,171).

Kalça ekleminin irreversibl hasar görmesi sonucu, uzun süreli konservatif tedaviye yanıt vermeyen, ciddi kalça ağrısı ve hareket kısıtlamasına neden olan durumlarda gerçekleştirilen TKP ameliyatı kalça ekleminin hem femur başını hem de asetabulumunu kapsayan yeniden yapılandırılması işlemidir. En sık endikasyonlar; osteoartrit, romatoid artrit, femur boynu ve asetabulum kırığı, kongenital kalça displazisi olarak sıralanabilir (22,41,60,66,129,137,153).

ABD'de 1994 yılında 120.000'den fazla olguda uygulanan TKP ameliyatı 'nın prevalansı, National Health Interview Survey tarafından 65-74 yaş arasında 11 / 1000, 75 ve üzeri yaşlarda ise 24 / 1000 olarak belirlenmiştir. Finlandiya'da 2000 yılında her 100.000 kişiden 100-120' sinin TKP'li olacağı tahmin edilmekle birlikte ülkemizde bu ameliyatın uygulama sıklığı ile ilgili DİE' de kayıtlı istatistiki bir bilgi bulunamamıştır (94,153).

Diğer büyük cerrahi girişimlerin bir çoğunda olduğu gibi TKP ameliyatlarından sonra da % 2-8 oranında komplikasyonların ortaya çıkması olasıdır. Enfeksiyon, derin ven trombozu- pulmoner emboli, protez dislokasyonu / subluksasyonu ve hemoraji en sık görülen komplikasyonlardır. Literatürde bu komplikasyonların yaşamı tehdit etmesinin dışında hastanın fiziksel uyumunu güçleştirdiğine, hastanede kalış süresini uzattığına, ekonomik yükü arttırmasının yanısıra yaşam şeklindeki olumsuz deneyimler nedeni ile hastanın yaşam kalitesini ve doyumunu etkilediğine yönelik bilgilere yer verilmiştir(22,28,55,56,66,137,165).

Primer amacı yaşam kalitesini düzeltmek olan TKP ameliyatlarından sonra hastaya kaliteli bir yaşam ve yaşam doyumu sağlamak için sağlık bakımı yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmesine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesi ile en üst düzeydeki fiziksel bağımsızlığın yaratacağı sosyal ve ruhsal bağımsızlığın da kazandırılması gerekmektedir (22,55,56,94,103,133).

Sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazanılması, kaliteli bir yaşam sağlanarak geliştirilmesi, vücut fonksiyonlarının maksimum düzeye çıkarılması, ağrının giderilmesi, görünümün düzeltilmesi ve yaşam süresinin uzatılmasına yönelik tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi TKP ameliyatında da cerrahi yolla yapılan tedavinin başarısı, cerrahın teknik bilgi ve becerisinin en üst düzeyde olmasının yanısıra aynı ölçüde değerli olan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım ile ameliyat sonrası bakım işlevlerinin kusursuz bir biçimde sürdürülmesini sağlayan hemşireye bağlıdır(4,5, 39,60,129,138,153). Bu nedenle TKP uygulaması hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesini, bu bilgilendirme doğrultusunda hastalığa uyum sağlamasını ve yaşam şeklinde gerekli değişiklikler yapmasını, planlanan bakıma aktif olarak katılımını, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliğini gerektirir. Hem hastalığın ortaya çıkardığı sorunların belirlenmesi ve izlenmesinde hem de karmaşık tedavi, bakım ve rehabilitasyon programının uygulanmasında hasta ve ailesinin aktif katılımı ve uyumu önemlidir. Bakım amaçlarının genel amaçları dışında ameliyattan sonra ortaya çıkabilecek sorunlardan hastanın en az düzeyde etkilenmesini sağlamaya, harekete bağlı fonksiyonel kapasitesini ve yaşam kalitesini arttırmaya odaklanması önerilmektedir (55,103,129,166).

Genelde hemşirelik bakımının amaçları, özelde ise TKP ameliyatlarında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği içinde sunulan hemşirelik bakımının temel amacı; hastanın alışageldiği yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi için gereksinimlerini en üst düzeyde karşılaması, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı tedbirlerin alınması ve mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmaktır. Böylece bakımda uygulayıcı rolü dışında hemşire, hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası, sonrası ve evde bakım dönemini de kapsayan uzun bir sürede, eğitim yoluyla kendi sağlığına ulaşma ve sürdürmeye katkıda bulunması ile bakımda eğitici rolünü de yerine getirmiş olacaktır (22,41,55,56,60,129,145,158).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı kapsamında ameliyattan önceki 1-2 hafta içinde başlatılacak hasta eğitim programı; hastaları daha iyi fonksiyon görmeye yönlendiren egzersiz uygulamalarına yöneltmek, komplikasyonları en aza indirmek ve hospitalizasyonun her bir dönemine yönelik girişimlere hastayı hazırlayarak hastanede kalış süresini kısaltmak ve yeni yaşama uyumlarını arttırmak amacıyla diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği sağlanarak hasta birey ve ailesiyle birlikte planlanmalıdır. TKP uygulanan bireyin yaş dönemine, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine, GYA'ni etkileyen faktörlere ve bireyselliğine bağlı olarak farklılaşan bu eğitimin içeriği;

- Protez ameliyatı ve nedeni hakkında bilgilendirmenin yanısıra kabul öncesi, kabulde, ameliyat öncesi, ameliyatta ve ameliyattan sonraki dönemlerde yapılacak işlemler ve beklenen sonuçlara hazırlığı kapsayan **ameliyat öncesi hastayı bilgilendirme ve eğitim** ile

- Evdeki yaşamın bağımsızca ve güvenli bir şekilde sürdürülmesine yönelik **taburculuk öncesi evde bakım eğitimi** olmak üzere iki başlık altında gerçekleştirilebilir. Ayrıca verilen bu bilgilerin kalıcı olması için disiplinlerarası ekibin görüşü de dikkate alınarak hazırlanan bir resimli hasta eğitim kitapçığı / rehberi veya diğer audio visual (AV) araçlar ile desteklenmesi oldukça önemlidir (28,35,39,55,56,103,138,148) .

Bu araştırma, Total Kalça Protezi ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitiminin, hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkilerini saptamak amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın planlanmasında literatür ve klinik alanda gözlenen hasta gereksinimleri doğrultusunda şu varsayımlardan hareket edilmiştir:

TKP ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitimi ile;

- TKP ameliyatından sonra erken dönemden başlayarak hastaların ağrı deneyimleri ile başedebilmeleri sağlanır,
- TKP ameliyatından sonra komplikasyon gelişme olasılığı azaltılır ve iyileşme süreci hızlandırılır, dolayısı ile hastanede kalış süresinin azalması birey ve kuruma ekonomik kazanımlar sağlar,
- TKP ameliyatından sonra GYA'ni sürdürmede güvenli hareket etme ve egzersiz uygulamalarının bilinmesi ve uygulanması erken mobilizasyonu sağlar ve fiziksel uyumu artırır,
- Hastanın yaşamına sağlığı katarak yeni yaşam biçimine uyum ve doyumunu içeren değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif katılımı ve işbirliği sağlanır,
- Hastaların kendi bakımlarına aktif katılımları ile iyileşmelerini kontrol etmeleri ve olumlu psikolojik yararlar sağlaması yaşam kalitesini artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SAĞLIK VE HEMŞİRELİK

Yakın geçmişe kadar sağlıklı veya iyi olmak, hasta olmamak anlamında kabul edildiğinden dolayı sağlığı ve karşısı olarak da hastalığı tanımlama yerini, tarihsel süreç içinde varolan bilgilere yenileri, çağdaş felsefi anlayış, kültürel ve inanç farklılıkları yüklenerek günümüz sağlık kavramına, bireye “bütüncü yaklaşıma” ulaşılmıştır. Bu yaklaşımda birey bedensel, akılsal, sosyal yönü ve inançları ile bir bütün olarak ele alınmaktadır. Amaçlanan, bireyin bedensel, akılsal, sosyo-kültürel ve inançları yönünden dengeli ve çevresi ile uyumlu olmasıdır (20,117,156,157).

1948’ de Birleşmiş Milletlere bağlı uzmanlık kuruluşu olarak yapılanan, kuruluş yasasıyla, toplumların *“olabildiğince en yüksek sağlık düzeyine erişmelerini sağlamaya”* yönelik geniş yetkilerle donatılan Dünya Sağlık Örgütü’ nün tanımına göre “sağlık, bireyin yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal / mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Ayrıca sağlık, bireyin kendisi ve çevresi ile uyum ve barış içinde olduğu denge durumu olup, sağlığı sürdürebilme yeteneğidir. “Fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halinin yokluğu ise hastalıktır”. Aynı örgüt, sağlığı 1990 yılında bir yandan bireyin sağlık durumunu kendi ifadesi ile tanımlaması görüşünü benimserken; diğer yandan bir bütün oluşturan boyutları ile insanı, onun yaşamındaki bağımsızlığın ve üretkenliğin değerini de vurgulamıştır (17,20,116,156,157).

DSÖ’ nün “ 2000 Yılında Herkese Sağlık” politikası hedefleri içinde; sağlığın bireylerin ulaşabileceği yere götürülebilmesi, tıbbi sorunların çözümünün ötesinde sağlıklı olmayı engelleyici faktörlerin tümünden ortadan kaldırılması, yaşanan çevrenin iyileştirilmesi, hastalık, kaza ve sakatlıklardan korunması, sağlıklı yaşam biçiminin topluluklara öğretilmesi, yeni teknolojilerden yararlanılarak bireyselleştirilmiş bakım ve yardımın sağlanması yer alır. Bireyin kendine de sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve iyileşmede sorumluluk yüklenir (20,127,156,170).

Bu bağlamda çağdaş sağlık anlayışında; bireyin iyilik durumunu geliştirecek, koruyacak ve sürdürecektir davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru karar almasını sağlamak üzere ; birey aile ve toplumun sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren sağlık merkezli bakım yaklaşımı öngörülmektedir. Bireyin ve ailenin sağlık bakımına katılımını, onların sağlıklarını dengede tutacak güce ve sorumluluğa sahip olmalarını ve sağlıklı çevre kavramını hedef alan bu anlayış, etik, yasal, yönetsel ve ekonomik düzenlemelerle birlikte birçok kurumda, hatta insanın var olduğu her yerde sağlık bakımını gerekli kılar (44,105,156,170).

“Herkese sağlık” hedefine toplum ve birey ancak kendi istek ve çabaları ile ulaşabilirler. Ancak sağlığın geliştirilmesi, devamlılığın sağlanması ve hastalıkların önlenmesi; birey, aile ve toplum düzeyinde hizmete katılımlarının sağlanması ve kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelerini sağlayacak çözümler getirilmesi ile olasıdır. Bu olasılığı gerçeğe dönüştürme tüm sağlık ekibinin görevi olmakla birlikte bu alanda en önemli sorumluluk hemşirededir (20,127,156).

Hemşirelik, geçmişten günümüze kadar bilimsel, sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini. Hemşirelik bir “yardım etme” disiplini. Bu yardım, bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesi için bilgi verme formunda olduğu gibi, hastalığı nedeniyle kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerin karşılanmasına ve en kısa zamanda bağımsız hale gelmesine yönelik içerik ve eylemleri vardır. Diğer bir anlamda hemşireliğin amacı ; sağlıklı / hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlamaktır. Bireyin yaşam süreci boyunca esenlik, sağlık, rahatsızlık, hastalık ve ölümle noktalanmış yaşam deneyimlerinden oluşan yaşantısının bağımlılık-bağımsızlık dizgesindeki evrelerinin tümünde hemşire “yardım etme” amacını gerçekleştirebilir (16,17,97,117,125,157).

Türk Hemşireler Derneği' nin, 1981 yılında hemşireliğin işlevleri, standartları ve niteliklerini saptamak üzere kurduğu Eğitim Komisyonu' nun bir yıllık çalışması sonunda sunduğu raporda yer alan; hemşirelik ve hemşirenin tanımı ülkemizde uygulanmak üzere kabul edilmiştir. Türk Hemşireler Derneği' ne göre; “hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma geliştirme, hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi,

uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir”.

“Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı / hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlıklı bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bütün bunlar yapılırken hemşire bireyin kendi kendine yeterli olmasını sağlamaya da yardımcı olur” (20,128,157).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi görevlisi Jane Salvage tarafından yayımlanan ve Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Daire Başkanı Prof. Saadet Ülker tarafından dilimize kazandırılan “ Etkinliğe Doğru Eylem “ kitabında; hemşirenin en güncel görev ve işlevi aşağıda kısaca özetlenmiştir. “ *Toplumda hemşireliğin amacından ötürü hemşirenin görevi bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları, çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlev, stratejiler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Aynı zamanda hastanın rehabilitasyonu sırasında bakımın planlanması ve bireye ulaştırılmasını da kapsayan hemşirelik, yaşamın sağlık, hastalık, özrürlük ve ölüm olayları ile etkilenen bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle de ilgilidir.*

Hemşireler bireyin, ailesinin, arkadaşlarının, sosyal grupların ve toplumun, sağlık bakımının her aşamasına gerektiği gibi katılımlarını sağlamakla özgüvenlerinin ve geleceklerini belirleme yeteneklerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır ” (20,156).

Sağlığın değerlendirilmesi, bireyin kişisel potansiyelini geliştirmesi, topluma yararlı katılımı , yaşam biçimleri arasında bilinçli bir tercih yapması, hem kendi hem de ailenin sağlığına gerekli ilginin gösterilmesinde eğitim önemli bir temel oluşturmaktadır. DSÖ’ nün 2000 Yılında Herkese Sağlık politikasının gereklerinden biri de üretken / katılımcı bir toplum oluşturmak ve sakatlıkları minimuma indirmektedir. İyi bilgilendirilmiş, iyi güdülenmiş ve aktif olarak katılımcı bir toplum, sağlıklı olma hedefine ulaşılmasında ana faktörler arasında yer almaktadır (127,155,156,157,170).

Bireyin sağlık durumunu sŸrdŸrme ve geliştirmede, hastalıkta ise sağlıklı duruma gelme, sağlığı yeniden kazanmada, bilgilenme, davranış kazanma ve bu hedefle aktif katılımı destekleme, hemşirenin ağdaş rollerinden biri olan eğitimci rolŸne gereksinimi açıkça ortaya koymaktadır. Eğitimci rolŸn amacı , meslek Ÿyesi yetiştirmenin yanında birey ve topluma sağlığını koruyacak ve geliştirecek bilgi ve davranış gereksinimlerine uygun ve planlı bir şekilde kazandırmaktır. Bireyin kendi sağlığını kazanma, sŸrdŸrme ve geliştirmeye aktif katılımında hemşirenin eğitimci rolŸnŸ gerçekleştirmesi bŸyŸk önem taşımaktadır (20,46,155,156,157,158,161).

2.2 HEMşİRENİN EĞİTİMCİ ROLŸ

Toplumun sağlıklı yaşam işteğinin artması, tıbbi ve teknolojik gelişmeler yaşam sŸresini uzatarak, kronik hastalıklarla birlikte nitelikli bir yaşamın sŸrdŸrŸlmesi sorununu gŸndeme getirmiştir. Bu sorunun mŸndeki ön koşul ise; sağlık eğitimi yoluyla birey aile ve toplumun bilinçlenmesi, kendi sağlıkları / hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk Ÿstlenmeleridir (148,156,161).

DŸnya Sağlık rgŸtŸ'nce **sağlık eğitimi**; "bireylere sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak, sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ya da topluca karar aldırarak ve eyleme koymak" olarak tanımlanmıştır. Sağlık bakım hizmetlerindeki değişim ve reformlar hemşirelerin temel rolleri arasında eğitimci rolŸnŸn yer almasına / ne çıkmasına neden olmuştur. DŸnya Sağlık rgŸtŸ ve tŸm hemşirelik kuruluşlarının vurguladığı gibi hemşireler birer sağlık eğitimcisidir. Sağlık eğitimi, sağlıkla ilgili sorunların giderilip sağlığın geliştirilmesi ve bireyin sağlıklı yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerinin kazanmasını sağlayan dinamik bir sŸretir(64,105,161).

Sağlık eğitiminin amacı, sağlıklı / hasta bireyi, aile ve toplumu bilgilendirerek;

- Sağlıkla ilgili doğru kararlar alma ve sağlıklı, kaliteli yaşam biçimi oluşturacak davranışları desteklemek, mutlu ve Ÿretken birey / toplum oluşturmak,
- Sağlığı potansiyelleri doğrultusunda geliştirmek,
- Hastanın optimum sağlığı ve bağımsızlığı kazanmasına yardım etmek,
- Hastanın evde gerekli olan sağlık bakımını sŸrdŸrmek,

- Bakımın kalitesini yükseltmek,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmak olarak özetlenebilir(116,148,161).

Profesyonel hemşireliğin çağdaş rolleri, sağlıklı / hasta birey, aile ve toplumun sağlık sorunlarına yöneliktir. Ayrıca hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, bulunduğu ortamda bireyi tüm boyutları (biyolojik, psikolojik,sosyal, kültürel) ile birlikte ele alan, sağlıklı / hasta bireyle sürekli etkileşim içinde olan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde önemli role sahiptirler (16,24,30,37,156).

Hemşirelerin sağlık eğitimiyle ilgili etkinlikleri üç grup içinde ele alınabilir(117,148,156):

1.Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan koruma (Primer bakım) : Hemşirelerin bu gruba yönelik etkinlikleri birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmeyi, sürdürmeyi ve potansiyel tehlikelerden korumayı amaçlar. Geleceğe yöneliktir, bireyin yaşamını kaliteli bir şekilde uzatacak davranışları ve yaşam biçimini kazanmasını hedefler.

2.Sağlığı yeniden kazanma (Sekonder bakım) : Hemşirelerin bu gruba giren eğitim etkinlikleri hasta bireyi komplikasyonlardan, hastalığa eklenebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı ve onun kendi potansiyeli doğrultusunda sağlığını en kısa sürede yeniden elde etmesini amaçlar. Hastalık durumunda eğitim; tanı ve tedavi planının uygulaması, güvenliği sürdürme ve taburcu olduktan sonra etkin bakım için gereklidir.Hemşirelik süreciyle bütünleşmiş olan hasta eğitimi, hastayı, aile ve yakınlarını kapsar. Spesifik hastalık ve sağlık sorunlarına yönelik kısa / uzun dönemli ve evde bakımı içeren tüm eğitim etkinlikleri bu grup içindedir.

3.Rehabilitasyon (Tersiyer bakım) : Hemşirelerin bu gruba yönelik eğitim etkinlikleri hastalığa bağlı defektlerin, yetersizliklerin, sınırlamaların oluşturduğu / oluşturabileceği etkilerin en alt düzeyde kalması ve bireyin fonksiyonlarını, işlevlerini olası en üst düzeyde sürdürmesini amaçlar.

Hemşirenin temel rolleri arasında eğitimin yer alması özellikle ABD, İngiltere gibi gelişmiş batı ülkelerinde ilgili standartların hazırlanmasına neden olmuştur. Bu standartlar sağlık hizmeti alan sağlıklı / hasta birey, aile ve toplumun eğitim yoluyla

sağlıklarının güvence altına alınması ve hemşirelerin sağlık eğitimini sistematik ve kaliteli bir şekilde gerçekleştirmesini destekleyen düzenlemelerdir(148).

Aşağıda ABD'de JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) tarafından 1995 yılında geliştirilen ve sağlık kuruluşlarınca dikkate alınması gereken standartlar özetlenmiştir (148) :

- Sağlık kuruluşları, sağlık hizmeti alan bireye / aileye gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazandıracak eğitimi, sağlık bakım girişimi olarak verir.
- Sağlık kuruluşları, eğitimi planlar, eğitim etkinliklerini, kaynaklarını destekleyen koşulları sağlar.
- Sağlık kuruluşları sağlık hizmeti alan bireyin/ ailenin eğitim sürecini, bakım planı doğrultusunda ve disiplinlerarası işbirliği içinde gerçekleştirir .
- Sağlık kuruluşları sağlık hizmeti alan bireye / aileye eğitimi, belirlenmiş olan eğitim gereksinimlerine, öğrenme kapasitesine, öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeyine uygun olarak verir.
- Sağlık kuruluşları taburcu olacak bireye / aileye bakımın devamlılığını sağlamak için gerekli olan eğitimi verir.

Aynı kuruluşun hasta ve aile eğitimine yönelik standartları aşağıda özetlenmiştir(30,37,116,148):

Sağlık kuruluşları;

- Hasta ve ailesine, iyileşmeye ve fonksiyonları geliştirmeye yönelik gerekli bilgi ve beceriyi kazandırır.
- Hasta ve ailesinin eğitim sürecinin her aşamasına katılmasını destekler.
- Eğitim programını, öğrenme gereksinimi, yeterliliği ve istekleri dikkate alarak öğretme- öğrenme süreci doğrultusunda düzenler.
- Hasta ve ailesini, ilaçların, yardımcı araç-gereçlerin etkin ve güvenli şekilde kullanılması hakkında eğitir.
- Hasta ve ailesine hastalığa uygun beslenmesi, diyeti, ilaç-besin etkileşimi hakkında danışmanlık yapar.
- Hasta ve ailesine taburcu olmadan önce, bakımın sürekliliğini sağlamak için, ilgili kuruluşlar hakkında gerekli bilgiyi, yazılı kaynakları vb. temin eder.

Yaşamın her döneminde sağlıklı olmanın temel öğelerinden biri olan sağlık eğitimi, tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi cerrahi yöntemlerle tedavi edilen hastalıkların

iyileşme sürecinde de bu önem ve özelliğini devam ettirmektedir. Ayrıca hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası, sonrası ve evde bakım döneminden oluşan uzun bir sürede, eğitim yoluyla kendi sağlığını kazanma ve katkıda bulunma, tedavinin yanısıra bakımın amaçları arasında da yer alır (1,4,5).

Bir cerrahi girişimle karşılaşma, ağrı hissetme, iyileşememe korkusunun yanısıra hareket aktivitesindeki bir sınırlama ile bağımsızlığını kaybederek bağımlı hale gelme, ekonomik üretkenliğini yitirme, kendilik kavramında değişim dolayısı ile aile içi-toplumsal rollerini yerine getirememe duygularını ön plana çıkaran TKP ameliyatında, hastanın bu sorunlarla başa çıkmasında etkin hemşirelik bakımı ve hemşirenin eğitimi rolüne gereksinimi zorunlu duruma getirmektedir. GYA' nin bağımsız olarak sürdürülmesinde önemli bir role sahip olan Hareket Aktivitesinin doğrudan etkilendiği böyle bir cerrahi girişimden ve yoğun anksiyete deneyimlerinden sonra hastalar; günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını, protez ve fiksasyon aracı çıkmadan nasıl yürüyeceklerini, hareket ve pozisyonlarının nasıl olacağını öğrenmeleri gerekmektedir (74,75,77,103,119,129,146,161,165).

Hasta eğitimi, yukarıda belirtilen konularda bireyin deneyimlediği anksiyeteyi azaltıp durumuna uyum sağlamayı ve iyileşme sürecine bireysel katılımı amaçladığından hastanede kalış süresini kısaltarak hem birey ve kuruma ekonomik kazanımlar sağlar hem de verilen bakıma gerçek anlamda bireysellik katar (28,55,77,90,103,129,161,165).

Butler, Gammon, Santavirta ve ark. ile Orr tarafından yapılan çalışmalarda da total kalça protezli hastalara uygulanan eğitimin anksiyeteyi azalttığına, hastanın uyumunu ve postoperatif iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğine, ayrıca hastaların kendi bakımlarına katılmaları ile olumlu psikolojik yararlar sağladıklarına ve iyileşmelerini değerlendirdiklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir (28,55,56,103,129).

Ayrıca bir sağlık hizmeti tüketicisi olarak hastanın kendisine uygulanan tanı, tedavi ve bakım işlemlerinde doğru bilgiye dayalı kararlara katılması, kendisi ve ailesinin sağlık bakımındaki sorumluluklarını kabul etmesi bağlamında bu hastalara uygulanacak eğitimin rolünü etik ve yasal yönlerle de ilişkili kılmaktadır (13,15,103,148).

2.3 YAŞAM MODELİ

Yaşam Modeli, karmaşık bir olgu olan yaşamın başlıca özelliklerini belirleyerek, bireyin yaşamını oluşturan öğeler arasında var olan ilişkilerin tümünü kapsar (125,128).

N.Roper, W.Logan, A.T. Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) kapsamında geliştirdikleri ve Maslow' un Temel İnsan Gereksinimlerinin hiyerarşik düzenine temellendirdikleri hemşirelik modeli, sadece hasta bireylere yönelik olmayıp sağlıklı bireyler için de geçerlidir. Hemşirelik süreci uygulamasının özellikle tanılama aşamasında kolaylık sağlayan bu modeli benimseyen hemşire, hastasının hastalığı nedeniyle hangi günlük yaşam aktivitesinin etkilendiğini ve yerine getiremediğini araştırarak bakım gereksinimini saptar (10,20,125,128).

Yaşam Modeli' nin 5 ana öğesi vardır. Bunlar;

- Günlük Yaşam Aktiviteleri,
- Yaşam süresi,
- Bağımlılık bağımsızlık dizgesi,
- Günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler,
- Yaşamda bireysellik' dir

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA): Roper ve arkadaşları GYA kapsamında 12 yaşamsal aktivite saptamışlardır. Bunlar; güvenli çevreyi sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, vücut ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku ve ölüm' dür. Bu aktivitelerin bir kısmı yaşamın sürdürülmesinde gerekli olan **biyolojik temelli** aktiviteleri (güvenli çevreyi sağlama ve sürdürme, solunum, yeme-içme, boşaltım, uyku, vücut ısısının kontrolü, hareket) diğerleri ise **yaşam kalitesini yükselten** aktiviteleri (kişisel temizlik - giyim, çalışma - boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, iletişim-öğrenme) kapsar. Bireyin yaşam aktivitesinin taşıdığı özelliklerin yanısıra yaşam evreleri ve yaşı ile ilişkili farklılıklar GYA' ne yansır ve bireyselliği gündeme getirir (10,41,125,128).

Yaşam Süresi : Yaşam süresi döllenme ile başlar ve ölüme kadar sürer. Birey yaşam süresinde ilerlerken sürekli değişim vardır ve yaşamın tüm yönleri bireyin ve toplumun fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politikoekonomik durumları ile etkilenir. Her dönemin kendine özgü öncelikli ya da ağırlıklı bakım ve yardım alanları mevcuttur. Türkiye' de doğum sonrası yaşam süresi 1996 yılı için ortalama olarak 68 (kadınlarda 70.5, erkeklerde 65.9 yıl) yıldır. Bu süre 2000 yılı için 69 yıl olarak tahmin edilmektedir (125,171).

Bağımlılık - Bağımsızlık Dizgesi: Bu dizge bireyin, yaş, fiziksel, ruhsal ve sosyoekonomik durumundan etkilenir ve dinamik olarak sürekli değişebilir. Modelin bu unsuru yaşam süresi ve yaş ile yakından ilişkilidir. Yaşam süresinde bağımsızlığın en fazla olduğu yetişkin bireyler, bazı yaşam aktivitelerinde hastalık, travma, değer, inanç ve sağlık davranışlarındaki yetersizlikler ya da yabancı çevrede bulunma nedeniyle bağımlı olabilirler (125,128).

Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler: Bireyin GYA fiziksel, psikolojik, çevresel, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörlerin bir ya da birden fazlası ile etkilenir (109,128).

Yaşamda Bireysellik: GYA' nin gerçekleştirilmesi bireyden bireye değişim gösterir. Bireyin bilgi, değer, inanç ve tutumları ile GYA' ni uygulama biçimi, sıklığı, yeri, zamanı ve nedeni ile değişebilen bireyin yaşam tarzından oluşan yaşam modelinin diğer ögesidir (109,125,128).

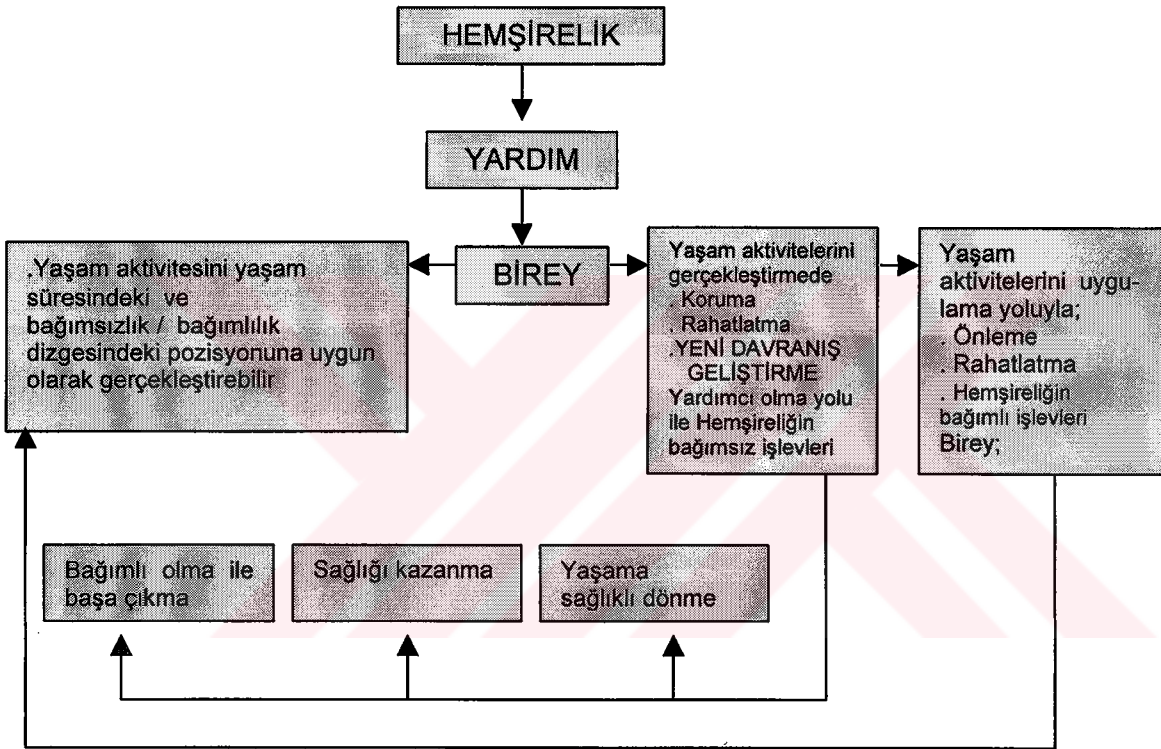
Yaşam Modeli'ni oluşturan öğelerden her biri GYA' lerini etkilediği gibi her bir aktivite de bir diğeri ile ilişkili olarak ele alınır.

Roper, Logan, Tierney hemşireliği, hastalık durumunun tedavisinden çok GYA ile ilgili sorunların önlenmesi, çözümlenmesi ve yaşamın kalitesinin yükseltilmesi olarak ele almaktadır. Hemşirelik, insanlara yaşamları boyunca sağlıklarını koruma, sürdürme ve geliştirebilmeleri için yardım etmektir(10,41,109,125)(Şekil – 1).

Hemşirenin rolleri; koruma- bakım, rahatlatma ve bağımlı işlevleri ile açıklanabilir.

Hemşire sağlıklı / hasta bireyin ;

- Bağımlılık durumu ile başa çıkmada yardım etmeli,
- Davranış değiştirmesine olanak sağlamalı,
- Eğitmeli,
- Sağlıklı kalabilmesi için önleme – koruma ve yeni davranışlar kazanma hakkında bilgi ve davranış kazandırmalıdır(10,41,125).



Şekil - 1 Yaşam Modeli'nde Birey – Hemşire Arasındaki Yardım Amacı ve İlişkisi

Pearson A, Vaughan B. Nursing Models for Practice. Heinemann Nursing, Professional Publisher Ltd., Halley Court, Oxford, 1990;58.

Bu modele göre sağlık, bireyin 11 yaşam aktivitesini bireyselliğine yansıtarak bağımsız olarak yerine getirebilmesidir. Hastalık ise ya GYA'lerini etkileyen faktörlerin birey için olumsuz koşullar yaratması ya da bu aktivitelerin birinde veya birinin diğerleri ile etkileşimi sonucu, birden fazlasında bağımlı hale gelmektir. Birey yaşamında, her bir aktivitede GYA'yi etkileyen faktörleri optimal koşullara dönüştürerek maksimum bağımsızlık ve bireyselliğe ulaşmayı amaçlar. Bu aktiviteler içinde öncelik bireye göre değişebilir. Bu değişiklik de bireyselliğe işaret eden diğer bir öğedir.

Yaşam aktivitelerinden herhangi birinde bağımlılık söz konusu olduğunda hemşirelik bakımı devreye girer. Yaşam aktiviteleri ile ilgili hemşirelik girişimleri;

- Birey yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı kazanmalı, bağımlılık sınırlarını geliştirerek sürdürmeli ya da gerekiyorsa sınırları içinde bağımlı yaşamayı öğrenmelidir.
- Birey hastalıktan kaçınmalı ve koruyucu aktivitelere önem vermelidir.
- Bağımsızlığını ilerletebilmek için rahatlatıcı aktiviteleri uygulamalıdır.
- Hastalık durumunda ya da belirtilerin varlığında tıbbi tedavi ve bakım girişimlerine ulaşabilmek için uygun kaynaklara yönelmelidir (41,109,125).

Roper ve arkadaşlarının hemşirelik için öngördüğü Yaşam Modeli'nde, yaşam süresinin tüm dönemlerinde, bağımlılık- bağımsızlık dizgesine ve yaşamda bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen GYA ile ilgili sorunların önlenmesi, çözümlenmesinde birey ve ailesine sunulan bakım yaklaşımı ile bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi de hedeflenmektedir (41,109,125).

2.4 YAŞAM KALİTESİ

Teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlık bakımı sistemi kapsamında korunma, tanı, tedavi ve bakım yöntemlerindeki gelişmeler, bireyin sağlık bakımı gereksinimindeki değişiklikler, hastane bakımını gerektiren popülasyondaki artış ve hasta bireye getirdiği çok yönlü yük, tedavi ve bağımlı olarak bakım girişimlerinden en üst düzeyde, nitelikli bir biçimde yararlanmalarını gündeme getirmesinin yanısıra bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik olmasının önemini de zorunlu kılmıştır (157,160). Bu bağlamda yaşam kalitesi; doyum–memnuniyet verici bir yaşam için bireyin sağlık bilincinin güçlendirilmesini, sağlıklı davranış yeteneklerinin artırılmasını, öngörülen tedavi programına uyumunun sağlanmasını, sağlık konusundaki yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmelerine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesini gerektirmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda, ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve 1970'li yıllardan sonra da sağlık alanında kullanımı yaygınlaşmaya başlayan bir kavramdır. Kesin bir tanımı olmamakla birlikte yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte; yaşam doyum, yaşam memnuniyeti, mutluluk, yaşam kalitesi ile eşanlamlı olarak anılmaktadır. Oldukça geniş kapsamlı olan

bu kavram, **yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istendiği görüşünü** ifade eder (57,160).

Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur; bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, ölçülmesi zordur ve farklı tanımları yapılmıştır. Yaşama yüklenen anlam, bireylere, toplumlara ve belirli dönemlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Yaşam kalitesi toplumsal ve objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. **Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur** (51,95).

Farklı disiplinlerin yaşam kalitesine ilişkin yaptıkları çalışmalarda, bu kavram farklı bakış açılarıyla ele alınmıştır. Ekonomistler, esenlik (refah düzeyi) kavramı üzerinde durmuşlar, ulusal üretim gibi göstergeleri, yaşam standardını belirleyen gelir ve satın alma gücünü kullanmışlardır. Bu yaklaşımda, yaşam kalitesi, sosyoekonomik yaşam düzeyi kavramına çok yakın ele alınmış, teknolojik ve ekonomik gelişme yaşam kalitesini sağlayacak önemli öğeler olarak gösterilmiştir. Sosyologlar, ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin, yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olamayacağını; yanısıra çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır. Psikologlar, sosyal durumun iyi olmasının, bireysel bazda daha iyi, subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini, subjektif esenliğin; objektif çalışma ve barınma durumlarının ötesinde, çalışma ve barınma durumlarından doyum bulup bulamama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (27,51,57,95).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarında da birbirinden farklı tanımlar yer almaktadır. Cella ve Cherin yaşam kalitesini hastaların şu andaki fonksiyonel düzeyi ve olası veya ideal olarak algıladıklarını şeyi karşılaştırmaları ile hastanın doyumunu gösteren çok boyutlu bir yapı olarak ele almış, Schron ve Shumaker ise yaşam kalitesini bireyin psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlık durumunun tümlüğünü kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamışlardır (43,51,52).

Evans ve ark. yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergelerin oluşturduğu iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel (fizyolojik+biyolojik) iyilik hali ile açıklanmaktadır. Fiziksel iyilik hali fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık düzeyi ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler de

temelde psikolojik iyilik halini yansıtmakta iken emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (7).

Bazı araştırmacılar ise kavramın çok boyutluluğunu sınırlandırmak için sağlığa ilişkin yaşam kalitesi tanımının kullanılmasının üzerinde durmaktadırlar(51).

Sonuç olarak yaşam kalitesi; objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu algıları ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Kaliteli yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda, bireylerin objektif durumları uygun olmasa da yaşamlarından doyum sağladıkları saptanarak bu subjektivite görüşü desteklenmiştir (51) .Sonuçta genel sağlık, performans, huzurlu olma, emosyonel ve sosyoekonomik durum, bireysel doyum ve benlik saygısı gibi özellikler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir.

Sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı, tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş; her iki alanda da çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin ve farklı klinik yaklaşımların etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmaya yöneltmiştir(27,40,57,79,107).

Sağlık bilimlerinde yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları aşağıdaki amaçlarla yapılmaktadır (51):

- Bireysel hasta bakımında psikolojik sorunları tarama ve izleme,
- Algılanan sağlık sorunlarına ilişkin popülasyon çalışmaları,
- Tıbbi değerlendirme,
- Sağlık hizmetleri veya değerlendirme araştırmasında veri ölçümleri,
- Klinik çalışmalar,
- Maliyet-etkinliği analizi.

İnsan sağlığında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum sağlama etkilenebilir. Bu noktada hemşirelik amacı ve işlevi; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkartmaktır (34,40,79,109).

Hemşirelik biliminde son 10 – 15 yıldan bu yana söz edilen yaşam kalitesi kavramı, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını değerlendirmede gittikçe fazla kabul görmektedir. Hemşirelik bilimlerinde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan; yaşamın biyolojik, fiziksel, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır(34,114).

Padilla ve arkadaşları, hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını şöyle sıralamışlardır (107,114):

- Özel bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını (tepkisini) tanılamak,
- Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek,
- Hasta ve/ veya ailenin tedaviye yanıtını (tepkisini) karşılaştırmak ,
- Bazı özel rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,
- Sağlık – hastalık sürecindeki zayıf (kolay zedelenebilir) dönemleri tanımak.

Klinik alandaki çalışmalarda, yaşam kalitesinin hangi boyutlarının ele alınmasının gerektiği üzerinde birçok görüş ortaya atılmıştır.

Haes ve Knippenberg klinik alandaki yaşam kalitesi çalışmalarının en az 4 bölümden oluşan geniş boyutlu bir düzenleme ile gerçekleştirilebileceğini belirtmişlerdir. Bu bölümler:

- Fiziksel ve fonksiyonel durum,
- Hastalık, tedavi ve fiziksel semptomlar ile ilişkisi,
- Emosyonel fonksiyon,
- Sosyal fonksiyon' lardır (114).

Fitzpatrick ve ark. yaşam kalitesi ile ilgili klinik araştırmalarda kullanılan çeşitli ölçeklerde ele alınan boyutları aşağıda belirtildiği gibi göstermişlerdir. Bunlar;

- Fiziksel fonksiyon (hareket, öz bakım vb.),
- Emosyonel fonksiyon (depresyon, anksiyete vb.),
- Sosyal fonksiyon (gizlilik, sosyal destek, sosyal etkileşim vb.) ,
- Rol performansı (çalışma, ev işi vb.),
- Ağrı ,
- Diğer semptomlar'dır (yorgunluk, bulantı vb. hastalığa özgü semptomlar)(51).

Ferrell ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel iyilik olmak üzere 4 boyutta incelemiştir (49).

Padilla ve arkadaşları, yaşam kalitesinin boyutlarını hemşirelik ile ilişkilendirerek özetlemiştir. Bu boyutlar:

- Yaşamdan doyum sağlama, yararlılık, kendilik kavramı (beden imajı), anksiyete, oto-kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme ve öğrenme durumu- ilişkileri, hedefe ulaşma durumu, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duyguları içeren psikolojik / emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, yeme - iştah, seks, uyku gibi günlük yaşam aktivitelerini zindelik/ güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık inançları, tanı ve tedavinin sonucunun olumluluğunu içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, gizlilik, rededilme, rol işlevi gibi öğelerde sosyal ve bireysel esenlik,
- Varolan olan geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme (taşınabilme) gibi finansal ve maddi esenlik' tir (107).

Yaşam kalitesi boyutlarının tanımlanması çalışmaları kapsamında ortak olan konular; sağlık, fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve sosyal etkileşimdir. Bu boyutlar hem öznel hem de algısal yaşam kalitesi verilerini sağlamaktadır. Bunlara ek olarak hastalığın gelişimine ilişkin bilgi edinmek için hasta kayıtları ve sağlık bakımı verenlerden elde edilen veriler de toplanabilir (95,160).

Çok boyutlu oluşunun yanısıra yaşam kalitesinin diğer iki önemli özelliği de nesnel (subjektif) ve dinamik (zaman içinde değişen) oluşudur. Hasta yakınları ya da bakım veren bireylere göre yaşam kalitesi verileri için en iyi ve doğru kaynak hastanın kendisi olmalıdır. Hastanın deneyimlediği bir hastalık, tedavi ya da girişimin onun hayatını nasıl etkilemiş olduğu ancak ona sorularak öğrenilebilir(42,51,160).

Deneyisel araştırmalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, bireye yaşam kalitesinin boyutlarını içeren sorular sorularak sağlanabilir. Yaşam kalitesi bireyin subjektif deneyimi olduğundan; bireysel raporlar, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en geçerli araç / yol olarak kabul edilir (42,59,140).

Yaşam kalitesi ölçümünde öncelikle yapılması gereken, seçilecek boyutları belirlemektir. Stewart , boyut seçiminde aşağıdaki faktörlerin göz önüne alınması gerektiğini vurgulamıştır:

- Hastalığın belirti ve bulguları, prognozu, akut ya da kronik oluşu, şiddeti,
- Tedavi şekilleri, ilaçlar ve girişimler,
- Araştırmanın amacı ve araştırma hipotezi (142).

Yaşam kalitesi ölçümlerinde genellikle 3 tür ölçek kullanılmaktadır (51,52,57,59,153):

- Genel ölçekler (geniş kapsamlı),
- Hastalığa özgü ölçekler,
- Araştırma türüne özgü ölçekler.

Genel ölçeklerin içeriği ve uygulama alanları geniştir; farklı insan gruplarına ve hastalıklara uygulanabilir. Ancak özel hasta grupları ve uygulamaları için duyarlılıkları düşüktür. *Hastalığa özgü ölçekler* ise karşılaştırmalı çalışmalar için uygun değildir(42,51,93).

Fitzpatrick ve ark. bir yaşam kalitesi ölçeği niteliklerini;

- Çok yönlü yapısının yanısıra,
- Geçerli,
- Güvenilir,
- Değişime duyarlı,
- Pratik olarak kullanışlı,
- Soruna ve kullanıma uygun olması olarak belirlemişlerdir (51).

Guyat ve ark. ise, yaşam kalitesini ölçmek amacı ile kullanılacak ölçeğin özelliklerini şu şekilde sıralamışlardır(59):

- Ölçek sağlığın fiziksel ve emosyonel yönlerini içermeli,
- Seçilecek boyutlar hastalık yönünden önemli olan fonksiyonel alanları içermeli,
- Ölçek geçerli olmalı sağlık durumunun subjektif yönlerini yansıtmalı,
- İstatistiksel analizlere uygun puanlaması olmalı,
- Yeterli güvenilirliğe sahip olmalı,
- Doldurma kolaylığı ve maliyet açısından kısa ve öz olmalı,
- Etik olarak uygun bir içeriğe sahip olmalıdır.

Yeni hemşirelik felsefesine göre ; hemşire, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayalı bütüncü bir yaklaşım içinde hastalarının yaşam kalitesini değerlendirme ve yükseltmede anahtar rol oynar. Ayrıca bu rolü, çağdaş sağlık anlayışına sahip kurum / kuruluşlar destekler. Bu nedenle hemşireler yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeyi sorgulamalı; hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini geliştirmelidir (6).

2.4.1 TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI VE YAŞAM KALİTESİ

Bireyin Günlük Yaşam Aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları; diğer alanlarda olduğu kadar fiziksel iyilik halinin bozulmasına ve bireyin bütününe etkileyerek yaşam kalitesinde çok daha olumsuz sonuçlara neden olacaktır. TKP ameliyatı, erişkin bireyde günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız olarak sürdürülmesinde önemli role sahip olan hareket aktivitesinin doğrudan etkilenmesi durumunda gerçekleştirilen cerrahi bir girişimdir. Primer amacı; yaşam süresini uzatmak değil ağrıyı gidererek fiziksel fonksiyonu ilerletip yaşam kalitesini düzeltmektir.

TKP'li hastaların yaşam kalitelerinin tanımlanması, etkin faktörlerin incelenmesi; bu hastalara yardım etme, rehberlik etme, destek olma ve hastalığa ilişkin eğitim vermeyi içeren hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması yönünden gerekli ve zorunludur.

1940 yılından beri TKP ameliyatı sonuçlarını değerlendirmek için farklı sistemler geliştirilmiştir. Bu sistemlerin bir kısmı ağrı ve fiziksel fonksiyonun diğer bir kısmı da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değişikliklerinin değerlendirilmesine yöneliktir (70,78,89,153).

TKP ameliyatından sonra sağlık ile ilgili yaşam kalitesi değişikliklerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalarda genel, hastalığa ve araştırmaya özel ölçekler kullanılarak yaşam kalitesinin 5 boyutu üzerinde durulmuştur.

Bunlar(153);

- Fiziksel fonksiyon,
- Sosyal fonksiyon,
- Psikolojik iyilik durumu,
- Ekonomik iyileşme ve
- Genel yaşam doyumu' dur.

Bu çalışmalarda sıklıkla kullanılan (42,78,89,153);

Genel lekler, Nottingham Health Profile (NPH), Mc Master Health Index Questionnaire (MHIQ), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF 36);

Hastalığa özgü ölçekler ise Western Ontario and Mc Master Universty Arthritis Index (WOMAC), Arthritis Impact Measurement (AIMS) ve Mc Master and Universty of Toronto Arthritis Index (MACTAR)tir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1: Total Kalça Protezli Hastalarda Kullanılabilen Bazı Ölçekler ve Özellikleri

Değerlendirme Ölçütü	Ölçek Adı	Kaynak Araştırmacı ve Çalışmalar
YAŞAM KALİTESİ (Genel / Hastalığa Özel Sağlık Durumu)	Functional Status Index (FSI)	Liang et al.(89)
	Index of Well Being (IWB)	Liang et al.(89)
	Nottingham Health Profile (NPH)	Rissanen et al.(120) Wiklund et al. (164) Towheed et al. (153)
	Western Ontario and Mc Master University Arthritis Index (WOMAC)	Rorabeck et al.(121) Laupacis et al. (87) Fortin et al.(54)
	Arthritis Impact Measurement (AIMS)	Kazis et al.(81) Katz et al.(76) Dawson et al.(42) Johanson et al. (70) Schilke et al. (131) Liang et al.(89) Selman (133) Borstlop et al.(23) O' Boyle et al.(100)
	Health Assessment Questionnaire (HAQ)	Katz et al. (78) Liang et al.(89)
	Mc Master and University of Toronto Arthritis Index (MACTAR)	Rorabeck et al. (121) Laupacis et al.(87)
	Sickness Impact Profile (SIP)	Rorabeck et al. (121) Laupacis et al.(87) Katz et al.(76) Stucki et al.(143)
	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF 36)	Katz et al.(78) Bayley et al.(19) Dawson et al.(42) Mc Guigan et al.(95) Fortin et al.(54) Shields et al.(135) Stucki et al.(143)
	Mc Master Health Index Questionnaire (MHIQ)	O' Boyle et al.(100)
	Mental Health Inventory (MHI)	Petrie et al.(111)
	15-Dimensional Quality of Life Instrument (15 – D)	Rissanen et al. (120)
	Quality of Well Being Index (QWB)	Shields et al.(135)
	Questionnaire on the Perceptions of Patients About Total Hip Replacement	Dawson et al.(42)
	Rosser Index Matrix (RIM)	Chan et al.(33) Norman-Taylor et al. (99)
	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)	O' Boyle et al.(100)

Tablo 2.1: Total Kalça Protezli Hastalarda Kullanılabilen Bazı Ölçekler ve Özellikleri (Devam)

Değerlendirme Ölçütü	Ölçek Adı	Kaynak Araştırmacı ve Çalışmalar
FİZİKSEL DURUM (Ağrı ve Fonksiyonel Değerlendirme)	Harris Hip Score	Eren (45) Chan et al.(33) Rorabeck et al.(121) Jacobson et al. (153)
	Charnley– Merle d'Aubigne Score	Wiklund et al.(164) Wilcock (153) Dawson et al.(42) Laupacis et al. (87)
	Merle 'Aubigne Score	Rorabeck et al.(121) Laupacis et al.(87) Aşık ve ark. (9)
	Katz Index	Katz (85)
	Barthel Index	Mahoney et al.(85)
	Postel	Aşık ve ark. (9)
	Kenney Self-Care Evaluation	Schoering et al. (85)
	Functional Milestone Scale	Kroll et al.(85)
	Rating System for Function	Jergesen et al.(68) Aydın et al.(12)
HASTANIN ALGISI VE FİZİKSEL DURUM (Kişi ve Kuruluşlarca Geliştirilen)	Self – Reported Scale	Cleary et al.(36)
	Patient – Perceived Functional Outcomes	Roush (126)
	Total Kalça Artroplastisi Sonuçları Değerlendirme Sistemi	Gülman (61)
	Self Administered Hip Rating Questionnaire	Norman-Taylor et al. (99)
	Questionnaire for Hip Complains	Wright et al.(167)
	The Total Hip Arthroplasty Outcome Evaluation Form of the American Academy of Orthopaedic Surgeons	Katz et al. (76) Liang et al. (88)
	Patients' and Physicians' Evaluations of Outcomes after Total Hip Arthroplasty	Lieberman et al. (91)

TKP'li hastalardaki yaşam kalitesi kavramının ağrı ve fiziksel fonksiyon boyutları üzerine odaklanan çalışmalar genellikle ;

- TKP ameliyatı ile ilgili farklı uygulama yöntemlerini karşılaştırmak,
- Maliyet etkinliği analizi yapmak,
- Ölçme araçlarının etkinliği ve duyarlılığını saptamak ,
- Hasta algısını ölçmek amacıyla yapılmaktadır (42,121,153).

2.5 TOTAL KALÇA PROTEZİ AMELİYATI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, ağrı ve fiziksel yetersizlikle başa çıkmaya hazır olmayan yaşlı insan nüfusunun artması ve insanların daha kaliteli bir yaşam arayışları tıp biliminde yeni yöntemler geliştirilmesine neden olmuştur. Bu yöntemlerden biri olan TKP ameliyatı; ciddi ağrı ve fonksiyon kaybının olduğu durumlarda gerçekleştirilen kalça eklemine hem femur başını hem de asetabulumu kapsayan yeniden yapılandırılması işlemidir (22,41,60,66,129,137,153).

Total kalça protezi ilk kullanılan protezlerden biridir. Gövde ile alt ekstremitenin birleştiği noktada bulunan baş-yuva şeklindeki kalça eklemine yapay eklem uygulamalarının başlangıcı 1930' lu yıllara dayanır. Smith – Peterson ilk kez kobalt-krom-molibden alaşımından yapılmış kalça protezini uygulamıştır. 1950' de Austin Moore kalça protezinde medullar fiksasyon metodunu geliştirmiş, bu yöntemin anatomik yapıya daha fazla uygunluk sağladığını ve daha uzun ömürlü olduğunu bildirmiştir. 1951'de Kiaer ve Jansen protezin iskeletle fiksasyonu için çimento maddesi olarak polimetilmetakrilatı (PMMA) bulmuştur. Kalça protezi uygulamasının öncüsü olan Charnley (1961), polietilen yuva içindeki paslanmaz çelikten yapılmış femoral komponentin kemiğe fiksasyonu için polimetilmetakrilatı (PMMA) kullanarak kalça protezi uygulamasına yeni bir bakış açısı getirmiştir. Halen bir yüzü polietilen diğer yüzü metal olan protezler kullanılmaktadır. Metal komponent, krom-kobalt-molibden veya titanyum-alüminyum-vanadyum alaşımlarından yapılmaktadır (22, 60, 62, 66, 94, 129).

Amerika'da 1980-1987 yılları arasında hastanede tedavi görerek taburcu olanların toplamı % 10' dan daha fazla azalma gösterirken, TKP ameliyatı sonucu taburcu olanların sayısındaki artış % 90'nın üzerine çıkmıştır. Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 1982'de 75.000 olarak gerçekleştirilen TKP ameliyatı 1994'de 120.000 olgudan fazlasında uygulanmıştır. Hastaların % 90' nının TKP' den iyi veya mükemmel sonuçlar elde etmesi bu artışın nedeni olarak açıklanmıştır. (1988) National Health Interview Survey TKP ameliyatının prevalansını, 65 – 74 yaş arasında 11 / 1000 kişide, 75 ve üzeri yaşlarda ise 24 / 1000 olarak belirlemiştir (60,153).

Finlandiya'da 1991 yılında 3821 TKP ameliyatı yapıldığı ve 2000 yılında da her 100.000 kişiden 100 – 120'sinin TKP'li olacağı tahmin edilmektedir (129). Dünya' da ise 1 milyondan fazla protezli hasta olduğu düşünülmektedir (94).

Ülkemizde özellikle dejeneratif eklem hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemi olmasına karşın uygulama sıklığı ile ilgili DİE'ye kayıtlı istatistiki bilgi bulunmamakla birlikte, büyük bir hastanenin ortopedi kliniğinde yılda yaklaşık 300 kadar TKP ameliyatı yapıldığı tahmin edilmektedir.

2.5.1 Total Kalça Protezi Endikasyonları

Kalça eklemının irreversibl hasar görmesi sonucu, uzun süreli konservatif tedaviye (ilaç, kaplıca, fizik tedavi) yanıt vermeyen ciddi kalça ağrısı ve hareket kısıtlamasına neden olan durumlarda TKP ameliyatı endikedir.

Bunlar (22,62,66,94,137);

- Primer osteoartrit ,
- Romatoid artrit,
- Sekonder osteoartrit
 - Konjenital kalça displazisi ve çıkıkları,
 - Posttravmatik artrit,
 - Leg-Calve-Perthes hastalığı,
- Ankilozan spondilit ,
- Avasküler femur başı nekrozları,
- Femur boynu ve asetabulum kırığı (özellikle yaşlılarda),
- Daha önce uygulanmış ve başarısız olmuş kalça ameliyatları' dır.

Ciddi kalça ağrısı bireyi gündüz uyanırken olduğu gibi uykuda da rahatsız edebilir. Yürümeyi ve GYA' nin bağımsız olarak sürdürülmesini engelleyebilir. Protez ameliyatı genellikle yaşlı bireylerde ve sakın yaşam biçimi olanlarda planlanır. Gençler de eklem protezi olabilir, fakat protez yetmezliği / revizyonu oranı artar. Çok aktif olanlar ve ağır işçiler protez için iyi aday kişiler değildir. 60 yaşın üzerindeki hastalarda en sık TKP nedeni osteoartrit iken romatoid artritli ve kongenital kalça displazili hastalar 30 yaş civarındaki genç hastalardır (22,129,137).

Ağrılık verme ve hareketle ortaya çıkan ciddi kalça ağrısı, kalça hareketlerinde çok aşırı kısıtlılık, kalçada instabilite ve/ veya deformitenin yanısıra fizik muayene ve röntgen / MR ile görüntülenen eklem değişiklikleri ameliyat kararının verilmesinde etkili olur(29,41,60).

Her iki kalça eklemine etkilenmesi söz konusu ise öncelikle en fazla etkilenen kalça, ilk kalça iyileşmesinden birkaç hafta sonra diğer kalçanın ameliyatı gerçekleştirilir. Bazen hastanın durumu her iki kalçanın ameliyatını da gerektirebilir (22).

2.5.2 Total Kalça Protezi Kontrendikasyonları

Kalça eklemine kontrol eden kasların, ligamentlerin ve diğer yumuşak dokuların fonksiyonunu ve eklem hareketini yeniden yapılandıran TKP ameliyatının aşağıda sıralanan durumlarda yapılması kontrendikedir (22,66,94). Bunlar:

- Vücudun herhangi bir yerinde enfeksiyon,
- İleri derecede osteoporoz,
- Akut eklem enflamasyonu,
- Rehabilitasyona olanak vermeyecek mental veya nörolojik bozukluk (kalça kaslarını kontrol etme yeteneğinin olmaması),
- Zayıf abduktör kas gücü' dür.

Ayrıca bireyin anesteziye, kan kaybına ve ameliyat stresine dayanması gereklidir. Ameliyat öncesi kalp, akciğer, karaciğer ve metabolik hastalıklar stabilize edilmelidir(22).

Eklem veya vücuttaki bir enfeksiyon kaynağı protezi enfekte ederek protez yetmezliğine neden olabilir. Eğer hastanın herhangi bir enfeksiyonu (diş, üriner yol vb.) varsa ameliyattan önce tedavi edilmelidir (22,60,94).

İleri derecede osteoporozda protez materyali yerleştirilirken kemik kırılabilir.

Akut eklem enflamasyonu ameliyattan önce tedavi edilmelidir. Çünkü bu işlemin mekanik stresi enflamasyonu ilerleterek protez yetmezliğine neden olabilir (66).

2.5.3 Total Kalça Protezinde Kullanılan Cerrahi Yaklaşımlar

Hastanın postoperatif bakımı ve yatak içindeki pozisyonu için kullanılan cerrahi yaklaşımın bilinmesi önemlidir. TKP ameliyatı için genellikle;

- Anterolateral,
- Direkt lateral,
- Transtrokanterik,
- Posterolateral olmak üzere bu 4 yaklaşımdan biri seçilir(41,60,62,94).

Öncelikle kalça eklemi yukarıda sıralanan yaklaşımlardan biri ile açılarak femoral baş - boyun çıkarılır ve asetabular protezi tespit etmek için asetabulum (osteofit ve kistler) tıraşlanarak hazırlanır. Protezin femoral ve asetabular komponentleri polimetilmetakrilat ile (PMMA–kemik çimentosu/yapıştırıcısı/dolgusu) veya çimentosuz olarak kemiğe tespit edilir. PMMA, protezin yerleştirilmesi sırasında sinir hasarı gibi sorunlara ve zamanla protezin gevşemesine neden olabilir. Bu madde osteopeni / başka kemik sorunları olan hastalarda ve yaşlılarda kullanılır (22,29,41,66,94).

Gözenekli (porous) bir metalle kaplı çimentosuz protezler kemiğe çok sıkı olarak yerleştirilir. Yeni kemik dokusu gözenekler arasına doğru büyüyerek (6- 12 hafta içinde) protezle birleşir. Kemiğin büyümesi, protezi yerinde tutmak için fiksasyon mekanizması olarak hizmet eder. Genç, aktif ve kilolu hastalarda protezin gevşeme olasılığı daha fazla olduğu için çimentosuz protez implantı daha uygundur. Çimentosuz bir kalça protezinin ömrü 15-20 yıldır; protez dereceli olarak aşınarak ağrıya neden olabilir. Hastanın yaşı, kemik yapısı ve aktivite düzeyi gibi çeşitli faktörler düşünülerek en uygun protez seçilir (22,66,94,137).

Bazen abduktör kaslara bağlı büyük trokanter abduktör mekanizmanın etkinliğini arttırmak için femurun distaline transfer edilir. Böyle bir transfer yapıldığında genellikle büyük trokanter yeni pozisyonuna tellerle tespit edilir. Bu durumda progressif abduksiyon egzersizleri sınırlanır. Aşırı egzersiz osteotomi alanının fraktürüne ve birleşmemesine neden olabilir(22).

2.5.2 Total Kalça Protezi Komplikasyonları

Diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi TKP ameliyatlarından sonra da % 2-8 oranında komplikasyonların ortaya çıkması olasıdır. Bunlar ameliyat sonrası erken ve geç komplikasyonlar olarak iki başlık altında incelenebilir (22,30,41,60,62,66,94,137):

1. Ameliyat sonrası erken komplikasyonlar: Enfeksiyon, derin ven trombozu, protezin dislokasyonu / subluksasyonu, pulmoner emboli, hemoraji, nöral / vasküler yaralanma ve şiddetli heterotopik kemik oluşumu ve mortalitedir.

2. Ameliyat sonrası geç komplikasyonlar : Enfeksiyon, femoral ve asetabular komponentlerin gevşemesi / aşınması ve femur kırıklarıdır.

- **Enfeksiyon:** Son yıllarda enfeksiyon insidansı, iyileştirilmiş klinik uygulamalar, ileri cerrahi teknikler ve profilaktik antibiyotiğin kullanımı ile önemli derecede azaltılmıştır(% 8.9 'dan % 1'e). Diabetik, yaşlı, şişman/ zayıf, romatoid artriti veya enfeksiyonu olan(üriner yol enfeksiyonu, diş apseleri vb.) hastalarda enfeksiyon riski yüksektir. Vücut ısısında artış, ensizyon bölgesindeki kızarıklık, sertlik, akıntı ve ağrı gibi bulgular tanılamaya yardımcıdır. Erken enfeksiyon % 0.1- 0.3 oranında ameliyatı izleyen ilk 3 ayda, geç enfeksiyon ise 4 - 24 ay sonra ortaya çıkar. İntravenöz antibiyotikler genellikle ameliyattan 2-4 saat önce profilaktik olarak verilir ve postoperatif olarak 2- 3 gün devam edilir. Ayrıca hasta minor bir cerrahi girişim geçirecekse (diş çekimi, kalp kateterizasyonu vb) profilaktik olarak antibiyotik verilmesi önerilmektedir. Ağır enfeksiyon durumu cerrahi debridement veya protezin çıkarılmasını gerektirir (22,41,60,66,94,137,138).

- **Protezin Dislokasyonu / Subluksasyonu :** Protezin dislokasyonu / subluksasyonu genellikle asetabular komponent malpozisyonuna ve abduktör kas kuvvetsizliğine bağlı olarak meydana gelir. Etkilenen ekstremitede kısalık, hareketlerde uyumsuzluk-yetersizlik, anormal rotasyon ve hareketle artan ağrı dislokasyonla ilişkili olabilir. Daha önce TKP revizyonu geçirme, düşme gibi bir travma, internal rotasyon ve aşırı adduksiyon / fleksiyon bu riski artırır. Dislokasyon, vakaların yaklaşık olarak % 2'sinde sıklıkla ameliyattan sonra ilk 6-8 hafta içinde ortaya çıkar. Postoperatif 8. yıldan sonra gevşeme olasılığı artmakta, on yıllık takiplerde femoral komponentte % 3-5, çimentolu asetabular komponentte zaman zaman % 30' a ulaşan oranlarda gevşeme olduğu bildirilmektedir.

TKP revizyonunun en sık nedeni olan gevşeme, şişman, aktif ve erkek hastalarda daha sıktır(34,60,134,137,138).

- **Nöral / Vasküler Yaralanma** : Total kalça protezi ameliyatı sonrası yaklaşık hastaların % 0.6 - 3.7'sinde görülen sinir paralizileri içinde siyatik sinir veya peroneal dalın yaralanması % 80 oranındadır. Tibial sinirin izole paralizi ve obturator sinir paralizi çok nadirdir. Femoral sinir paralizi oranı ise % 0.1-0.4 arasındadır. Değişik nedenlerle meydana gelen sinir hasarında genellikle 1- 2 yıl içinde iyileşme görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle siyatik sinir lezyonlarında ağrı ve motor zayıflık en belirgin semptomdur. Farklı disseksiyon yöntemleri ile ilişkili olan vasküler komplikasyon nadir olarak görülür (9,60,94,138).
- **Derin Ven Trombozu / Pulmoner Embolizm** : Derin ven trombozu alt ekstremitte ameliyatı geçiren hastalarda % 45-70 oranıyla diğer cerrahi girişimlere göre daha yaygın bir sorundur. Hastaların % 20'sinde gelişen pulmoner emboli, % 1- 3'ünde öldürücü olabilir. Derin ven trombozunun belirti ve bulguları; ekstremitede (genellikle baldırda) ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve ödem'dir. Dispne, hemoptizi, göğüste ağrı ve yanma hissi pulmoner emboliye işaret edebilir.Venöz stazı azaltmak ve dolaşımı hızlandırmak için hastalar, ameliyattan sonra ayak ve ayak bileğinin fleksiyon ve ekstansiyon egzersizlerine teşvik edilir. Ayrıca profilaktik olarak antikoagülan tedavi (düşük doz heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin, warfarin veya aspirin) uygulanması, antiembolik çorap kullanılması ve erken mobilizasyon diğer koruyucu önlemlerdir (41,94,134,136,137).
- **Heterotopik Kemik Oluşumu** : Ameliyattan sonra % 30 oranında görülmesine rağmen hastaların sadece % 3 – 5' inde fonksiyonlarını etkileyecek düzeydedir. Heterotopik kemik oluşumu gelişen bazı hastalarda hiçbir tedavi gerekmezken; bazılarında fizik tedavi, medikal tedavi, cerrahi tedavi veya bunların kombinasyonları gerekebilir. Riskli hastalarda profilaktik olarak etilhidroksi difosfanat, indometazin ve düşük doz radyoterapi uygulanabilir (9,60,137).
- **Hemoraji** : Özellikle revizyonel kalça ameliyatı ve major doku rezeksiyonu olan hastalarda sıktır. Ensizyon bölgesine yerleştirilen drenlerden ilk 24 saatte 200-600 ml drenaj olabilir. Beklenenden fazla miktarda kanama varsa kan transfüzyonu yapılır (22,137).
- **Mortalite** : Genellikle kardiyak arreste neden olan miyokard enfarktüsü veya pulmoner emboli ile ilişkili olan mortalite % 0.4- 3 arasındadır (60,94).

2.6 TOTAL KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazanılması, kaliteli bir yaşam sağlanarak geliştirilmesi, vücut fonksiyonlarının maksimum düzeye çıkarılması, bozulan beden imajının düzeltilmesi, ağrının giderilmesi ve yaşam süresinin uzatılmasına yönelik tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi TKP ameliyatında da cerrahi yolla yapılan tedavinin başarısı, cerrahın teknik bilgi ve becerisinin en üst düzeyde olmasının yanısıra aynı ölçüde değerli olan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım ile ameliyat sonrası bakım işlevlerinin kusursuz bir biçimde sürdürülmesine bağlıdır (4,5,39,60,129,138,153).

TKP ameliyatlarında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği içinde sunulan hemşirelik bakımının temel amacı; hastanın alışageldiği yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi için gereksinimlerini en üst düzeyde karşılaması, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı tedbirlerin alınması ve mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmaktır (22,41,60,145).

TKP ameliyatında üniversal olarak kabul edilen hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon programı olmamakla birlikte iyi planlanmış hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon programı hastanın ağrısız kalça eklemiyle optimum hareket yeteneğini kazanmasını hızlandıracak, günlük yaşama bağımsız ve üretken olarak dönmesine katkıda bulunacaktır. Bu bağlamda TKP ameliyatı ve onun doğrudan ilişkili olduğu hareket aktivitesine ilişkin mevcut / olası sorunları ve etkileyen faktörleri saptamak amacı ile öncelikle kişinin bireysel özellikleri ve yaş dönemine uygun genel durumu dikkate alınarak hemşirelik süreci doğrultusunda veri toplanmalı, elde edilen veriler değerlendirilerek sorunlar belirlenmeli ve bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir (22,41,125).

Sağlıklı / hasta bireyin günlük yaşamına odaklanan ve bir hemşirelik modeli olan Yaşam Modeli' ndeki Hareket Aktivitesi hemşirelik sürecine örüntülenerek özellikle TKP ameliyatı hedeflenen bireyler için uygun hemşirelik bakımı çerçevesi / koşulları hazırlanabilir. Roper ve arkadaşlarının geliştirdiği bu modelin öğeleri aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (Şekil 2).



Şekil – 2 Yaşam Modeli'nin Hareket Aktivitesine Yönelik Bireyselleştirilmiş Hemşireliğe Sistemik Yaklaşımı

Davis PS. Nursing the Orthopaedic Patient. Churchill Livingstone, Edinburg, 1994;69.

Hemşirelik sürecinin 1. aşamasını oluşturan **veri toplamada**; Roper ve ark.nın insanın günlük yaşamını sürdürürken belirledikleri 11 temel aktiviteyi içeren veri toplama modeli kullanılarak tüm kaynaklardan (birey, aile üyeleri / yakın çevresi, mevcut kayıtlar, diğer sağlık ekibi üyeleri) gözlem, görüşme, fizik muayene yöntemleriyle veri toplanır (20,71,116,125,128)(Tablo 2.2).

Tablo - 2.2 Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Veri Toplama Modeli

1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Çevredeki tehlike, zararlar ve riskler Ev çevresi / iş ortamı İlaçların depolanması Duyusal kusurlar Bağımsızlığı, yardım Diğerleri	7. Vücut Isısını Kontrol Isıtma sistemi Kişisel giyim Yatak giysileri Egzersiz Diğerleri
2.İletişim Görme İşitme Konuşma Yardımcı araç/protez Sözsüz iletişim Mental durum Ağrı Diğerleri	8. Hareket Kullandığı yardımcı araçlar Kas tonüsü / iskelet sistemi Eklem hareketi Bağımsızlığı, yardım Ağrı Basınç alanları Diğerleri
3.Solunum Özellikleri Öksürük Balgam Dispne Siyanöz Ağrı Sigara alışkanlığı Diğerleri	9. Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme Gelir durumu, sosyal düzeyi Mesleği Boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıkları Bağımsızlığı Diğerleri
4. Yeme – İçme Diyeti var mı, serbest mi? Varsa diyetin tipi Diyet yeterli mi ? Hoşlanmadığı besinler Günlük sıvı alımı Dişlerin durumu Bağımsızlığı, yardım Ağrı Diğerleri	10. Cinselliğini İfade Etme Beden bilinci, beden imgesi Bireysel değerleri Kendini gösterme isteği Seksüel güçlükleri Diğerleri
5. Eliminasyon(Boşaltım) Kolaylıkları Bağımsızlığı İdrar yapma alışkanlığı Defekasyon alışkanlığı İnkontinans Anormal eliminasyon Ağrı ya da rahatsızlık Diğerleri	11. Uyku Uyku saatleri İstirahat süresi Güçlükleri Uyku için yardım Ağrı Diğerleri
6.Kişisel Temizlik ve Giyinme Kolaylıkları Bağımsızlığı İlgisi Alışkanlığı Temizliğe yardım Giyinmesine yardım Diğerleri	

Biröl L. Hemşirelik Süreci.3.Baskı,Etiki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti. İzmir, 1997;85-108.(aktiviteler içine eklemeler yapılmıştır).

Günlük yaşam aktivitelerine uygun veri toplama modelinden yararlanılarak elde edilen veriler değerlendirilir; bireyin GYA'ni sürdürebilmesine ilişkin **varolan / olası sorunları** ile yaş, cinsiyet, fiziksel yetenek, kognitif durumu ve bunları etkileyen diğer tüm faktörler göz önüne alınarak **yardım gereksiniminin türü**, bağımlılık- bağımsızlık dizgesine uygun olarak **derecesi** belirlenir ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı kapsamında birey için en doğru, en uygun girişimler planlanarak uygulanır. Böylece Yaşam Modeli öğelerinin TKP ameliyatı geçirecek hasta bireyin bakımını yönlendirici rehber niteliğinden yararlanır.

TKP Ameliyatında Sıklıkla Karşılaşılan (North America Nursing Diagnosis Association) **NANDA'nın Hemşirelik Tanıları ve Kolloboratif Sorunlar (potansiyel komplikasyonlar)**(22,32,41,62,66,137) :

Hemşirelik Tanıları:

- Ağrı,
- Bilgi eksikliği,
- Fiziksel harekette bozulma,
- Aktivite intoleransı,
- Konstipasyon riski,
- Deri bütünlüğünde bozulma,
- Evdeki rol, sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik olabilir.

Kolloboratif Sorunlar (potansiyel komplikasyonlar) :

- Enfeksiyon,
- Protezin dislokasyonu
- Nöral/ vasküler yaralanma ,
- Derin ven trombozu / pulmoner emboli,
- Hemoraji olasılıklarıdır.

Hemşire, hemşirelik sürecine uygun tanılara ve kolloboratif sorunlara ilişkin bağımsız kararlar vermekle birlikte hemşirelik tanısı için verdiği kararlarda, hedeflenen sonucu başarmak ve duruma yönelik girişimleri saptamak; kolloboratif sorunlara yönelik olarak da fizyolojik komplikasyonları tanımlamak için bireyin durumunu izleyerek bakımla ilgili olan kendi ve hekimin planladığı girişimleri uygulamak ve yönetmekten sorumludur (8,32).

Planlama aşamasında sorunlara ilişkin hemşirelik girişimleri;

- Mümkün olduğunca birey, aile ve diğer sağlık ekibi üyelerinin katılımı sağlanarak,
- Bakım girişimleri, bireyin yaşı, sağlık düzeyi ve yaşam tarzı, bireydeki risklerin ciddiliği, bağımlılık ve bağımsızlık düzeyi ile üstlendiği roller üzerine temellendirilerek bireyselleştirilir ve
- Bireyin GYA'ni güvenli / bağımsız olarak sürdürmesine yardımcı olacak gerekli çevresel düzenlemeler ile
- Bireyin bilgi gereksinimine odaklanan olası amaçlar belirlenerek planlanır(32,116).

2.6.1 Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı ve Hasta Eğitimi

Ameliyat öncesi dönemde hazırlık ve bakımda amaç; bireyin psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel açıdan en iyi durumda ameliyata alınmasını sağlamak, komplikasyon gelişmesini önleyerek kısa sürede bulunduğu topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardımcı olmaktır (4,5,62,66).

Genellikle TKP ameliyatından 1-3 gün önce hastaneye kabul edilen hastalarda eğitim, psikososyal ve fiziksel hazırlığı da içeren bakımda ameliyat öncesi, süresi ve sonrası dönemlerde gerçekleştirilir. Bu eğitim, TKP'li hastalarda planlanan eğitimin 1. aşamasını oluştururken 2. aşama, hastanın taburcu edilmesine işaret eden dönemde başlayarak evde bakım programında hedeflediği bağımsız ve üretken yaşama dönüşüne kadar uzanan bir dilimi kapsamaktadır (5,41,60,62,66,137,145,146).

2.6.1.1 Ameliyat Öncesi Bakımda Psikososyal Hazırlık :

Hastaların psikolojik açıdan ameliyata hazırlanmaları ameliyatı yapacak cerrah ile birlikte eklem protezi ameliyatına karar vermesi, yapılacak cerrahi girişimi, görülebilecek komplikasyonları ve ameliyat sonrası beklentileri hastaya ve yakınlarına açıklaması ile başlar. Ancak uygulanacak cerrahi girişim ağrıyı geçirip fonksiyonel düzelmeyi sağlasa da ameliyat olacak hastaların bir çoğunda olduğu gibi TKP uygulanacak hastaların da ameliyat korkusu ve endişesi yaşamaları kaçınılmazdır. Yıllardan beri aksayarak ve ağırlı bir kalça üzerinde yürüyen bireyin bir hafta gibi kısa bir sürede normal hale gelmesi pek inandırıcı gözükmebilir. Hastalar ameliyat

sonrası kendilerini nelerin beklediğini bilmek istemelerinin yanısıra temelde nelere gereksinimleri olacağı konusunda merak içindedirler (56,75,103,137).

Hasta ve ailesine zaman tanıyarak, güven verici iyi bir iletişim ortamının sağlanması; olumsuz duyguların ifadesine fırsat verirken, onların hastalıkları konusunda bilgilendirilmelerini ve kendi gelecekleri hakkında karar verebilmelerini sağlar (4,118).

Literatürde ekip yaklaşımını sürdürerek yeterli açıklamalar yapılmasının, hastaya zaman ayırarak iyi bir dinleyici olmanın, olumlu ilişkiler içinde bireyselliğe ve gizliliğe saygılı davranışların, hastanın yaşayabileceği korku ve endişelerini en aza indirmede önemli olduğu vurgulanır (41,56,90,129).

TKP ameliyatı olacak hastanın psikolojik hazırlığı, bu süreçte yer alan sağlık ekibi üyelerinden her birinin kendi üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmeleri ve işbirliği içinde olmaları ile olasıdır. Hasta bakımındaki rolü ve işlevi gereği hastaya en yakın pozisyonda bulunan hemşire hastanın korku ve endişelerini yenmesine yardımcı olarak cesaretlendirmelidir. Hastaya yapılacak cerrahi girişimin amacı hakkında bilgi verilmesi, kullanılacak malzemelerin ve cihazların gösterilmesi; mümkünse bu ameliyatı geçirmiş ve iyileşmekte olan hastalarla tanıştırılması hasta için rahatlatıcı olabilir (39,41,138).

Hastaya verilen bakıma dahil edilebilecek ve hastaneden taburcu olduktan sonra destekleyebilecek kişileri de kapsayan psikolojik hazırlığın iyi olması genellikle fiziksel hazırlığın da daha kolay ve rahatlıkla yapılmasını sağlayacaktır(41,56,145).

O halde ameliyat kararı ile başlayan korku, endişe ve rol değişimleri ile ilgili bireyi rahatlatma adına atılacak adımları ;

- Ameliyat / anestezi endişesini giderecek bilgi,
- Ameliyat hakkında bilgi,
- Erken ameliyat sonrası dönem hakkında bilgi,
- Geç ameliyat sonrası dönem hakkında bilgi olarak özetlemek olasıdır.

2.6.1.2 Ameliyat Öncesi Bakımda Fiziksel Hazırlık :

TKP ameliyatında hastanın ameliyat öncesi dönemde fiziksel hazırlığı çoğunlukla diğer ameliyat öncesi hazırlıklara benzer olsa da farklı olarak dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Hastaların ameliyattan önceki dönemde optimum sağlıkta olması amaçlandığından rutin tetkikleri ve fizik muayenesi tam olarak yapılarak;

- Tüm kan ve radyolojik tetkikler,
- Kas – iskelet ,
- Sistemik hastalıklar hakkında bilgiler tamamlanır.

Kas – iskelet sisteminde özellikle bütün major eklemlerin eklem hareket açıklığı, çeşitli kas gruplarının kuvveti ve egzersiz toleransı değerlendirilir. Yaşlılarda sıklıkla görülen bazı sistemik hastalıklar (koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus) yönünden hasta stabil hale getirilmelidir. Aynı zamanda cerrahi stresin alevlenmelere yol açabileceği enflamatuvar artritlerde hastalık kontrol altında tutulmalıdır. Profilaktik olarak uygulanacak antikoagülanlar kanama riskini arttıracığından gastrointestinal bir sorun olup olmadığı araştırılmalıdır. Hastanın rehabilitasyon programına uyumu için mental ve nörolojik değerlendirmeler yapılmalıdır (29,39,41,60,66,71,94,137,138).

Genel sağlık önlemleri kapsamında; hastanın ağırlığı düzenlenir, ameliyattan 2-3 gün önce sigaradan uzak kalması sağlanır sakıncalı bir durumu olmadığı anlaşıldığında nikotinli sakızlardan yararlanılabilir. Streoid olmayan antienflamatuvar ilaçlar kanama zamanını uzatabileceği düşünülerek kesilebilir (22,41,60).

Vücuttaki diş, üriner vb. bir enfeksiyon odağı mutlaka araştırılır varsa tedavi edilir. Protezin enfeksiyon riskini azaltmak için preoperatif ve postoperatif dönemde ameliyat olacak tarafa IM enjeksiyon yapılmaması önerilir (41,71,94,145).

Ameliyat öncesi deri hazırlığı; banyo yapılması, temiz yatak takımları ve giysilerin kullanımını kapsar. Bazı çalışmalarda ameliyat bölgesinin temizliğinde % 4'lük klorheksidin glukonat kullanılması önerilir. Ancak ameliyat bölgesinin tıraş edilmesi genellikle ameliyathanedeki steril koşullarda ameliyattan hemen önce gerçekleşebilir (41) .

Uyku, istirahat gibi yaşam aktivitelerine ilişkin ameliyat öncesi hazırlık işlemleri bireysel özellikler dikkate alınarak gerçekleştirilir.

Hastanın anesteziye hazırlanmasında, anesteziist hekimin bir gün önce yapacağı ziyaret hastayı değerlendirmesine olanak sağladığı gibi hastanın da hekimini tanımasını ve ona güven duymasını kolaylaştırır. Hastanın alacağı anestezi türü, hastanın yaşı, genel durumu ve vücut fonksiyonları göz önüne alınarak, hastanın da katılımı sağlanarak planlanır (5,41).

Solunum fizyoterapisti ameliyattan önce solunum yeteneği ve fonksiyonel yönden hastayı değerlendirerek ameliyat sonrası dönemde yapacağı derin solunum, öksürme ve ayak-bacak egzersizlerinin her birini hastaya uygulatarak gösterir (41,60,66). Böylece hasta, birey merkezli multidisipliner sağlık hizmetini planlı olarak almış olacaktır.

2.6.1.3. Ameliyat Öncesi Bakımda Hasta Eğitimi :

Hekim muayenesi sonucu eklem protezi ameliyatına karar verilen hastaya ameliyat işlemi ve ameliyat sonrası beklentiler hekim tarafından açıklanır. Ancak çoğu kez ameliyattan haftalar veya aylar önce yapılan bu açıklamaların bir kısmı unutulmakta veya hasta korku ve endişeleri nedeni ile o anda ne soracağını bilememektedir. Oysa hasta – hemşire etkileşimi sırasında gerçekleştirilen planlı hasta eğitiminin ameliyattan önce ve sonra hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal uyumunu güçlendirdiği literatür bilgisi ile de desteklenmektedir. Ayrıca hemşire, bilgilendirmenin hasta ve yakınlarının anlayabileceği bir dil ile korku ve endişelerini hafifletecek, hasta bireyi ve ailesini gelecek yaşamlarına hazırlayacak bir yaklaşımda olmasına özen göstermeli, bakım ve eğitimin bu anlayışla ve hastanın gereksinimlerini hasta ve ailesinin katılımı ile karşılamak üzere planlamalıdır (28,56,66,90,103,129).

Hasta eğitiminin iki aşamalı sürecinin ilk aşaması olarak, ameliyattan önceki 1-2 hafta içinde başlatılacak hasta eğitim programı; hastaları daha iyi fonksiyon görmeye yönlendiren egzersiz uygulamalarına teşvik etmek, komplikasyonları en aza indirmek ve hospitalizasyonun her dönemine yönelik girişimlere hastayı hazırlayarak hastanede kalış süresini kısaltmak ve yeni yaşama uyumunu arttırmak amacıyla diğer sağlık ekibi üyelerinin de görüşleri alınarak hasta birey ve ailesiyle birlikte planlanmalıdır. Bu planlamada hedef bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını ve tıbbi

girişimleri hastanın hastaneye kabul öncesi başlatarak taburculuğa kadar sürdürülecek bir eğitim ile uygulamaktır. İçeriğinde protez ameliyatı ve nedeni hakkında bilgilendirmenin yanısıra kabul öncesi, kabulde, ameliyat öncesi , ameliyatta ve ameliyattan sonraki dönemlerde yapılacak işlemler ve beklenen sonuçlara hazırlığı kapsayan bir eğitime yer verilir. Bu eğitim süreci hasta kabulünden önceki dönemde tamamlanmış olsa da hastanın deneyimlediği her dönemde tekrarlanmasında bilginin kalıcılığı açısından yarar beklenir (30,39,47,60,66,129,145,165).

- **Hastaneye Kabul Öncesi Eğitimi** : Ameliyat kararının verildiği hekim muayenesinde, hekimin işlem ve nedenlerini hastaya açıklamasına ilave olarak ve disiplinlerarası ekibin görüşü alınarak hazırlanan bilgilerin gerçekten algılanmasını ve önerilerin izlenmesini sağlayan bir resimli hasta eğitim kitapçığı ya da rehberi verilir; hastaneye yatacağı tarihe kadar bu kitapçığı / rehberi okuması ve anlaşılamayan bilgileri yazıp sorması öğütlenir (28,39,56,66,103,129).

Hastaneye yatış öncesinde hasta ve ailesi ile yapılan görüşmede korku ve endişeleri paylaşarak kitapçığın içeriğinden ne ölçüde yararlandıkları ve sormak istedikleri tartışılır, verilen yazılı bilginin güçlendirilmesi, davranışa dönüştürülmesi sözlü tekrarlar ve uygulamalarla sağlanır. Mümkünse görüşmeye katılan bir fizyoterapist ve meşguliyet terapisti tarafından egzersiz ve ambulasyon hakkındaki sorular yanıtlanır. Ayrıca kabulde uygulanacak fizik muayene ve testler, hastanede gerekebilecek kişisel malzemeler ve evinde yapacağı düzenlemeler anlatılır, bu konuda hazırlanmış matbu bir bilgi kaynağı verilir (28,30,56,90,103,129,165).

- **Hastaneye Kabulde Eğitim** : Genellikle ameliyattan 1-3 gün önce yapılan kabulde hastanın durumuna özgü olarak yapılacak eğitim; hasta ve ailesinin üniteye oryantasyonunu, bakım hizmeti verenlerle tanıştırılmasını, serviste verilen hizmetin koşul ve zamanı (rutin) hakkında bilgilendirilmesini ve bu konularla ilgili soruların yanıtlanmasını kapsar. Böylece hasta servisine oryante edilmiş olur(28,30,41,129) .

• **Ameliyata Hazırlık Eğitimi** : Ameliyattan bir gün öncesi ve ameliyat sabahı bakımında yer alacak işlevleri ve bunlara ilişkin duyuşsal bilgilendirmeyi içerir. Bunlar (39,56,60,90) ;

- Başetme yöntemleri (gevşeme, endişelerin paylaşılması, dalgınlık vb.),
- Preoperatif hazırlık işlemlerinin gözden geçirilmesi,
- Anestezi muayenesi (uygulanacak anestezi türü),
- Boşaltım aktivitesi ile ilişkili GI sistem hazırlığı (lavman vb),
- Deri bütünlüğünü sürdürmek amacı ile deri hazırlığı (banyo, ameliyat bölgesi temizliği),
- Uyku ve istirahat aktiviteleri,
- Mücevher, protez, gözlük, lens, makyaj, oje vb. çıkarılması, ameliyat gömleği ve tromboembolik çorapların giydirilmesi gibi bireyin güvenliğini sağlanması,
- Hastanın yakınları ile görüştürülmesi,
- Premedikasyon yapılması ve sonrası izlem,
- Hastanın ameliyathaneye transferi olarak sıralanabilir.

• **Ameliyat Sırası Eğitimi** : Hastanın ameliyathaneye gitmesinden sonra tekrar yatağına dönünceye kadar deneyimleyeceği bilişsel, duyuşsal ve işlevsel bilgilendirmeyi kapsar. Bunlar (39,56) ;

- Ameliyathane oryantasyonu (enjeksiyon ve inhalasyon yolu ile anestezinin verilmesi, anestezi uygulanırken deneyimlenecek duyular, ameliyat süresi),
- Ayılma odasının (konumu, malzemesi ve donanımı) tanıtılmasıdır.

• **Ameliyat Sonrası Eğitimi** : Ameliyattan taburculuğa kadar geçen süreç ile ilgili bilişsel, duyuşsal ve işlevsel bilgilendirmeyi içerir. Bunlar (28,30,39,56,60,146);

- Hasta odasına geri dönme,
- Yapılacak gözlemlerin sınıflandırılması,
- Anesteziyi izleyen fiziksel ve duyuşsal değişiklikler,
- Yara bölgesindeki ağrı ve hassasiyet,
- Ağrı kontrolü ve ağrı tedavisi,
- İstirahat ve gevşeme gereksinimi ve yöntemleri,
- Yatak içindeki pozisyon; bacakları abduksiyonda tutma ve içe rotasyonlarını önlemek için abduksiyon yastığının kullanımı,
- Pozisyon değişimi; bacakların abduksiyonda tutulması için bacak arasındaki yastığın korunması,
- Hareketsizlik sırasında uygulanacak egzersizler; öksürme ve derin solunum, ayakta

- dorsi-plantar fleksiyon, izometrik (gluteal ve quadrisepts setting / kasma-gevşeme) egzersizler, etkilenmeyen ekstremitenin pasif hareketi,
- Beslenmeye geçiş; ilk 6 saat ağızdan bir şey alınmayacağı ve zaman ilerledikçe tolere edilebilen düzenli bir diyetle geçilebileceği, beslenmede sıvıların ve lifli gıdaların önemi,
 - Yatak istirahatinin süresi; 24- 48 saat sonra hekim tarafından tanımlanan bir yürüme yardımcısı ile ayağa kaldırılması,
 - Hareket ve yürümek için yardımcı araçların kullanımı; walker, baston ve koltuk değneği vb.,
 - Yataktan ilk kalkışta hissedilecek değışiklikler,
 - Sandalyede oturma, yataktan kalkma ve yatma teknikleri,
 - Sakıncalı hareketler; kalça ekleminin 90°'den fazla fleksiyonu, ayağın internal ve eksternal rotasyonu, adduksiyon,
 - Röntgen ile protez pozisyonunun araştırılması,
 - Yorgunluk, halsizlik ve uyku halinin genel belirtileri,
 - Yara drenlerinin işlevi ve çıkarılması,
 - Dikişlerin alınması; ameliyattan 10- 14 gün sonra,
 - Fizyoterapinin, yeni kalçanın çevresindeki kasları güçlendirme, kalça hareketini artırma ve yürüme açısından önemi gibi başlıkları oluşturmaktadır.

Ameliyat öncesinde hastanın ağrısı ve anksiyetesinin olması verilen bilgilerin iyi anlaşılabilmesine neden olabilir. Bu nedenle hasta bakım süreci içinde gerekli değerlendirmeler yapılarak ameliyata hazırlıkta eksik kalan ya da anlaşılabilen konular eğitim programında yeniden ele alınır.

2.6.2 Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası bakımın amacı, bireyi günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebileceği düzeye kadar desteklemek ve komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemektir (22,41).

Ameliyat sonrası erken dönemdeki hasta bakımı; ağrı önleme yönetimini, sıvı elektrolit dengesi ve hayati belirtilerin izlenmesini, nörovasküler durumun değerlendirilmesini pansuman yerinin ve drenajının gözlenmesini, hasta uyanırken 2 saatte bir ayak-bacak egzersizlerini başlatmayı, derin solunum ve öksürmeye teşvik etmeyi, yatak istirahati boyunca 1-2 saatte bir pozisyon değişikliğini, yastık ile bacak abduksiyonunun sağlanmasını ve fizyoterapiye başlamayı kapsamalıdır (22,60,62,94,137). Hastanın hareket aktivitesinin bağımlı olduğu bu dönemde diğer yaşam aktivitelerine ilişkin gerekli eylemler hemşirelik bakımı ile sağlanmalıdır. Öncelikler hastanın geçirdiği ameliyat nedeni ile;

- Güvenli çevre - deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi,
- Hareket,
- İletişim olmak üzere diğer günlük yaşam aktiviteleri ve bireysel özellikler dikkate alınarak hasta bakım planı uygulanmalıdır.

♦ Güvenli Çevre— Deri Bütünlüğünün Sağlanması ve Sürdürülmesi:

Ameliyattan sonra hastaların genel sağlık durumu hasta ünitesine ya da yoğun bakım birimine alınması konusunda belirleyici bir ölçektir.

- **Pozisyon** : Hasta ünitesine alınan hastada en önemli nokta protezin dislokasyonunu önlemektir. Bu amaçla hasta sedyeden yatağa üç kişinin yardımıyla transfer edilirken hastanın bacakları arasına konan özel aletlerle (abduction splinti, Charnley wedge vb.) ya da yastıklarla desteklenmelidir.

Yatakta supine pozisyonundaki hastanın, bacakları düz bir şekilde uzatılarak arasına özel aletler ya da yastık konulur. Bu pozisyonu sağlamak için kullanılan abduksiyon yastığı hasta etkilenmeyen tarafına döndüğünde ya da yatak dışına çıktığında da bacakların arasında muhafaza edilir. Hareketsizliğe bağlı komplikasyonların gelişmemesi için gerekli önlemler alınarak hastanın yatak içindeki pozisyonu sık sık değerlendirilir. Ameliyatlı bacağın internal / eksternal rotasyonu,

adduksiyonu ve kalça ekleminin 90°'den fazla fleksiyonu önlenmelidir. Bir diğer önlem olarak, ameliyattan sonraki gün yatak içinde başlanan izometrik gluteal / kuadriseps egzersizleri ile kasların güçlendirilmesi dislokasyonu engellemeye yardımcı olabilir (22,29,31,41,110).

Eğer büyük trokanter abduktör mekanizmanın etkinliğini arttırmak için femur üzerindeki distal pozisyona transfer edilirse veya transtrokanterik giriş yolu kullanılmışsa progressiv abduksiyon egzersizleri sınırlanır. Hareket ve pozisyon verme ile ilişkili olarak hekimin önerileri izlenir (22,137).

Protez dislokasyonunu gösteren belirtiler ekstremité kısalığı, aşırı içe/dışa dönüklük, ciddi kalça ağrısı, ameliyatlı ekstremitéyi hareket ettirmede yetersizlik vb. belirtiler açısından değerlendirilmelidir (22,94,137).

Protezin dislokasyonuna neden olabilecek hareket ve pozisyonlar ;

- Ameliyatlı bacağın vücudun orta hattını geçmesi,
- Kalçanın 90°'den fazla fleksiyonu ,
- Bacakların aşırı internal / eksternal rotasyonu hazırlanacak kitapçıkta ve / ya da demonstrasyon yolu ile hastaya gösterilmelidir (22).

Pozisyon değiştirilirken, belirtilen noktalara dikkat edilerek protez takılan eklem üzerine yük verilmemeli, hareket kolaylığı için yatağa bir trapez eklenerek kullanımı hastaya öğretilmelidir (22,41,94,137).

- **Hayati belirtiler ve nörovasküler değerlendirme** : Ameliyattan sonra hastanın hayati belirtileri ilk 3 saatte her 15 dakikada bir, daha sonraki 2 saatte; 30 dakikada bir, stabil hale geldikten sonra ameliyat öncesi bulgularla uyumlu oluncaya kadar takip edilir (22,41,137).

TKP ameliyatından sonra nörovasküler durumun değerlendirilmesi için renk, sıcaklık, hareket, duyu, kapiller dolgunluk ve pedal nabız kontrol edilir. Çünkü doku perfüzyonunun azalmasıyla deri soğuk ve soluktur. Venöz konjesyon siyanöz yaratabilir. Baş parmak tırnağına bastırıldıktan bir süre sonra pembe renge dönmesi kapiller perfüzyonun iyi olduğunu gösterir. Karıncalanma, iğne batma duyusu, uyuşma ve hareket etmede yetersizlik nörolojik disfonksiyona dikkati çekebilir. Bu nedenle

etkilenen bacaktaki dolaşım ve sinir fonksiyonu ilk gün veya daha sonra her 1 veya 2 saatte bir hekimin direktifi de dikkate alınarak hastanın durumuna göre değerlendirilir (22,66,94,110,137).

- **Yara bakımı ve pansuman** : Ameliyattan hemen sonra ensizyon bölgesine uygulanan pansuman ameliyatın 2. veya 3. gününde hekim tarafından değiştirilir. Ensizyondan aşırı kan-sıvı akımını drene etmek için yerleştirilen hemovak drenlerden olan drenaj genellikle 24 st'te 600 ml'den az veya 8 st'te 200 ml olmalıdır. Ameliyattan sonraki 48 saat içinde toplanan sıvının miktarı ve karakteri izlenerek kayıt edilir. İlk 8 saatte 200 ml'den fazla parlak kırmızı kanama aktif kanamayı gösterebilir. Sıvı ve elektrolit dengesini izlemek için aldığı çıkardığı ve hayati belirtilerde şokun gelişimini gösteren değişiklikler dikkatli olarak izlenmelidir. Hemotokrit ve hemogloblin değerlerinin izlemi kan transfüzyonu için belirleyici ltlereindir (41,137,168).

- **Enfeksiyon** : Cerrahi girişimin yarattığı doku travması, protezin yabancı madde reaksiyonu ve antienflamatuvar, steroid ve sitotoksik ajanlarla yürütülen tedavi programı ve diyabet gibi bir sistem hastalığı TKP ameliyatı olacak hastaların enfeksiyon riskini artırır. Genellikle ameliyattan 20-30 dakika önce profilaktik I. generasyon sefalosporin tedavisi başlanır ve bu tedavi ameliyattan sonra birkaç gün sürdürülür. Enfeksiyona yanıtı işaret eden hayati belirtiler izlenir. Akut enfeksiyonu saptamak için ensizyon bölgesi ve drenaj lokal enfeksiyon belirtileri açısından gözlenir, drenlerden gelen sıvının; rengi, miktarı, yoğunluğu kontrol edilir ve önemli değişiklikler kaydedilir. Kızarıklık, ısı artması, pürülan drenaj veya ağrı artması görülürse kültür yapılarak duyarlı antibiyotiğe başlanır. Pansuman değişiminde ve drenajın boşaltılmasında aseptik teknik kullanılır. İyileşme sürecinde gecikmiş derin enfeksiyon belirtisinin eklem ağrısındaki artışa neden olabileceğine hastanın dikkati çekilir (22,66,94,137,168).

- **Basınç yarası** : Hastanın pozisyonun 2 saatte bir değiştirilmesi, elastik çorap ve masaj ile basınç altında kalan bölgelerin basınç yarası yönünden gözlenmesi ve önlenmesiyle yatak içinde de hareket aktivitesine başlanmış olur ve bir yandan da venöz dolaşım kolaylaştırılır. Bu sırada deri temiz ve kuru tutulmalı , yatak çarşafları gergin, kuru ve kırışksız olmalı, yatak içindeki egzersizler sürdürülmeli ve mümkün olduğunca erken ayağa kaldırılmalıdır (32,41,47,84).

- **Ağrı** : Ameliyattan sonraki ilk 48 saat içinde ağrı deneyimi artan hastayı rahatlatmak amacıyla ağrıyı azaltan-arttıran faktörler değerlendirilir ve izlenir. Ağrıya neden olan uyaranlar ve müsküler gerginlik azaltılır, gereksiz hareketlerden kaçınılır. Hasta hareketle birlikte daha fazla ağrı hissedeceğinden hareketlerini kısıtlayarak yataktan kalkmayı red edebilir. Herhangi bir aktivite öncesi hastanın toleransı değerlendirilerek ayağa kalkmasına teşvik edilir. Ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı ve özellikleri izlenir. Ağrı kontrolü için belirlenen tedavi planı uygulanır; analjeziklerin yan etkileri (solunum depresyonu, konstipasyon) izlenerek gerekli önlemler alınır. Çevre, ağrı açısından kontrol altında tutulur (ışık,gürültü vb.), uygunsa rahatlatıcı masaj yapılır ve müzik dinletme vb. relaksasyon (gerginliği azaltıcı / rahatlatıcı) tekniklerinden yararlanılır (22,41,62,66,97,137,168).

◆ **Hareket :**

- **Ayağa kalkmak** : Hasta, tekrar yürümeye başlamadan önce eklem protezinin pozisyonu röntgen çekilerek kontrol edilebilir. Ameliyatı gerçekleştiren hekim hastanın ne zaman ayağa kalkacağına karar verir. Hastanın ayağa kalkması cerrahi girişime bağlı olsa da komplikasyonları önlemek için genellikle ameliyat sonrası ilk veya ikinci günde yatakta mobilize olarak yatağa veya bir sandalyeye oturtulması gerekçesi açıklanarak iki kişinin yardımıyla gerçekleştirilir. Bu açıklamalarda proteze özel ağırlık verme sınırlarına ait bilgilere yer verilmelidir. Ancak bu sınır, hastanın durumuna, seçilen cerrahi yaklaşıma ve fiksasyon yöntemine bağlı olarak hekim tarafından belirlenir. Genellikle çimentolu protezlerde hastanın tolere edebildiği kadar ağırlık verilirken çimentosuz protezlerde kemik gelişimini bozmamak, kemikteki protezin hareketini sınırlandırmak için yaklaşık 6 hafta ağırlık verilmeyebilir. Düşme riskini azaltmak için ayağa kalkmadan önce ortostatik hipotansiyon araştırılır (22,41,137).

Hastaya en uygun yürüme yardımcısına karar verilerek hemşire veya fizyoterapistin yardımıyla ayakta durmak ve yürüme yardımcısıyla yürümeye başlamak öğretilir. Hemşire, hastanın yürüme yardımcısını doğru kullanıp kullanmadığından emin olmalıdır. Dislokasyon olasılığını önlemek ve ameliyatlı eklemdeki abduksiyonu sürdürmek için hastanın etkilenen taraftan yataktan çıkması ve etkilenmeyen taraftan yatağa girmesi sağlanır. Tolere edebildiği kadar hareket ettirilen ve kısa aralıklarla günde birkaç kez sandalyeye kalkması için cesaretlendirilen hasta hazır olduğunda (genellikle 4. - 7. günde) merdiven inip, çıkma egzersizlerine başlatılmalıdır. Merdiven

çıkarken, önce sağlam bacak, inerken ise koltuk değneği ile birlikte ameliyatlı bacağını kullanılacağı açıklanmalıdır(22,41,60,66,113,137).

- **Derin ven trombozu** : Birey, derin ven trombozu belirtileri (bacakta ağrı, iki taraflı ödem ve eritem) açısından günde iki kez değerlendirilir. Ayağın dorsifleksiyonunda ve yürürken ağrı hissetmesine bağlı Homan's belirtisini tanımlamak bireyde bir tromboz olup olmadığını belirleme açısından önemlidir (22,137).

Derin ven trombozunu önlemek için bireye ameliyat öncesinden başlayarak elastik çoraplar giydirilir. Stazı önlemeye ve venöz kanın geri dönmesine yardımcı olan bu çoraplar 2. günden itibaren günde 2 kez çıkarılarak deri bakımı yapılabilir. Ayrıca (GI kanama riski dikkate alınarak) koruyucu olarak aspirin, düşük molekül ağırlıklı heparin, warfarin veya bunların kombinasyonu kullanılarak hemoraji riskini arttırmadan tromboflebiti önlemeye yardım edilir (22,41,108,137).

Etkilenmemiş eklemde yapılan aralıklı egzersizler, tromboflebite neden olabilecek venöz stazı önlemek için çok önemlidir. Bu nedenle pozisyon değişimi, masaj ve ayak - bacak egzersizleri kararlaştırılan sıklıkla yerine getirilmelidir (22,41,62,71,137).

Trombozu teşhis etmek için venografi ve dopler çalışmaları yaygın olarak kullanılır. Tromboz teşhis edildiğinde sürekli heparin başlanır ve bacak yükseltilerek hasta yatak istirahatine bırakılır. Hastada, fatal bir sonuç yaratan bir trombüsün yerinden koparak hareket etmesiyle gelişebilecek pulmoner emboli dikkatle değerlendirilir (22,41,66,137,168).

- **Egzersiz** : Hastanın yardımsız yürümesinde ve kas gücünün yeniden kazanılmasında yardımcı olacak egzersizlere ameliyattan sonraki gün yatak içinde başlanabilir. Hemşire ayak bileğinin dorsi-plantar fleksiyon ve izometrik gluteal / kuadriseps egzersizlerini yapması için hastayı desteklemelidir. Ameliyat öncesi başlayan fizyoterapi programında kalça kaslarını güçlendiren ve ROM'u (range of motion) arttıran egzersizler taburculuğa kadar sürdürülür (22,60,62,94,137).

◆ İletişim :

Hasta, özbakımı için yeterince hazır olmadan evine gönderildiğini düşünmemesi için hastanın evde bakım ile ilgili endişeleri paylaşılarak çözümler önerilir ve bilgi verilir(hareket sınırlamaları, egzersizler, yürüme yardımcılarının kullanımı, yara bakımı vb). Aksi takdirde beklenmedik sorunlarla karşılaşılır. Bu nedenle hemşire hasta kabulünde geç dönemde olası sorun alanlarını iyi tanımlamalı ve sağlık ekibinin diğer üyelerini hastanın gereksinimleri konusunda uyarmalıdır. Hemşire, hastayı tanıladığında uyumunda etkili olabilecek yaşadığı fizik çevreye (merdiven/ asansörlerin varlığı, tuvalet ve banyo olanakları, alışveriş yerlerine yakınlığı vb.) ve bakımına yardımcı olacak aile üyelerine ilişkin bilgiler elde etmelidir. Taburculuk planlaması için ev çevresi değerlendirilir. Fiziksel bariyerler (özellikle banyo ve merdiven) hastanın ambülasyon yeteneğini ve kendi bakımını sınırlayabilir. Evde bakıma katkıda bulunacak kişinin de rehabilitasyon programına alınması ve programın amacını anlaması sağlanır (41,138).

Birey / ailenin iş, sosyal yaşam ve cinselliği ifade eden aktivitelere ilişkin sorularını yanıtlamak üzere hemşire, hasta / yakınına uygun konuşma ortamı ve zamanı ayarlanmalıdır.

◆ Kişisel Temizlik ve Giyinme :

Hastanın ameliyattan sonra ayağa kalkmadan önce yatağa bağımlılığı; günlük hijyenik gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirenin yardımını gerektirecektir. Yatakta gerçekleştirilen hijyenik uygulamalar sırasında güvenlik sınırları içinde hastanın maksimum bağımsızlığını sürdürebilmesi için kendi bakımına katılımı cesaretlendirilmelidir. Hemşirenin, hastanın hijyenik gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olması hastanın yara bakımı, hareket ve pozisyonlar gibi konularda eğitilmesine olduğu kadar hasta derisinde mantar vb. enfeksiyonları ve basınç alanları yönünden değerlendirilmesine de ideal bir fırsat olabilir. Hareket yeteneğini kazandıktan sonra hekimin önerisiyle (dikişler alındıktan sonra) duş şeklinde banyo yapabilir. Hastalar ayak bakımında güçlük çekebilir. Rutin ayak bakımı-ayak tırnaklarının kesimi ve çorap giyimi aile üyelerinin yardımı ya da yardımcı araçların kullanımı ile gerçekleştirilebilir. Taburculuk öncesi banyo / giyinme için hasta

değerlendirilir; banyo kenarlıkları, yükseltilmiş tuvalet klozeti ve giyinme yardımcıları kitap / örnek şekiller ile gösterilerek önerilebilir (41,62,72).

◆ Yeme ve İçme :

Hastanın ameliyattan sonraki ilk birkaç saat içinde kusma ve bulantısı yoksa ağzını ıslatacak kadar su verilebilir. İlk gece IV enfüzyon sürdürüleceğinden ertesi gün normal beslenmeye geçilerek bol proteinli, yüksek kalorili ve hematokrit normale dönünceye kadar demirden zengin bir diyet tercih edilebilir. Ameliyattan birkaç hafta sonra vücut ağırlığını korumaya yönelik bir diyet uygulanır (41).

◆ Boşaltım :

Hareketsizlik, yetersiz / hatalı beslenme durumu, sıvı alımında azalma ve güçlü analjeziklerin etkileri konstipasyona neden olabilir. Hastanın normal barsak alışkanlığı (dışkılama zamanı, kahve, çay vb. içeceklerle uyarılma durumu gibi) değerlendirilerek bakım planı bireyselleştirilerek yapılır. Uygun dışkılama zamanı belirlenir (her gün aynı saatte, yemeklerden / özellikle kahvaltıdan sonra) ve bilinen uyarıcıları (kahvaltıdan önce ılık su, kahve vb.) alması önerilir. Konstipasyon gelişmesini önlemek için hasta mümkün olduğu kadar erken ayağa kaldırılmalı , bol sıvı (sakıncası yoksa 3000 ml) ve lifli gıdalardan oluşan bir diyet düzenlenmelidir. Gerekirse hekim tarafından direktif edilen laksatifler verilir (20,32,41,47,94,102).

Anestezi, ağrı, rahatsızlık, prostatik hipertrofi, hastanın pozisyonu ve aşırı anksiyete gibi ameliyata ya da bireyin yaş ve genel durumuna bağlı nedenler hastanın idrar boşaltımını etkileyebilir. Tüm hemşirelik girişimleri sonucunda hastanın idrar boşaltımı sağlanamazsa kateterizasyon gerekebilir (41,168).

Eklem protezli hastanın boşaltım aktivitesini yatakta gerçekleştirmesi oldukça sıkıntı ve rahatsızlık verici bir durumdur. Özellikle sürgü üzerine oturtulduğunda yara üzerinde ve çevresinde basınç oluşabilir. Hastaya yatak içinde sürgü verilirken protezin dislokasyonunu önlemek için çok dikkatli olmalı ve ortopedik sürgü (sırtta doğru giderek incelen sürgü) tercih edilmelidir. Sürgü verilirken hasta önce sağlam tarafına yan çevrilir, sürgü hastanın kalçalarının altına yerleştirildikten sonra hasta sürgü üstüne döndürülerek sırt üstü pozisyona getirilir. 3-4 gün sonra tuvalete oturmasına izin verilebilir. Tuvalet uygun yükseklikte ve mümkünse alafranga olmalıdır (22,41,94,137).

◆ Solunum :

Bu aktivite için yaşam bulgularının izleminde hastanın solunumu da değerlendirilerek (tipi, göğüs ağrısı, dispne vb) akciğer enfeksiyonunu önlemek için her iki saatte bir derin solunum ve öksürük egzersizlerine teşvik edilir (22,41).

◆ Vücut Isısının Kontrolü :

Hastanın vücut ısı normal sınırlarda tutulmaya çalışılır. Herhangi bir enfeksiyon riski yönünden ameliyattan sonraki ilk birkaç gün 2-4 saat, daha sonra 8 saat aralıklarla vücut ısı ölçülerek izlenmeli ve kaydedilmelidir (22,41).

◆ Uyku :

Eklem protezini izleyen dönemde rahatsızlık, ağrı, endişe, hemşirelik bakım işlevleri, enfüzyonlar, odadaki diğer hastalardan gelen ses gibi faktörlerle ilişkili olarak uyku bozulabilir. Hemşire, hastanın normal alışkanlıklarını, uyuyamadığı zaman genellikle hangi yollara başvurduğunu (kitap okuma, bir bardak ılık süt ya da ıhlamur gibi içecekler) araştırır. Rahat bir pozisyon verilerek, direktif edilen ilaç uygulanarak, odadaki ses ve ışık düzenlemeleri yapılarak hastanın istirahat etmesine yardımcı olunabilir (30,41).

◆ Çalışma ve Boş Vakitlerini Değerlendirme :

İşe ve aktif sosyal yaşamına dönüş süresi hastanın yaptığı işe ve boş vakitlerini değerlendirme alışkanlıklarına göre değişmekle birlikte 1.5-3 ay sonra çalışma ve sosyal yaşama başlayabilir (41,108,112).

◆ Cinselliğini İfade Etme :

Çoğunlukla hastalar ameliyattan sonra cinsel ilişkilerini güvenli olarak nasıl sürdüreceklarını bilmek istemelerine rağmen utandıklarından soramazlar. Bu aktivitede de protezin dislokasyonunu önlemek için alınan önlemler sürdürüleceğinden genellikle güvenli bir cinsel birleşme için hastaların yaklaşık 6 hafta pasif rolde olması ve kalçayı bükmeden / sırtüstü yatış pozisyonu önerilir. Hemşire, hastaya gerekli konuşma

fırsatını sağlamalı ve bilgi gereksinimi saptamak için tartışma yaratmalıdır (41,62,66,137).

2.6.3 Total Kalça Protezi Ameliyatından Sonra Hastanın Evde Bakım Eğitimi

Hemşire, çağdaş rollerinden biri olan “*Eğitimci Rolü*” ile sağlığı sürdürme ve geliştirmede olduğu kadar bireyin hastalıktan iyileşmesi ve yeni yaşam biçimine uyması için planlanan rehabilitasyonda da önemli ölçüde yardımcı olur. Roper ve ark.nın Yaşam Modeli’nde de GYA ile ilgili sorunların önlenmesi, çözümlenmesi ve yaşamın kalitesinin yükseltilmesine yönelik bilgi verme ve davranış kazandırmayı amaçlayan bu rol, TKP uygulanan bireyin yaş dönemine, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine ve bireyselliğine bağlı olarak farklı içerikte gerçekleştirilebilir.

Total kalça protezi ameliyatından sonra hastanın hospitalizasyon süresi genellikle 5 - 10 gün arasındadır. Hastanın taburcu olabilmesi için;

- Tıbbi yönden stabil olması,
- Ateş ve yara enfeksiyonu olmaması,
- Yarasının iyileşmesi,
- Yataktan kalkabilmesi ve yatağına geri dönebilmesi,
- Düz bir zeminde yalnız başına yürüyebilmesi (koltuk değnekli veya bastonlu),
- Birkaç merdiven çıkabilmesi önemli belirleyicilerdir (22,41,60).

Hospitalizasyon süresince sağlık ekibi üyelerinin gözetiminde ve rehberliğinde olan hastalar, taburcu olduktan sonra günlük yaşam aktivitelerini nasıl sürdüreceklarını ve günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını bilmek isteyeceklerinden hastaneden taburcu olmadan önce hastaya ve evdeki bakımında yardımcı olacak kişiye evdeki yaşamın bağımsızca ve güvenli bir biçimde sürdürülmesine (yeni kalça eklemine koruyarak GYA’ni yerine getirme) yönelik eğitim verilmelidir. Bu amaçla 1. aşaması hastane içi bilgi ve davranışlara yoğunlaşan eğitim programının 2. aşaması da evdeki bakım ve davranışları içeren bir bütün olarak ele alınmalıdır. Ayrıca verilen bu bilginin kalıcı olması için yazılı materyallerle desteklenmesi oldukça önemlidir. Sağlık ekibi üyelerinin işbirliği ile planlanan ve ameliyattan sonra 4.- 5. günde başlanan taburculuk öncesi evde bakım eğitiminde öncelikler;

- Güvenli çevre - deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi,
- Hareket aktivitelerinde olmak üzere bireysel özellikler ve birey-aile gereksinimleri doğrultusunda (ameliyat sonrası bakımda GYA sürdürülmesine yönelik bilgilere ek olarak) aşağıda sıralanan GYA'leri başlıkları ile ele alınabilir (30, 39, 56, 60, 66, 103, 137, 166) :

♦ **Güvenli Çevre-Deri Bütünlüğünün Sağlanması ve Sürdürülmesi :**

- **Yara Bakımı:** Eğitimde öncelik verilmesi gereken konu ameliyat yarasının bakımındır. Ameliyattan 10 - 14 gün sonra ensizyon bölgesindeki dikişler alınır. Yara bakımı ve pansuman değişimi (yarayı temiz ve kuru tutmak) yapılarak yara enfeksiyonu belirtilerini (ağrı, drenaj, şişme, ateş vb.) izlemek için her gün ameliyat bölgesini kontrol etmesi gerektiği açıklanır. Verilen bilgiyi güçlendirmede demonstrasyon yöntemi kullanılabilir. (39,56).

- **Tehlikeli Belirti ve Bulgular:** Hastaya, derin ven trombozu, nörovasküler yaralanma, enfeksiyon (ateş, titreme, kızarıklık , yaradan akıntı vb.) ve protez dislokasyonu bulgu ve belirtilerini öğretmek, bunlara karşı duyarlılık geliştirmesi bilinçli olması ve zaman kaybetmeden hekime başvurması sağlanmalıdır (30,98,103,137).

- **İlaçlar:** Verilen ilaçların hangi yolla alınacağı, amacı, dozu, sıklığı, besin-ileceklerle ilişkisi / etkileşimi ve bildirilmesi gereken yan etkileri (analjezik, antikoagülan , antibiyotik vd.) anlatılır (30).

- **Evdeki güvenlik önlemleri :** Ameliyat sonrası dönemde uygulamalı olarak başlanan eğitim programında öncelik, kuşkusuz önce hasta ünitesi ve hastane içinde giderek ev ortamı ve çevresinde güvenliği sağlama ve güvenli yaşamayı öğretmektir. İster hastanede ister evde güvenli çevrenin sağlanması hasta bireyin yatağı ve yatak çevresi ile ilgili ortamı hazırlamakla başlar. Hasta hastaneden dönmeden önce evde güvenlik ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Islak ve kaygan zemin üzerine basmaktan kaçınılması, banyo içinde kauçuk paspas ve tırbazanlara gereksinimi olduğu ve merdiven çıkarken tırbazan kullanmanın gerekliliği anlaşılmalıdır. Sık kullanılan eşyalar kolayca ulaşılabilir yere konmalı, alçak topuklu ayakkabılar giyilmeli, zeminden elektrik kabloları, halı, paspas gibi düşmelere neden olabilecek objeler kaldırılmalıdır(11,30,39,98).

◆ Hareket:

Hasta, ameliyatı izleyen 3 ay boyunca hareket aktivitesinde dikkatli olmalı, protezin dislokasyonunu önlemek için aşırı fleksiyon, adduksiyon ve internal / eksternal rotasyondan kaçınması öğretilmelidir. Otururken, kalkarken ve yatarken bacak / ayak bileğini çaprazlamaması, alçak sandalyede oturmaması, yükseltilmiş tuvalet oturağı kullanması, ameliyatlı bacak üzerine yatmaması ve yan tarafına uzandığında / uyurken (8-12 hafta) bacaklarının arasına yastık yerleştirmesi gerektiğini bilmelidir. Atlama, zıplama, hızlı yürüme, ağır kaldırma ve aşırı eğilme gibi kalça eklemi üzerine aşırı yük veren hareketlerden kaçınılmalıdır. Bir saatten fazla aynı pozisyonda oturulmamalı, sert yüksek ve koluğu olan sandalyeler tercih edilmelidir. Hareket ederken kalça eklemine ağırlık vermede ve yürüme yardımcılarının kullanımda protezin cinsine göre hekim önerileri izlenmelidir (30,39,41,122,129).

Kalça kaslarının yeniden yapılanmasını ve fonksiyonel hareketini sağlayan günlük egzersiz programı evde de sürdürülmelidir. Hekim ve fizyoterapist tarafından önerilen egzersiz programının izlenmesinde resimli eğitim materyallerinin verilmesi önemlidir. Bir yürüme programı yapılarak yürüme mesafesi giderek arttırılabilir. Ameliyattan bir yıl sonra sabit bisiklet egzersizleri yardımcı olabilir (30,41,60).

◆ Çalışma ve Boş Vakitlerini Değerlendirme :

Çalışmaya başlamak için hekimin önerileri izlenmelidir. Yüzme, yürüme yararlı olabilir fakat kuvvetli ve yarışır gibi yüzmekten ilk 3 ay kaçınılmalıdır. Eğer fizik muayenede normale yakın kas gücü varsa ve radyolojik iyileşme yeterli ise ameliyat sonrası 6. ayda golf, tenis gibi hafif sporlara başlanabilir. Kalça ekleminin fleksiyonundan kaçınılarak ayakta hafif bahçe işleri ve yemek yapma, toz alma gibi basit ev işlerine başlanabilir. Hekim tarafından önerilinceye kadar veya 1. aydan sonra araba kullanılabilir (22,41,60).

◆ Kişisel Temizlik ve Giyinme :

Ayakkabı giyilirken uzun çekecek ve lastik ayakkabı bağı kullanılmalı, yardımsız / yardımcı araç kullanılmaksızın çorap giyilmemelidir. Yara iyileşir iyileşmez duş yapmaya, küvet içinde bir tabure varsa küvet banyosuna izin verilebilir. Erken iyileşme döneminde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde aile ve arkadaş desteğinden yararlanılmalıdır (11,30,39,41).

◆ Yeme ve İçme :

İyileşmeyi hızlandırmak ve konstipasyonu önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin bir diyet önerilir. Ameliyattan birkaç hafta sonra kilo almaktan kaçınılması öğütlenir (11,30,41,139).

◆ İletişim :

Tam iyileşme sağlanıncaya kadar hekim ve fizyoterapi için verilen randevular izlenmelidir. Hasta herhangi bir sorun olmadıkça ameliyat sonrası 2. , 6. haftalarda, 3., 6. ve 12. aylarda hekim tarafından kontrol edilir. Daha sonra yıllık periyodik kontroller önerilir. Gerektiğinde arayabileceği kişi ve telefonları verilir (30,41,60).

Ameliyat sonrası bakım kapsamında da yer alan diğer günlük yaşam aktivitelerine yönelik bilgiler tekrarlanmalı, hemşirelik süreci doğrultusunda gereksinimleri olup olmadığı tanılama yolu ile belirlenmeli ve uygun girişimleri planlaması sağlanarak gerekli açıklamalar yapılmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, TKP ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitiminin hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkilerini saptamak amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Mart 1998 – Nisan 1999 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastaneleri Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı servislerine planlı TKP ameliyatı olmak için başvuran hasta bireyler, örneklem grubunu ise bu hasta bireyler arasından kontrollü randomize yöntemi ile seçilen toplam 55 olgu oluşturdu. Örneklem kontrol ve deney olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Örneklem grubunun seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı :

- TKP ameliyatı için planlı olarak başvurmak,
- Daha önce kalça ameliyatı geçirmemiş olmak,
- Okur-yazar olmak,
- İletişime ve işbirliğine açık olmak,
- Psikiyatrik bir hikayesi bulunmamak,
- Görme ve işitme gibi duyuşal kayıpları olmamak,
- Çalışmaya istekli katılmak.

Araştırmanın başladığı tarihten itibaren hastaların birbirleriyle etkileşimlerini önlemek amacı ile öncelikle kontrol grubu oluşturuldu. Başlangıçta 25 hastadan oluşan kontrol grubundan; protez dislokasyonu (1 kişi), veri toplama süresi içinde ikinci kalça protezi ameliyatı (2 kişi) ve ameliyattan vazgeçme(1 kişi) gibi nedenlerle 4 hasta araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

Kontrol grubundaki hastaların taburcu olmasından sonra oluşturulan ve benzerlik düzeyleri eşleştirilmeye çalışılan deney grubundaki 30 hastadan; ameliyattan vazgeçme (3 kişi), operasyon sırasında yöntem değişikliği (2 kişi), sinir zedelenmesi (1 kişi), ameliyata hazırlık testleri sırasında kan hastalığının teşhis edilmesi (1kişi) ve hastaneden taburcu olduktan sonra iletişim kurulamaması (1kişi) gibi nedenlerle 8 hasta araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Her iki grupta da araştırma kapsamı dışında bırakılan hastalar yukarıda açıklanan nedenler ile araştırmadan ayrılincaya kadar, kendileri ile araştırma programı yürütüldü.

Sonuçta araştırma; kontrol grubunda 21 hasta, deney grubunda 22 hasta olmak üzere toplam 43 hasta ile tamamlandı.

Araştırmanın yürütüleceği kurumlara araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarının da ek olarak yer aldığı bir dilekçe ile müracaat edilerek yazılı izin alındı (Ek 1).

Araştırma kriterlerini karşılayan olgulara çalışmanın amacı, planı ve yararları açıklanarak kendilerinden bu çalışmaya katılmaları konusunda istekli olup olmadıkları öğrenilerek izinleri alındı ve uygulamaya başlandı.

Araştırmalarda, insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden bu yolla “ bilgilendirilmiş onam” koşulu bir etik ilke olarak yerine getirildi. Ayrıca “ **her şeyden önce, bireye zarar vermeme**” yi içeren ve “ **yarar sağlama**” ilkelerine özen gösterilerek araştırmaya katılan bireylerin hazırlıklı olmadıkları durumlarla karşılaşmaları önlendi. Yanısıra, bu çalışma sonuçlarının TKP’li hastaların bakımında çalışan hemşirelere rehber olacağı ve hastaların yeni durumlarına uyumlarının sağlanmasına ve yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik hedefler dikkate alındı (2,14).

Araştırmada göz önünde bulundurulmuş diğerk bir etik ilke, “ insan onuruna saygı” idi. Çalışmaya katılan bireyler, araştıracının sorumluluklarını ya da herhangi bir ceza veya önyargılı tedavi ve bakım riskini taşımaksızın, çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları; ayrıca, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu konusunda sözlü olarak bilgilendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere, araştıracının dışında, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceğı konusunda açıklama yapılarak “gizlilik” ilkesine bağılı güvenleri kazanıldı (2,14,15).

3. 3 VERİLERİN TOPLANMASI

3 .1 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; anket formu, fonksiyonel değerlendirme formu, kalça değerlendirme anketi, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğı ve postoperatif değerlendirme formu olmak üzere 5 ayrı form kullanılmıştır.

3.1.1 Anket Formu (Ek 2)

Total kalça protezli hastaların fiziksel uyumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiğı literatür rehberliğinde hazırlanan anket formu, olguların bireysel-sosyoekonomik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı bilgileri içermektedir (56,76,88).

Bireysel ve sosyoekonomik özelliklerine ilişkin değişkenler; cins, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleğı, evde kiminle yaşadığı, gelir ve sosyal güvence durumları olarak belirlenmiştir.

Hastalığa ilişkin değişkenler ise; tanı, ameliyat kararından önce fizik tedavi olma durumu, kalçadaki ağrı süresi, tıbbi tanısı konulmuş başka bir sistem hastalık / hastalıklarının varlığı,TKP ameliyatını seçim nedeni, ameliyattan sonraki iyileşme süresi beklentisi ve ameliyattan önce aldığı eğitim ve rehberlik ile ilgilidir.

3.3.1.2 Fonksiyonel Değerlendirme Formu (EK 3)

Hastaların hem preoperatif hem de postoperatif 3. ayındaki fonksiyonel değerlendirmeleri; Jergesen (68) tarafından geliştirilen R. Aydın ve ark.(12) tarafından geçerlik ve güvenilirliği saptanan İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Alt Ekstremité Değerlendirme Formu ile yapılmıştır.

İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Alt Ekstremité Değerlendirme Formu maksimum yürüme mesafesi, yürümede yardımcı araçların kullanımı, sandalyeden kalkma, merdiven çıkma, çalışma durumu, günlük aktiviteler, ulaşım ve alt ekstremité bakımı olmak üzere 8 ayrı bireysel fonksiyonu içermektedir. Her biri kendi içinde puanlanan fonksiyonların, maksimum total puanı 100 olup normal fonksiyonu ölçen bir araç olarak kullanılmıştır.

Araştırmada, fonksiyonel değerlendirme için bu formu seçme nedenlerimiz; geçerlik, güvenilirliğinin çalışılmış ve kurum bazında kullanılmış olmasının yanısıra araştırmacının aldığı eğitim ve kurumun onayı ile yetkisinin dahilinde değerlendirmeye fırsat vermesidir.

3.3.1.3 Kalça Değerlendirme Anketi (Hip Questionnaire)(Ek 4- 5)

İngiltere, Oxford Üniversitesi Nuffield Ortopedi Merkezi'nden J.Dawson, R.Fitzpatrick, A.Carr ve D.Murray tarafından geliştirilen anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışması aynı araştırmacılar tarafından yapılarak 1996'da yayımlanmıştır (42). Araştırmacıların bu anketi geliştirmelerindeki hareket noktaları;

- TKP ameliyatı sonuçlarını ölçmek için geliştirilen ölçeklerin çoğunun klinik ve radyolojik veriler doğrultusunda cerrahın yargısına bağlı olması ; dolayısı ile hastaların ve cerrahların farklı ilgi ve önceliklerinin sonucu etkilemesi,
- Hastanın kendi tedavisinin yararlarını ve sağlık durumunun değerlendirmesini yapabileceği bir öz bildirim aracına gereksinim duyulması,
- Bu gereksinimi karşılayacak mevcut anketlerin genel kullanım için amaçlanması nedeni ile TKP ameliyatı ile sağlıkta oluşabilecek spesifik değişiklikleri dikkate almaması şeklinde sıralanabilir.

Yapılan çalışmalar sonucu geliştirilen anket , hastaların kalça eklemlerine bağlı sıklıkla yaşadıkları sorunları bildiren “12” -on iki- ifadeden oluşmaktadır. Bunlar; ağrı, banyo yapmak, ulaşım, giyinme, alışveriş, yürüme süresi, merdiven çıkma, sandalyeden kalkma, topallama, kalça ağrısı şekli, gece ağrısı ve ağrının günlük aktivitelere etkisini içermektedir. Her ifade 1' den 5'e (yaşanan en az zorluktan en fazla zorluğa) kadar değişen likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. Anketteki ifadelere verilen puanlar toplanarak tek bir anket puanı hesaplanmaktadır. Toplam en düşük puan “12” , en yüksek puan ise “60”dır. Anketin değerlendirilmesinde düşük puanlar hastalıktan en az etkilenme, yüksek puanlar ise etkilenmenin fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmacıların; hastaların subjektif algılarını ölçen, hastalığa özgü, ve önemli değişikliklere duyarlı ve rutin kullanım için pratik (elverişli) bir araç geliştirme çabaları sonucunda ortaya çıkan anketin geçerli, güvenilir, klinik değişikliklere duyarlı olduğu gösterilmiş ve planlanacak araştırmalarda kullanılmak üzere önerilmiştir.

Kalça değerlendirme anketini (KDA) bireyler kendileri doldurabildiği gibi görüşme yöntemi ve posta aracılığı ile de verilerin elde edilmesine olanak vermektedir.

Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği araştırmacı tarafından yapılan KDA'ni seçme nedenlerimiz; TKP'li hastalarda yaygın olarak ortaya çıkan sorunları içermesi, hastanın kendi sağlık durumunu ve tedavisinin yararlarını yargılayabileceği bir öz bildirim aracı olmasıdır. Bunların yanı sıra anketin yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip olması, uygulamanın 5-10 dakika gibi kısa sürede tamamlanması ve değerlendirilme kolaylığı, bu anketi seçmemize neden olan diğer faktörlerdir.

3.3.1.4 SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey- SF- 36) (Ek 6)

Ware (160) tarafından 1987 yılında geliştirilen ve R. Pinar (114,115) tarafından diyabetli hastalarda geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanan ölçek (SF 36) klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. 36 ifade içeren ölçek, 3 majör sağlık alanı ve 9 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. SF 36'da yer alan 3 majör sağlık alanı ve 9 sağlık kavramı aşağıdaki gibidir:

1. Fonksiyonel Durum

- Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,
- Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,
- Fiziksel sağlık problemlerine bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin engellenmesi,
- Emosyonel sağlık problemlerine bağlı Günlük Yaşam Aktivitelerinin engellenmesi,

2. Esenlik

- Mental sağlık (emosyonel distress ve esenlik),
- Beden ağrıları,
- Canlılık (zindelik/yorgunluk),

3. Genel sağlık anlayışı

- Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,
- Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikler.

Ölçek içinde 9 sağlık kavramını gösteren ifadeler :

1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları (3a, 3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i, 3j)
2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları (9j, 6)
3. Fiziksel İşlev (rol) Başlıkları (4a ,4b, 4c, 4d)
4. Mental İşlev (rol) Başlıkları (5a, 5b ,5c)
5. Mental Sağlık Başlıkları (9b, 9c, 9d, 9f, 9h)
6. Enerji (zindelik) /Yorgunluk Başlıkları (9a, 9e, 9g, 9i)
7. Ağrı Başlıkları (7 ,8)
8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları (1 ,10a, 10b, 10c, 10d)
9. Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler (2)

SF 36 sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir.14 yaş ve daha büyüklerin, kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve telefon aracılığıyla dahi uygulayabileceği şekilde hazırlanmıştır. Ölçek iki aşamada değerlendirilip çözümlenmektedir (160).

1.aşama, bazı başlıkların yeniden kodlanmasını, 2. aşama ise yeniden kodlanan başlıkların kombine edilmesini, böylece 9 sağlık alanı için özet puanların belirlenmesini içerir. SF 36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseleceği şekilde puanlanmıştır (115,160)

Karşılaştırmaları kolaylaştırmak için, ölçekteki sağlık skalalarının puanları dönüştürülmüştür. Skala puanları en düşük puandan, en yüksek puana kadar 0 ile 100 arasında değişen değerler alır, böylece SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin de puanı 0 ile 100 arasında değişir (115,160).

SF 36 ölçeğini seçmemizin nedeni, sağlık kavramını gösteren ifadelerin her birinin Hemşirelik Bakımı aracı olarak kullanılan Yaşam Modeli ile benzer kavramların yer almasıdır. Ayrıca bu seçimin diğer bir nedeni de ölçeğin bir çok klinik araştırmada kullanılması ve bu çalışmalarda geçerlik, güvenirlik ve duyarlılığın gösterilmiş olmasıdır (42,95,100,115,160).

3.3.1.5 Postoperatif Değerlendirme Formu (Ek 7)

- **Postoperatif Değerlendirme Formu I** :Taburculuk öncesi postoperatif uyumu değerlendirmek için benzer araştırma verileri ve literatür eleştirilerine dayalı olarak hazırlanan bu formda ; postoperatif analjezik uygulama sıklığı, antikoagülan tedavi, protez tipi, mobilizasyon, solunum, aktif-pasif ayak ve bacak egzersizleri, fizik tedavi, komplikasyonlar ve evde bakım / eğitime ait 16 soru bulunmaktadır (5,24,35,38,56,69,74,75,88).

- **Postoperatif Değerlendirme Formu II** : (Araştırmacının postoperatif 3. ayda hastayla yaptığı görüşmede doldurulan form) Hastanın ameliyattan sonra 3. ayına kadar olan durumunu değerlendiren bu formda; taburcu olduktan sonra evdeki iyileşme dönemine ait 4 soru bulunmaktadır.

3.3.2 Kalça Değerlendirme Anketinin Geçerlik ve Güvenirliği

KDA' nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları konuya ilişkin kaynaklarda belirtilen esaslara ve bu konuda uzman kişilerin görüşlerine göre yapılmıştır (3,140,141).

Dil Geçerliği : KDA'nin dil eşdeğerliği uzman görüşüne başvurularak yapılmış; her madde uzmanların eleştirileri göz önüne alınarak incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra orijinal anket ile Türkçe'den İngilizce'ye çevrilen anketin karşılaştırılması sonucunda ifadelerde anlam değişikliği olmadığı belirlenmiş ve dil geçerliği onaylanmıştır. Bu aşamada görüşleri alınan uzmanlar Ek 8'de belirtilmiştir.

Türkçe KDA' nın güvenirliğini sınamak için anketi geliştiren araştırmacıların da önerdiği "Test – tekrar test " , " Cronbach's Alpha Çözümlemesi " ve " Madde Toplam Puan Korelasyon Tekniği (Corrected Item – Total Correlation)" yöntemlerinden yararlanılarak gerçekleştirilmiştir.

Test – Tekrar Test (Zamana göre değişmezlik) : Test – tekrar test değerlendirilmesine örneklem grubu için belirlenen özelliklere sahip, preoperatif dönemdeki 24 hasta alınmıştır. Zamana göre değişmezlik ölçütünde en önemli özellik iki ölçüm arasında bırakılacak süre olmasına rağmen hastaların TKP ameliyatından ortalama 2 gün önce hastaneye kabul edilmesi ve kalça sorunu olan hastaların durumlarında kısa süre içinde değişiklikler olabilmesi gibi nedenlerden dolayı öneriler de dikkate alınarak anketin 2. kez uygulanması 24 saat sonra yapılmıştır (42).

Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği kullanılarak, ilk ve son sonuçların karşılaştırılmasıyla anket maddelerinin anlamlarının (ifadelerinin) zamana karşı değişmezliği belirlenmiştir(Tablo 3.1).

Tablo –3.1 Kalça Değerlendirme Anketinin Test –Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları

Madde No	Test-Tekrar Test Korelasyon Katsayıları (r değeri)
KD1	0.86***
KD2	0.71***
KD3	0.46*
KD4	0.73***
KD5	0.65***
KD6	0.81***
KD7	0.79***
KD8	0.62***
KD9	0.74***
KD10	0.90***
KD11	0.54**
KD12	0.90***
Toplam	0.94***

Pearson Momentler Çarpımı Tekniği ile anketin test – tekrar test korelasyonunu incelediğimizde birinci ve ikinci uygulamalardan elde edilen korelasyon katsayısı 0.94'dür. Aynı teknik ile anketteki ifadelerin korelasyon katsayılarını (r değeri) tek tek incelediğimizde 0.46 – 0.90 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 3.1).

Literatür çalışmalarında anketin tekrar test korelasyonunun başka bir istatistik yöntemi(Bland-Altman'ın yöntemi) ile değerlendirilmesine karşın her iki yöntemin zamana karşı değişmezliği onaylanmıştır.

İç Tutarlılık : Hasta kabulünde ve postoperatif 3. ayda 43 hastaya uygulanan KDA' nin iç tutarlılık denetiminde madde toplam puan korelasyonları ve Cronbach's Alpha değerlendirmeleri kullanılmıştır. Literatürde madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0.30'un üzerinde, Cronbach's Alpha değerlerinin ise 0.50'den büyük olması ölçeklerin iç tutarlılığının onaylanması için beklenen sınırlar olarak belirtilmiştir (42,104,147).

Tablo –3.2 Kalça Değerlendirme Anketi'nin Madde – Toplam Puan Korelasyonları ile Cronbach's Alpha Değerleri

Madde No	İfade	Hasta Kabulü (n=43)				Postoperatif (3. Ay) (n=43)			
		Ortalama	SD	r	α	Ortalama	SD	r	α
1	Genel kalça ağrısı	4.41	0.95	0.43	0.76	1.72	0.90	0.68	0.89
2	Banyo sorunu	2.55	1.22	0.53	0.75	1.79	0.80	0.64	0.88
3	Ulaşım sorunu	3.44	1.00	0.48	0.76	1.95	0.72	0.49	0.89
4	Çorap giyme	3.72	1.14	0.29	0.78	2.34	1.02	0.64	0.88
5	Alış veriş yapma	4.04	0.97	0.34	0.77	2.97	1.28	0.76	0.87
6	Ciddi ağrıdan önce yürüme	2.18	1.09	0.43	0.76	1.51	0.76	0.68	0.88
7	Merdiven çıkma	3.32	0.80	0.58	0.75	1.65	1.02	0.53	0.89
8	Oturup kalkmada ağrı	3.23	1.08	0.29	0.78	1.44	0.62	0.61	0.88
9	Yürürken topallama	4.76	0.57	0.29	0.78	1.88	1.17	0.55	0.89
10	Ani,ciddi kalça ağrısı	3.46	1.42	0.49	0.76	1.37	0.69	0.53	0.89
11	Ağrıya bağlı aktivite sınırlaması	4.13	0.67	0.54	0.76	2.13	1.01	0.67	0.88
12	Gece yatakta ağrı	3.86	1.12	0.48	0.76	1.48	0.70	0.60	0.88
TOPLAM		43.16	6.74			22.27	7.50		

Hasta Kabulü Cronbach Alpha : 0.78 Postoperatif (3. Ay) Cronbach Alpha :0.89

Anketin, madde toplam puan korelasyonları ve Cronbach's Alpha sonuçları Tablo 3.2'de görülmektedir. KDA'nın Cronbach's Alpha değeri (n= 43) hasta kabulünde 0.78, postoperatif 3. ayda (n= 43) 0.89 olarak bulunmuştur.

Her bir maddenin varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi ve anketteki her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını saptamak için yaptığımız madde toplam puan güvenirliği çözümlemesinde KDA'nın korelasyon katsayılarının (r değeri) birinci görüşmede 0.29 ile 0.58, ikinci görüşmede 0.49 ile 0.76 arasında değiştiği saptanmıştır.

Hasta kabulünde yapılan incelemede 4. 8. ve 9. maddelerin toplam puan korelasyonları 0.30 ' dan düşük olmasına rağmen test – tekrar test ve Cronbach's

Alpha değerleri yüksek olduğu için değerlendirmeye alınmıştır. Tablo 3.2 incelendiğinde KDA' deki tüm maddelerin madde toplam puan güvenilirliğinin yeterli olduğu belirlenmiş ve KDA'nin TKP'li hastalara uygulanabilecek güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmüştür.

Dawson ve ark.nın(42) KDA'ni preoperatif 219, postoperatif 6. ayda 185 hastaya uyguladıkları çalışmalarında Cronbach's Alpha değerleri sırası ile 0.84 ve 0.89 bulunmuştur. Bu sonuçlar, araştırmadan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

3.3.3 Hasta Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

Araştırma ile ilgili çalışmalara başlamadan önce, eğitim materyalini oluşturmak için bir ön çalışma yapılmıştır. Araştırmacının klinik deneyimleri ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile görüşmeleri ve konu ile ilgili yerli / yabancı literatür incelemeleri sonucunda TKP'li hastaların eğitim gereksinimleri belirlenmiştir (28,30,31,39,55,90,103,129). Toplanan bu verilerin ışığı altında hastanın bilişsel, duyuşsal, işlevsel (devinimsel) ve uyum ile ilgili bilgilendirilmesini kapsayan bir "Hasta Öğretim Formatı" geliştirilmiştir. Bireysel hasta bakımı kapsamında; hasta ve ailesinin katılımı sağlanarak sağlık ekibinin (hekim, hemşire, fizyoterapist) işbirliği ile sürdürülen hastaya özel bireysel eğitim programının tüm aşamalarını sağlamak için geliştirilen öğretim formatının içeriği; ameliyat öncesi ve taburculuk öncesi evde bakım eğitimi olmak üzere iki başlık altında ele alınmış olup hasta kabulü, ameliyata hazırlık, ameliyat, ameliyat sonrası ve evde bakım dönemlerine ait bilgilendirmeyi kapsamıştır (Ek 9).

Belirtilen dönemler dikkate alınarak bireye özgü sözlü olarak verilen bilgiyi desteklemek amacı ile yerli ve yabancı literatürlerden yararlanılarak ve uzman görüşü alınarak 27 sayfadan oluşan bir hasta eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (Ek 10). Bu rehber kitapçığın içeriğinde ;

- Normal kalça eklemi,
- Etkilenen kalça ekleminin fizyopatolojisi,
- Yapay eklemin örnek protezi,
- Kabul öncesi uygulanacak egzersizlerin açıklamaları (derin solunum ve öksürük, ayak- bacak egzersizleri vb.),
- Hastaneye kabulde, ameliyat öncesi, ameliyatta ve ameliyat sonrasında neler deneyimleneceği,
- Ameliyatı izleyen bakım önlemleri ve uygulanacak egzersizler (yatak içindeki pozisyon, oturma, yürüme vb.),
- Taburculuğun planlanmasına ve evde bakıma (günlük yaşam aktivitelerini sürdürme, ev çevresinin düzenlenmesi) yönelik bilgilere yer verilmiştir.

3.4 VERİLERİN TOPLANMASINDA İZLENEN YOL

Çalışmanın yapıldığı servislerin yönetici ve yatak başı hemşirelerine de amaç ve yöntem konusunda bilgi verilerek işbirliği sağlanmış ve çalışma Mart 1998 tarihinde başlatılmıştır.

Araştırma kriterlerini karşılayan hastaların hastaneye kabulü, araştırmacının klinik ziyaretleri sırasında ve servis hemşireleri ile işbirliği kurularak tespit edilmiştir.

Araştırmacı başlangıçta örneklem grubunu oluşturan (deney ve kontrol grubundaki) hastalara kendini tanıtmış ve kısa bir süre bireyle genel olarak konuştuktan sonra çalışmanın amacı, süreci, kuralları ve onlardan ne beklenildiği hakkında açıklamalar yapılarak katılımları için izin alınmıştır.

Deney grubundaki hastalara ; hasta kabulünden itibaren bireysel hasta bakımı kapsamında preoperatif, postoperatif ve evde bakım dönemleriyle ilişkili bilişsel, duyuşsal, işlevsel (devinimsel) ve uyum bilgilerinden oluşan hastaya özgü bireysel bir eğitim ve sözel bilgilendirmeyi güçlendirmek için bir eğitim kitapçığı verildi. "Hasta

Öğretim Formatı" doğrultusunda gerçekleştirilen eğitim ameliyat öncesi 2, taburculuk öncesi 1 olmak üzere toplam 3 görüşmede uygulandı. Bu bireysel eğitim görüşmelerine hasta bakımına katılacak aile üyeleri / yakınları da dahil edilerek her biri yaklaşık 30 ' - 45' süren eğitim programı düzenlendi. Eğitim yöntemi olarak düz anlatım, soru cevap, demonstrasyon ve uygulamadan oluşan karma öğretim yönteminden yararlanıldı. Ayrıca deney grubundaki tüm hastalar ameliyattan sonra iki kez ziyaret edilerek izlendi ve günlük plan dahilinde verilen hasta eğitimi ile bilgiler pekiştirildi.

Taburculuk öncesi; evdeki yaşamın bağımsızca ve güvenli bir biçimde sürdürülmesine yönelik eğitimde araştırmacının telefonları ve adresi gerektiğinde danışmanlık alınabilmesi amacı ile hastalara verildi.

Kontrol grubundaki hastalar ise serviste sunulan rutin bakımı ve bilgiyi aldı.

Hasta kabulünde ; anket formu, fonksiyonel değerlendirme formu, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve kalça değerlendirme anketi (KDA),

Taburculuk öncesi ; postoperatif değerlendirme formu I,

Ameliyattan 3 ay sonra ; fonksiyonel değerlendirme formu, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve kalça değerlendirme anketi (KDA), postoperatif değerlendirme formu II deney ve kontrol grubundaki hastalara karşılıklı görüşme yoluyla uygulandı (Tablo 3.3).

Hastalardan elde edilen bu bilgiler hasta kayıtları da incelenerek eksiklikler giderildi.

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve kalça değerlendirme anketi' nin hastalar tarafından doldurulması ya da bunu yapamayacak durumda olan hastalara gerekli açıklamalar yapılarak araştırmacının yardımıyla veri elde edilmesi yoluna gidildi.

Hasta kabulü ve taburculuk öncesi veri toplama işlemi hasta odasında sessiz ve sakin bir ortamda, 3. aydaki ise ya hastanın poliklinik kontrolü randevusunda ya da gelemeyen hastanın ev ziyaretinde gerçekleştirildi.

Tablo –3.3 Araştırma Planı

Veri Toplama Zamanı	Veri Toplama Araçları
- Hasta kabulü	. Anket formu . Fonksiyonel değerlendirme formu . Kalça değerlendirme anketi (KDA) . SF 36 yaşam kalitesi ölçeği
- Taburculuk öncesi	. Postoperatif değerlendirme formu I
- Ameliyattan 3 ay sonra	. Fonksiyonel değerlendirme formu . Kalça değerlendirme anketi (KDA) . SF 36 yaşam kalitesi ölçeği . Postoperatif değerlendirme formu II

3. 5 VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

KDA' nin güvenirlik incelemesi; test-tekrar test güvenirlik (zamana karşı değişmezlik / stabilite/ test-retest reliability) araştırması “ Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği” ile, iç tutarlılık (internal consistency) ise “ Cronbach's Alpha Çözümlemesi “ ve “Madde Toplam Puan Korelasyon Tekniği'nden (Corrected Item-Total Correlation)” yararlanılarak gerçekleştirilmiştir.

İstatistik analizlerinde; gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri, sayısal değişkenlerin aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış, iki grup ortalaması arasındaki farkları belirlemede Student's t , Paired t ve Mann Whitney – U testi; gruplar arası farkın karşılaştırılmasında Ki kare ve Fisher kesin ki kare testi; gruplar arası ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin saptanmasında Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği kullanılmıştır.

3.6 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASINDA VE VERİ TOPLANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR

Olumlu Durumlar :

- TKP ameliyatı olacak hastaların çalışmaya istekli ve ilgili katılımları,
- Yalnız deney grubundaki hastaların değil aynı zamanda kontrol grubundaki hastaların da danışmanlık almak üzere halen araştırmacıyla iletişim kurmaları,
- Araştırma kapsamındaki hastaların kendileriyle aynı durumda olan hastaları araştırma konusundan haberdar etmeleri,
- Hastalarda genel olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine olumlu bir bakış açısı geliştirilmesi,
- Araştırmanın yürütüldüğü birimlerde sağlık ekibi üyeleri ile olumlu yaklaşımla işbirliğinin sağlanması,
- Hastalar tarafından yazılı olarak verilen rehber kitapçığın gerçek bir gereksinimi karşıladığının ifade edilmesi ve bir başucu kitabı yapılması,
- Hastaların hemşirelik disiplinine bakış açılarının değişimi.

Olumsuz Durumlar:

- Araştırmacının klinik alanda sürekli bulunamaması nedeniyle yaşanan güçlükler (hasta kabulünden haberdar olmama, ulaşım, kayıtlar, taburculuğu takip vb.)
- Bazı hastaların 3. aydaki görüşme için duyarsız olmaları ve iletişim kurmamaları,
- Veri toplama araçlarının fazla olması nedeniyle veri toplamanın uzun sürmesi,
- Poliklinik randevularından haberdar olunamamasından dolayı son görüşme için hastaları evlerinde ziyaret etme zorunluluğu,
- Hemşirelik rollerinin diğer sağlık ekibi üyeleri tarafından tam olarak anlaşılamaması nedeniyle araştırmanın yürütülmesine zaman zaman müdahalelerin olması ,
- Araştırma materyallerinin elde edilmesinde ekonomik ve pratik zorlukların yaşanması şeklinde gruplamak olasıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışma, TKP ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitiminin hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkilerini saptamak amacı ile deneysel olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Çalışmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizleri tablolar halinde sunuldu.

Bulgular 5 bölümde ele alındı.

- Birinci bölümde ; olguların bireysel, sosyoekonomik ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgulara,
- İkincide; olguların fonksiyonel değerlendirme bulgularına,
- Üçüncüde; olguların yaşam kalitelerine ilişkin bulgulara,
- Dördüncüde; olguların fonksiyonel değerlendirme ve yaşam kalitesi ortalama puanlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgulara,
- Beşinci bölümde; olguların postoperatif I. ve II. değerlendirme bulgularına yer verildi.

4. 1 Olguların Bireysel, Sosyoekonomik ve Hastalık Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan olguların bireysel ve sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1' de görülmektedir.

Olguların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubu olguların % 45.4 (n= 10) 61-70 yaş; kontrol grubu olguların % 47.6 (n= 10) 51- 60 yaşlarında yoğunlaştığı; yaş ortalamalarının deney grubunda 57.50 ± 14.91 , kontrol grubunda 56.33 ± 10.88 olduğu belirlendi ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($t=0.29$, $p > 0.05$).

Tablo 4.1: Olguların Bireysel ve Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı

		DENEY GRUBU (n = 22)		KONTROL GRUBU (n = 21)		TOPLAM (N = 43)		x ² p
		n	%	n	%	N	%	
Yaş Grupları	21-30	2	9.1	1	4.8	3	6.9	5.74
	31 - 40	2	9.1	1	4.8	3	6.9	
	41 - 50	2	9.1	2	9.5	4	9.3	
	51 - 60	4	18.2	10	47.6	14	32.6	0.33
	61 - 70	10	45.4	7	33.3	17	39.6	
	70 ve üstü	2	9.1	-	-	2	4.7	
	$\bar{x} \pm sd$	57.50 $\pm$ 14.91		56.33 $\pm$ 10.88		56.93 $\pm$ 12.95		t=0.29 p=0.77
Cinsiyet	Kadın	16	72.7	17	81.0	33	76.7	Fisher
	Erkek	6	27.3	4	19.0	10	23.3	0.39
Medeni Durum	Evli	14	63.7	14	66.7	28	65.1	2.41
	Bekar	5	22.6	2	9.5	7	16.3	
	Dul	3	13.7	4	19.0	7	16.3	0.49
	Boşanmış	-	-	1	4.8	1	2.3	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	2	9.1	8	38.1	10	23.3	5.23
	İlkokul	8	36.4	6	28.6	14	32.6	
	Ortaokul	3	13.7	2	9.5	5	11.6	
	Lise	5	22.6	3	14.3	8	18.6	0.26
	Yükseköğrenim	4	18.2	2	9.5	6	13.9	
Mesleği	Ev hanımı	10	45.4	15	71.4	25	58.2	5.27
	Emekli	8	36.4	6	28.6	14	32.6	
	Memur	3	13.7	-	-	3	6.9	0.15
	Serbest	1	4.5	-	-	1	2.3	
Gelir Durumu İfadesi	Ancak geçinebiliyor	5	22.6	8	38.1	13	30.2	3.67
	Orta derecede	15	68.3	10	47.6	25	58.2	
	İyi	2	9.1	3	14.3	5	11.6	0.30
Sağlık Güvencesi	Emekli sandığı	17	77.3	12	57.1	29	67.4	2.24
	SSK	4	18.2	6	28.6	10	23.3	
	Bağkur	1	4.5	3	14.3	4	9.3	0.33
Yaşamını Paylaştığı Kişi	Yalnız yaşıyor	1	4.5	3	14.3	4	9.3	2.47
	Eşiyle birlikte yaşıyor	10	45.4	8	38.1	18	41.9	
	Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	4	18.2	6	28.6	10	23.3	
	Çocuklarıyla birlikte yaşıyor	3	13.7	2	9.5	5	11.6	0.65
	Ailesi ile birlikte yaşıyor	4	18.2	2	9.5	6	13.9	
Sistem Hastalığı	Var	12	54.6	17	81.0	29	67.4	3.41
	Yok	10	45.4	4	19.0	14	32.6	0.06

Olguların **cinsiyetlerine** göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda % 72.7 (n= 16) ve kontrol grubunda % 81 (n= 17) oranla, olguların büyük bir çoğunluğunun kadın olduğu, her iki grubun cinsiyet açısından birbirine yakın dağılım gösterdiği ve istatistiksel olarak da aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (Fisher, $p>0.05$).

Olguların **medeni durumlarına** bakıldığında deney grubu olguların % 63.7' si (n= 14), kontrol grubu olguların ise % 66.7' sinin (n=14) evli olduğu ve istatistiksel açıdan medeni durumun gruplar arasında farklılık göstermediği saptandı ($\chi^2 = 2.41$, $p > 0.05$).

Tablo 4.1' de görüldüğü gibi; deney grubu olguların % 36.4' ünün (n= 8) ilkokul mezunu, kontrol grubundaki olguların ise % 38.1' inin (n= 8) okur-yazar olduğu belirlendi ve aralarında **eğitim durumu** açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2 = 5.23$, $p > 0.05$).

Olguların **meslekleri** incelendiğinde hem deney (% 45.4, n= 10) hem de kontrol grubunda (% 71.4, n= 15) ev kadınlarının fazla olduğu, bu durumun istatistiksel olarak da anlamlı farklılık sergilemediği görüldü ($\chi^2 = 5.27$, $p > 0.05$).

Olguların **gelir durumlarına** ilişkin ifadelerine bakıldığında deney grubundaki olguların % 68.2' sinin, (n= 15) kontrol grubundaki olguların ise % 47.6' sının (n= 10) gelir durumunu "orta derecede" olarak ifade ettikleri ve aralarında istatistiksel olarak da anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı ($\chi^2 = 3.67$, $p > 0.05$).

Olguların **sağlık güvencesi** durumu incelendiğinde; deney grubu olguların % 77.3' ünün (n= 17) Emekli Sandığı, % 18.2' sinin (n= 4) Sosyal Sigortalar Kurumu ve % 4.5' inin (n= 1) Bağ-Kur' lu olduğu saptandı. Kontrol grubu olguların % 57.1' inin (n= 12) Emekli Sandığı, % 28.6'sının (n= 6) Sosyal Sigortalar Kurumu, % 14.3' ünün (n= 3) Bağ-Kur' lu olduğu belirlendi. Her iki grupta da sağlık güvencesinin çoğunlukla Emekli Sandığı olduğu görüldü ve bu durum istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aralarında anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2 = 2.24$, $p> 0.05$).

Olguların **birlikte yaşadığı kişiler** incelendiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2= 2.47$, $p>0.05$). Deney grubundaki olguların % 45.4 (n= 10), kontrol grubundakilerin ise % 38.1 (n= 8) oranları ile büyük çoğunluğunun eşleri ile birlikte yaşadığı saptandı.

Tablo 4.1' de görüldüğü gibi deney grubu olgularının % 54.6' sında (n= 12), kontrol grubunun % 81' inde (n=17) bir **sistem hastalığının** varlığı saptandı, her iki grupta da bu hastalıklar içinde hipertansiyon ve romatoid artrit ilk sıralarda yer aldığı belirlendi. Sistem hastalıkları açısından istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($\chi^2 =3.41$, $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki deney ve kontrol grubu olguların **hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı** Tablo 4.2' de görülmektedir.

Olguların TKP nedeni **ameliyat tanıları** incelendiğinde deney grubundaki olguların %68.2 (n= 15), kontrol grubu olguların % 80.9 (n=17) oranlarında büyük çoğunlukla primer koksartroz olduğu ve ameliyat tanıları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($\chi^2 =2.25$, $p > 0.05$).

Olguların **ameliyat öncesi fizik tedavi alma** durumları incelendiğinde deney grubu olguların % 36.4 (n=8), kontrol grubu olguların ise % 42.9 (n=9) oranları ile birbirine yakın dağılım sergilediği görüldü ve istatistiksel değerlendirmede de aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($\chi^2 =0.19$, $p > 0.05$).

Olguların TKP uygulanacak **kalça eklemindeki ağrıyı deneyimleme süresi** incelendiğinde; deney grubundaki olguların % 50' sinin (n= 11) 1-3 yıl, kontrol grubundaki olguların ise %38.2' sinin (n= 8) 5 yıl ve üzeri sürelerde ağrı deneyimledikleri belirlendi ve istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2 =7.89$, $p > 0.05$).

Tablo 4.2 incelendiğinde her iki grubun da çoğunlukla "ağrıya daha fazla dayanamama" (N= 37) ve "daha fazla yürümek isteme" (N= 29) gibi neden / nedenlerle **TKP ameliyatına karar verdiği** görülmektedir.

Tablo 4.2: Olguların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

		DENEY GRUBU (n = 22)		KONTROL GRUBU (n = 21)		TOPLAM (N = 43)		x ² p
		n	%	n	%	N	%	
Ameliyat Tanısı	Primer koksartroz	15	68.2	17	80.9	32	74.4	2.25
	Doğumsal kalça çıkığı	4	18.2	3	14.3	7	16.3	
	Romatoid artrit	2	9.1	1	4.8	3	7.0	0.32
	Aseptik femur başı nekrozu	1	4.5	-	-	1	2.3	
Fizik Tedavi Alınma Durumu	Aldı	8	36.4	9	42.9	17	39.5	0.19
	Almadı	14	63.6	12	57.1	26	60.5	0.66
Kalça Eklemindeki Ağrı Süresi	6 aydan daha az	2	9.1	-	-	2	4.7	7.89
	6 ay-1yıl	2	9.1	5	23.8	7	16.3	
	1-3 yıl	11	50.0	4	19.0	15	34.9	0.09
	3-5 yıl	2	9.1	4	19.0	6	13.9	
	5 yıldan fazla	5	22.7	8	38.2	13	30.2	
* TKP Ameliyatına Karar Verme Neden / Nedenleri	Ağrıya daha fazla dayanamama	21	-	16	-	37	-	
	TKP ameliyatını olanlar gibi iyi olacağına inanma	1	-	3	-	4	-	
	Diğer tedavilere göre en iyi çözümün ameliyat olacağını düşünme	2	-	2	-	4	-	
	Hekimin bu ameliyatı önermesi	6	-	10	-	16	-	
	Daha fazla yürümek isteme	17	-	12	-	29	-	
	Yardımcı araç olmaksızın yürümek isteme	9	-	8	-	17	-	
Ameliyattan Sonra İyileşme Süresi Beklentisi	Bilmiyor	2	9.1	5	23.8	7	16.3	6.37
	1 ay	1	4.5	1	4.8	2	4.7	
	2 ay	4	18.2	7	33.3	11	25.6	0.49
	3 ay	8	36.4	6	28.6	14	32.6	
	5 ay	1	4.5	-	-	1	2.3	
	6 ay	2	9.1	-	-	2	4.6	
	12 ay	3	13.6	1	4.8	4	9.3	
	18 ay	1	4.5	1	4.8	2	4.6	

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Olguların **ameliyattan sonra iyileşme süresi** beklentileri incelendiğinde deney grubunun % 59.1 (n= 13), kontrol grubunun % 66.7 (n= 14) oranları ile ilk 3 ayda iyileşmeyi bekledikleri belirlendi ve istatistiksel değerlendirmede de aralarında anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2 = 6.37$, $p > 0.05$).

Tablo 4.3: Olguların TKP Ameliyatı İle İlgili Eğitim / Rehberlik Alma Durumu

		DENEY GRUBU (n = 22)		KONTROL GRUBU (n = 21)		TOPLAM (N = 43)		χ^2 p
		n	%	n	%	N	%	
TKP Ameliyatı ile İlgili Eğitim / Reh. Alma Durumu	Evet	3	13.6	2	9.5	5	11.6	Fisher 0.52
	Hayır	19	86.4	19	90.5	38	88.4	
	TOPLAM	22	100.0	21	100.0	43	100.0	

Tablo 4.3 incelendiğinde deney grubundaki olguların % 86.4'ünün (n= 19) , kontrol grubundaki olguların ise % 90.5' inin (n=19) **ameliyattan önce TKP ameliyatı ile ilgili eğitim / rehberlik almadığı**; eğitim / rehberlik alan 5 olguya ise bu bilgilerin çoğunlukla daha önce TKP ameliyatı geçiren bireyler (n= 2) ya da hekim (n= 3) tarafından sağlandığı ve aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (Fisher, $p > 0.05$).

4. 2 Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Bulguları

Örnekleimde yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra **fonksiyonel değerlendirmelerine** ilişkin bulguları Tablo 4.4 ve 4.5' de görülmektedir.

Tablo 4.4 incelendiğinde hasta kabulünde yapılan fonksiyonel değerlendirmede;

- Maksimum yürüme mesafesi ($\chi^2 = 1.25$, $p>0.05$),
- Yürüme yardımcılarının kullanımı ($\chi^2 = 7.93$, $p>0.05$),
- Sandalyeden kalkma ($\chi^2 = 1.31$, $p>0.05$),
- Merdiven çıkma ($\chi^2 = 1.36$, $p>0.05$),
- Çalışma statüsü (durumu) (Fisher, $p>0.05$),
- Günlük işler ($\chi^2 = 0.007$, $p>0.05$),
- Ulaşım ($\chi^2 = 2.87$, $p>0.05$),

- Alt ekstremitte bakımı ($\chi^2 = 1.91$, $p > 0.05$) gibi bireysel fonksiyonları gerçekleştirmede deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı.

Hasta kabulünde fonksiyonel değerlendirilmenin toplam puan ortalamasının deney grubunda 59.14 ± 12.73 , kontrol grubunda 56.33 ± 15.51 puanları ile birbirine yakın dağılım sergiledikleri belirlendi. Her iki grup, fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalaması açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($t = 0.64$, $p > 0.05$) (Tablo 4.5).

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan fonksiyonel değerlendirmede ise;

- Yürüme yardımcılarının kullanımı ($\chi^2 = 8.30$, $p > 0.05$),
- Sandalyeden kalkma (Fisher, $p > 0.05$),
- Çalışma statüsü (durumu) (Fisher, $p > 0.05$),
- Günlük işler ($\chi^2 = 2.26$, $p > 0.05$),
- Alt ekstremitte bakımı ($\chi^2 = 4.71$, $p > 0.05$) gibi bireysel fonksiyonları yerine getirmede deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenirken,
- Maksimum yürüme mesafesi ($\chi^2 = 15.09$, $p < 0.001$),
- Merdiven çıkma ($\chi^2 = 10.18$, $p < 0.01$),
- Ulaşım ($\chi^2 = 11.30$, $p < 0.001$) fonksiyonlarının gerçekleştirilmesinde deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık olduğu saptanmış olup deney grubu olguların kontrol grubu olgulara göre ameliyattan 3 ay sonra bu fonksiyonları gerçekleştirmede daha başarılı oldukları görüldü (Tablo 4.4).

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan fonksiyonel değerlendirilmenin toplam puan ortalaması deney grubunda 79.09 ± 8.01 , kontrol grubunda 64.71 ± 13.46 olup aralarındaki bu farklılık istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı bulundu ($t = 4.27$, $p < 0.001$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 : Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	t p
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde Fonksiyonel Değerlendirme	59.14±12.73	56.33±15.51	0.64 0.52
Ameliyattan 3 Ay Sonra Fonksiyonel Değerlendirme	79.09±8.01	64.71±13.46	4.27 0.000
t	8.64	1.76	
p	0.0001	0.12	

Deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra yapılan fonksiyonel değerlendirme toplam puan ortalamaları kendi grupları içinde ayrı ayrı karşılaştırıldığında deney grubu olguların ($t = 8.64$, $p < 0.001$) fonksiyonel olarak çok ileri derecede anlamlı bir ilerleme kaydettiği belirlenirken kontrol grubu olgularda ($t = 1.76$, $p > 0.05$) böylesi bir ilerlemenin olmadığı saptandı.

4 . 3 Olguların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgular

Örnekleme yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra **kalça değerlendirme** anketi (KDA) ile elde edilen hastalığa ilişkin yaşam kalitesi bulguları Tablo 4.6 ve 4.7’de görülmektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde hasta kabulünde kalça değerlendirme anketiyle elde edilen verilerde;

- Kalça ağrısı ($\chi^2 = 1.10$, $p > 0.05$) ,
- Banyo yapma ($\chi^2 = 5.73$, $p > 0.05$),
- Ulaşım ($\chi^2 = 0.65$, $p > 0.05$),
- Çorap giyme ($\chi^2 = 0.32$, $p > 0.05$),
- Alışveriş yapma ($\chi^2 = 7.03$, $p > 0.05$),
- Yürüme süresi ($\chi^2 = 2.74$, $p > 0.05$),
- Merdiven çıkma ($\chi^2 = 6.37$, $p > 0.05$),
- Yürürken topallama ($\chi^2 = 3.97$, $p > 0.05$),

- Ani / ciddi kalça ağrısı ($\chi^2 = 7.40$, $p>0.05$),
- Genel olarak işlerin etkilenmesi ($\chi^2 = 4.17$, $p>0.05$),
- Gece yatakta ağrı ($\chi^2 = 3.84$, $p>0.05$) gibi kalça eklemine bağlı olarak sıklıkla yaşanan sorunları bildiren ifadelerde deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.6).

Hasta kabulünde KDA'nin toplam puan ortalamasının deney grubunda 42.59 ± 5.14 , kontrol grubunda ise 43.76 ± 8.19 puanları ile birbirine yakın dağılım sergiledikleri belirlendi. Her iki grup, KDA'nin toplam puan ortalaması açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($t = 0.56$, $p > 0.05$) (Tablo 4.7).

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ise;

- Kalça ağrısı ($\chi^2 = 5.77$, $p>0.05$),
- Merdiven çıkma ($\chi^2 = 8.28$, $p>0.05$),
- Ani / ciddi kalça ağrısı ($\chi^2 = 3.57$, $p>0.05$),
- Genel olarak işlerin etkilenmesi ($\chi^2 = 8.93$, $p>0.05$),
- Gece yatakta ağrı ($\chi^2 = 4.26$, $p>0.05$) gibi başlıklarda deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenirken;
- Banyo yapma ($\chi^2 = 10.51$, $p < 0.01$),
- Ulaşım ($\chi^2 = 12.48$, $p \leq 0.001$),
- Çorap giyme ($\chi^2 = 17.77$, $p \leq 0.001$),
- Alışveriş yapma ($\chi^2 = 16.90$, $p \leq 0.001$),
- Yürüme süresi ($\chi^2 = 10.26$, $p \leq 0.01$),
- Sandalyeden kalkarken ağrı ($\chi^2 = 7.90$, $p \leq 0.01$),
- Yürürken topallamayı ($\chi^2 = 9.79$, $p < 0.05$) ifade eden başlıklarda deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, deney grubu olguların günlük yaşam aktivitelerinin kontrol grubu olgulara göre ameliyattan 3 ay sonra hastalıktan daha az etkilendiği görüldü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 : Olguların Kalça Değerlendirme Bulgularının Dağılımı

	Hastaneye Kabulde										Ameliyattan 3 Ay Sonra																															
	Deney Grubu (n=22)					Kontrol Grubu (n=21)					TOPLAM (N=43)					x ² p	Deney Grubu (n=22)					Kontrol Grubu (n=21)					TOPLAM (N=43)					x ² p										
	n		%		TOPLAM (N=43)	n		%		TOPLAM (N=43)	n		%		TOPLAM (N=43)		n		%		TOPLAM (N=43)	n		%		TOPLAM (N=43)	n		%		TOPLAM (N=43)											
1. Kalça ağrısı	-	-	-	-	1	4.8	4.8	2.3	1	2.3	1.10	15	68.3	8	38.0	23	53.4	5.77	5	22.7	6	28.6	11	25.6	0.12	1	4.5	6	28.6	7	16.3	0.01	1	4.5	2	4.7	0.01	1	4.5	2	4.7	0.01
	1	4.5	4.5	2	4.7	2	4.8	4.8	2	4.7	0.89	1	4.5	1	4.8	2	4.7	0.89	1	4.5	1	4.8	2	4.7	0.12	1	4.5	1	4.8	2	4.7	0.01	1	4.5	2	4.7	0.01					
	1	4.5	4.5	2	4.7	1	4.8	4.8	2	4.7	0.89	1	4.5	1	4.8	2	4.7	0.89	1	4.5	1	4.8	2	4.7	0.12	1	4.5	1	4.8	2	4.7	0.01	1	4.5	2	4.7	0.01					
	6	27.2	27.2	11	25.6	11	23.8	23.8	11	25.6	0.89	1	4.5	1	23.8	11	25.6	0.89	1	4.5	1	23.8	11	25.6	0.12	1	4.5	1	23.8	11	25.6	0.01	1	4.5	1	25.6	0.01					
	14	63.8	63.8	27	62.7	27	61.8	61.8	27	62.7	1.10	-	-	-	-	-	-	-	1.10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
2. Banyo yapma	6	27.2	27.2	12	27.9	12	28.6	28.6	12	27.9	5.73	12	54.6	6	28.6	18	41.9	10.51	10	45.4	7	33.3	17	39.5	0.01	10	45.4	7	33.3	17	39.5	0.01	10	45.4	7	33.3	0.01	10	45.4	7	33.3	0.01
	4	18.2	18.2	9	20.9	9	23.8	23.8	9	20.9	5.73	9	40.9	5	23.8	14	32.6	5.73	9	40.9	5	23.8	14	32.6	0.12	9	40.9	5	23.8	14	32.6	0.01	9	40.9	5	23.8	0.01					
	7	31.9	31.9	8	18.6	8	4.8	4.8	8	18.6	0.12	8	36.4	1	4.8	9	20.9	0.12	8	36.4	1	4.8	9	20.9	0.12	8	36.4	1	4.8	9	20.9	0.01	8	36.4	1	4.8	0.01					
	5	22.7	22.7	14	32.6	14	42.8	42.8	14	32.6	0.12	14	61.8	9	42.8	23	53.4	0.12	14	61.8	9	42.8	23	53.4	0.01	14	61.8	9	42.8	23	53.4	0.01	14	61.8	9	42.8	0.01					
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
3. Ulaşım	1	4.5	4.5	3	7.0	3	9.5	9.5	3	7.0	0.65	3	14.3	2	9.5	5	11.6	12.48	3	14.3	2	9.5	5	11.6	0.001	3	14.3	2	9.5	5	11.6	0.001	3	14.3	2	9.5	0.001	3	14.3	2	9.5	0.001
	3	13.7	13.7	5	11.6	5	9.5	9.5	5	11.6	0.65	5	22.7	2	9.5	7	16.3	0.65	5	22.7	2	9.5	7	16.3	0.001	5	22.7	2	9.5	7	16.3	0.001	5	22.7	2	9.5	0.001					
	4	18.2	18.2	7	16.3	7	14.3	14.3	7	16.3	0.95	7	31.9	3	14.3	10	23.3	0.95	7	31.9	3	14.3	10	23.3	0.001	7	31.9	3	14.3	10	23.3	0.001	7	31.9	3	14.3	0.001					
	13	59.1	59.1	26	60.4	26	61.9	61.9	26	60.4	0.95	26	61.9	13	61.9	39	90.5	0.95	26	61.9	13	61.9	39	90.5	0.001	26	61.9	13	61.9	39	90.5	0.001	26	61.9	13	61.9	0.001					
	1	4.5	4.5	2	4.7	2	4.8	4.8	2	4.7	0.65	2	9.1	1	4.8	3	7.0	0.65	2	9.1	1	4.8	3	7.0	0.001	2	9.1	1	4.8	3	7.0	0.001	2	9.1	1	4.8	0.001					
4. Çorap giyme	1	4.5	4.5	2	4.7	2	4.8	4.8	2	4.7	0.32	2	9.1	1	4.8	3	7.0	17.77	2	9.1	1	4.8	3	7.0	0.001	2	9.1	1	4.8	3	7.0	0.001	2	9.1	1	4.8	0.001					
	3	13.7	13.7	6	14.0	6	14.3	14.3	6	14.0	0.32	6	27.3	3	14.3	9	20.9	0.32	6	27.3	3	14.3	9	20.9	0.001	6	27.3	3	14.3	9	20.9	0.001	6	27.3	3	14.3	0.001					
	3	13.7	13.7	5	11.6	5	9.5	9.5	5	11.6	0.98	5	22.7	2	9.5	7	16.3	0.98	5	22.7	2	9.5	7	16.3	0.001	5	22.7	2	9.5	7	16.3	0.001	5	22.7	2	9.5	0.001					
	10	45.4	45.4	19	44.1	19	42.8	42.8	19	44.1	0.98	19	42.8	9	42.8	28	65.1	0.98	19	42.8	9	42.8	28	65.1	0.001	19	42.8	9	42.8	28	65.1	0.001	19	42.8	9	42.8	0.001					
	5	22.7	22.7	11	25.6	11	28.6	28.6	11	25.6	0.32	11	25.6	6	28.6	17	39.5	0.32	11	25.6	6	28.6	17	39.5	0.001	11	25.6	6	28.6	17	39.5	0.001	11	25.6	6	28.6	0.001					
5. Alışveriş yapma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.03	2	9.1	3	14.3	5	11.6	16.94	2	9.1	3	14.3	5	11.6	0.001	2	9.1	3	14.3	5	11.6	0.001	2	9.1	3	14.3	0.001					
	2	9.1	9.1	4	9.3	4	9.5	9.5	4	9.3	7.03	4	18.2	2	9.5	6	14.0	7.03	4	18.2	2	9.5	6	14.0	0.001	4	18.2	2	9.5	6	14.0	0.001	4	18.2	2	9.5	0.001					
	6	27.2	27.2	7	16.3	7	4.8	4.8	7	16.3	0.07	7	16.3	1	4.8	8	18.6	0.07	7	16.3	1	4.8	8	18.6	0.001	7	16.3	1	4.8	8	18.6	0.001	7	16.3	1	4.8	0.001					
	9	41.0	41.0	15	34.9	15	28.6	28.6	15	34.9	0.07	15	34.9	6	28.6	21	48.8	0.07	15	34.9	6	28.6	21	48.8	0.001	15	34.9	6	28.6	21	48.8	0.001	15	34.9	6	28.6	0.001					
	5	22.7	22.7	17	39.5	17	57.1	57.1	17	39.5	7.03	17	39.5	12	57.1	29	67.4	7.03	17	39.5	12	57.1	29	67.4	0.001	17	39.5	12	57.1	29	67.4	0.001	17	39.5	12	57.1	0.001					
6. Yürüme süresi	6	27.2	27.2	14	32.6	14	38.0	38.0	14	32.6	2.74	14	32.6	8	38.0	22	51.2	10.26	14	32.6	8	38.0	22	51.2	0.01	14	32.6	8	38.0	22	51.2	0.01	14	32.6	8	38.0	0.01					
	8	36.5	36.5	14	32.6	14	28.6	28.6	14	32.6	2.74	14	32.6	6	28.6	20	46.5	2.74	14	32.6	6	28.6	20	46.5	0.01	14	32.6	6	28.6	20	46.5	0.01	14	32.6	6	28.6	0.01					
	6	27.2	27.2	9	20.9	9	14.3	14.3	9	20.9	0.60	9	20.9	3	14.3	12	27.9	0.60	9	20.9	3	14.3	12	27.9	0.01	9	20.9	3	14.3	12	27.9	0.01	9	20.9	3	14.3	0.01					
	2	9.1	9.1	5	11.6	5	14.3	14.3	5	11.6	0.60	5	11.6	3	14.3	8	18.6	0.60	5	11.6	3	14.3	8	18.6	0.01	5	11.6	3	14.3	8	18.6	0.01	5	11.6	3	14.3	0.01					
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					

Tablo 4.6 : Olguların Kalça Değerlendirme Bulgularının Dağılımı (Devam)

	Hastaneye Kabulde										Ameliyattan 3 Ay Sonra										x ² p										
	Deney Grubu (n=22)					Kontrol Grubu (n=21)					Deney Grubu (n=22)					Kontrol Grubu (n=21)						TOPLAM (N=43)									
	n		%		N	n		%		N	n		%		N	n		%		N		n		%		N	n		%		N
7. Merdiven çıkma	-	-	-	-	1	4.8	1	4.8	2.3	6.37	18	81.9	9	42.8	27	62.8	8.28														
Evet kolaylıkla	3	13.6	9.5	5	11.6	2	9.5	5	11.6		0.17	3	13.6	5	23.8	8		18.6	0.08												
Çok az zorlukla	12	54.6	23.8	17	39.5	5	23.8	17	39.5			1	4.5	4	19.1	5		11.6													
Orta derecede zorlukta	7	31.8	57.1	19	44.3	12	57.1	19	44.3			-	-	2	9.5	2		4.7													
Aşırı derecede zorlukta	-	-	-	1	2.3	1	4.8	1	2.3			-	-	1	4.8	1		2.3													
Hayır, mümkün değil	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-															
8. Sandalyeden kalkarken ağrı	-	-	-	-	3	14.3	3	14.3	7.0	9.56	18	81.9	9	42.8	27	62.8	7.90														
Hiç ağrı olmuyor	6	27.2	9.5	8	18.6	2	9.5	8	18.6		0.04	4	18.1	9	42.8	13		30.2	0.01												
Hafif ağrı oluyor	7	31.8	23.8	12	27.9	5	23.8	12	27.9			-	-	3	14.4	3		7.0													
Orta derecede ağrı oluyor	9	41.0	33.3	16	37.2	7	33.3	16	37.2			-	-	-	-	-		-													
Çok ağrı oluyor	-	-	-	4	9.3	4	19.1	4	9.3			-	-	-	-	-		-													
Çekilmez/dayanılmaz ağrı oluyor	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-															
9. Yürürken topallama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.97	15	68.3	5	23.8	20	46.5	9.79														
Nadiren	-	-	-	-	-	-	-	-	-		0.13	6	27.2	11	52.4	17		39.5	0.02												
Ara sıra veya yalnızca ilk adımda	3	13.6	-	3	6.9	-	-	3	6.9			-	-	-	-	-		-													
Sıklıkla yalnızca ilk adımda değil	1	4.5	14.3	4	9.4	3	14.3	4	9.4			-	-	3	14.3	3		7.0													
Çoğu zaman	18	81.9	85.7	36	83.7	18	85.7	36	83.7			1	4.5	2	9.5	3		7.0													
Her zaman	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-															
10. Anı/ciddi kalça ağrısı	2	9.1	23.8	7	16.3	5	23.8	7	16.3	7.40	19	86.4	13	62.0	32	74.4	3.57														
Hiç bir zaman (gün)	2	9.1	-	2	4.7	-	-	2	4.7		0.11	2	9.1	4	19.0	6		14.0	0.16												
Sadece 1 veya 2 gün	9	41.0	14.3	12	27.9	3	14.3	12	27.9			1	4.5	4	19.0	5		11.63													
Bazı günler	4	18.1	19.1	8	18.6	4	19.1	8	18.6			-	-	-	-	-		-													
Çoğu zaman (günler)	5	22.7	42.8	14	32.5	9	42.8	14	32.5			-	-	-	-	-		-													
Her gün	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-															
11. Genel olarak işlerin etkilenmesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.17	10	45.4	3	14.3	13	30.2	8.93														
Hiç	-	-	-	-	-	-	-	-	-		0.12	9	41.0	7	33.3	16		37.2	0.06												
Biraz	3	13.6	19.1	7	16.3	4	19.1	7	16.3			2	9.1	8	38.1	10		23.3													
Orta derecede	15	68.3	38.1	23	53.5	8	38.1	23	53.5			1	4.5	2	9.5	3		7.0													
Büyük ölçüde	4	18.1	42.8	13	30.2	9	42.8	13	30.2			-	-	1	4.8	1		2.3													
Tam olarak	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-															
12. Gece yataкта ağrı	-	-	-	-	1	4.8	1	4.8	2.3	3.84	17	77.3	10	47.6	27	62.8	4.26														
Hiç	2	9.1	9.5	4	9.3	2	9.5	4	9.3		0.42	3	13.6	8	38.1	11		25.6	0.11												
Sadece 1 veya 2 gece	4	18.1	38.1	12	27.9	8	38.1	12	27.9			2	9.1	3	14.3	5		11.6													
Bazı geceler	6	27.2	14.3	9	21.0	3	14.3	9	21.0			-	-	-	-	-		-													
Çoğu gece	10	45.6	33.3	17	39.5	7	33.3	17	39.5			-	-	-	-	-		-													
Her gece	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-															

Ameliyattan 3 ay sonra uygulanan KDA'nin toplam puan ortalaması deney grubunda 18.63 ± 5.43 , kontrol grubunda 26.09 ± 7.57 olup aralarındaki bu farklılık istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı bulundu ($t = 3.72$, $p \leq 0.001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 : Olguların Kalça Değerlendirme Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	t p
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde Kalça Değerlendirme	42.59 ± 5.14	43.76 ± 8.19	0.56 0.576
Ameliyattan 3 Ay Sonra Kalça Değerlendirme	18.63 ± 5.43	26.09 ± 7.57	3.72 0.001
t	16.08	8.01	
p	0.0001	0.0001	

Deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra yapılan KDA değerlendirmeleri kendi grupları içinde ayrı ayrı karşılaştırıldığında her iki grupta da ameliyattan 3 ay sonra hastalığa ilişkin yaşam kalitesinde çok ileri derecede anlamlı bir ilerleme olduğu saptandı (deney grubu $t = 16.08$, $p < 0.001$; kontrol grubu $t = 8.01$, $p < 0.001$) (Tablo 4.7).

Örnekleme yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmeye ilişkin bulgular Tablo 4.8’ de görülmektedir.

Tablo 4.8 : Olguların Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (SF 36 Ölçeğine Göre)

Yaşam Kalitesi	Fonksiyonel Durum				Esenlik				Genel Sağlık Anlayışı				Yaşam Kalitesi/Doyumu			
	Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)		Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)		Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)		Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{X} \pm sd$	t	$\bar{X} \pm sd$	p	$\bar{X} \pm sd$	t	$\bar{X} \pm sd$	p	$\bar{X} \pm sd$	t	$\bar{X} \pm sd$	p	$\bar{X} \pm sd$	t	$\bar{X} \pm sd$	p
Hastaneye Kabulde	28.81±19.96	1.11	23.27±11.45	0.27	36.35±12.98	0.68	39.94±20.89	0.50	47.86±15.72	0.17	46.85±21.59	0.86	37.67±13.06	0.24	36.69±13.58	0.81
Ameliyattan 3 Ay Sonra	79.81±19.39	7.11*** 0.001	39.82±17.37		81.60±12.92	3.97*** 0.001	63.14±17.32		93.09±7.73	5.52*** 0.001	70.80±7.08		84.83±10.99	7.15*** 0.001	57.96±13.56	
t	9.06		3.72		17.20		4.82		15.48		4.62		16.11		5.63	
p	0.0001***		0.002**		0.0001***		0.0002***		0.0001***		0.0004***		0.0001***		0.0001***	

^a İleri derecede anlamlı p< 0.01

Çok ileri derecede anlamlı $p < 0.001$

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 3 major sağlık alanını (fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı) belirleyici 9 sağlık kavramının bulguları Ek 11' de verilmiştir.

Tablo 4.8 incelendiğinde, hasta kabulünde deney ve kontrol grubu olguların;

- **Fonksiyonel durum** ($t= 1.11$, $p>0.05$),
- **Esenlik** ($t= 0.68$, $p>0.05$),
- **Genel sağlık anlayışı** ($t=0.17$, $p>0.05$) alanları ile bu 3 major alanın sonucu oluşan
- **Global olarak yaşam kalitesi/ doyumu** ($t= 0.24$, $p>0.05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamadı. Hastaneye kabulde her iki grup olguların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine ilişkin puan ortalamaları birbirine yakın değerler gösterdiği saptandı.

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ise deney ve kontrol grubu olguların;

- **Fonksiyonel durum** ($t= 7.11$, $p \leq 0.001$),
- **Esenlik** ($t= 3.97$, $p \leq 0.001$),
- **Genel sağlık anlayışı** ($t= 5.52$, $p \leq 0.001$) alanları ile
- **Global olarak yaşam kalitesi/ doyumu** ($t= 7.15$, $p \leq 0.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık saptandı. Deney grubu olguların yaşam kalitesi ortalamalarının kontrol grubu olgulara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra SF 36 ölçeği yaşam kalitesi puan ortalamaları grupların kendi içinde değerlendirildiğinde;

Deney grubunda;

- **Fonksiyonel durum** $t= 9.061$, $p< 0.001$,
- **Esenlik** $t= 17.20$, $p < 0.001$,
- **Genel sağlık anlayışı** $t= 15.48$, $p< 0.001$ ve
- **Global olarak yaşam kalitesi /doyumu** $t= 16.11$, $p< 0.001$,

Kontrol grubunda ise;

- **Fonksiyonel durum** $t= 3.72$, $p< 0.01$,
- **Esenlik** $t= 4.82$, $p< 0.001$,
- **Genel sağlık anlayışı** $t= 4.62$, $p< 0.001$ ve
- **Global olarak yaşam kalitesi / doyumu** $t= 5.63$, $p<0.001$ olarak ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Hem deney hem de kontrol grubu olguların yaşam

kalitesi puan ortalamalarının hasta kabulüne oranla ameliyattan 3 ay sonra daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8).

Örnekleme yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ağrı alt skalası puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9' da görülmektedir.

Tablo 4.9 : SF 36 Ölçeği Ağrı Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AĞRI		t
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	p
Hastaneye Kabulde	18.68±12.27	26.45±26.17	1.15 0.25
Ameliyattan 3 Ay Sonra	85.85±18.83	68.78±21.55	2.77 0.008**
t	14.26	7.40	
p	0.0001***	0.0001***	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 4.9 incelendiğinde hasta kabulünde deney ve kontrol grubu olguların ağrı alt skalası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamazken (t=1.15, p>0.05) ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede deney grubunun kontrol grubuna göre anlamlı bir ilerleme gösterdiği ve deney grubu olguların daha az ağrı deneyimlediği saptandı (t= 2.77, p< 0.01).

Deney ve kontrol grubu olguların kendi grupları içinde de hasta kabulüne göre ameliyattan 3 ay sonra ağrı deneyimlerinde azalma görüldü ve bu durum istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı bulundu (deney t=14.26, p< 0.001; kontrol t=7.40, p< 0.001).

Örnekleimde yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini gösteren global olarak yaşam kalitesi / doyumu (SF 36 Ölçeği) puan ortalamaları ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) puan ortalamaları arasında Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği ile değerlendirilen ilişki Tablo 4.10' da görülmektedir.

Tablo 4.10 : Global Olarak Yaşam Kalitesi / Doyumu (SF 36 Ölçeğine Göre) ile Hastalığa İlişkin Yaşam Kalitesi (KDA'ne Göre) Arasındaki İlişki

	Global Olarak Yaşam Kalitesi / Doyumu(SF 36)	
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)
	r	r
Hastaneye Kabulde KDA	-0.56**	-0.53*
Ameliyattan 3 Ay Sonra KDA	-0.80***	-0.46*

* Orta derecede ilişki ** İleri derecede ilişki *** Çok ileri derecede ilişki

Tablo 4.10 incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olgularda ileri derecede ($r = -0.56$), kontrol grubu ($r = -0.53$) olgularda ise orta derecede olmak üzere sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki bulundu. Bu ilişkilerin sonucu hastalığa ilişkin yaşam kalitesi arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin de arttığı saptandı.

Ameliyattan 3 ay sonra bu ilişkinin deney grubunda ($r = -0.80$), çok ileri dereceye ulaştığı kontrol grubunda ($r = -0.46$)ise orta derecede kaldığı gözlemlendi.

4.4 Fonksiyonel Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Örnekleimde yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra fonksiyonel değerlendirmeleri ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasındaki ilişki Tablo 4.11' de görülmektedir.

Tablo 4.11 : Fonksiyonel Değerlendirme ve Hastalığa ilişkin Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki (KDA Göre)

	Kalça Değerlendirme	
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)
	r	r
Hastaneye Kabulde Fonksiyonel Değerlendirme	-0.32	-0.50*
Ameliyattan 3 Ay Sonra Fonksiyonel Değerlendirme	-0.56**	-0.59**

* Orta derecede ilişki ** İleri derecede ilişki

Tablo 4.11 incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olguların fonksiyonel değerlendirmeleri ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasında çok zayıf ($r = -0.32$), kontrol grubu olgularda ise orta derecede negatif ilişki olduğu saptandı ($r = -0.50$).

Ameliyattan 3 ay sonra da hem deney ($r = -0.56$) hem de kontrol grubu ($r = -0.59$) olgularda fonksiyonel değerlendirme ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasında ileri derecede negatif ilişki belirlendi. Hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra iki grupta da sergilenen bu ilişkiler, olguların fonksiyonel durumlarının iyileşmesiyle hastalığa ilişkin yaşam kalitelerinin de arttığını gösterdi.

Örnekte yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra fonksiyonel değerlendirmeleri ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SF 36 Ölçeği) arasındaki ilişki Tablo 4.12' de görülmektedir.

Tablo 4.12 : Fonksiyonel Değerlendirme ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki (SF 36 Ölçeğine Göre)

Yaşam Kalitesi	Deney Grubu (n=22)				Kontrol Grubu (n=21)			
	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Olarak Yaşam Kalitesi/Doyumu	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Olarak Yaşam Kalitesi/Doyumu
	r	r	r	r	r	r	r	r
Hastaneye Kabulde Fonksiyonel Değerlendirme	0.61**	0.35	0.31	0.54**	0.24	0.50*	0.55**	0.62***
Ameliyattan 3 Ay Sonra Fonksiyonel Değerlendirme	0.50*	0.09	0.27	0.39	0.58**	0.27	0.33	0.50*

* Orta derecede ilişki ** İleri derecede ilişki *** Çok ileri derecede ilişki

Tablo 4.12 incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olgularda fonksiyonel değerlendirme puanı ile **fonksiyonel durum** ($r = 0.61$) ve **global olarak yaşam kalitesi/ doyumu** puanı ($r = 0.54$) arasında ileri derecede bir ilişki; kontrol grubu olgularda ise **esenlik** puanı ile ($r = 0.50$) orta derecede ilişki, **genel sağlık anlayışı** puanı ile ($r = 0.55$) ileri derecede ilişki ve **global olarak yaşam kalitesi / doyumu** puanı ile ($r = 0.62$) çok ileri derecede ilişki saptandı.

Ameliyattan 3 ay sonra deney grubu olguların fonksiyonel değerlendirme puanı ile **fonksiyonel durum** alanı puanı ile orta derecede ilişkili ($r = 0.50$) olduğu belirlendi. Kontrol grubu olguların fonksiyonel değerlendirme puanı ise **fonksiyonel durum** alanı puanı ile ileri derecede ($r = 0.58$), **global olarak yaşam kalitesi / doyum** puanı ile orta derecede ($r = 0.50$) ilişkide olduğu belirlendi.

Her iki değerlendirmede de hem deney grubu hem de kontrol grubu olgularda fonksiyonel değerlendirme puanının artması ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puanının da arttığı gözlemlendi.

Örnekleimde yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra fiziksel fonksiyon alt skalası ile (SF 36 Ölçeği) fonksiyonel değerlendirme ve kalça değerlendirme arasındaki ilişki Tablo 4.13' de görülmektedir.

Tablo 4.13 : SF 36 Fiziksel Fonksiyon Alt Skalası ile Fonksiyonel Değerlendirme ve Kalça Değerlendirme Arasındaki İlişki

	Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)	
	Fonksiyonel Değerlendirme	Kalça Değerlendirme	Fonksiyonel Değerlendirme	Kalça Değerlendirme
	r	r	r	r
Hastaneye Kabulde Fiziksel Fonksiyon	0.54*	-0.57**	0.39	-0.62**
Ameliyattan 3 Ay Sonra Fiziksel Fonksiyon	0.32	-0.62**	0.78***	-0.76***

* Orta derecede ilişki ** İleri derecede ilişki *** Çok ileri derecede ilişki

Tablo 4.13 incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olguların fiziksel fonksiyon alt skala puanı (SF 36 Ölçeği) ile fonksiyonel değerlendirme puanı arasında orta derecede ($r = 0.54$), kalça değerlendirme puanı ile ise ileri derecede negatif bir ilişki ($r = -0.57$) olduğu saptandı. Kontrol grubu olguların ise fiziksel fonksiyon alt skala puanı ile kalça değerlendirme puanı arasında ileri derecede negatif bir ilişki ($r = -0.62$) bulundu.

Ameliyattan 3 ay sonra, deney grubu olguların fiziksel fonksiyon alt skala puanı ile kalça değerlendirme puanı arasında ileri derecede negatif bir ilişki ($r = -0.62$) olduğu belirlendi. Kontrol grubu olguların ise fiziksel fonksiyon alt skala puanı ile fonksiyonel değerlendirme ($r = -0.78$) ve kalça değerlendirme ($r = -0.76$) puanları arasında çok ileri derecede negatif bir ilişki olduğu saptandı.

Hem hastaneye kabulde hem de ameliyattan 3 ay sonra gözlenen bu ilişkiler sonucunda fiziksel işlevin artmasıyla hastalığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı ve fonksiyonel durumun da ilerlediği gözlemlendi.

4. 5 Olguların Postoperatif I. ve II. Değerlendirme Bulguları

Örnekleimde yer alan deney ve kontrol grubu olguların taburculuk öncesi postoperatif uyumuna ilişkin I. değerlendirme bulguları Tablo 4.14 ve 4.15' de görülmektedir.

Deney grubundaki olguların % 50' sine (n = 11), kontrol grubundaki olguların % 57.2 'sine (n= 12) çimentolu **protez** uygulandığı belirlendi ($\chi^2 = 0.88$, $p>0.05$) (Tablo 4.14).

Olgularda ameliyattan sonra toplam **oral analjezik uygulama sıklığı** incelendiğinde; deney grubu olguların ortalama 1.31 ± 3.16 , kontrol grubundaki olguların ise ortalama 2.26 ± 6.28 sıklıkta oral analjezik aldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (Mann-Witney U=207.5, $p >0.05$) (Tablo 4.15).Olguların tedavi planlarında, genellikle benzer yapıdaki oral analjeziklerin kullanıldığı görüldü.

Olguların ameliyattan sonra toplam **IM analjezik uygulama sıklığı** incelendiğinde; deney grubu olguların ortalama 15.90 ± 7.84 , kontrol grubundaki olguların ise ortalama 16.71 ± 10.18 sıklıkta IM analjezik aldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Mann-Witney U=229.5, $p >0.05$) (Tablo 4.15). Olguların tedavi planlarında, IM analjezik uygulama sıklığının kliniğin benimsediği politikaya göre sürdürüldüğü ve genellikle benzer yapıdaki IM analjezik ilaçların 2x1 sıklıkta verildiği gözlemlendi.

Tablo 4.14: Olguların Postoperatif İ. Değerlendirme Bulguları

		Taburculuk Öncesi						x ² p
		Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)		Toplam (N=43)		
		n	%	n	%	N	%	
Protez	Çimentolu	11	50.0	12	57.2	23	53.5	0.88 0.64
	Çimentosuz	10	45.5	7	33.3	17	39.5	
	Diğer	1	4.5	2	9.5	3	7.0	
Anti. koa Ted	Uygulandı	16	72.7	13	61.9	29	67.4	0.57 0.44
	Uygulanmadı	6	27.3	8	38.1	14	32.6	
Varis Çorap	Kullanıldı	19	86.4	20	95.2	39	90.7	2.00 0.36
	Kullanılmadı	3	13.6	1	4.8	4	9.3	
Mobilizasyon Günü	Post-op 1. gün	1	4.5	1	4.8	2	4.6	10.67 0.09
	Post-op 2. gün	8	36.5	3	14.3	11	25.6	
	Post-op 3. gün	4	18.2	9	42.8	13	30.3	
	Post-op 4. gün	5	22.7	3	14.3	8	18.6	
	Post-op 5. gün	3	13.6	-	-	3	7.0	
	Post-op 6. gün	-	-	2	9.5	2	4.6	
	Post-op 7. gün	1	4.5	3	14.3	4	9.3	
Sol. Eg.	Yaptı	20	90.9	1	4.8	21	48.8	31.91 0.00001
	Yapmadı	2	9.1	20	95.2	22	51.2	
Ayak Bac. Eg.	Yaptı	22	100.0	10	47.6	32	74.4	15.49 0.00008
	Yapmadı	-	-	11	52.4	11	25.6	
Fizik Tedavinin Başlama Günü	Post-op 1. gün	1	4.5	2	9.5	3	7.0	5.55 0.35
	Post-op 2. gün	6	27.3	1	4.8	7	16.3	
	Post-op 3. gün	4	18.2	6	28.6	10	23.3	
	Post-op 4. gün	6	27.3	9	42.8	15	34.9	
	Post-op 5. gün	4	18.2	2	9.5	6	13.9	
	Post-op 6. gün	1	4.5	1	4.8	2	4.6	
Post-op. Komp.	Yok	20	90.9	12	57.1	32	74.4	6.43 0.011
	Var	2	9.1	9	42.9	11	25.6	
	Basınç yarası	1	-	7	-	8	-	
	ÜSYE**	1	-	1	-	2	-	
	DVT***	-	-	1	-	1	-	
Yür.Ku Araç	1 baston / koltuk değneği	2	9.1	1	4.8	3	7.0	1.42 0.49
	2 baston / koltuk değneği	17	77.3	19	90.4	36	83.7	
	walker	3	13.6	1	4.8	4	9.3	
Evde Bakım Eğitimi	Evet	22	100.0	12	57.2	34	79.1	11.92 0.0005
	Hayır	-	-	9	42.8	9	20.9	
* Kimden Eğitim Aldığı	Hekim	3	-	7	-	10	-	
	Fizyoterapist	2	-	8	-	10	-	
	Hemşire	1	-	-	-	1	-	
	Araştırmacı	22	-	-	-	22	-	
	Kitap	1	-	-	-	1	-	

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

** Üst solunum yolu enfeksiyonu *** Derin ven trombozu

Tablo 4.14: Olguların Postoperatif I. Değerlendirme Bulguları (Devam)

		Taburculuk Öncesi					
		Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)		Toplam (N=43)	
		n		n		N	
* Eğitimin Konusu	Yürüyüş	-		8		8	
	Sakıncalı hareket	-		8		8	
	Yatağa yatma	-		4		4	
	Sandalyeye oturma	-		4		4	
	Egzersiz	-		5		5	
	Yardımcı araç	-		3		3	
	Banyo	-		1		1	
	İlaç	-		1		1	
	Yara bölgesinin bakımı	-		1		1	
	Kontroller	-		3		3	
	Evde bakım eğitimi	22		-		22	

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.15: Olguların Postoperatif I. Ortalamalı Değerlendirme Bulguları

	Taburculuk Öncesi		
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	Mann-Witney U p
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Oral analjezik uygulama sıklığı	1.31±3.16	2.76±6.28	207.5 0.440
İM analjezik uygulama sıklığı	15.90±7.84	16.71±10.18	229.5 0.970
Post-op mobilizasyon günü	3.22±1.44	3.76±1.78	194.5 0.362
Fizik tedavinin post-op başlama günü	3.36±1.43	3.42±1.43	217.5 0.734
Fizik tedavinin süresi	4.95±2.55	4.71±2.57	224.0 0.861
Hastanede kalma süresi	9.54±2.98	9.33±3.15	217.5 0.738

Olguların ameliyattan sonra **antikoagülan tedavi alma** ($\chi^2 = 0.57$, $p > 0.05$) ve **varis çorabı kullanma** ($\chi^2 = 2.00$, $p > 0.05$) durumları incelendiğinde deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 4.14).

Ameliyattan sonra koltuk değneği, baston vb. araç yardımıyla **yatak dışında mobilize olma** günü deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 4.14). Yatak dışında mobilizasyon günü ortalaması deney grubunda 3.22 ± 1.44 , kontrol grubunda 3.76 ± 1.78 olarak bulundu (Mann-Witney U=194.5, $p > 0.05$) (Tablo 4.15).

Solunum egzersizlerini uygulayanların deney grubunda % 90.9 ($n = 20$) oranında yoğunlaştığı görülürken kontrol grubunda solunum egzersizlerini uygulama oranı % 4.8 ($n = 1$) olarak belirlendi. Deney grubu olguların büyük çoğunluğunun solunum egzersizlerini uygulamasının istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($\chi^2 = 31.91$, $p < 0.001$) (Tablo 4.14).

Deney grubundaki olguların tamamının (% 100 , $n = 22$), kontrol grubu olguların ise % 47.6' sının ($n = 10$) aktif-pasif **ayak-bacak egzersizlerini** düzenli olarak uyguladıkları belirlendi ve istatistiksel değerlendirmede deney grubu olguların bu egzersizleri uygulamaları çok ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($\chi^2 = 15.49$, $p < 0.001$) (Tablo 4.14).

Olguların ameliyattan sonra **fizik tedaviye başlama günlerine** bakıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($\chi^2 = 5.55$, $p > 0.05$) (Tablo 4.14). Ameliyat sonrası fizik tedaviye başlama günü ortalaması deney grubunda 3.36 ± 1.43 , kontrol grubunda 3.42 ± 1.73 olarak bulundu (Mann-Witney U=217.5, $p > 0.05$) (Tablo 4.15).

Olguların ameliyattan sonraki **fizik tedavisinde ortalama süre** deney grubunda 4.95 ± 2.55 , kontrol grubunda 4.71 ± 2.57 gün olarak belirlendi ve her iki grup arasında istatistiksel olarak da anlamlı farklılık saptanmadı (Mann-Witney U=224.0, $p > 0.05$) (Tablo 4.15).

Deney grubu olguların % 90.9' unda (n=20) kontrol grubu olguların ise % 57.1' inde (n= 12) **ameliyat sonrası komplikasyon** olmadığı belirlendi.

Ameliyat sonrası komplikasyonlar arasında yer alan basınç yarasının (N=8) kontrol grubunda daha fazla görülmesi (n= 7) istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($\chi^2 = 6.43$, $p<0.05$) (Tablo 4.14).

Taburculuk öncesinde hem deney (% 77.3, n= 17) hem de kontrol grubu (% 90.4, n= 19) olguların büyük çoğunluğunun **yürümek için 2 baston / koltuk değneği** kullandığı belirlendi ve aralarında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendi ($\chi^2 = 1.42$, $p>0.05$) (Tablo 4.14).

Olguların **evdeki yaşamlarına ilişkin eğitim alma** durumu incelendiğinde deney grubu olguların % 100' ünün (n=22), kontrol grubu olguların % 57.2' sinin (n= 12) eğitim aldığı belirlendi ve bu durum deney grubu lehine istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık gösterdi ($\chi^2=11.92$, $p<0.001$). Bu eğitim deney grubunda araştırmacı dışında hekim, fizyoterapist ve hemşireden de; kontrol grubunda ise hekim ve fizyoterapist tarafından verildiği belirlendi. Deney grubundaki olgular araştırma planı kapsamında araştırmacı tarafından verilen taburculuk öncesi evde bakım eğitimini aldı. Evdeki yaşamlarına ilişkin eğitim alan kontrol grubu olguların ise çoğunlukla yürüyüş, sakıncalı hareketler ve evde egzersiz konusunda kısa açıklamalarla bilgi aldıkları saptandı(Tablo 4.14).

Deney grubu olguların ortalama 9.54 ± 2.98 gün, kontrol grubundaki olguların ise 9.33 ± 3.15 gün hastanede kaldığı ve **hastanede kalma süresi** açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı (Mann-Witney U=217.5, $p>0.05$) (Tablo 4.15)

Araştırma örneklemine alınan deney ve kontrol grubu olguların taburcu olduktan 3 ay sonra evdeki iyileşme dönemine ilişkin postoperatif II. değerlendirme bulguları Tablo 4.16 'da görülmektedir.

Tablo 4.16 : Olguların Postoperatif II. Değerlendirme Bulguları

		Ameliyattan 3 Ay Sonra						x ² p
		Deney Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=21)		Toplam (N=43)		
		n	%	n	%	N	%	
Evde Yardımcı Varlığı	Evet	20	90.9	19	90.5	39	90.7	Fisher
	Bazen	2	9.1	2	9.5	4	39.5	0.68
GYA' da Sıklıkla Zorluk * Yaşanan Durumlar	Yara bölgesinin bakımı	-	-	1	-	1	-	
	Yürüyüş	4	-	10	-	14	-	
	Merdiven inip-çıkma	7	-	11	-	18	-	
	Egzersiz	5	-	9	-	14	-	
	Giyinme	5	-	9	-	14	-	
	Banyo	3	-	13	-	16	-	
	Tuvalet	1	-	3	-	4	-	
	Ev işleri	5	-	14	-	19	-	
	Ulaşım	5	-	14	-	19	-	
	Hiç zorluk yaşamadım	3	-	-	-	3	-	
Evde Egzersiz Uygula.	Evet	22	100.0	14	66.7	36	83.7	10.29
	Bazen	-	-	5	23.8	5	11.6	0.02
	Hayır	-	-	2	9.5	2	4.7	
İyileşme Sırasında Sağlık Sorunu	Evet	3	13.6	7	33.3	10	23.3	2.34
	Hayır	19	86.4	14	66.7	33	76.7	0.12
	Romatoid artrit	2	-	1	-	3	-	
	Pnomoni	-	-	2	-	2	-	
	Bel ağrısı	1	-	1	-	2	-	
	Osteoporoz	-	-	2	-	2	-	
	Diş apsesi	-	-	1	-	1	-	

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastaneden taburcu olduktan sonra hem deney (% 90.9, n= 20) hem de kontrol grubu (% 90.5, n= 19) olguların büyük çoğunluğunun evlerinde yardımcı kişinin olduğu belirlendi ve aralarında istatistiksel olarak da anlamlı farklılık saptanmadı (Fisher, p >0.05).

Olguların hastaneden taburcu olduktan sonra **GYA'ni gerçekleştirmede sıklıkla zorluk yaşama** durumları incelendiğinde, deney grubundaki olguların % 7.9 'u (n= 3)hiç zorluk yaşamadığını ifade ederken kontrol grubu olguların ise tümünün (% 100) zorluk yaşadığını görüldü. Tüm olgularda GYA' nin gerçekleştirilmesinde engel oluşturan bu zorlukların ev işleri (N=19), ulaşım(N=19), merdiven ıkma(N=18), banyo (N=16), egzersiz yapma (N=14), giyinme (N=14) ve yürüyüş (N=14) ile ilgili olduğu belirlendi.

Olguların **evdeki egzersiz programını düzenli uygulama** durumu incelendiğinde; deney grubu olguların % 100' ünün (n= 22), kontrol grubu olguların ise % 66.7'sinin (n= 14) düzenli olarak egzersiz yaptığını saptandı. Deney grubu olguların tümünün önerilen egzersizleri uygulaması istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdi ($\chi^2 = 10.29$, $p < 0.05$).

Olguların **iyileşmeleri sırasında (3 ay içinde) kalça protezi ile doğrudan ilişkili** olan veya olmayan **sağlık sorunu** yaşayıp yaşamadıkları incelendiğinde deney grubu olguların % 86.4' ünün (n=19), kontrol grubu olguların % 66.7'sinin (n= 14) sorun yaşamadığını ve aralarında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($\chi^2=2.34$, $p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bireyin Günlük Yaşam Aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları; diğer alanlarda olduğu kadar fiziksel iyilik halinin bozulmasına bireyin bütününe etkileyerek yaşam kalitesinde çok daha olumsuz sonuçlara neden olacaktır. Günlük Yaşam Aktivitelerinin bağımsız olarak sürdürülmesinde önemli role sahip olan hareket aktivitesinin doğrudan etkilenmesi durumunda, ağrıyı giderip fiziksel fonksiyonu ilerleterek yaşam kalitesini düzeltmek amacıyla gerçekleştirilen TKP ameliyatında da diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi cerrahi yolla yapılan tedavinin başarısı, cerrahın teknik bilgi ve becerisinin en üst düzeyde olmasının yanı sıra aynı ölçüde değerli olan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım ile ameliyat sonrası bakım işlevlerinin kusursuz bir biçimde sürdürülmesine bağlıdır(5,39,60,129,138,153). Bu bağlamda hemşirenin diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği içinde sunduğu hasta bakımı ve eğitiminin; hastanın alışageldiği biçime en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesine ve Günlük Yaşam Aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlık noktasında gereksinimlerini en üst düzeyde karşılamasına, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı önlemlerin alınmasına ve hastanın olası en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olarak hastanın fiziksel uyumu bütüne yansiyarak genel bir uyumluluk ve doyum / memnuniyet ile yaşam kalitesini arttıracığına inanılmaktadır (22,41,60,145).

TKP ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitiminin hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkilerini ortaya koyan çalışmada, elde edilen bulgular 5 ana başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5. 1 Olguların Bireysel, Sosyoekonomik ve Hastalık Özelliklerinin Tartışılması

Örneklemede yer alan deney grubu olguların % 45.4'ünün 61-70 yaş; kontrol grubu olguların ise % 47.6' sının 51-60 yaş grubunda yoğunlaştığı; yaş ortalamalarının (deney grubunda 57.50 ± 14.91 , kontrol grubunda 56.33 ± 10.88) birbirine yakın olduğu belirlenmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($t=0.29$, $p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Literatürde TKP ameliyatının sıklıkla 60 yaş ve üzerindeki hastalarda osteoartrit; 30 yaş civarındakilerde ise romatoid artrit ve kongenital kalça displazisi gibi endikasyonlarla yapıldığı bildirilmektedir (22,129,137). Bununla birlikte her iki grubun da TKP ameliyat nedeni tanılarının çoğunlukla primer koksartroz olması (deney grubunda %68.2; kontrol grubunda % 80.9) çalışma bulgularını desteklemektedir (Tablo 4.2). Ülkemizde (9,12,134,154) ve yurtdışında (36,73,78,79,89,90,95) yapılan TKP ameliyatı ile ilgili araştırma sonuçlarına da benzerlik gösteren yaş gruplarına / ortalamalarına ait bulguların deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak farklılık göstermemesi gruplar arasında eşlenikliğin sağlandığına ve TKP ameliyat endikasyonunun belirlendiği yaş grubu olduğuna işaret etmektedir.

Olguların cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; deney grubunda % 72.7 ve kontrol grubunda % 81 oranla, olguların çoğunluğunun kadın olduğu, her iki grubun cinsiyet açısından birbirine yakın dağılım gösterdiği ve istatistiksel olarak da aralarında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Fisher, $p>0.05$) (Tablo 4.1). TKP ameliyatının cinsiyetle ilişkisini bildiren literatür bulgularına rastlanmamakla birlikte her iki grubun da çoğunlukla kadınlardan oluşması, kadınların erkeklere oranla daha fazla osteoartroz gelişimindeki eğilimleri ile ilişkilendirilebilir. Yine örneklemede yer alan tüm olgularda TKP ameliyatına neden tanılar içinde ilk sıralarda yer alan primer koksartroz (% 74.4) ve doğumsal kalça çıkığının (% 16.3) kadınlarda fazla görülmesi bu bulguyu desteklemektedir (Tablo 4.2). Ayrıca Aydın (12), Gammon (55), Aşık (9), Greenfield (58), Mc Guigan (95) , Dawson (42) ve ark. ile Atabek'in (11) yaptığı benzer

Çalışmalarda da olguların çoğunluğunun kadın olması araştırmadan elde edilen sonuca paralellik göstermektedir.

Olguların **medeni durumlarına** bakıldığında hem deney (% 63.7) hem de kontrol grubu olgularının (% 66.7) birbirine yakın oranlarda evli olduğu ve medeni durumun gruplar arasında farklılık göstermediği saptanmıştır ($x^2=2.41$, $p>0.05$) (Tablo 4.1). Ülkemizin sosyokültürel yapısından kaynaklanan bu durum olguların birlikte yaşadığı kişiler bulgusuyla da desteklenmektedir (Tablo 4.1). Wong (166), Gammon (55), O' Boyle (100) ve ark. ile Selman'ın (133) yaptıkları benzer araştırma bulgularında da olguların çoğunlukla evli olması TKP ameliyatının uygulandığı yaşların genellikle erişkinlik evresi evlilik yıllarına denkliği ile yorumlanabilir. Evlilik, olguların evde bakımlarını önerilen doğrultuda sürdürebilmelerini kolaylaştıran bir faktör olarak ele alınabilir.

rnekleimde yer alan deney grubu olguların % 36.4' ünün ilkokul mezunu, kontrol grubundaki olguların ise % 38.1' inin okur-yazar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bireylerin bilinçlenerek istendik sağlık davranışlarını geliştirebilmeleri, yapılan eğitim ve açıklamaları doğru anlayabilmeleri, yorumlayabilmeleri ve değerlendirebilmeleri için oldukça önemli olan **eğitim durumunun** gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($x^2 = 5.23$, $p> 0.05$).Devlet İstatistik Enstitüsü' nün 1997 yılı raporuna göre ülkemizde okur- yazar olmayan nüfus oranı % 19.5, ilkokul mezunu oranı ise % 46.1' dir. Ülkemizin sosyokültürel yapısının yanısıra gereç ve yöntem bölümünde belirtildiği gibi örnekleme grubunun seçilmesinde dikkate alınan kriterler ile ilişkili olabileceğini düşündüren bu sonuç, Türkiye' de nüfus yapısına ve sağlık araştırma bulgularına paralellik göstermektedir (148,172).

Olguların **meslekleri** incelendiğinde hem deney (% 45.4) hem de kontrol grubunda (% 71.4) ev kadınlarının fazla olduğu, bu durumun istatistiksel açıdan da farklılık sergilemediği görülmüştür ($x^2= 5.27$, $p> 0.05$) (Tablo 4.1). Tüm olguların yaş ortalamasının 56.93 ± 12.95 ve cinsiyetlerinin % 76.7 oranında kadın olması dikkate alındığında (Tablo 4.1) olguların % 58.2' sinin ev kadını olarak bulunması ülkemiz için beklenen bir sonuç olarak düşünülebilecek bu bulgu Atabek' in (11) alışması ile

paralellik göstermektedir. Ayrıca Gammon ve Mulholland 'ın (55) araştırmasında da benzer sonuçlara rastlanmaktadır.

Tablo 4.1'de yer alan olguların **gelir durumlarına** ilişkin ifadeleri genelde; "ancak geçinebiliyorum", "orta derecede" ve " iyi" olmak üzere 3 grupta toplanarak deney grubundaki olguların % 68.2 kontrol grubundaki olguların ise % 47.6 oranla gelir durumlarına ilişkin ifadelerinin "orta derecede" olması ve aralarında anlamlı farklılık bulunamaması ($\chi^2= 3.67$, $p> 0.05$) sonucu araştırmanın gerçekleştirildiği Üniversite hastanelerine başvuran hastaların sosyoekonomik profilini yansıttığı şeklinde yorumlanabilir.

Olguların **sağlık güvenceleri** incelendiğinde; deney grubu olguların % 77.3' ünün Emekli Sandığı, % 18.2' sinin Sosyal Sigortalar Kurumu ve % 4.5' inin Bağ-Kur' lu olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu olguların % 57.1' inin Emekli Sandığı, % 28.6' sının Sosyal Sigortalar Kurumu, %14.3' ünün Bağ-Kur' lu olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da Emekli Sandığı'nın çoğunlukta olduğu görülmüş ve bu durum istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunamamıştır ($\chi^2 = 2.24$, $p> 0.05$) (Tablo 4.1).Genellikle sevkli / evraklı hastaların başvurduğu Üniversite hastanelerinde yürütülen çalışmanın örnekleminde yer alan tüm olguların bir sağlık güvencesinin bulunması, hastalıkları nedeniyle fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar deneyimleyen hastaların buna ek olarak TKP ameliyatı, bu ameliyatta kullanılan protez vd. oldukça pahalı malzemelerin ve hastane ücretinin getireceği ağır ekonomik yükü yaşamayacaklarını göstermesi açısından sevindirici bulunmuştur.

Tablo 4.1' de olguların **birlikte yaşadığı kişiler** incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($\chi^2= 2.47$, $p>0.05$). Deney grubundaki olguların % 95.5 , kontrol grubundakilerin ise % 85.7 oranları ile büyük çoğunluğunun yaşamını paylaştığı kişilerin var olması evde bakımda bir yardımcının olmasının büyük önem taşıdığı böylesi bir ameliyattan sonra bu kişilerin de eğitilmesinin gerekliliği ilgili literatürlerde vurgulanmaktadır (1,37,41,60,96,132,148, 165).

Sistem hastalığının varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 3.41$, $p > 0.05$) (Tablo 4.2). Deney grubu olgularının % 54.6' sında, kontrol grubu olguların ise % 81' inde bir **sistem hastalığının** varlığı, her iki grupta da bu hastalıklar içinde hipertansiyon ve romatoid artritin ilk sıralarda yer alması Atabek' in (11) çalışmasına benzerlik göstermekte ve literatür bilgisi ile de desteklenmektedir (53,55,60,66).

Olguların TKP nedeni **ameliyat tanılarının** deney grubundaki olgularda % 68.2, kontrol grubu olgularda % 80.9 oranlarında büyük çoğunlukla primer koksartroz olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 2.25$, $p > 0.05$) (Tablo 4.2). Olguların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları ile (Tablo 4.1) desteklenen bu bulgunun gereç ve yöntem bölümünde belirtildiği gibi çalışma örnekleminin seçilmesinde dikkate alınan TKP ameliyatı için planlı olarak başvurma ve daha önce kalça ameliyatı geçirmemiş olma kriterleri ile de yakından ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuç Aydın (12), Dawson (42), Kay (79), Liang (89), Wong (166) ve ark. ile Seyhan'ın (134) çalışmalarına benzerlik göstermektedir.

Olguların **ameliyat öncesi fizik tedavi alma** durumları incelendiğinde deney grubu olgularda % 36.4, kontrol grubu olgularda ise % 42.9 oranları ile birbirine yakın dağılım sergilemiş ve istatistiksel değerlendirmede de aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2 = 0.19$, $p > 0.05$) (Tablo 4.2). Literatürde TKP ameliyatına karar verilinceye kadar uygulanan konservatif tedavi seçeneklerinden biri olan fizik tedavi uygulamasının hastanın ameliyattan sonra önerilen egzersiz programına uyumuna ve kas gücünü kazanmasına yardımcı olacağı bildirilmekte ise de elde edilen bu sonuç hem deney hem de kontrol grubu olguların ancak yarısına yakın bir oranın böyle bir fırsattan yararlandıklarını göstermektedir (60,103,129,130).

Tablo 4.2 incelendiğinde TKP uygulanacak **kalça eklem**indeki ağrıyı; deney grubundaki olguların % 50' sinin 1-3 yıl, kontrol grubundaki olguların ise %38.2' sinin 5 yıl ve üzeri sürelerde deneyimledikleri belirlenmiştir. Her iki grup olgu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($\chi^2= 7.89$, $p> 0.05$) göstermeyen bu sonuç olguların bireysel, sosyokültürel ve ekonomik durumları ile ilişkili olabilir (Tablo 4.1).

Her iki grubun da çoğunlukla “ağrıya daha fazla dayanamama” (N= 37) ve “daha fazla yürümek isteme” (N= 29) gibi neden / nedenlerle **TKP ameliyatına karar vermesi** bu konuyu vurgulayan literatür bilgisi ile de desteklenmektedir (22,55,60,66,86,94,153) (Tablo 4.2).

Olguların **ameliyat sonrası iyileşme süresi** beklentilerinin deney grubunda % 59.1, kontrol grubunda % 66.7 oranları ile ilk 3 ayda yoğunlaştığı belirlenmiş ve aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($\chi^2 = 6.37$, $p > 0.05$) (Tablo 4.2).

Literatürde TKP ameliyatından sonra en hızlı iyileşmenin ilk 3 ayda geliştiği vurgulanmaktadır (60,87,153). Ayrıca Kay ve ark.nın (79) çalışmasında hastanın olumlu beklentilerinin olmasının sonuçtan doyum sağlamasında ve kendi bakımına aktif katılımında etkili olduğu bildirilmektedir. Olguların büyük bir çoğunluğunun (% 88.4) (Tablo 4.3) ameliyattan önce eğitim ve rehberlik almamasına rağmen literatürle uyumlu iyileşme süresi beklentisi içinde olmaları sonucunun olguların bireysel gözlem ve deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 4.3 incelendiğinde deney grubundaki olguların % 86.4' ünün , kontrol grubundaki olguların ise % 90.5' inin **ameliyattan önce TKP ameliyatı ile ilgili planlı eğitim / rehberlik almadığı**; eğitim / rehberlik alan 5 olguya ise bu bilgilerin çoğunlukla daha önce TKP ameliyatı geçiren bireyler ya da hekim tarafından sağlandığı ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Fisher, $p> 0.05$).

Butler (28), Gammon (55), Santavirta (129) ve ark. ile Orr 'ın (103) çalışmalarında TKP ameliyatı öncesi uygulanan eğitimin hastanın uyumunu ve postoperatif iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğine, hastaların kendi bakımlarına katılmalarının iyileşmelerini kontrol etmelerine ve psikolojik yarar sağladığına yönelik bulgulara rastlanmaktadır.

Ayrıca bir sağlık hizmeti tüketicisi olarak bireyin kendisine yönelik tanı ve tedavi uygulamalarında doğru bilgiye dayanan kişisel kararlar alması, kendisi ve ailesinin sağlık bakımındaki sorumluluklarını kabul etmesi bağlamında bu hastalara uygulanacak eğitimin rolünü hasta hakları ve etik açıdan olduğu kadar yasal yönlerle de ilişkili kılmaktadır (13,15,103,148).

Ülkemizde preoperatif eğitim ile ilgili yapılan araştırmalar ameliyat öncesi hazırlığın günlük çalışma ortamında planlı ve etkili olarak yapılmadığını göstermektedir. Bölükbaş (24) çalışmasında ameliyat olacak hastaların % 77' sine ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğunu ve hastaların % 95' inin bilgi almak istediklerini saptamıştır.

Sağlıklı / hasta bireye sağlık hizmeti sunulmasının tüm aşamalarında olduğu gibi hasta eğitiminde de sağlık ekibi üyelerinin her birine önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Birol ve ark.nın (21) "hemşirelerin hasta eğitiminde karşılaştıkları güçlüklerin saptanması" çalışmasında hemşirelerin % 92.8 gibi büyük çoğunluğunun mezun olduğu okulda hasta eğitimi ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmelerine rağmen ameliyat öncesi eğitim / rehberlik alan olgular içinde bu eğitim / rehberliği hemşireden aldıklarını bildirenlerin olmamasının Fındık' ın (50) çalışmasındaki benzer bulgu ile de paralellik göstermesi hemşirelerin bu bilgiyi davranışa dönüştüremediklerinden yeterince uygulamaya yansıtamadıklarını düşündürmektedir.

5. 2 Olguların Fonksiyonel Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

Tablo 4.4' de görüldüğü gibi hasta kabulünde yapılan fonksiyonel değerlendirmede; 8 bireysel fonksiyonun gerçekleştirilmesinde deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Fonksiyonel değerlendirmenin toplam puan ortalaması da deney grubunda 59.14 ± 12.73 , kontrol grubunda 56.33 ± 15.51 puanları ile birbirine yakın değerler sergilemiş olup yine bu açıdan da gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($t = 0.64$, $p > 0.05$) (Tablo 4.5). Elde edilen bu sonuç grupların eşlenikliğinin sağlandığı şeklinde açıklanabilir (3).

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan fonksiyonel değerlendirmede ise;

- Maksimum yürüme mesafesi ($x^2 = 15.09$, $p < 0.001$),
- Merdiven çıkma ($x^2 = 10.18$, $p < 0.01$),
- Ulaşım ($x^2 = 11.30$, $p < 0.001$) fonksiyonlarının gerçekleştirilmesinde deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık olduğu saptanmış, deney grubu olguların kontrol grubu olgulara göre ameliyattan 3 ay sonra bu fonksiyonları gerçekleştirmede daha başarılı oldukları görülmüştür (Tablo 4.4).

Aydın ve ark.nın (12) TKP sonrası hastaların çeşitli aktivitelerdeki performansını araştırmak amacıyla preoperatif ve postoperatif dönemde rehabilitasyon uygulayarak, GYA' ne ilişkin eğitim verdikleri 26 olgunun preoperatif ve postoperatif fonksiyonel durumlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında *maksimum yürüme mesafesi*, *yürüme yardımcılarının kullanımı*, *merdiven çıkma* ve *sandalyeden kalkma* gibi aktivitelerde ilerleme görülürken, *çalışma durumu*, *günlük işler* ve *ulaşımda* benzer bir sonuç saptanmamıştır.

Jergesen ve ark.nın (68) total diz ve kalça protezi uygulanan 16 olguda preoperatif ve postoperatif fiziksel fonksiyonu değerlendirdikleri çalışmalarında ameliyattan yaklaşık 2 yıl sonra en fazla *maksimum yürüme mesafesi*, *yürüme yardımcılarının kullanımı*, *merdiven çıkma* ve *sandalyeden kalkma* gibi aktivitelerde olmak üzere giderek *günlük işler* ve *ulaşımda* ilerleme görülürken *çalışma durumu* ve *alt ekstremité bakımında* kayda değer değişiklik bulunamamıştır.

Çalışmadan elde edilen fonksiyonel değerlendirme sonuçları; yukarıda belirtilen araştırmalarla paralellik göstermekte olup ameliyattan sonra hem deney hem de kontrol grubu olguların çalışma durumunda değişiklik göstermeyen sonuçlar Tablo 4.1'de sunulan olguların mesleklerine ilişkin bulgular ve literatür bilgisi ile desteklenmektedir. Literatürde TKP ameliyatından sonra çalışmaya dönüşün hastanın yaptığı işe göre değişmekle birlikte 1.5-3 ay sonra olabileceği vurgulanmaktadır (41,108,112,126,144,166).

Tablo 4.5' de görüldüğü gibi ameliyattan 3 ay sonra yapılan fonksiyonel değerlendirmenin toplam puan ortalaması deney grubunda 79.09 ± 8.01 , kontrol grubunda 64.71 ± 13.46 olup aralarındaki bu farklılık istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($t = 4.27$, $p < 0.001$). Ayrıca deney grubu olguların ameliyattan 3 ay sonra hasta kabulüne göre çok ileri derecede anlamlı bir ilerleme kaydettiği belirlenirken kontrol grubu olgularda böylesi bir ilerlemenin olmadığı saptanmıştır ($t = 8.64$, $p < 0.001$). Deney grubu olguların fonksiyonel durumlarındaki ilerlemeyi yansıtan bu sonuç TKP'li hastaların eğitimini değerlendiren çalışmalar ve literatür bilgisi ile de desteklenmektedir.

Buttler (28), Lichtenstein (90), Santavirta (129), Wong (166) ve ark. ile Orr'ın (103) yaptığı çalışmalarda ve hasta eğitimi ile ilgili literatürlerde (85,119,124,161) hasta eğitiminin, GYA' nin güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi konusunda hastayı bilgilendirerek cesaretlendirdiği ve egzersiz – aktivite uygulamalarına yönelttiği ve bunun sonucunda da fonksiyonel iyileşmeyi hızlandırdığı bildirilmektedir.

5 . 3 Olguların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Olguların kalça değerlendirme anketi (KDA) ile elde edilen hastalığa ilişkin yaşam kalitesi bulgularını gösteren Tablo 4.6 incelendiğinde hasta kabulünde kalça eklemine bağlı olarak sıklıkla yaşanan sorunları bildiren ifadelerde deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). KDA' nin toplam puan ortalamasının deney grubunda 42.59 ± 5.14 , kontrol grubunda ise 43.76 ± 8.19 puanları ile birbirine yakın değerler sergiledikleri belirlenmiş ve yine aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($t = 0.56$, $p > 0.05$) (Tablo 4.7). Bu değerlendirmeler sonucunda deney ve kontrol grubu olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamaması grupların eşlenikliğinin sağlandığını göstermektedir (3).

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ise;

- Banyo yapma ($\chi^2 = 10.51$, $p < 0.01$) ,
- Ulaşım ($\chi^2 = 12.48$, $p \leq 0.001$) ,
- orap giyme ($\chi^2 = 17.77$, $p \leq 0.001$),
- Alışveriş yapma($\chi^2 = 16.90$, $p \leq 0.001$),
- Yürüme süresi ($\chi^2 = 10.26$, $p \leq 0.01$),
- Sandalyeden kalkarken ağrı ($\chi^2 = 7.90$, $p \leq 0.01$),
- Yürürken topallamayı ($\chi^2 = 9.79$, $p < 0.05$) ifade eden başlıklarda (Tablo 4.6) ve KDA'nın toplam puan ortalamasında (deney grubunda 18.63 ± 5.43 , kontrol grubunda 26.09 ± 7.57) deney grubu lehine istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı farklılık bulunmuştur ($t = 3.72$, $p \leq 0.001$) (Tablo 4.7). Bu sonuç, ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede deney grubu olguların kontrol grubu olgulara oranla GYA'ni gerçekleştirmede daha az sorun yaşaması ve hastalığa ilişkin yaşam kalitelerinin yüksek bulunmasında deney grubuna uygulanan planlı hasta bakımı ve eğitiminin etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca Tablo 4.5' de görüldüğü gibi deney grubu olguların bu değerlendirmede fonksiyonel olarak anlamlı bir ilerleme kaydettiği bulgusu ve literatür bilgisi ile de desteklenmektedir.

Literatürde primer amacı ağrıyı gidermek ve fiziksel fonksiyonu ilerletmek olan TKP ameliyatlarından sonra hastanın sağlık bakımı yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmesine olanak verecek davranış ve becerilerini geliştirmesi ile en üst düzeydeki fiziksel bağımsızlığın yaratacağı ruhsal ve sosyal bağımsızlığın kazandırılmasında hasta eğitiminin etkili olduğu vurgulanmaktadır (41,56,60,103,111,133,165).

Kaya' nın (80)*selim prostat hiperplazili hastalarda ameliyat sonrası yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında* da planlı hasta bakımı ve eğitimi alan hastaların üriyer semptomlara göre yaşam kalitelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Wilcock (153) TKP ameliyatı geçiren 49 hastada 6 ay süren tanımlayıcı çalışmasında, 40 hastanın ağrısının olmamasına ve hareket yeteneğinin artmasına rağmen sadece 6 hastanın GYA' de bağımsız olduğunu saptayarak ağrının iyileşmesi ile fiziksel bağımsızlık arasında doğrudan bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Bu alışma

bulgularından hastalara GYA' ni güvenli bir şekilde sürdürmesini sağlayacak konularda bilgilendirme ile ilgili yeterli donanımın sağlanıp sağlanmadığı sonucu çıkarılamamıştır.

Tablo 4.7' deki deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra yapılan KDA değerlendirmeleri kendi grupları içinde ayrı ayrı karşılaştırıldığında her iki grupta da ameliyattan 3 ay sonra hastalığa ilişkin yaşam kalitesinde çok ileri derecede anlamlı bir ilerleme olduğu saptanmıştır (deney grubu $t = 16.08$, $p < 0.001$; kontrol grubu $t = 8.01$, $p < 0.001$). Kalça eklemine yeniden yapılandırılması ile ağrı ve fonksiyondaki iyileşmenin hastalığa ilişkin yaşam kalitesine yansımaları olarak yorumlanabilen bu sonuç TKP ameliyatının hastalığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalar (36,42,100,153) ve literatür bilgisi ile de paralellik göstermektedir (22,41,94,106,133,165).

O' Boyle ve ark. (100) 20 hastada 6 ay boyunca yaptıkları tanımlayıcı çalışmada hem hastalığa ilişkin hem de genel ve bireyselleştirilmiş yaşam kalitesi değerlendirmelerinde anlamlı ilerleme belirlemişlerdir.

Dawson ve ark. (42) 220 hastada yürüttükleri çalışmalarında TKP ameliyatından 6 ay sonra hastalığa ilişkin yaşam kalitesinde anlamlı ilerleme kaydetmişlerdir.

Cleary ve ark. (36) 335 hastanın TKP ameliyatından 1 yıl sonra yaşam kalitelerindeki değişiklikleri izlemek için hem genel hem de hastalıkla ilişkili yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında;GYA, mental sağlık, çalışma performansı, ev işleri ve sosyal aktivitelerde önemli ilerlemeler saptamışlardır.

Tablo 4.8 incelendiğinde hasta kabulünde deney ve kontrol grubu olguların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini gösteren (SF 36 Ölçeği) puan ortalamalarının birbirine yakın değerlerde olması ve aralarında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamaması ($p > 0.05$); her iki grubun da sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin hastalığın neden olduğu ciddi ağrı ve fonksiyon kaybından aynı ölçüde etkilendiğini, gruplar arasında eşlenikliğin sağlandığını göstermekte ve literatür bilgisi ile de desteklenmektedir (73, 78, 83, 89, 95, 150, 153).

Ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede deney ve kontrol grubu olguların;

- *Fonksiyonel durum* ($t= 7.11, p \leq 0.001$),
- *Esenlik* ($t= 3.97, p \leq 0.001$),
- *Genel sağlık anlayışı* ($t= 5.52, p \leq 0.001$) alanları ile
- *Global olarak yaşam kalitesi/ doyumu* ($t= 7.15, p \leq 0.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık saptanmış, deney grubu olguların yaşam kalitesi ortalamalarının kontrol grubu olgulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar deney grubu olgulara verilen planlı hasta bakımı ve eğitiminin etkilerine işaret ettiği görüşünü; Kaya' nın (80) çalışması ve literatür bilgilerinin benzerlikleri ile desteklemektedir (28,38,40,41,48,92,96,101,152) .

Kaya (80) çalışmasında planlı hasta bakımı ve eğitimi uygulanan selim prostat hiperplazili hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitelerini anlamlı derecede yüksek bulmuştur,

Hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra SF 36 Ölçeği yaşam kalitesi puan ortalamaları grupların kendi içinde değerlendirildiğinde;

Deney grubunda;

- *Fonksiyonel durum* $t= 9.061, p < 0.001$,
- *Esenlik* $t= 17.20, p < 0.001$,
- *Genel sağlık anlayışı* $t= 15.48, p < 0.001$ ve
- *Global olarak yaşam kalitesi /doyumu* $t= 16.11, p < 0.001$,

Kontrol grubunda ise;

- *Fonksiyonel durum* $t= 3.72, p < 0.01$,
- *Esenlik* $t= 4.82, p < 0.001$,
- *Genel sağlık anlayışı* $t= 4.62, p < 0.001$ ve
- *Global olarak yaşam kalitesi / doyumu* $t= 5.63, p < 0.001$ olarak ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hem deney hem de kontrol grubu olguların yaşam kalitesi puan ortalamalarının hasta kabulüne oranla ameliyattan 3 ay sonra daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Kalça eklemine yeniden yapılandırılması ile ağrı ve fonksiyondaki iyileşmenin yaşam kalitesine yansımaları olarak yorumlanabilen bu sonuç TKP ameliyatının

yaşam kalitesine etkilerini ve değişik boyutlarını ele alan ölçeklerle değerlendiren çalışmaların bulguları ile de benzerlik göstermektedir (33,83,95,99,100,123).

Laupacis ve ark. (87) TKP ameliyatının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalarında ameliyattan sonraki ilk 3 ay içinde en fazla olmak üzere fiziksel fonksiyon, sosyal etkileşim ve genel sağlıkta belirgin ilerlemeler saptamışlardır

Rorabeck ve ark. (121) maliyet etkinliği analizi yapmak amacıyla çimentolu ve çimentosuz kalça protezi uygulamalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin (fiziksel fonksiyon, sosyal etkileşimler, emosyonel iyi olma ve sağlık durumu algılaması) en fazla 3. ayda olmak üzere 2. yılda önemli ilerleme kaydettiğini ifade etmişlerdir.

Mc Guigan ve ark. (95) çalışmalarında; TKP ameliyatından 2 yıl sonra fiziksel fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, enerji ve ağrıda olumlu ilerlemeler olduğunu belirlemişlerdir.

Wiklund ve Romanus (164) Nottingham Health Profile (NPH) kullanarak yaptıkları çalışmalarında; TKP ameliyatından 1 yıl sonra ağrı, enerji, uyku, sosyal izolasyon ve emosyonel iyi olmayı kapsayan tüm başlıklarda anlamlı gelişmeler saptamışlardır.

Selman (133) yaşam kalitesi üzerine TKP' nin etkisini değerlendirdiği retrospektif çalışmada ameliyattan 2 yıl sonra hastaların fiziksel fonksiyonunda % 94' lük bir ilerleme kaydetmiştir.

Liang ve ark. (89) 50 hastanın preoperatif ve postoperatif 3.aydaki yaşam kalitelerini 5 sağlık durumu anketi (FSI, HAQ, AIMS,IWB, SIP) kullanarak değerlendirdikleri çalışmalarında postoperatif olarak ağrı ve harekette anlamlı gelişmeler belirlemişlerdir.

Stucki ve ark. (143) TKP ameliyatının genel sağlık durumu üzerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, preoperatif dönemde ve ameliyattan 3 ay sonra yaptıkları ölçümlerde SF-36'nın genel sağlık durumu değerlendirilmesinde (özellikle fiziksel boyut) daha duyarlı olduğunu göstermişlerdir.

Shields ve ark. (135) TKP'li hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde SF-36 ile QWB arasındaki ilişkinin preoperatif ve postoperatif 3. ve 6. aylarda benzer sonuçlar gösterdiğini saptamışlardır.

Petrie ve ark. (111) tarafından 51 hastanın TKP ameliyatından önce ve 2 ay sonra yapılan yaşam kalitesi değerlendirmeleri karşılaştırıldığında psikolojik iyi olma, psikolojik distress, sağlık durumu algılaması, ağrı ve yaşam doyumunda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Örnekleme yer alan deney ve kontrol grubu olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ağrı alt skalası puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilen Tablo 4.9 incelendiğinde hasta kabulünde deney ve kontrol grubu olguların ağrı alt skalası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamazken ($t=1.15$, $p>0.05$) ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede deney grubunun kontrol grubuna göre anlamlı bir ilerleme gösterdiği, buna göre deney grubu olguların daha az ağrı deneyimlediği saptanmıştır ($t= 2.77$, $p< 0.01$). Deney ve kontrol grubu olguların kendi grupları içinde de hasta kabulüne göre ameliyattan 3 ay sonra ağrı deneyimlerinde azalma görülmüş ve bu durum istatistiksel olarak da çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur (deney $t=14.26$, $p< 0.001$; kontrol $t=7.40$, $p< 0.001$).

Mooney tarafından gerçek veya olası doku zararıyla ilişkili hoş olmayan duyuşal ve emosyonel deneyim olarak tanımlanan ağrı ortopedi hastalarına yabancı olmayan bir durumdur (97).

Ferrell (49),TKP ameliyatının uygulanmasında önemli karar nedeni olan ağrının; hastalığın fiziksel semptomları ile ilişkili olduğu kadar psikolojik semptomlarıyla da ilişkili olduğunu ve yaşam kalitesinin tüm boyutlarını primer olarak etkilediğini belirtmiştir.

Kalça eklemının yeniden yapılandırılması ile ameliyattan 3 ay sonra her iki grupta da deneyimlenen iyileşmenin deney grubunda ileri derecede anlamlı bulunması Kanan'ın (74) preoperatif eğitim verilmesinin postoperatif ağrı algılamasını olumlu yönde değiştirebileceğini vurgulayan çalışması vb. literatür bilgisi ile de desteklenmektedir (22,48,96,149).

Olguların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini gösteren global olarak yaşam kalitesi / doyumunu (SF 36 Ölçeği) puan ortalamaları ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) puan ortalamaları arasındaki ilişki (Tablo 4.10) incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olgularda ileri derecede ($r = -0.56$) , kontrol grubu ($r = -0.53$) olgularda ise orta derecede olmak üzere sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerin sonucu hastalığa ilişkin yaşam kalitesi arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır.

Ameliyattan 3 ay sonra bu ilişkinin deney grubunda ($r = -0.80$) , çok ileri dereceye ulaştığı kontrol grubunda ($r = -0.46$) ise orta derecede kaldığı gözlenmiştir.

Hem deney hem de kontrol grubundaki olgularda orta dereceden başlayarak çok ileri dereceye ulaşan ilişkilerin saptanması sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesinin birbirini etkilemesi açısından dikkate değer bulgudur. Bu sonuç, Dawson (42), O'Boyle (100) ve ark.nın çalışmaları ile benzerlik göstermekte ve hastalığa ilişkin yaşam kalitesi ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi vurgulayan literatür bilgileri ile de desteklenmektedir (51,57,81,89,95,120,143,159).

5.4 Fonksiyonel Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Olguların fonksiyonel değerlendirmeleri ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasındaki ilişki (Tablo 4.11) incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olguların fonksiyonel değerlendirmeleri ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasında çok zayıf ($r = -0.32$), kontrol grubu olgularda ise orta derecede negatif ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0.50$). Ameliyattan 3 ay sonra hem deney ($r = -0.56$) hem de kontrol grubu ($r = -0.59$) olgularda fonksiyonel değerlendirme ile hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasında ileri derecede negatif ilişki belirlenmiştir. Hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra her iki grupta da sergilenen bu ilişkiler, olguların fonksiyonel durumlarının iyileşmesiyle hastalığa ilişkin yaşam kalitelerinin de arttığını göstermiştir. Fiziksel fonksiyonlarının önemli derecede etkilendiği bir durumda TKP ameliyatını deneyimleyen hastaların kalça eklemleriyle yaşadıkları sorunların neden olduğu hastalığa ilişkin yaşam kalitelerinin de etkilenmesi çalışmadan elde edilen ilişki ile kanıtlanmakta, Dawson ve ark.nın (42) çalışmasıyla da benzerlik göstermektedir.

Olguların fonksiyonel değerlendirmeleri ile sağlıklı ilişkili yaşam kaliteleri (SF 36 Ölçeği) arasındaki ilişki (Tablo 4.12) incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olguların fonksiyonel değerlendirme puanı ile *fonksiyonel durum* ($r = 0.61$) ve *global olarak yaşam kalitesi/ doyumu* puanı ($r = 0.54$) arasında ileri derecede bir ilişki; kontrol grubu olguların ise *esenlik* puanı ile ($r = 0.50$) orta derecede ilişki, *genel sağlık anlayışı* puanı ile ($r = 0.55$) ileri derecede ilişki ve *global olarak yaşam kalitesi/ doyumu* puanı ile ($r = 0.62$) çok ileri derecede ilişki saptanmıştır. Ameliyattan 3 ay sonra deney grubu olguların fonksiyonel değerlendirme puanı ile *fonksiyonel durum* alanı puanı ile orta derecede ilişkili ($r = 0.50$) olduğu; kontrol grubu olguların ise *fonksiyonel durum* alanı puanı ile ileri derecede ($r = 0.58$), *global olarak yaşam kalitesi / doyumu* puanı ile orta derecede ($r = 0.50$) ilişkide olduğu belirlenmiştir. Her iki değerlendirmede de hem deney grubu hem de kontrol grubu olguların fonksiyonel değerlendirme puanının artması ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi puanının da arttığı gözlenmiştir. Fonksiyonel güçsüzlük hastalık semptomları nedeniyle bireyin günlük yaşam aktivitelerini yeterince gerçekleştirememesi diğer alanlardaki iyilik durumunda olduğu kadar fiziksel iyilik durumunun da bozulmasına

bireyin bütünü etkileyerek yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olacaktır. Fonksiyonel değerlendirme ile öncelikle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin fonksiyonel durumunda olmak üzere global olarak yaşam kalitesi / doyumu arasında elde edilen bu ilişkiler sonucunda; fiziksel fonksiyondaki yeterliliğin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine yansıdığını gösteren çalışmalar ile de paralellik göstermektedir (38,42,78,95,133,143).

Olguların hasta kabulünde ve ameliyattan 3 ay sonra fiziksel fonksiyon alt skası ile (SF 36 Ölçeği) fonksiyonel değerlendirme ve kalça değerlendirme arasındaki ilişki (Tablo 4.13) incelendiğinde hastaneye kabulde deney grubu olgularının fiziksel fonksiyon alt skası puanı (SF 36 Ölçeği) ile fonksiyonel değerlendirme puanı arasında orta derecede ($r = 0.54$), kalça değerlendirme puanı ile ise ileri derecede negatif bir ilişki ($r = -0.57$) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu olgularının ise fiziksel fonksiyon alt skası puanı ile kalça değerlendirme puanı arasında ileri derecede negatif bir ilişki ($r = -0.62$) bulunmuştur. Ameliyattan 3 ay sonra, deney grubu olguların fiziksel fonksiyon alt skası puanı ile kalça değerlendirme puanı arasında ileri derecede negatif bir ilişki ($r = -0.62$) olduğu belirlenmiş; kontrol grubu olgularının ise fiziksel fonksiyon alt skası puanı ile fonksiyonel değerlendirme ($r = -0.78$) ve kalça değerlendirme ($r = -0.76$) puanları arasında çok ileri derecede negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hem hastaneye kabulde hem de ameliyattan 3 ay sonra gözlenen bu ilişkiler sonucu fiziksel işlevin artmasıyla hastalığa ilişkin yaşam kalitesinin arttığı ve fonksiyonel durumun da ilerlediği gözlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bu sonuç GYA' nin gerçekleştirilmesinde önemli role sahip hareket aktivitesi ile ilgili bağımlılık-bağımsızlık durumunu yansıtan ölçümlerin birbirine paralel olduğunu göstermekte ve literatür bilgileri ile de desteklenmektedir (22,41,42,133,153).

5. 5 Olguların Postoperatif I. ve II. Değerlendirme Bulgularının Tartışılması

TKP ameliyatında; protezin femoral ve asetabular komponentleri polimetilmetakrilat ile (PMMA- kemik çimentosu / yapıştırıcısı / dolgusu) veya çimentosuz olarak kemiğe tespit edilir. Hastanın yaşı, kemik yapısı ve aktivite düzeyi gibi çeşitli faktörler düşünülerek en uygun olan protez seçilir. Çimentolu protez uygulamaları daha çok osteoporoz vb. kemik sorunları olan hastalarda, yaşlılarda; çimentosuz protezler ise protezin gevşeme olasılığının daha fazla olduğu genç, aktif ve kilolu hastalarda tercih edilir (9,22,41,66,94, 98,108,169).

Çalışmada deney grubundaki olguların % 50' sine (n = 11), kontrol grubundaki olguların % 57.2 'sine (n= 12) çimentolu **protez** uygulanması (Tablo 4.14) , olguların yaş ortalaması (Tablo 4.1), TKP ameliyat tanıları (Tablo 4.2) bulguları ve literatür bilgileri ile desteklenmekte, Wiklund ve Romanus 'un (164) çalışmasıyla da paralellik göstermektedir.

Tablo 4.15' deki olguların ameliyat sonrası toplam **oral analjezik uygulama sıklığı** incelendiğinde; deney grubu olguların ortalama 1.31 ± 3.16 , kontrol grubundaki olguların ise ortalama 2.26 ± 6.28 sıklıkta oral analjezik aldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiş (Mann-Witney U=207.5, $p > 0.05$) ve olguların tedavi planlarında genellikle benzer yapıdaki oral analjeziklerin kullanıldığı görülmüştür.

Olguların ameliyat sonrası toplam **IM analjezik uygulama sıklığı** incelendiğinde; deney grubu olguların ortalama 15.90 ± 7.84 , kontrol grubundaki olguların ise ortalama 16.71 ± 10.18 sıklıkta IM analjezik aldığı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Mann-Witney U=229.5, $p > 0.05$) (Tablo 4.15). Olguların tedavi planlarında, IM analjezik uygulama sıklığının kliniğin benimsediği politikaya göre belirlendiği ve genellikle de benzer yapıdaki IM analjezik ilaçların 2x1 sıklıkta verildiği gözlenmiştir.

Kanan (74) preoperatif eğitim verilmesinin hastanın postoperatif ağrının hafifletilmesine katkısı olacağını ve kullandığı analjezik sayısını azaltabileceğini vurguladığı çalışmasında eğitim alan hastalarda analjezik uygulama sıklıklarının daha az olduğunu belirlemiştir.

Orr (103) da çalışmasında TKP ameliyatı öncesi eğitim programına katılan hastaların, ağrı kontrolünde relaksasyon tekniklerini kullanarak daha az ağrı deneyimlediklerini bildirmiştir.

Bu çalışmaların sonuçlarına karşın uzun süren ağrı deneyimlerinden (Tablo 4.1) sonra çoğunlukla ağrıya daha fazla dayanamama nedeniyle (Tablo 4.2) TKP ameliyatına karar veren hastaların, ağrı kontrolünde sıklıkla analjezik ve antienflamatuvar ilaçlara başvurmaları postoperatif ağrı algılamasını ve dolayısı ile analjezik kullanımına olan gereksinimi etkileyebilir (26,150). Cerrahi girişime kadar uygulanan konservatif tedavi kapsamında antienflamatuvar, salisilat, nonsteroidal, kortikosteroid vb. ilaçların sıklıkla kullanılması gastrointestinal sorunları gündeme getirmekte; ayrıca DVT riskini azaltmak için kullanılan antikoagülanlar ile birlikte diğer önemli bir postoperatif komplikasyon kanama riskini de arttırmaktadır. Sıralanan tüm bu faktörlerin olguların ağrı tedavilerinde etkili olduğu kanısına varılarak hem oral hem de IM analjezik uygulama sıklığı açısından deney ve kontrol grubu arasında farklılık olmaması, Gammon ve Mulholland'ın (55) TKP'li hastaların preoperatif bilgilendirilmesinin etkinliğini değerlendiren çalışmasıyla da paralellik göstermektedir.

Alt ekstremité ameliyatı geçiren hastalarda % 45-70 oranıyla diğer cerrahi girişimlere göre daha yaygın bir sorun olan DVT' nin profilaksisinde antikoagülan tedavi ve antiembolik çorap kullanılması yaygın olarak uygulanan koruyucu önlemlerdir (65,94,136,137). Araştırmacının kontrolü dışında tıbbi ekibin benimsediği tedavi protokolüne göre gerçekleştirilen antikoagülan tedavi ($\chi^2 = 0.57$, $p > 0.05$) ve varis çorabı kullanma ($\chi^2 = 2.00$, $p > 0.05$) durumlarının deney ve kontrol grubu olgular arasında farklılık göstermemesi DVT riskinin azaltılmasında eşit şartların sağlanması açısından sevindirici bulunmuştur (Tablo 4.14).

Hastanın ayağa kalkması cerrahi girişime bağlı olsa da komplikasyonları önlemek için genellikle ameliyatı gerçekleştiren hekimin kararıyla ameliyat sonrası ilk veya ikinci günde yatakta 3. günde ise (uygun yürüme yardımcısı ve proteze özel ağırlık verme sınırları ile) yatak dışında mobilize olmasına izin verilir (22,41,60).

Gammon ve Mulholland (55) ameliyat öncesi verilen eğitim ile hastanın egzersiz uygulamalarına teşvik edilmesinin optimum kas gücünün kazanılmasını sağlayarak mobilizasyonunu kolaylaştırdığını vurguladıkları çalışmalarında, eğitim alan hastaların postoperatif dönemde daha erken mobilize olduğunu saptamışlardır.

Tablo 4.14 incelendiğinde ameliyattan sonra koltuk değneği, baston vb. araç yardımıyla **yatak dışında mobilize olma** günü deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Yatak dışında mobilizasyon günü ortalaması deney grubunda 3.22 ± 1.44 , kontrol grubunda 3.76 ± 1.78 olarak bulunmuştur (Mann-Witney U=194.5, $p > 0.05$) (Tablo 4.15).

Çalışmanın yürütüldüğü kliniklerde düzenli rehabilitasyon programı uygulayan fizik tedavi üniteleri / fizyoterapistlerin bulunması deney ve kontrol grubu olgular arasında Gammon ve Mulholland' ın (55) çalışmasına benzer bir farklılığın elde edilmesini etkilemiş olabileceğini düşündürmekte ve olguların yatak dışında mobilizasyon günü ortalaması literatür bilgisiyle de desteklenmektedir.

Solunum egzersizlerini uygulayanların deney grubunda % 90.9 oranında yoğunlaştığı görülürken kontrol grubunda solunum egzersizlerini uygulama oranı % 4.8 olarak belirlenmiştir ($\chi^2 = 31.91$, $p < 0.001$) (Tablo 4.14). Deney grubundaki olguların tamamının (% 100 , n=22), kontrol grubu olguların ise % 47.6' sının (n= 10) aktif-pasif **ayak-bacak egzersizlerini** düzenli olarak uyguladıkları görülmüştür ($\chi^2 = 15.49$, $p < 0.001$) (Tablo 4.14).

Olguların solunum ve aktif-pasif ayak-bacak egzersizlerini uygulama durumları değerlendirildiğinde, hareketsizliğe bağlı komplikasyonların önlenmesinde ve kas gücünün kazanılmasında önemli rolü olan bu egzersizleri; araştırma süresince destek verilen deney grubu olguların anlamlı derecede farklı uygulamaları, preoperatif hasta eğitiminin

postoperatif hasta uyumuna olumlu etkilerini değerlendiren çalışmaların bulguları ile de paralellik göstermektedir (28,55,165).

Olguların ameliyattan sonra **fizik tedaviye başlama günlerine** bakıldığında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olmaması yatak dışında mobilizasyonda olduğu gibi fizik tedavi uygulamasından iki grubun da eşit olarak yararlandığını düşündürmektedir ($\chi^2= 5.55$, $p>0.05$) (Tablo 4.14). Ameliyat sonrası fizik tedaviye başlama günü ortalamasının deney grubunda 3.36 ± 1.43 , kontrol grubunda 3.42 ± 1.73 gün olarak bulunması (Tablo 4.15); kalça kaslarını güçlendiren ve ROM'u arttıran egzersizlerin uygulandığı fizik tedavi programına ameliyat sonrası 3.-4. günde başlanarak taburculuğa kadar sürdürüldüğünü bildiren literatür bilgisine uygunluk göstermektedir (22,60,62,94)

Olguların ameliyattan sonraki **fizik tedavisinde ortalama sürenin** deney grubunda 4.95 ± 2.55 , kontrol grubunda 4.71 ± 2.57 gün olması ve her iki grup arasında anlamlı farklılığın bulunmaması (Mann-Witney U=224.0, $p >0.05$), olguların fizik tedaviye başlama gün ortalamaları ve hastanede kalma süreleri (Tablo 4.15) göz önüne alındığında beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Literatürde preoperatif dönemden başlayarak uygulanan eğitim programıyla hastanın derin solunum ve öksürük egzersizlerine teşvik edilmesi, erken ayağa kalkma, yatak içi aktivite egzersizleri ve kalça ekleminin aşırı fleksiyon ve adduksiyonunu sınırlandıran koruyucu girişimlerin komplikasyonları önlemeye yardımcı olduğu bildirilmektedir (55,103,136,165). Hastanede kalma süresini uzatan ve hastanın uyumunu güçleştiren ameliyat sonrası bu komplikasyonlar arasında yer alan basınç yarasının (N=8) kontrol grubunda (n= 7) daha fazla görülmesi literatür bilgisi ile de desteklenmektedir (55,67,82,136) (Tablo 4.14) .

Tablo 4.14 incelendiğinde TKP ameliyatından sonra hastanın taburcu olabilmesi için önemli belirleyicilerden olan bir yürüme yardımcısını kullanarak düz bir zemin üzerinde yalnız başına yürüyebilme becerisini hem deney (% 77.3) hem de kontrol grubu (% 90.4) olguların büyük çoğunluğunun 2 baston / koltuk değneği kullanarak gerçekleştirmesi literatür bilgilerine uygunluk göstermektedir (22,60,79,113,129).

Olguların **evdeki yaşamlarına ilişkin eğitim alma** durumlarına bakıldığında deney grubu olguların % 100' ünün araştırma planı kapsamında araştırmacı tarafından verilen taburculuk öncesi evde bakım eğitimi almalarının ve hazırlanan kitapçıktan yararlanmalarının yanısıra kontrol grubu olguların % 57.2' sinin de yürüyüş, sakıncalı hareketler ve evde egzersiz konusunda hekim ve fizyoterapistten eğitim aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Literatürde, hospitalizasyon süresince sağlık ekibi üyelerinin gözetiminde ve rehberliğinde olan hastaların, taburcu olduktan sonra günlük yaşam aktivitelerini nasıl sürdüreceklerini ve günlük yaşama nasıl uyum sağlayacaklarını bilmek isteyecekleri; hastaneden taburcu olmadan önce hastaya ve evdeki bakımında yardımcı olacak kişiye evdeki yaşamın giderek bağımsızlık kazanılarak güvenli bir biçimde sürdürülmesine yönelik eğitimin, sağlık ekibinin işbirliği ile planlanması gerektiği vurgulanmaktadır (18,30,39,46,55,60,66,103,137,165).

Kontrol grubu olgularda özellikle hareket aktivitesine yoğunlaşan bu bilgilendirme ve eğitimin olguların kendi bilgi arayışları sonucunda ve fizik tedavi sürecinde gerçekleştiği düşünülmekte; elde edilen bu sonuç Santavirta ve ark.nın (129) yaptığı çalışma bulgularına da benzerlik göstermektedir. Ayrıca evde bakım eğitimi alan olgulardan sadece birinin hemşireyi ifade etmesi; hemşirelik eğitimi sırasında çağdaş rollerinden eğitimci rolü ile ilgili olarak oldukça donanımlı yetişen hemşirenin uygulamada bu rolünü gerçekleştirememesi nedenlerinin araştırılmasını bir kez daha gündeme getirmektedir.

Literatürde TKP ameliyatından sonra hastanede kalma süresinin 5-10 gün arasında değiştiği, bu sürenin uzun ya da kısa olmasında hastada bir komplikasyon gelişmemesinin yanısıra düzenli bir rehabilitasyon programı ve hasta eğitimi uygulamasının ve evde bakımda yardımcı kişinin de olmasının etkili olduğu bildirilmektedir (22,25,28,41,53,55,60, 103,136,161,162).

Kanan (74) preoperatif eğitimin postoperatif ağrı algılanmasına etkisini değerlendirdiği çalışmasında preoperatif eğitim alan hastaların hastaneden daha erken

taburcu olduklarını saptamıştır. Orr' ın (103) çalışmasında da TKP ameliyatı öncesi eğitim alan hastaların hastanede kalma sürelerinin 1.3 gün kısaldığı görülmüştür.

Kanada' lı araştırmacılar Butler ve ark.nın (28) TKP'li hastalarda hastaneye kabul öncesi uygulanan eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların hastanede kalma sürelerinin ortalama 10.3 gün olduğunu ve eğitim alan hastalarla almayanlar arasında hastanede kalma süresi açısından farklılık olmamasının da Kanada' da TKP ameliyatı için önerilen hastanede kalma süresinden (10.5 gün) kaynaklandığını bildirmişlerdir.

Tablo 4.15 incelendiğinde deney grubu olgularının ortalama 9.54 ± 2.98 gün, kontrol grubundaki olgularının ise 9.33 ± 3.15 gün hastanede kaldığı ve **hastanede kalma süresi** açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Butler ve ark.nın (28) çalışmasıyla desteklenen bu bulguda deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık bulunamamasında, kliniklerin politikalarının yanısıra her iki grubun da fizik tedavi programlarının (Tablo 4.15) ve evde yardımcı kişinin varlığı (Tablo 4.16) benzer sonuçta etkili olabileceği görüşü literatür bilgileri ile de desteklenmektedir.

Hastaneden taburcu olduktan sonra hem deney (% 90.9) hem de kontrol grubu (% 90.5) olguların büyük çoğunluğunun **evlerinde yardımcı kişinin** olması, Tablo 4.1' de gösterilen olguların medeni durum ve yaşamını paylaştığı kişi bulguları ile de desteklenmektedir. Hastanın GYA'ni gerçekleştirmesinde ve egzersiz uygulamaları için gerekli desteğin sağlanmasında oldukça önemli olan bu durum açısından deney ve kontrol grubunun eşit şartlara sahip oldukları belirlenmiştir (41,60,151,165).

Olguların hastaneden taburcu olduktan sonra **GYA'ni gerçekleştirmede sıklıkla zorluk yaşama durumları** incelendiğinde, deney grubundaki olguların % 7.9 'u hiç zorluk yaşamadıklarını ifade ederlerken kontrol grubu olguların ise tümünün zorluk yaşadığı görülmüştür. Taburculuk öncesi evde bakım eğitiminde GYA'nin sürdürülmesine yönelik gerekli bilgileri eğitime destek olan kitapçık yardımı ile de alan deney grubu olguların kontrol grubu olgulara göre daha az zorluk yaşamaları TKP ameliyatında hasta eğitiminin önemini vurgulayan çalışmaların bulguları ile de paralellik göstermektedir (28, 35,55,103,

129, 165). Yeni kalça eklemi için gerekli önlemlerin devam ettiği bir dönemde tüm olguların ev işleri, ulaşım, merdiven çıkma ve banyo gibi aktivitelerin gerçekleştirilmesinde Wong ve ark.nın (165) çalışma bulgularında benzer zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca bu sonucun ülkemizde fiziksel yetersizliği olan bireyler için gerekli çevresel düzenlemelere gerektiği ölçüde önem verilmediği gibi henüz teknolojik gelişmelerin yansıtılamamasından kaynaklandığı da düşünülebilir.

Olguların evdeki egzersiz programını düzenli uygulama durumu incelendiğinde; deney grubu olguların % 100' ünün, kontrol grubu olguların % 66.7'sinin düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır. Deney grubu olguların tümünün bu egzersiz programını düzenli olarak uygulamasında taburculuk öncesi evde bakım eğitimi, kalça kaslarının yeniden yapılandırılmasını ve fonksiyonel hareketini sağlayan günlük egzersiz programının hekim ve fizyoterapistin önerileri doğrultusunda evde de sürdürülmesinin anlamı ve öneminin anlatılmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Tablo 4.4 ve Tablo 4.5 'de sunulan fonksiyonel değerlendirme sonuçlarına da yansıyan bu sonuç Sashika ve ark. (130) ile Schilke ve ark.nın (131) çalışmaları ile de desteklenmektedir.

Tablo 4.16 incelendiğinde deney grubu olguların % 86.4' ünün, kontrol grubu olguların % 66.7'sinin iyileşmeleri sırasında (3 ay içinde) kalça protezi ile doğrudan ilişkili olan / olmayan sağlık sorunları yaşamaması ve aralarında da anlamlı farklılık olmaması ($\chi^2=2.34$, $p > 0.05$) olguların ameliyattan sonraki fiziksel uyumları ve yaşam kalitelerinde doğrudan / dolaylı olarak etkili olabilecek böylesi bir durum için benzer koşullara sahip olduklarını göstermektedir (38,51,153,165).

6. SONUÇLAR

Total Kalça Protezi ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitiminin hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkilerini saptamak amacı ile planlanan çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastaneleri Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı servislerinde toplam 43 olgu üzerinde deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda;

- Çalışma kapsamına alınan olguların yaş ortalamasının 56.93 ± 12.95 olduğu, deney ve kontrol grubu olguların yaş dağılımları açısından aralarında farklılık olmadığı ($t=0.29$, $p > 0.05$),
- Olguların %76.7' sinin kadın olduğu, deney ve kontrol grubu olguların cinsiyet açısından birbirine yakın dağılım sergilediği (Fisher, $p>0.05$),
- Hem deney (% 63.7) hem de kontrol (% 66.7) grubu olguların büyük çoğunluğunun evli olduğu ve medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($\chi^2 = 2.41$, $p > 0.05$),
- Eğitim durumunun gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği; deney grubu olguların % 36.4' ünün ilkokul mezunu, kontrol grubundaki olguların ise % 38.1' inin okur-yazar olduğu ($\chi^2 = 5.23$, $p > 0.05$),
- Olguların % 58.2'sinin ev hanımı, % 32.6' sının da emekli olduğu ve gruplar arasında meslek dağılımı açısından anlamlı farklılık bulunmadığı ($\chi^2 = 5.27$, $p > 0.05$),
- Olguların % 58.2 gibi bir oranda gelir durumunu "orta derecede" olarak ifade ettiği ve iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı ($\chi^2 = 3.67$, $p > 0.05$),

- Emekli Sandığı çoğunlukta olmak üzere (% 67.4) olguların tamamının bir sağlık güvencesi olduğu ve bu durumun gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği ($\chi^2 = 2.24$, $p > 0.05$).
- Olguların % 90.7' sinin yalnız yaşamadığı, birlikte yaşadığı kişiler açısından deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($\chi^2 = 2.47$, $p > 0.05$),
- Olguların % 67. 4 'ünün bir sistem hastalığının olduğu ve sistem hastalığının varlığı açısından grupların anlamlı farklılık göstermediği ($\chi^2 = 3.41$, $p > 0.05$),
- Olguların TKP ameliyat nedeni tanılarının deney grubunda % 68.2, kontrol grubunda ise % 80.9 oranları ile büyük çoğunlukta primer koksartroz olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($\chi^2 = 2.25$, $p > 0.05$),
- Ameliyat öncesi fizik tedavi alma durumunun deney grubu olgularda % 36.4, kontrol grubu olgularda ise % 42.9 oranları ile birbirine yakın dağılım sergilediği ve iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı ($\chi^2 = 0.19$, $p > 0.05$),
- TKP uygulanacak kalça eklemindeki ağrıyı deney grubu olguların % 50' sinin 1- 3 yıl, kontrol grubu olguların % 38.2' sinin ise 5 yıl ve üzeri sürelerde deneyimlediği ve bu durumun gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği ($\chi^2 = 7.89$, $p > 0.05$),
- Olguların çoğunlukla "ağrıya daha fazla dayanamama" (N= 37) ve "daha fazla yürümek isteme " (N= 29) neden / nedenleriyle TKP ameliyatına karar verdikleri,
- Olguların ameliyattan sonra iyileşme süresi beklentilerinin % 62.9 oranı ile ilk 3 ayda yoğunlaştığı, deney ve kontrol grubu olguları arasında iyileşme süresi beklentisinin anlamlı farklılık göstermediği ($\chi^2 = 6.37$, $p > 0.05$),
- Olguların % 88. 4 gibi büyük bir çoğunluğunun TKP ameliyatı ile ilgili eğitim / rehberlik almadığı, eğitim / rehberlik alan 5 olguya ise bu bilgilerin hekim (n=3) ya da TKP ameliyatı geçiren bireyler (n= 2) tarafından kısa açıklamalarla sağlandığı, deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık olmadığı (Fisher, $p > 0.05$),

- Hasta kabulünde yapılan fonksiyonel değerlendirmede; maksimum yürüme mesafesi ($\chi^2=1.25, p>0.05$), yürüme yardımcılarının kullanımı ($\chi^2=7.93, p>0.05$), sandalyeden kalkma ($\chi^2= 1.31, p>0.05$), merdiven çıkma ($\chi^2= 1.36, p>0.05$), çalışma statüsü (durumu) (Fisher, $p>0.05$), günlük işler ($\chi^2= 0.007, p>0.05$), ulaşım ($\chi^2= 2.87, p>0.05$) ve alt ekstremité bakımı ($\chi^2= 1.91, p>0.05$) gibi 8 bireysel fonksiyonun gerçekleştirilmesinde ve fonksiyonel değerlendirmenin toplam puan ortalamasında ($t= 0.64, p>0.05$) deney ve kontrol grubu olguları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı,

- Ameliyattan 3 ay sonra yapılan fonksiyonel değerlendirmede; maksimum yürüme mesafesi ($\chi^2 = 15.09, p< 0.001$), merdiven çıkma ($\chi^2 = 10.18, p< 0.01$) ve ulaşım ($\chi^2 = 11.30, p< 0.001$) gibi bireysel fonksiyonları yerine getirmede ve fonksiyonel değerlendirmenin toplam puan ortalamasında ($t = 4.27, p< 0.001$) deney grubu lehine anlamlı farklılık olduğu,

- Deney grubu olguların ameliyattan 3 ay sonra fonksiyonel olarak çok ileri derecede anlamlı bir ilerleme ($t = 8.64, p< 0.001$) kaydettiği, kontrol grubu olgularda ($t = 1.76, p>0.05$) ise böylesi bir ilerlemenin olmadığı,

- Hasta kabulündeki hastalığa ilişkin yaşam kalitesinin (KDA) deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık göstermediği ($p>0.05$),

- Ameliyattan 3 ay sonra hastalığa ilişkin yaşam kalitesinde her iki grup olguda da ilerleme görülürken deney grubundaki ilerlemenin, kontrol grubuna göre çok ileri derecede anlamlı olduğu ($t = 3.72, p \leq 0.001$),

- Hasta kabulündeki sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SF 36 Ölçeği) puan ortalamalarının hem deney hem de kontrol grubu olgularda birbirine yakın değerler taşıdığı ($p>0.05$),

- Ameliyattan 3 ay sonra sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde (SF 36 Ölçeği) her iki grup olguda da ilerleme görülürken deney grubu olgulardaki ilerlemenin, kontrol grubu olgulara göre çok ileri derecede anlamlı olduğu ($p \leq 0.001$),

- Hasta kabulünde deney ve kontrol grubu olguların ağrı alt skalası (SF 36 Ölçeği) puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($t=1.15$, $p>0.05$),
- Ameliyattan 3 ay sonra hem deney hem de kontrol grubu olguların ağrı deneyimlerinde azalma görülürken deney grubundaki azalmanın kontrol grubuna göre çok ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği ($t= 2.77$, $p< 0.01$),
- Olguların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri ile hastalığa ilişkin yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkili olduğu, hastalığa ilişkin yaşam kalitesi arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin de arttığı,
- Olguların hem hastaneye kabulde hem de ameliyattan 3 ay sonra fonksiyonel değerlendirmeleri ile hastalığa ilişkin yaşam kaliteleri (KDA) arasında çok zayıf dereceden başlayarak ileri dereceye varan ilişkiler olduğu ve fonksiyonel durumun hastalığa ilişkin yaşam kalitesini etkilediği,
- Deney ve kontrol grubu olguların hastaneye kabulde ve ameliyattan 3 ay sonra fonksiyonel değerlendirmeleri ile sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri (SF 36 Ölçeği) arasında çok zayıf dereceden başlayarak çok ileri dereceye varan ilişkiler olduğu ve fonksiyonel durumun sağlığa ilişkin yaşam kalitesini etkilediği,
- Olguların hem hastaneye kabulde hem de ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmelerinde SF 36 ölçeği fiziksel işlev alt skala puanı ile fonksiyonel değerlendirme ve hastalığa ilişkin yaşam kalitesi (KDA) arasında çok ileri dereceye varan ilişki olduğu,
- Olguların % 53.5' ine çimentolu protez uygulandığı ve bu durumun deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık göstermediği ($\chi^2 = 0.88$, $p>0.05$),
- Ameliyattan sonra toplam oral analjezik uygulama sıklığının deney grubu olgularda ortalama 1.31 ± 3.16 , kontrol grubundaki olgularda ise ortalama 2.26 ± 6.28 sıklıkta olduğu ve aralarında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p >0.05$),

- Ameliyattan sonra toplam IM analjezik uygulama sıklığının deney grubu olgularda ortalama 15.90 ± 7.84 , kontrol grubundaki olgularda ise ortalama 16.71 ± 10.18 sıklıkta olduğu ve iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0.05$),
- Ameliyattan sonra antikoagülan tedavi alma ($\chi^2 = 0.57$, $p > 0.05$) ve varis çorabı kullanma ($\chi^2 = 2.00$, $p > 0.05$) durumlarının deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık göstermediği,
- Ameliyattan sonra koltuk değneği, baston vb. araç yardımıyla yatak dışında mobilize olma günü ortalamasının deney grubunda 3.22 ± 1.44 , kontrol grubunda 3.76 ± 1.78 olduğu ve bu durumun iki grup arasında anlamlı farklılık sergilemediği ($p > 0.05$),
- Deney grubu olguların büyük çoğunluğunun (% 90.9) solunum egzersizlerini uygulamasının, kontrol grubu olgulara göre çok ileri derecede anlamlı olduğu ($\chi^2 = 31.91$, $p < 0.001$),
- Deney grubundaki olguların tamamının (% 100), kontrol grubu olguların ise % 47.6' sının aktif-pasif ayak-bacak egzersizlerini düzenli olarak uyguladığı ve bu durumun deney grubu lehine çok ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği ($\chi^2 = 15.49$, $p < 0.001$),
- Ameliyat sonrası fizik tedaviye başlama günü ortalamasının deney grubunda 3.36 ± 1.43 , kontrol grubunda 3.42 ± 1.73 gün olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0.05$),
- Ameliyattan sonraki fizik tedavi ortalama süresinin deney grubunda 4.95 ± 2.55 , kontrol grubunda 4.71 ± 2.57 gün olduğu ve her iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0.05$),
- Deney grubu olguların % 90.9' unda, kontrol grubu olguların ise % 57.1' inde ameliyat sonrası komplikasyon olmadığı, ameliyat sonrası komplikasyonlar arasında yer alan basınç yarasının (N=8) kontrol grubunda daha fazla görüldüğü (n= 7) ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğu ($\chi^2 = 6.43$, $p < 0.05$),

- Olguların % 83.7' sinin yürümek için 2 baston / koltuk değneği kullandığı, bu durumun deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık göstermediği ($\chi^2 = 1.42$, $p>0.05$),
- Deney grubu olguların % 100' ünün, kontrol grubu olguların ise % 57.2' sinin evdeki yaşamlarına ilişkin eğitim aldığı ve bu durumun deney grubu lehine çok ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği ($\chi^2=11.92$, $p<0.001$); evdeki yaşamlarına ilişkin eğitim alan kontrol grubu olguların ise çoğunlukla yürüyüş, sakıncalı hareketler ve evde egzersiz konusunda bilgi aldığı,
- Deney grubu olguların ortalama 9.54 ± 2.98 gün, kontrol grubundaki olguların ise 9.33 ± 3.15 gün hastanede kaldığı ve hastanede kalma süresi açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) ,
- Hastaneden taburcu olduktan sonra olguların büyük çoğunluğunun (% 90.7) evlerinde yardımcı kişinin olduğu, deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık bulunmadığı (Fisher, $p>0.05$).
- Hastaneden taburcu olduktan sonra deney grubundaki olguların % 7.9 'u GYA' ni gerçekleştirmede hiç zorluk yaşamadığını ifade ederken kontrol grubu olguların ise tümünün (% 100) zorluk yaşadığı; tüm olgularda GYA' nin gerçekleştirilmesinde engel oluşturan zorlukların ise sıklıkla ev işleri, ulaşım, merdiven çıkma, banyo, egzersiz yapma, giyinme ve yürüyüş ile ilgili olduğu,
- Deney grubu olguların % 100' ünün, kontrol grubu olguların ise % 66.7'sinin evdeki egzersiz programını düzenli olarak uyguladığı ve bu durumun deney grubu lehine anlamlı farklılık gösterdiği ($\chi^2 = 10.29$, $p< 0.05$),
- Olguların % 76.7' sinin iyileşmeleri sırasında (3 ay içinde) kalça protezi ile doğrudan ilişkili olan veya olmayan sağlık sorunu yaşamadığı, deney ve kontrol grubu olgular arasında anlamlı farklılık olmadığı ($\chi^2=2.34$, $p > 0.05$) saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; bireyselleştirilmiş hasta bakımı yaklaşımında hasta ve ailesinin katılımı sağlanarak sağlık ekibinin işbirliği ile sürdürülen hastaya özel (bireysel) eğitim programının ve hasta eğitim kitapçığının TKP ameliyatından sonra hastanın fiziksel uyumu ve yaşam kalitesinde optimum düzeyin elde edilmesinde etkili olabileceği görülmüştür.

Bu doğrultuda önerilerimiz;

- Bir sağlık hizmeti tüketicisi ve bir birey olarak hastanın kendisine yönelik tanı ve tedavi uygulamalarında doğru bilgiye dayanan kişisel kararlar almasında, kendisi ve ailesinin sağlık bakımındaki sorumluluklarını kabul etmesinde yasal hakkı olan “bilgilendirmeye” ve “bilgilendirilmiş izin”e önem verilmesi,
- Ortopedi kliniklerinde planlı, programlı eğitim-danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri verebilecek merkezlerin açılması,
- Eğitim ve danışmanlık programlarının, görsel araç ve gereçlerin eşliğinde bu merkezlerde sağlık ekibi üyelerinin işbirliği ile uygulanması,
- Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı olan Yaşam Modeli kapsamında; TKP uygulanacak bireyin yaş dönemine, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine, GYA’ ni etkileyen faktörlere ve bireyselliğine bağlı olarak farklılaşan hasta eğitim programının; GYA doğrultusunda, sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde hasta birey ve ailesi ile birlikte planlanması; hasta kabulü işlemlerinden başlayarak taburculuk ve sonrası evde bakımı da kapsayacak biçimde yürütülmesi,
- Hasta eğitiminin kalıcı olabilmesi ve hastanın gereksinim duyduğunda korku / endişe yaşamaksızın başvurabileceği, disiplinlerarası ekibin görüşleri de dikkate alınarak hazırlanan bir resimli hasta eğitim kitapçığı ya da rehberi ile desteklenmesi,
- Temel hemşirelik eğitiminde kazanılan hasta eğitime ilişkin bilgi ve becerileri geliştirmek ve yinelemek amacı ile sürekli hizmetiçi eğitim programlarının planlanması, yürütülmesi ve hemşirelerin hasta bakımındaki eğitimci rollerini gerçekleştirebilmeleri için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hastanelerde verilecek hasta eğitiminin planlı ve programlı olabilmesi için hemşirelik hizmetleri müdürlükleri bünyesinde hasta eğitimini koordine edecek (planlama, uygulama, denetleme) bir ekibin oluşturulması olarak sıralanabilir.

7. ÖZET

Araştırma, Total Kalça Protezi ameliyatı öncesi ve sonrasında yapılan planlı hasta bakımı ve eğitiminin hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkilerini saptamak amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Mart 1998 – Nisan 1999 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastaneleri Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı servislerine planlı TKP ameliyatı olmak için başvuran hasta bireyler, örneklem grubunu ise bu hasta bireyler arasından kontrollü randomize yöntemi ile seçilen toplam 43 olgu oluşturmuştur. Örneklem, deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Deney grubundaki hastalara hasta kabulünden itibaren bireysel hasta bakımı kapsamında preoperatif, postoperatif ve evde bakım dönemleriyle ilişkili işlevsel, duyuşsal ve uyum bilgilerinden oluşan hastaya özgü bireysel eğitim ve sözel bilgilendirmeyi güçlendirmek için de bir hasta eğitim kitapçığı verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar ise serviste sunulan rutin bakım ve bilgiyi almışlardır.

Verilerin toplanmasında; olguların bireysel-sosyoekonomik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı bilgileri içeren “anket formu” ; “fonksiyonel değerlendirme formu” ; Türk toplumuna uyarlanması araştırmacı tarafından yapılan, test-tekrar test güvenilirliği 0.94, Cronbach’s Alpha iç tutarlılık kat sayısı hasta kabulünde 0.78 - postoperatif 3. ayda 0.89 olan ve madde toplam puan korelasyonları her madde için tatmin edici düzeyde bulunan “kalça değerlendirme anketi” ; “SF 36 yaşam kalitesi ölçeği” ve “postoperatif değerlendirme formu” kullanılmıştır. Ayrıca hastaya özel bireysel eğitim programının tüm aşamalarını sağlamak için “Hasta Öğretim Formatı” ve sözlü olarak verilen bilgiyi desteklemek amacı ile de “Hasta Eğitim Kitapçığı” geliştirilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS programı ile yüzdellik, Ki kare, Fisher kesin ki kare, Student’s t , Paired t, Mann Whitney – U testi ve Pearson’s Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği kullanılmıştır.

Çalışmada ameliyattan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede;

- Maksimum yürüme mesafesi ($\chi^2= 15.09$, $p< 0.001$), merdiven çıkma ($\chi^2 = 10.18$, $p<0.01$), ulaşım ($\chi^2= 11.30$, $p<0.001$) gibi bireysel fonksiyonların gerçekleştirilmesinde fonksiyonel değerlendirmenin toplam puan ortalamasında ($t= 4.27$, $p< 0.001$) istatistiksel olarak deney grubu lehine çok ileri derecede anlamlı farklılık olduğu;
- Deney grubu olguların hastalığa ilişkin yaşam kalitelerindeki ilerlemenin kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunduğu ($t= 3.72$, $p \leq 0.001$);
- Deney grubu olguların sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerindeki ilerlemenin kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğu (Fonksiyonel durum $t= 7.11$, $p \leq 0.001$; Esenlik $t= 3.97$, $p \leq 0.001$; Genel sağlık anlayışı $t= 5.52$, $p \leq 0.001$; Global olarak yaşam kalitesi/ doyumu $t= 7.15$, $p \leq 0.001$);
- Deney grubu olguların, kontrol grubu olgulara göre daha az ağrı deneyimlediği ($t= 2.77$, $p< 0.01$) ;
- Solunum egzersizlerini ($\chi^2= 31.91$, $p< 0.001$) ve aktif-pasif ayak-bacak egzersizlerini ($\chi^2 = 15.49$, $p< 0.001$) düzenli olarak uygulayan deney grubu olguların kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği;
- Ameliyat sonrası komplikasyonlar arasında yer alan basınç yarasının (N=8) kontrol grubunda daha fazla görüldüğü (n= 7) ve ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından deney ve kontrol grubu olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu ($\chi^2 = 6.43$, $p<0.05$) saptanmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre; bireyselleştirilmiş hasta bakımı kapsamında hasta ve ailesinin katılımı sağlanarak sağlık ekibinin işbirliği ile sürdürülen hastaya özel (bireysel) eğitim programının ve hasta eğitim kitapçığının TKP ameliyatından sonra hastanın fiziksel uyumu ve yaşam kalitesinde optimum düzeyin elde edilmesinde etkili olabileceği görülmüştür.

8. SUMMARY

The Effect of Patient Education Prior to Total Hip Replacement Surgery on Postoperative Physical Compliance and Quality of Life

This research was planned as an experimental study to determine the effect of pre- and post-operative patient care and education on the physical compliance and quality of life of patient undergoing Total Hip Replacement Surgery.

The universe of the research was patients who applied for an elective Total Hip Replacement Surgery at the Orthopaedic and Trauma Department of Istanbul University, Cerrahpaşa and Istanbul Faculty of Medicine Hospitals, between March 1998 and April 1999. The sample group chosen out of the above mentioned group by a controlled random method consisted of 43 individuals, and they were divided into experimental and control groups. Patients in experimental group were given planned pre- postoperative patient care, home care and education. In addition; " patient education booklet" was provided for each experimental subject to support the verbal information. Patients in the control group only received the advice, support and care that would routinely be given to Total Hip Replacement patients by ward, medical and nursing staff.

Data was collected using the "Questionnaire Form" which was included individual, socio-economic characteristics of patients and descriptive information about their illness; "Functional Evaluation Form"; "Hip Evaluation Questionnaire"; "SF 36 Health Status Questionnaire" and "Postoperative Evaluation Form". Hip Evaluation Questionnaire was used, having been adjusted by the researcher for use in the Turkish society. It had a test-retest reliability of 0.94. The Cronbach' s Alpha internal consistency level score was 0.78 upon admission and 0.89 at the three-month postoperative mark. The total item score correlation for each item was also at a satisfactory level. Also, in order to make sure that the patient received all the levels of the personalised education program, the "Patient Education Format" was used; and to support the verbal instruction "Patient Education Booklet" was developed.

Data analysis was done with the SPSS program, using the percentage, chi square, Fisher exact chi square, Student's t-test, paired-t, Mann Whitney-U test and Pearson's Moments Multiplication Correlation techniques.

In the evaluation done three months after the operation, the following results were obtained:

- The average total points of the experimental group's functional evaluation ($t=4.27$, $p<0.001$) were statistically significant and different to a large extent in areas of individual function, such as maximum walking distance ($\chi^2 =15.09$, $p<0.001$), stair climbing ($\chi^2 =10.18$, $p<0.01$) and transportation ($\chi^2 =11.30$, $p<0.001$);
- The progress of patients in the experimental group towards illness-related quality of life was statistically significant, to large extent, when compared with the control group ($t=3.72$, $p \leq 0.001$);
- The progress of the experimental group patients towards health-related quality of life was also found to be statistically significant, when compared with the control group (functional status $t=7.11$, $p \leq 0.001$; welfare $t=3.97$, $p \leq 0.001$; perception of general health $t=5.52$, $p \leq 0.001$; global quality of life/satisfaction $t=7.15$, $p \leq 0.001$);
- The data on the experimental group showed that the patients in this group experienced less pain than the control group ($t=2.77$, $p<0.01$);
- The data on those patients in the experimental group who regularly did their breathing exercises ($\chi^2 =31.91$, $p<0.001$) and active/passive foot and leg exercises ($\chi^2 =15.49$, $p<0.001$) were statistically significant when compared with the control group;
- Post-operative complications, such as pressure sores, were seen more often in the control group ($n=7$). There was a statistically significant difference in the rate of post-operative complications between the experimental and the control group ($\chi^2 =6.43$, $p<0.05$).

According to the evaluated results, individualized patient care that encourages the participation of the patient and his family and the co-operation with the health team, along with the support of a special (individual) education program and patient education booklet in the patients with THR were found to be effective in promoting the patient's physical compliance and quality of life.

9. KAYNAKLAR

1. **Abaan S.** Hasta eğitiminde hedef geliştirme ve öğretim teknikleri. Türk Hemş Derg 1990 ;39 (3) :31- 33.
2. **Acaroğlu R, Şendir M, Aştı T, Altun İ.** Hemşirelik araştırmalarında deneklerden bilgilendirilmiş izin alınma durumunun incelenmesi, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası katılımlı) Kitabı.Çevik Matb., İstanbul, 1999; 145-149.
3. **Akdur R.** Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi. Ankara, 1996;36,80,146.
4. **Aksoy G.** Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal faktörler. Uluslararası Akdeniz Cerrahi Kongresi '87, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri, Hilal Matbaası, İstanbul, 1987 ; 77-83.
5. **Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N.** Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 263, Eskişehir, 1992;142-159.
6. **Akyol AD.** Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. EÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993; 9(3): 71- 75.
7. **Akyol AD.** Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. EÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993; 9(2): 75- 79.
8. **Altun İ.** Doğru Hemşirelik Tanılamasında Eğitimin Etkinliği. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1998.
9. **Aşık M, Tözün R, Tuncay İ, Daldal F, Seyhan F.** Displazik ve doğuştan kalça çıkıklı olgularda çimentosuz total kalça protezi uygulamaları. Acta Orthop Travmatol Turc 1996 ; 30 : 41- 44.
10. **Appleton P,Chalmers H.** Nursing Models and Nursing Process. MacMillan Education Ltd., London, 1986; 27-36.
11. **Atabek T.** Yaşlılarda kazaların önlenmesi. Hemş Bült 1994;8(31):62-67.
12. **Aydın R, Özdiñler A, Dilşen G, Oral A, Yalıman A, Dokuztuğ F, Arıtamur A.** Kalça protezi sonrası fonksiyonel değerlendirme. Acta Orthop Travmatol Turc 1992;26 : 220 - 224.
13. **Babadağ K.** Yardım etme bilim ve sanatında hasta ve tüketici hakları. Hemş Bült 1990;4 (16) : 69 - 74.
14. **Babadağ K.** Hemşirelikte etik. Hemş Bült 1991; 5(19): 5-10.
15. **Babadağ K.** Hemşirelik araştırmalarında etik. Hemş Bült 1995; 9(38): 1-11.

16. **Babadağ K.** Profesyonel hemşire. İ.Ü. İstanbul Tıp Eğitim Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hemşirelik Bülteni 1996; 6.
17. **Babadağ K.** Hemşirelik ve Değerler. Profesörlük Çalışması, İstanbul, 1998.
18. **Barangan JD.** Factors that influence recovery from hip fracture during hospitalization. Orthop Nurs 1990 ; 9(5) :19 –29.
19. **Bayley KB, London M, Grunkemeier G.** Measuring the success of treatment in patient terms. Med Care 1995 ; 33 : 256 – 235.
20. **Birol L.** Hemşirelik Süreci.3.Baskı,Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti. İzmir, 1997;20-43,85-108.
21. **Birol L, Akdemir N, Bedük T, Fesci H, Şen S, Yurtsever S.** Hemşirelerin hasta eğitiminde karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. HÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Temmuz-Aralık, 1997;4(2) : 65-70.
22. **Black JM, Jacobs EM.** Medical Surgical Nursing, Clinical Management for Continuity of Care. 5th ed. WB Saunders Co., Philadelphia, 1997;2110 –2118.
23. **Borstlop M, Zant J, Van Soesbergen M.** Effects of total hip replacement on quality of life in patients with osteoarthritis and in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheum 1994; 13 : 45 – 50.
24. **Bölükbaş N.** Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. Hemş Bült 1991;5 (20) : 81 – 86.
25. **Bradley CF, Kozak C.** Nursing care and management of the elderly hip fractured patient. J Gerontol Nurs Aug 1995;21(8) :15 –20.
26. **Britton AR, Murray DW, Bulstrode CJ, McPherson K, Denham RA.** Pain levels after total hip replacement. J Bone Joint Surg 1997; 79 B(1) : 93 - 98.
27. **Burkhardt CS, Woods SL, Schultz AA, Ziebarth DM.** Quality of life of adults with chronic illness a psychometric study. Res Nurs Health 1989; 12 : 347- 354.
28. **Butler GS, Hurley CAM, Buchanan KL, Van Horne JS.** Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients, Patient Educ Couns 1996;29 : 189 -197.
29. **Callaghan JJ.** A 76 – year- old woman considering total hip replacement. JAMA 1996; 276 (6) : 486 - 491.
30. **Canobbia MM.** Mosby' s Handbook of Patient Teaching. Mosby Year Book Co., St. Louis, 1996 ; 373 – 377.
31. **Carlisle D .** Fresh look at rehabilitation of hip- replacement patients. Nurs Times 1996 ;92 (44) : 32 -33.

32. **Carpenito LJ.** Handbook of Nursing Diagnosis. 7th ed. Lippincott Co., Philadelphia, 1997;481.
33. **Chan CLH, Villar RN.** Obesity and quality of life after primary hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Br 1996 ; 78(1) : 78-81.
34. **Chitty KK.** Professional Nursing Concepts and Challenges. 2nd ed. WB Saunder Co. Philadelphia, 1997;143-153.
35. **Clay KL, Stirn ML.** Documentation of discharge teaching of patients who have had hip surgery. Orthop Nurs 1986 ; 5 (6) :22-28.
36. **Cleary PD, Greenfield S, Mc Neil BJ.** Assessing quality of life after surgery. Control Clin Trials 1991; 12 : 189-203.
37. **Cole G.** Fundamental Nursing-Concepts and Skills. 2nd ed. Mosby Year Book Co., St Louis, 1996; 9-12,71-79.
38. **Cameron K, Gregor F.** Chronic illness and compliance. J Adv Nurs 1987;12 (6) : 671 – 676.
39. **Cox J.** A plan for pre - operative preparation of patients having total joint replacement surgery. Orthop Nurs 1987; 6 (1) :14 - 15, 34 –37.
40. **Dalgıç G.** Stomalı hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler. Hemşirelik Forumu Ekim 1999;2(5):262-266.
41. **Davis PS.** Nursing the Orthopaedic Patient. Churchill Livingstone, Edinburg , 1994;69- 100,283-305.
42. **Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D.** Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. J Bone Joint Surg Br 1996; 78(2) : 185-190.
43. **Durademir AB.** Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Bakım Davranışları. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1998.
44. **Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, İbrikçi S.** Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemş Bült 1994 ; 8 (32) : 28 – 36.
45. **Eren AH.** Harris kalça skoru. Acta Orthop Travmatol Turc 1991; 31: 285 – 288.
46. **Esen A, Akyol A, Ergün FŞ.** Klinik hemşirelerin eğitici rollerinin etkinliği, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası katılımlı) Kitabı.Çevik Matb. İstanbul, 1999 ; 405-409.
47. **Ethans KD, MacKnight, C.** Hip fracture in the elderly. Postgraduate Medicine Jan 1998; 103(1) :34-38.
48. **Farrell J.** Illustrated Guide to Orthopaedic Nursing. 2nd ed. JB. Lippincott Co., Philadelphia, 1982 ; 189- 241.
49. **Ferrell BR.** The impact of pain on quality of life. Nurs Clin North Am Dec 1995; 30(4) :609-625.

50. **Fındık YÜ.** Ampütasyon Uygulanan Hastalarda Eğitimin "Hastalığı Değerlendirme" ve "Öz-Bakım Gücü" Kazanma Yetisine Etkisi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999.
51. **Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D.** Quality of life measures in health care. I: applications and issues in assessment. *BMJ* 1992;305: 1074 - 1077.
52. **Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox D.** Quality of life measures in health care. II: design, analysis and interpretation. *BMJ* 1992;305(7) : 1045 - 1048.
53. **Forest GP, Roque JM, Dawodu ST.** Decreasing length of stay after total joint arthroplasty effect on referrals to rehabilitation units. *Arch Phys Med Rehabil* Feb 1999; 80(2) (Abst) : 192 –194.
54. **Fortin PR, Clarke AE, Joseph L, Liang MH, Tanzer M, Ferland D, Phillips C, Partridge AJ, Belisle P, Fossel AH, Mohammed N, Sledge CB, Katz JN.** Outcomes of total hip and knee replacement: preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery. *Arthritis Rheum* Aug 1999; 42 (8)(Abst.): 1722 – 1728.
55. **Gammon J, Mulholland CW.** Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on postoperative physical coping outcomes. *Int J Nurs Stud* 1996; 32(6) :589-604.
56. **Gammon J, Mulholland CW.** Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. *J Adv Nurs* 1996 ; 24 : 303- 308.
57. **Gill TM, Feinstein AR.** A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272 (8) : 619- 626.
58. **Greenfield S, Apolone G, Mc Neil BJ, Cleary PD .** The importance of co- existent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. *Med Care* 1993; 31(2) : 141-154.
59. **Guyatt GH, Feeny D, Patrick D.** Issues in quality of life measurement in clinical trials. *Control Clin Trials* 1991;12:81-90.
60. **Güler M, Tosun M, Uslu T.** Artroplasti rehabilitasyonu. Oğuz H (ed). *Tıbbi Rehabilitasyon*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti. İstanbul , 1995 ;525 - 532 .
61. **Gülman B, Tomak Y.** Total kalça artroplastisi sonuçları değerlendirme sistemi. *Acta Orthop Travmatol Turc* 1997; 31 : 275 – 284.
62. **Harkness GH, Dincher JR.** Medical Surgical Nursing-Total Patient Care. 9th ed. Mosby Co. St Louis, 1996; 427,1114,1121-1123 .
63. **Henderson V, Nite G.** Principles and Practice of Nursing. Mac Millan Pub.Co., New York, 1978, 9-15.

64. **Hill J.** A practical guide to patient education and information giving. *Baillieres Clin Rheumatol* Feb 1997; 11(1) : 109 - 127.
65. **Hui AC, Heras-Palou C, Dunn I, Triffitt PD, Crozier A, Imeson J, Gregg PJ.** Graded compression stockings for prevention of deep – vein thrombosis after hip and knee replacement. *J Bone Joint Surg* 1996 ; 78- B (4) : 550-554.
66. **Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA.** Medical- Surgical Nursing, A Nursing Process Approach. 2. ed. 1-2, WB Saunders Co., Philadelphia,1995 ;465-470.
67. **Jensen TT,Juncker Y.** Pressure sores common after hip operations. *Acta Orthop Scand* Jun 1987; 58 (3)(Abst):209 – 211.
68. **Jergesen HE, Poss R, Sledge CB.** Bilateral total hip and knee replacement in adults with rheumatoid arthritis: an evaluation of function. *Clin Orthop* November-December 1978 ; 137: 120 –128.
69. **Jette AM, Harris BA, Cleary PD, Campion EW.** Functional recovery after hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil* October 1987 ; 68 :735-739.
70. **Johanson NA, Charlson ME, Szatrowski TP, Ranawat CS.** A self- administered hip- rating questionnaire for the assessment of outcome after total hip replacement *J Bone Joint Surg* 1992 ; 74 – A (4) : 587 – 597.
71. **John L.** Care before and after surgery for total hip replacement. *Nurs Times* 1988 ; 84(8): 42- 45.
72. **Jones IH.** Let's hear it for hip replacements. *Nurs Times* Apr 15-21 1998 ; 94(15) : (Abst) 13.
73. **Kageyama Y, Miyamoto S, Ozeki T, Hiyashi M, Kushida K, Inove T.** Outcomes for patients undergoing one or more total hip and knee arthroplasties. *Clin Rheumatol* 1998 ;17(2) (abst) : 130 –134.
74. **Kanan N.** Preoperatif eğitimin postoperatif ağrı algılamasına olan etkisi. *Hemş Bült* 1987 ; 11(9):16-23.
75. **Karayurt Ö.** Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2 (1) :20– 25.
76. **Katz JN, Phillips CB, Poss R, Harrast JJ, Fossel AH, Liang MH, Sledge CB.** The validity and reliability of a total hip arthroplasty outcome evaluation questionnaire. *J Bone Joint Surg* 1995 ; 77 – A (10) : 1528 – 1534.
77. **Katz JN.** Providing effective patient teaching. *AJN* 1997; 95 (5) : 33-36.
78. **Katz JN, Larson M, Phillips CB, Fossel AH, Liang MH.** Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Med Care* 1992 ; 30(10) : 917 – 925.

79. **Kay A, Davison B, Badley E, Wagstaff S.** Hip arthroplasty: patient satisfaction. *Br J Rheumatol* 1983 ;22 : 243 - 249.
80. **Kaya SH.** Selim Prostat Hiperplazili Hastalarda Uygulanan Ameliyat Öncesi Bakım ve Eğitimin Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesine Etkisi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 1997.
81. **Kazis LE, Anderson JJ.** Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989;27:178 – 189.
82. **Keating JF, Robinson CM, Court-Brown CM, Mc Queen MM, Christie J.** The effect of complications after hip fracture on rehabilitation. *J Bone Joint Surg* 1993;75-B : 976.
83. **Kirwan JR, Currey HLF, Freeman MAR, Snow S, Young PJ.** Overall long-term impact of total hip and knee joint replacement surgery on patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Br j Rheumatol* 1994 ; 33: 357-360.
84. **Koval KJ, Zuckerman JD.** Current concepts review functional recovery after fracture of the hip. *J Bone Joint Surg* 1994;76-A (5) : 751-758.
85. **Kroll M, Ganz S, Backus S, MacKenzie C, Harris L.** A tool for measuring functional outcomes after total hip arthroplasty. *Arth Care and Res* 1994; 7(2) :78 - 84.
86. **Laborde JM, Powers MJ.** Life satisfaction, health control orientation and illness related factors in persons with osteoarthritis. *Res Nurs Health* 1985 ; 8 : 183 – 190.
87. **Laupacis A, Bourne R, Rorabeck C, Feeny D, Wong C, Tugwell P, Leslie K, Bullas R.** The effect of elective total hip replacement on health- related quality of life. *J Bone Joint Surg* 1993 ;75- A(11) :1619- 1626.
88. **Liang MH, Katz JN, Phillips CB, Sledge C, Cats-Baril W.** The total hip arthroplasty outcome evaluation form of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. *J Bone Joint Surg* 1991;73- A(5) : 639- 646.
89. **Liang MH, Fossel AH, Larson M.** Comparisons of five health status instruments for orthopaedic evaluation. *Med Care* 1990 ; 28(7) : 632 – 642.
90. **Lichtenstein R, Semaan S, Marmar EC.** Development and impact of a hospital-based perioperative patient education program in a joint replacement center. *Orthop Nurs* 1993;12 (6) : 17 – 23.
91. **Lieberman JR, Dorey F, Shekelle P, Schumacher L, Thomas BJ, Kilgus DJ, Finerman GA.** Differences between patient's and physicians ' evaluations of outcome after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg* 1996 ;78-A(6) : 835- 838.
92. **Lucas B.** Orthopaedic patients' experiences and perceptions of pre-admission assessment clinics. *J Orthop Nurs* 1998 ; 2 : 202-208.
93. **Madorsky JG.** The quality of quality- of- life measurements . *JAMA* Mar 15-1995; 273 (11): 843-844.

94. **Maher AB, Salmond SW, Pellino TA.** Orthopaedic Nursing. WB Saunders Co. Philadelphia, 1994, 538-555.
95. **Mc Guigan FX, Hozack WJ, Moriarty L, Eng K, Rothman RH.** Predicting quality-of- life outcomes following total joint arthroplasty. J Arthroplasty 1995 ;10(6) : 742-747.
96. **Meeker BJ.** Preoperative patient education:evaluating postoperative patient outcomes.Patient Educ Couns Apr 1994; 23(1) (Abst): 41-47.
97. **Mooney NE.** Pain management in the orthopaedic patient Nursing Clinics of North America March, 1991; 26 (1) :73 – 85.
98. **Navarro P.** After Total Hip Replacement – Living with Your New Hip. Krames Com., San Bruno – CA ,1994.
99. **Norman-Taylor FH, Palmer CR, Villar RN.** Quality of life compared after hip and knee replacement. J Bone Joint Surg 1996 ;78 – B(1) :74 –77.
100. **O'Boyle CA, Mc Gee H, Hickey A, O'Malley K, Joyce CRB.** Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. Lancet 1992 ; 339 : 1088 - 1091.
101. **O' Brien S, Beverland DE.** Setting up a hip and knee replacement outcomes team. J Orthop Nurs 1998 ;2 :196-201.
102. **Ovellet LL, Turner TR, Pond S, McLaughlin H, Knorr S.** Dietary fiber and laxation in postop orthopaedic patients. Clin Nurs Res 1996 ; 5(4) :428-440.
103. **Orr PM.** An educational program for total hip and knee replacement patient as part of a total arthritis center program. Orthop Nurs 1990 ; 9(5) :61-69.
104. **Öner N.** Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler.2nd ed. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1996;15-17.
105. **Özden M.**Sağlık Eğitimi.Ünal Ofset Matbaacılık, Ankara, 1988; 24-32.
106. **Pacault-Legendre V, Courpied JP.** Survey of patient satisfaction after total artroplasty of the hip. Int Orthop 1999;23(1)(Abst):23-30.
107. **Padilla GV, Grant MM, Ferell B.** Nursing research into quality of life. Qual Life Res Oct , 1992 ; 1(5) (Abst): 341:348.
108. **Paterson JMH.** Total Hip Replacement – All you need to know. The Health Information Network, Stanmore Middlex, 1989.
109. **Pearson A, Vaughan B.** Nursing Models for Practice. Heinemann Nursing, Professional Publisher Ltd.,Halley Court, Oxford, 1990;57-59.
110. **Pellino TA.** How to manage hip fractures. Am J Nurs April , 1994 ;46 – 50.
111. **Petrie K, Chamberlain K, Azarrah R.** The psychological impact of hip arthroplasty. Aust N Z J Surg 1994 ;64 : 115 – 117.

112. **Phillips H.** Patient's Guide to – Hip and Knee Replacement – Your Pocket Consultant. Jerrold Pub., Norwich-England,1989.
113. **Phipps WJ, Cassmeyer VL, Sands JK, Lehman MK.** Medical Surgical Nursing- Concepts and Clinical Practice. 5th ed. Mosby Co. St Louis 1995 : 2266.
114. **Pınar R.** Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul, 1995.
115. **Pınar R.** SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı ; sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. Sendrom Ekim 1996 ; 109 – 113.
116. **Potter P, Perry AG.** Basic Nursing. 3rd ed. , Mosby Year Book Inc.,1995;18 - 21.
117. **Potter P, Perry AG.** Fundamentals of Nursing. Mosby Year Book Inc.,1997;3 -13.
118. **Radanov BP, Schwarz HA, Frost SA.** Determination of future health status expectation in rheumatoid arthritis. J Psychosom Res 1997;42(4):403-406.
119. **Rakel BA.** Interventions related to patient teaching. Nurs Clin North Am June 1992; 27(2) : 397 – 407.
120. **Rissanen P, Aro S, Slati P.** Health and quality of life before and after hip or knee arthroplasty. J Arthroplasty 1995 ; 10 : 169 – 175.
121. **Rorabeck C, Bourne R, Laupacis A, et al.** A double blind study of 250 cases comparing cemented with cementless total hip arthroplasty. Clin Orthop 1993;298 : 156 – 164.
122. **Roberts F.** Milly's hip replacement. Nurs Times 1988 ; 84 (8) : 42 – 45.
123. **Robinson AH, Palmer Cr, Villar RN.** Is revision as good as primary hip replacement ? A comparison of quality of life. J Bone Joint Surg Br Jan 1999 ; 81(1) :42 – 45.
124. **Roe HB.** Study of the effects of education on patients ' knowledge and acceptance of their indwelling urethral catheters. J Adv Nurs 1990 ;15 : 223 – 231.
125. **Roper N, Logan WW, Tierney AJ.** The Elements of Nursing. 4th ed. Churchill Livingstone, Edinburg, 1996; 3-60.
126. **Roush SE.** Patient – perceived functional outcomes associated with elective hip and knee arthroplasties. Physical Therapy 1985 ; 65 (10) :1496 – 1500.
127. **Sabuncu N.** Değişen sağlık kavramı ve sorunları. Hemş Bült 1990 ;4(17): 5-10.
128. **Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T.** Hemşirelik Esasları. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:225, Etam AŞ, Eskişehir, 1991;2-21.
129. **Santavirta N, Sarvimaki A, Lillquist G.** Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery Int J Nurs Stud 1994 ; 31(2) :135-142.

130. **Sashika H, Matsuba Y, Watanabe Y.** Home program of physical therapy: effect on disabilities of patients with total hip arthroplasty. Arch Phys Med Rehabil Mar 1996; 77:273-277.
131. **Schilke JM, Johnson GO, Housh TJ, O'Dell JR .** Effects of muscle- strength training on the functional status of patients with osteoarthritis of the knee joint. Nurs Res March – April, 1996 ; 45(2) (abst) : 68-72.
132. **Seley JJ.** 10 Strategies for successful patient teaching. AJN November 1994: 63 – 65.
133. **Selman SW.** Impact of total hip replacement on quality of life. Orthop Nurs Sep – Oct 1989; 8(5) : 43-49.
134. **Seyhan F.** Kalça total protezi . Kardiyoloji ve Ortopedi Dallarında Klinik Sorunlar İstanbul, 3 - 4 Temmuz 1989 ; 65 – 67.
135. **Shields RK, Enloe LJ, Leo KC.**Health related quality of life in patients with total hip or knee replacement. Arc Phys Med Rehabil May 1999;80(5): 572-579.
136. **Slie DA.** Orthopaedic complications. Nurs Clin North Am Mar 1991;26 (1):113-131.
137. **Smeltzer SC, Bare BG.** Brunner and Suddarth' s Textbook of Medical – Surgical Nursing. 8th ed. Lippincott Co., Philadelphia, 1996 ;487,1114.
138. **Smith C.** Total hip replacement. Nurs Times 1989 ; 85 (46) : 28 – 31.
139. **Smith LF.** Quality of life measures. BMJ Feb 6- 1993 ; 306 (6874):395.
140. **Sönmez V.** Bilimsel araştırmalarda yapılan yanlışlıklar. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 1999; 1:13-28.
141. **Sönmez V.** Hemşirelikte Araştırma Kursu Notları. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi 14-16 Mayıs Ankara , 1998.
142. **Stewart AL.** Conceptual and methodologic issues in defining quality of life:state of the art. Progress in Cardiovascular Nursing January / March 1992 : 3 – 10.
143. **Stucki G, Liang MH, Phillips C, Katz JN.** The Short Form – 36 is preferable to the SIP as a generic health status measure in patients undergoing elective total hip arthroplasty. Arthritis Care Res Sep, 1995, 8(3) (Abst) : 174- 181.
144. **Suarez J, Arguelles J, Costales M, Arechaga C, Cabeza F, Vijande M.** Factors influencing the return to work of patients after hip replacement and rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil March 1996 ; 77 : 269-271.
145. **Şelimen D, Dede N.** Total kalça protezi uygulanan hastada hemşirelik bakımı. Acta Orthop Traumatol Turc 1992; 26 :130-132.
146. **Şendir M.** Total kalça protezli hastalar için eğitim programı. Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı. 6 -10 Mayıs İzmir, 1998; 57.

147. **Şenocak M.** Temel Biyoistatistik. Çağlayan Kitabevi. İstanbul, 1990; 156.
148. **Taşocak G.** Hasta Eğitimi. Profesörlük Çalışması, Necdet Ozalit, İstanbul, 1999.
149. **Thomas T, Robinson C, Champion D, Pell M.** Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management. Pain April 1998; 75(2-3)(Abst) : 177- 185.
150. **Thomas PS, Callaghan JJ .** Wear in total hip and knee replacements. J Bone Joint Surg Am Jan 1999 ;81(1) : 115- 136.
151. **Thorngren KG, Ceder L, Svensson K.** Predicting results of rehabilitation after hip fracture. Clin Orthop Feb 1993 ; 287 : 76-81.
152. **Toumbis CA.** Informing patients about total hip replacement. JAMA Dec 18-1996 ; 276(23) : 1875 -1876
153. **Towheed TE, Hochberg MC.** Health related quality of life after total hip replacement. Sem Art Rheu 1996 ; 26(1) : 483-491.
154. **Tözün R.** Displazik ve doğuştan kalça çıkıklı olgularda çimentosuz total kalça protezi uygulamaları. XIV. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, İzmir, 29 Eylül- 4 Ekim 1995 ;52 -54.
155. **Uyer G.** Hemşireliğe Genel Bakış. Ankara, 1992;13-15,108-129.
156. **Ülker S.(Ed)**Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem.Aydoğdu Ofset, Ankara,1995;8-18.
157. **Velioğlu P.** Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset Matb., İstanbul, 1994;3-22,55-59,167-170.
158. **Velioğlu P, Babadağ K.** Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir,1993;58-65.
159. **Wammack L, Mabrey JD.** Outcomes assessment of total hip and total knee arthroplasty: critical pathways, variance analysis, and continuous quality improvement. Clin Nurse Spec May 1998 ;12(3) (Abst) : 122-129.
160. **Ware JE, Sherborne CD.** The MOS 36 – item short form health survey (SF- 36). Med Care 1992 ;30 (6) : 473 - 483 .
161. **Webber GC.** Patient education. Med Care 1990 ; 28 (11) :1089 – 1103.
162. **Weingarten S, Riendinger MS.** Can practice guidelines safely reduce hospital length of stay ? Results from multicenter interventional study. Am J Med July 1998; 105(1) (Abst) : 33-40.
163. **Whittington CF, Mc Daniel WS.** Total Hip Replacement – It's a Joint Effort. Pritchett & Hull Associates Inc., NAON Health Education, Atlanta – GA,1996.
164. **Wiklund I, Romanus B.** A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of the hip joint. J Bone Joint Surg 1991 ; 73 – A (5) : 765 – 769.

165. **Wong J, Wong S.** A randomized controlled trial of new approach to preoperative teaching and compliance. Int J Nurs Stud 1985 ;22(2) :105-115.
166. **Wong J, Wong S, Nolde T, Yabsley RH.** Effects of an experimental program an post- hospital adjustment of early discharged patients. Int J Nurs Stud 1990 ;27 (1) : 7 –20.
167. **Wright JG, Rudicel S, Feinstein AR.** Ask patients what they want. J Bone Joint Surg 1994 ;76 – B (2) :229 – 234.
168. **Yarnold BD.:** Hip Fracture . AJN Feb 1999 ;99(2) : 36-40.
169. -----,Total Hip Replacement – Walking Again.Krames Com. San Bruno – Ca , 1994.
170. -----, Herkes İçin Sağlık Hedefleri. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, 1989;11-22,43-52.
171. -----, T.C. Sağlık Bakanlığı Web Sayfaları , Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında Demografik Göstergelerde Beklenen Gelişmeler, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 1997. [http:// www. saglik.gov.tr/türkçe/istatistikler/ 55-tur.htm](http://www.saglik.gov.tr/türkçe/istatistikler/55-tur.htm)
172. -----,Devlet İstatistik Enstitüsü 1997 Nüfus Sayımı Sonuçları. [http:// die.gov.tr](http://die.gov.tr)

10. EKLER



EK .1.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI
34390 Topkapı-İstanbul
Tel: (0 212) 635 12 35 / 534 00 00 / 1514-1511
Fax: (0 212) 635 28 35



Sayı: 581/98
Konu: Hem.Merdiye Şendir.

14.5.1998

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi: 21.4.1998 tarih ve 115 sayılı yazı:

Uzman Hemşire Merdiye Şendir'in "Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Bilgilendirmenin, Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmalarını Anabilim Dalımızda yürütmesinde bir sakınca bulunmadığını bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr.Fahri SEYHAN
Ortopedi ve Travmatoloji
Anabilim Dalı Başkanı

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
ANABİLİM DALI

:875

Tarih :

29.12.1998

İ.Ü. FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 25.5.1998 tarih 287 sayılı yazınız hakkında.

Anabilim Dalımız Servisinde hemşire olarak görev yapan MERDİYE ŞENDİR'in yürüttüğü "Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Bilgilendirmenin Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi"başlıklı Doktora çalışması uygun görülmüştür.
Saygılarımla bildiririm.



PROF.DR.NAIL KIR
Anabilim Dalı Başkanı

EK . 2 . ANKET FORMU

Anket No :

Tel :

Adı Soyadı :

Adres :

Tanı :

Yatış tarihi :

Ameliyat tarihi :

Taburculuk tarihi :

1. Deney Grubu : ()

Kontrol Grubu : ()

2. Yaşı :

3. Cinsiyeti : 1) Kadın

2) Erkek

4 . Medeni Durum: 1) Evli

2) Bekar

3) Dul

4) Boşanmış

5 . Eğitim Durumu: 1) Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Yükseköğrenim

6 . Mesleği : 1) Ev Hanımı 2) Emekli 3) Memur 4) İşçi 5) Diğer

7. Gelir durumu nedir ? 1) Ancak geçinebiliyor 2) Orta derecede iyi 3) İyi

8. Sağlık sigortası ve türü nedir ?

1) Yok 2) Emekli Sandığı 3) Sosyal Sigortalar Kurumu 4) Bağ kur

9. Evde kiminle yaşıyor ? 1) Yalnız yaşıyor 2) Eşiyle birlikte

3) Eşi ve çocuklarıyla 4) Çocuklarıyla birlikte 5) Diğer.....

10. Herhangi bir sistem hastalığınız var mı ?

Evet

Hayır

- Yüksek tansiyon

.....

.....

- Kalp hastalığı

.....

.....

- Sık üst solunum yolu enfeksiyonu

.....

.....

- Astım

.....

.....

- Şeker hastalığı

.....

.....

- Böbrek hastalığı

.....

.....

- Karaciğer hastalığı

.....

.....

- Romatizma

.....

.....

- Diğer.....

.....

.....

11 . Fizik tedavi aldınız mı ? 1) Evet

2) Hayır

12 . Kalçanızdaki ağrıyı ne kadar süredir çekiyorsunuz ?

1) 6 aydan daha az

2) 6 ay - 1 yıl dan az

3) 1yıl - 3 yıldan az

4) 3 yıl - 5 yıldan az

5) 5 yıl - 5 yıldan fazla

13 . Total kalça protezi ameliyatını seçmenizin başlıca neden / nedenleri nelerdir ?

- 1) Ağrıya daha fazla dayanamıyorum .
- 2) Eklem protezi olan insanları tanıyorum onlar gibi iyi olacağıma inanıyorum .
- 3) Başka tedavileri düşündüm benim için en iyi çözümün ameliyat olacağını hissediyorum .
- 4) Ailem ve/ veya arkadaşlarım ameliyat olmam için ısrar etti .
- 5) Doktorum bu ameliyatı önerdi .
- 6) Başka görüş araştırdım, diğer iki cerrah da bu ameliyatı olmamı istedi .
- 7) Daha fazla yürümek istiyorum .
- 8) Topallamadan yürümek istiyorum ve / veya koltuk değneği / baston olmadan yürümek istiyorum .
- 9) Diğer nedenler :

14.Bu ameliyattan tam olarak iyileşmenizin ne kadar zaman alacağını düşünüyorsunuz ? ay / yıl

15 . Kalça protezi ameliyatı ile ilgili herhangi bir eğitim veya rehberlik aldınız mı ?

- 1) Evet
- 2) Hayır

16. Yukarıdaki soruya yanıtınız " evet " ise kim / kimlerden aldığınızı açıklayınız :

.....

EK . 3 . FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME FORMU

AKTİVİTELER PUANLAR

Maksimum Yürüme Mesafesi

4 blok veya daha fazla (4 sokak ve daha fazla)	15
2 - 3 blok (1 veya 2 sokak)	8
ev içinde	4
yürüyemiyor	0

Yürüme Yardımcılarının Kullanımı

Kullanmıyor	15
Zaman zaman 1 baston / koltuk değneği	12
Sürekli 1 baston / koltuk değneği	8
Sürekli 2 baston / koltuk değneği	6
Walker	4
Tekerlekli sandalye	0

Sandalyeden Kalkma

Normal / hafif kol desteği ile	15
Maksimum eforla	8
Kalkamıyor	0

Merdiven Çıkma

Normal	15
Merdivenleri tek tek çıkma	12
Trabzana tutunarak / yardımcı araçla	8
Çıkamıyor	0

Çalışma Statüsü

Tam gün / yarım gün iş	10
Yok	0

Günlük İşler

Ağır ev işi / alışveriş	10
Sınırlı ev işleri	6
Yapamıyor	0

Ulaşım

Tüm ulaşım araçlarıyla (araba,otobüs, tren)	10
Yalnız araba ile	6
Yapamıyor	0

Alt ekstremite bakımı

Bağımsız	10
Yardımcı gereçle	6
Yapamıyor	0
TOPLAM	100

Aldığı Puan

Hastaneye yatış tarihi.....

I. Kontrol tarihi.....

EK .4. HIP QUESTIONNAIRE (QUESTIONNAIRE ON THE PERCEPTIONS OF PATIENTS ABOUT TOTAL HIP REPLACEMENT)

Item <i>During the past four weeks</i>	Scoring categories
1) How would you describe the pain you usually had from your hip?	1 None 2 Very mild 3 Mild 4 Moderate 5 Severe
2) Have you had any trouble with washing and drying yourself (all over) because of your hip ?	1 No trouble at all 2 Very little trouble 3 Moderate trouble 4 Extreme difficulty 5 Impossible to do
3) Have you had any trouble getting in and out of a car or using public transport because of your hip ? (whichever you tend to use)	1 No trouble at all 2 Very little trouble 3 Moderate trouble 4 Extreme difficulty 5 Impossible to do
4) Have you been able to put on a pair of socks, stockings or tights?	1 Yes, easily 2 With little 3 With moderate difficulty 4 With extreme difficulty 5 No, impossible
5) Could you do the household shopping on your own ?	1 Yes, easily 2 With little 3 With moderate difficulty 4 With extreme difficulty 5 No, impossible
6) For how long have you been able to walk before the pain from your hip became severe ? (with or without a stick)	1 No pain / > 30 minutes 2 16 to 30 minutes 3 5 to 15 minutes 4 Around the house only 5 Not at all
7) Have you been able to climb a flight of stairs ?	1 Yes, easily 2 With little 3 With moderate difficulty 4 With extreme difficulty 5 No, impossible
8) After a meal (sat at a table), how painful has it been for you to stand up from a chair because of your hip ?	1 Not at all painful 2 Slightly painful 3 Moderately painful 4 Very painful 5 Unbearable

- 9) Have you been limping when walking, because of your hip ?
- 1 Rarely / never
 - 2 Sometimes or just at first
 - 3 Often, not just at first
 - 4 Most of the time
 - 5 All of the time
- 10) Have you had any sudden, severe pain - 'shooting' 'stabbing' or 'spasms'- from the affected hip ?
- 1 No days
 - 2 Only 1 or 2 days
 - 3 Some days
 - 4 Most days
 - 5 Every day
- 11)How much has pain from your hip interfered with your usual work (including housework) ?
- 1 Not at all
 - 2 A little bit
 - 3 Moderately
 - 4 Greatly
 - 5 Totally
- 12) Have you been troubled by pain from your hip in bed at night ?
- 1 No nights
 - 2 Only 1 or 2 nights
 - 3 Some nights
 - 4 Most nights
 - 5 Every night



EK . 5 . KALÇA DEĞERLENDİRME ANKETİ

Bu anket kalça eklemizin hakkındaki görüşlerinizi (ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası) öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır(her bir kalça eklemi için ayrı form doldurulacaktır). Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapınız.

Geçen 4 hafta boyunca

1.Kalçanızdaki ağrıyı genellikle nasıl tanımlarsınız ?

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Çok fazla	5

2.Kendi başınıza banyo yaparken veya kurulanırken kalçanızdan dolayı herhangi bir sorunuz oldu mu ?

Hiç rahatsız olmadım	1
Çok az rahatsız oldum	2
Orta derecede rahatsız oldum	3
Aşırı derecede zorlanıyordum	4
Yapmam mümkün değildi	5

3.Kalçanızdan dolayı, ulaşımında arabaya binip, inerken veya toplu taşıma araçlarını kullanırken herhangi bir sorunuz oldu mu ?

Hiç sorunuz olmadı	1
Çok az sorunuz oldu	2
Orta derecede sorunuz oldu	3
Aşırı derecede sorunuz oldu	4
Yapmam mümkün değildi	5

4.Çorabınızı (kısa veya uzun) rahatlıkla giyebiliyor muydunuz ?

Evet, kolaylıkla	1
Çok az zorlukla	2
Orta dereceli zorlukla	3
Aşırı derecede zorlukla	4
Hayır, mümkün değil	5

5.Kendi başınıza eviniz için alışveriş yapabiliyor muydunuz ?

Evet , kolaylıkla	1
Çok az zorlukla	2
Orta dereceli zorlukla	3
Aşırı derecede zorlukla	4
Hayır,yapmam mümkün değil	5

6. Kalçanızdaki ağrı çok fazla olmadan önce ne kadar süre yürüyebiliyordunuz ? (bastonlu veya bastonsuz)

Ağrısız / 30 dakika 'dan fazla	1
16 – 30 dakika	2
5- 15 dakika	3
Sadece evde	4
Hiç yürüyemiyordum	5

7. Bir kat merdiveni çıkabiliyor muydunuz ?

Evet kolaylıkla	1
Çok az zorlukla	2
Orta derecede zorlukla	3
Aşırı derecede zorlukla	4
Mümkün değil	5

8. Yemekten sonra (masada otururken) sandalyeden kalkarken kalçanızdan dolayı nasıl bir ağrı hissediyorsunuz ?

Hiç ağrı olmuyor	1
Hafif ağrı oluyor	2
Orta derecede ağrı oluyor	3
Çok ağrı oluyor	4
Çekilmez/ dayanılmaz ağrı oluyor	5

9. Yürürken kalçanızdan dolayı topallıyor musunuz ?

Nadiren / asla	1
Ara sıra veya yalnızca ilk adımda	2
Sıklıkla yalnızca ilk adımda değil	3
Çoğu zaman	4
Her zaman	5

10. Etkilenen kalçanızı “batıcı”, “keskin” veya “kasılma” şeklinde ani ciddi ağrınız oluyor mu ?

Hiçbir zaman (gün)/ Hayır olmuyor	1
Sadece 1 veya 2 gün	2
Bazı günler	3
Çoğu zaman (günler)	4
Her gün	5

11. Kalçanızdaki ağrı genel olarak işlerinizi ne kadar etkiliyor ? (ev işi dahil)

Hiç etkilemiyor	1
Biraz etkiliyor	2
Orta derecede etkiliyor	3
Büyük ölçüde etkiliyor	4
Tam olarak işlerimi etkiliyor	5

12. Gece yatakta, kalçanızdaki ağrı sizi rahatsız ediyor mu ?

Hiç rahatsız etmiyor	1
Sadece 1 veya 2 gece	2
Bazı geceler	3
Çoğu geceler	4
Her gece	5

EK . 6 . SF 36 TÜRKÇE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve **sorunun sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapınız.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda , şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz ?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor ? (her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ

	<u>Evet çok engelliyor</u>	<u>Evet biraz engelliyor</u>	<u>Hayır pek engellemiyor</u>
a. Koşu ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/ hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d. Bir kaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Bir kaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken ve yıkanırken	1	2	3

4. **Geçen 4 hafta boyunca,** işinizde ve diğer rutin işlerinizde **fiziksel sağlığınıza bağlı olarak** aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi olduğunuz mu ?(evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı azalttınız mı?</u>	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş veya aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?</u>	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk çektiniz mi ?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. **Geçen 4 hafta boyunca,** işinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak,** (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı?
(evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı azalttınız mı?</u>	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <u>daha az dikkatli</u> mi yaptınız ?	1	2

6. **Geçen 4 hafta boyunca,** fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. **Geçen 4 hafta boyunca,** vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AY BOYUNCA

NE KADAR SÜRE

	<u>Her Zaman</u>	<u>Çoğunlukla</u>	<u>Biraz Fazla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Çok Az</u>	<u>Hiç</u>
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu ?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. <u>Sağlığınız</u> akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi <u>sosyal aktivitelerinizi</u> sınırladı mı ?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır ?

	<u>Kesinlikle Doğru</u>	<u>Çoğunlukla Doğru</u>	<u>Emin Değilim</u>	<u>Çoğunlukla Yanlış</u>	<u>Kesinlikle Yanlış</u>
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK . 7 . POSTOPERATİF DEĞERLENDİRME FORMU I

Anket No :

Hastanın Adı Soyadı :

1. Grubu : 1. Deney 2. Kontrol
2. Uygulanan protezin tipi: 1. Çimentolu 2. Çimentosuz 3. Diğer.....
3. Oral analjezik uygulama sıklığı.....
4. IM analjezik uygulama sıklığı.....
5. Antikoagülan tedavi.....
6. Varis çorabı / elastik bandaj
7. Mobilizasyon (yatak dışında baston vb bir yardımcı araçla) (gün).....
8. Solunum egzersizlerini uygulama.....
9. Ayak - bacak egzersizlerini uygulama.....
10. Fizik tedavinin başlaması (postop gün).....
11. Fizik tedavinin süresi.....
12. Hastanede kalma süresi (gün).....
13. Postoperatif komplikasyon tipi:
- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. Komplikasyon yok | 6. Pnömoni |
| 2. Yara enfeksiyonu | 7. Atelektazi |
| 3. Üriner yol enfeksiyonu | 8. Sinir felci |
| 4. Derin ven trombozu | 9. Protez dislokasyonu |
| 5. Kanama | 10. Basınç yarası |
| | 11. Diğer..... |
14. Yürümek için kullandığınız yardımcı araç;
1. Bir baston / Koltuk değneği 2. İki baston / Koltuk değneği 3. Walker
15. Evdeki yaşamınızı nasıl sürdüreceğinize ilişkin bir eğitim aldınız mı?
1. Evet (kim /kimlerden belirtiniz) 2. Hayır
-
16. (15. sorunun cevabı evet ise) Aldığınız eğitim aşağıdaki konulardan hangilerini kapsıyordu ?
- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Yürüyüş | 10. Sakıncalı hareketler |
| 2. Yatağa yatma ve kalkma | 11. Sandalyeye oturma ve kalkma |
| 3. Egzersizler | 12. Yardımcı araçların kullanımı |
| 4. Giyinme | 13. Beslenme |
| 5. Banyo | 14. İlaçlar |
| 6. Yara bölgesinin bakımı | 15. Kontroller |
| 7. Ev işleri | 16. Ulaşım |
| 8. Merdiven çıkma | |
| 9. Gelişebilecek önemli durumlar ve alınabilecek önlemler (vücut ısı artması, bacakta ağrı şişlik ve kızarıklık vb) | |

POSTOPERATİF DEĞERLENDİRME FORMU II

(Ameliyattan 3 ay sonra)

1. Hastaneden taburcu olduktan sonra evde size yardımcı olan birisi var mıydı ?

1.Evet, her zaman 2. Evet, bazen / ara sıra 3. Hayır, hiçbir zaman

2.Hastaneden taburcu olduktan sonra sıklıkla zorluk yaşadığınız durumları belirtiniz.

1. Yürüyüş
2. Yatağa yatma ve kalkma
3. Sandalyeye oturma ve kalkma
4. Egzersizler
5. Giyinme
6. Banyo
7. İlaçlar
8. Yara bölgesinin bakımı
9. Ev işleri
10. Ulaşım
11. Diğer.....

3. Evdeki egzersizlerinizi düzenli olarak uyguladınız mı ?

1. Evet 2. Bazen 3. Hayır

4. İyileşmeniz sırasında (3 ay içinde) kalça protezinizle doğrudan ilişkili olan veya olmayan sağlık sorunlarınız oldu mu ?

1. Evet (belirtiniz): 2. Hayır

.....

EK . 8 .
KALÇA DEĞERLENDİRME ANKETİNİN GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN
UZMANLAR

- Prof.Dr.Güler Aksoy I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği ABD
- Prof. Dr. Resa Aydın..... I.Ü.İstanbul Fakültesi Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon ABD
- Prof. Dr. Kamerya Babadağ..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- Prof. Dr. Nejat Güney..... I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji ABD
- Prof. Dr. Remzi Tözün..... I.Ü.İstanbul Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji ABD
- Prof. Dr. Önder Yazıcıoğlu..... I.Ü.İstanbul Fakültesi Ortopedi ve
Travmatoloji ABD
- Doç.Dr. Neriman Akyolcu..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği ABD
- Doç. Dr. Türkinaz Aştı..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- Doç.Dr. Nevin Kanan..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği ABD
- Doç. Dr. Gülsün Taşocak..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Hemşirelik Öğretimi ABD
- Yard. Doç. Dr. Rengin Acaroğlu..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- Sema Ünalın..... I.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu İngilizce Okutmanı
- Dr. Günay Can..... I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
ABD
- Aslı Alan..... Boğaziçi Üniversitesi Mezunu – Orta
Doğu Teknik Üniversitesi Yüksek Lisans
Öğrencisi

EK . 9 . HASTA ÖĞRETİM FORMATI

Hasta Öğretim Formatı' nın içeriği aşağıda sıralanan başlıklarda ele alınmıştır.

I. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi : Total kalça protezi ameliyatı

öncesi eğitim içerik olarak; protez ameliyatı ve nedeni hakkında bilgilendirmenin yanı sıra kabulde, ameliyat öncesi , ameliyatta ve ameliyattan sonra ne beklenildiği ve yapılacak işlemler hakkında hazırlığı kapsar.

Hasta Kabulü Eğitimi : İçerik olarak hasta ve ailesinin üniteye oryantasyonunu, uygulanacak işlemlerle ilgili bilgi verilmesini, normal kalça eklemi, etkilenen kalça ekleminin fizyopatolojisi ve yapay eklem protezinin açıklanmasını kapsar.

Ameliyata Hazırlık Eğitimi : İçerik olarak ameliyattan bir gün öncesi ve ameliyat sabahı hakkındaki bilişsel, duyuşsal ve işlevsel bilgilendirmeyi kapsar. Bunlar ;

- Başetme yöntemlerinin (gevşeme, endişelerin paylaşılması, dalgınlık vb.) öğretilmesi,
- Rutin preoperatif işlemlerin gözden geçirilmesi (kan ve idrar analizleri , kan grubu, akc. grafisi, EKG vb.),
- Anestezi muayenesi (uygulanacak anestezi türü),
- Gastrointestinal sistem hazırlığı (gece yarısından sonra ağızdan bir şey almaması ve lavman yapılması),
- Ameliyat bölgesinin deri hazırlığı (banyo ve duş gereksinimi, ameliyat bölgesinin bakterisid sabunla temizliği ve tıraş edilmesi),
- Uyku ve istirahatın sağlanması,
- Mücevher, protez, gözlük, lens ve makyaj vb. çıkarılması,
- Ameliyat gömleği ve tromboembolik çorapların giydirilmesi,
- Premedikasyon yapılması ve bu sırada deneyimlenecek duyular,
- Hasta odasından ameliyathaneye transferi.

Ameliyat Sırası Eğitimi : İçerik olarak hastanın ameliyathaneye gitmesinden sonra tekrar yatağına dönünceye kadar deneyimleyeceği bilişsel, duyuşsal ve işlevsel bilgilendirmeyi kapsar. Bunlar ;

- Ameliyathane oryantasyonu,
 - Enjeksiyon ve inhalasyon yolu ile anestezinin verilmesi,
 - Anestezi uygulanırken deneyimlenecek duyular,
 - Ameliyat süresi ve detayları,
- Ayılma odasının (konumu ve malzemesi) tanıtılmasıdır.

Ameliyat Sonrası Eğitimi : İçeriğinde ameliyattan taburculuğa kadar geçen

süreç ile ilgili bilişsel, duyuşsal ve işlevsel bilgilendirmeyi kapsar. Bunlar;

- Hasta odasına geri dönme,
- Yapılacak gözlemlerin sınıflandırılması,
- Anesteziyi izleyen fiziksel ve duyuşsal değişiklikler,
- Yara bölgesindeki ağrı ve hassasiyet,
- Yatak içindeki pozisyon (bacakları abduksiyonda tutmak ve içe rotasyonlarını önlemek için abduksiyon yastığının kullanımı),
- Yatak istirahatinin süresi (24 - 48 saat sonra hekim tarafından tanımlanan bir yürüme yardımcısı ile ayağa kaldırılması),
- Pozisyon değişimi (bacakların abduksiyonda tutulması için bacak arasındaki yastığın korunması)
- Hareketsizlik sırasında uygulanacak egzersizler,
 - Öksürme ve derin solunum,
 - Ayak egzersizleri (dorsi - plantar fleksiyon),
 - İzometrik gluteal ve quadriceps egzersizleri,
 - Etkilenmeyen ekstremitenin pasif hareketi,
- Beslenmeye geçiş (ilk 24 saat ağızdan bir şeyin alınmayacağı, zaman ilerledikçe tolere edilebilen düzenli bir diyetle geçilebileceği, beslenmede sıvıların ve lifli gıdaların önemi),
- Hareket ve yürümek için kullanılan yardımcı araçların kullanımı(walker, baston ve koltuk değneği vb.),
- Yataktan kalkarken hissedilecek duygular,
- Sandalyede oturma, yataktan kalkma ve yatma teknikleri,
- Yara drenlerinin işlevi ve çıkarılması,
- Dikişlerin alınması,
- Röntgen ile protez pozisyonunun araştırılması,
- Yorgunluk, halsizlik ve uyku halinin genel belirtileri,
- Ağrı kontrolü ve rutin ağrı tedavisi,
- İstirahat ve gevşeme gereksinimi,
- Fizik tedavinin yeni kalçanın çevresindeki kasları güçlendirmek, kalça hareketini arttırmak ve yürümek açısından önemi,
- Taburculuk zamanı ve poliklinik randevuları.

II. Taburculuk Öncesi Evde Bakım Eğitimi : İçerik olarak

hastanın, hastaneden taburcu olduktan sonra evdeki yaşamını bağımsızca ve güvenli bir biçimde sürdürmesi ile ilgili bilgilendirmeyi kapsar. Bunlar;

• Ağrı yönetimi

- Ağrıyı azaltan yöntemler periodik dinlenme, gevşeme ve ilgiyi başka yöne çekme vb.),
- İlaçlar (etkileri, yan etkileri ve uygulanması).

• Yara bakımı

- Yara bakımı ve pansuman değişimi (yarayı temiz ve kuru tutmak),
- Yara enfeksiyonu belirtileri (ağrı ,drenaj, şişme, ateş vb.).

• Tehlikeli belirti ve bulgular,

- Derin ven trombozu (uylukta ağrı, ven hattı boyunca kızarıklık vb.),
- Nörovasküler zedelenme (ayak ve bacakta duyu kaybı, soğukluk, solgunluk, uyuşukluk),
- Enfeksiyon (ateş ,titreme, kızarıklık , yaradan akıntı vb.),
- Protez dislokasyonu / çıkması (aniden artan ağrı, bacağın hareket etmesinde güçlük,bacağın kısalması vb.).

• Hareket,

- Yardımcı araçların kullanımı (yükseltilmiş tuvalet oturağı , banyo sandalyesi, giyinme yardımcıları vb.),
- Kalça eklemine ağırlık verme sınırları (walker, koltuk değneği ve baston kullanımı) ,
- Aktiviteleri dereceli olarak artırma ve önerilen egzersiz programına uyma,
- Boş zamanlarını değerlendirmede yapabileceği aktiviteler, kısıtlama ve özgürlükleri (golf ve yüzme),
- Yürümek için gerekli girişimler ve merdiven çıkma,
- Uyuma, yatağa yatma ve banyo yapma,
- Ev işleri,
- Ulaşım (hekim tarafından önerilinceye veya 3. aya kadar araba kullanmama),
- Normal aktiviteye dönüş.

• Sakıncalı hareketler,

- Otururken, kalkarken ve yatarken bacak / ayak bileğini çaprazlamak,
- Alçak sandalyede oturmak, diz-bacak açısı,
- Uzun süre ayakta durmak ve oturmak,
- Belden aşağı eğilmek,
- Ayağın iç rotasyonu,

- Cinsel yaşam için önerilen ve önerilmeyen pozisyonlar.

• **Öz bakım**

- Banyo ve giyinme,
- Erken iyileşme döneminde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde aile ve arkadaş desteğinden yararlanma.

• **İlaçlar**

- Verilen ilaçların amacını, uygulama yolunu, dozunu, programını ve bildirilmesi gereken yan etkileri (antikoagülan , antibiyotik vd.).

• **Evdeki güvenlik önlemleri**

- Merdiven çıkarken trabzan kullanma,
- Alçak topuklu ayakkabılar giyme,
- Zeminden elektrik kabloları, halı, paspas vb. düşmelere neden olabilecek objelerin kaldırılması.

• **Beslenme**

- İyileşmeyi hızlandırmak ve konstipasyonu önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin bir diyet önerilmesi (kilo almadan kaçınma).

• **Bakımın izlenmesi**

- Tam iyileşme sağlanıncaya kadar hekim, fizik tedavi randevularını izleme,
- Gerektiğinde arayabileceği kişi ve telefonların verilmesi.

EK .11. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN 9 SAĞLIK KAVRAMI BULGULARI

Tablo 11.1 : SF 36 Ölçeği Fiziksel Fonksiyon Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	FİZİKSEL FONKSİYON		t p
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde	21.59±15.76	15.71±16.52	1.19 0.24
Ameliyattan 3 Ay Sonra	75.45±13.79	42.38±18.81	6.59 0.001***
t	12.24	4.79	
p	0.0001***	0.0007***	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.2 : SF 36 Ölçeği Sosyal Fonksiyon Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SOSYAL FONKSİYON		t p
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde	45.95±31.66	50.79±31.34	0.50 0.61
Ameliyattan 3 Ay Sonra	81.31±17.61	62.96±23.65	2.89 0.006**
t	5.45	1.48	
p	0.0001***	0.18	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.3 : SF 36 Ölçeği Fiziksel İşlev (Rol) Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	FİZİKSEL İŞLEV (ROL)		t
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	p
Hastaneye Kabulde	6.81 $\pm$ 23.37	1.19 $\pm$ 5.45	1.07 0.28
Ameliyattan 3 Ay Sonra	71.59 $\pm$ 14.28	14.28 $\pm$ 21.75	5.84 0.001***
t	6.33	2.58	
p	0.0001***	0.02*	

* Anlamlı p< 0.05 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.4 : SF 36 Ölçeği Mental İşlev (Rol) Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MENTAL İŞLEV (ROL)		t
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	p
Hastaneye Kabulde	40.90 $\pm$ 45.92	25.39 $\pm$ 36.37	1.22 0.22
Ameliyattan 3 Ay Sonra	90.90 $\pm$ 25.57	39.68 $\pm$ 37.44	5.26 0.001***
t	4.88	2.12	
p	0.0011**	0.051	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.5 : SF 36 Ölçeği Mental Sağlık Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MENTAL SAĞLIK		t p
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde	48.54±21.60	56.00± 26.29	1.01 0.31
Ameliyattan 3 Ay Sonra	80.54±13.36	60.19±20.64	3.85 0.001***
t	8.51	0.66	
p	0.0001***	0.88	

*** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.6 : SF 36 Ölçeği Enerji (Zindelik) / Yorgunluk Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ENERJİ (ZİNDELİK) / YORGUNLUK		t p
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde	41.81±18.80	37.38± 25.91	0.64 0.52
Ameliyattan 3 Ay Sonra	78.40±14.83	60.47±25.88	2.80 0.008**
t	10.26	3.57	
p	0.0001***	0.003**	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.7 : SF 36 Ölçeği Ağrı Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AĞRI		t
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde	18.68±12.27	26.45±26.17	1.15
Ameliyattan 3 Ay Sonra	85.85±18.83	68.78±21.55	2.77
			0.008**
t	14.26	7.40	
p	0.0001***	0.0001***	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.8 : SF 36 Ölçeği Genel Sağlık Anlayışı Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI		t
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Hastaneye Kabulde	59.36±23.45	58.00±19.10	0.20
Ameliyattan 3 Ay Sonra	91.86±8.59	68.00±16.03	6.12
			0.001***
t	7.23	2.37	
p	0.0001***	0.033**	

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

Tablo 11.9 : SF 36 Ölçeği Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler Alt Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	GEÇEN YIL SÜRESİNCE SAĞLIKTAKİ DEĞİŞMELER		t
	Deney Grubu (n=22)	Kontrol Grubu (n=21)	
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	p
Hastaneye Kabulde	36.36 $\pm$ 26.42	35.71 $\pm$ 32.18	0.07
Ameliyattan 3 Ay Sonra	94.31 $\pm$ 10.72	73.80 $\pm$ 24.33	0.94
t	10.01	4.54	3.60
p	0.0001***	0.0012**	0.001***

** İleri derecede anlamlı p< 0.01 *** Çok ileri derecede anlamlı p< 0.001

11. ÖZGEÇMİŞ

1967 yılında Manyas' da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1985 yılında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Sağlık Lisesi'nden mezun oldu. Aynı yıl İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu' nu kazanarak bir yandan Üniversite öğrenimi sürdürürken diğer yandan mecburi hizmetini yapmak üzere İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Ameliyathane Hemşiresi ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde Supervisor olarak çalıştı. 1989 yılında mezun olduğu İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda 1991 yılında araştırma görevlisi olarak göreve başladı.

1989 yılında başladığı İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Yüksek Lisans Programı'ndan tez aşamasında ayrıldı.

1994 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda " Hemşire Yöneticilerin İş Tanımları" konulu tez çalışmasıyla Yüksek Lisans eğitimini tamamladı.

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği ve Bakırköy Huzurevi Derneği üyesidir.

Halen Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi olan **Merdiye Şendir** evli, bir çocuk annesi olup İngilizce bilmektedir.

TOTAL KALÇA PROTEZİ

Yeniden Yürümek

99166

K.No : 1129



Uzman Hemşire MERDİYE ŞENDİR

İstanbul - 1998



Bu kitapçığın resimlendirilmesinde; kapak ve 4., 8. sayfalarda **Total Hip Replacement- walking again**(16)' den (sırası ile 2.,3., 8.,4. sayfalarındaki) ; 5., 12., 13., 15., 16., 17., 19., 20., 22. sayfalarda **After Total Hip Replacement- living with your new hip**(7)' den (sırası ile 4.,6.,8.,9.,10.,12. sayfalarındaki); 6.,7.,9.,18.,21.,22.,23. sayfalarda ise **Total Hip Replacement-it's a joint effort** (14)' dan (sırası ile 5.,6.,8.,9.,16.,17.,18.,19. sayfalarındaki) yararlanılmıştır.

T 99166

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

I. TOTAL KALÇA PROTEZİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	4
• Kalça Eklemnin Yapısı.....	4
- Sağlıklı Kalça	4
- Sorunlu Kalça.....	4
• Kalça Protezi ve Yararları.....	5
• Total Kalça Protezi Ameliyatının Riskleri	5
II.HASTANEYE YATIŞ VE AMELİYATA HAZIRLIK.....	6
• Ev Hazırlığı.....	6
• HastaneyeYatış Hazırlığı.....	7
• Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı.....	9
• Ameliyat Sabahı Hazırlığı.....	9
III.AMELİYAT VE AMELİYATTAN SONRA HASTANEDEKİ İYİLEŞME ÖNEMİ.....	10
• Ameliyat Sırası.....	10
• Ameliyat Sonrası.....	11
• Hastanedeki İyileşme Dönemi.....	11
- Egzersizler.....	12
- Ayağa Kalkmak.....	14
- Oturma.....	16
- Yürüme.....	17
- Dikkat Edilecek Önemli Sınırlamalar.....	17
IV.EVDE BAKIM VE İYİLEŞME DÖNEMİ.....	19
• Günlük Aktiviteler.....	19
• Evde Güvenlik.....	21
• Egzersiz.....	22
• Yara Bakımı.....	22
V.YENİ KALÇA EKLEMİ İLE YAŞAMAK İÇİN ÖNERİLER.....	24
VI.KAYNAKLAR.....	27

ÖNSÖZ

Siz ve aileniz ortopedist hekiminizle birlikte **Total Kalça Protezi Ameliyatına** karar verdiniz. Ağrılı ve sertleşmiş bir kalça günlük yaşamdaki basit şeyleri yapmanızı engelleyebilir. Kalça ağrısı ve sertliğinin artmasıyla birlikte hareket yeteneğinizde azalma olduğunu fark etmektesiniz. Böyle bir durumda, yalnızca basit yürüyüş ve sandalyeden kalkmak bile ağrınızı arttırmaktadır. Oysa total kalça protezi, size şimdikinden daha serbest ve daha rahat hareket imkanı sağlayacak, ağrınızı giderebilecek güvenli bir tedavidir.

Teknolojideki ilerlemeler kalça sorununuzu yapay kalça eklemi ile gidermek için çeşitli malzemeler sunmuştur. Birçok türü olan protezlerin en önemli özelliği, kendi vücudunuzdaki kalça gibi birbirleriyle birleşen bir baş ve o başa uygun bir yuvadan oluşmasıdır. Ortopedist hekiminiz kalçanız ile ilgili sorunu dikkatle teşhis ettikten sonra sizin için en iyi ve uygun protez seçecektir. Bu seçim yapıldığında bilmeniz gereken önemli konu, total Kalça Protezli 100 hastanın 90 ile 95 'inin kalçalarındaki protezler 15 seneden daha uzun süre sorunsuz olarak işlevini yapmaktadır. Ayrıca yeni kalçanızdan en verimli şekilde yararlanmanız için ameliyat öncesi hazırlıklarda, ameliyatı izleyen günlerdeki bakım, ameliyat sonrası hastanede ve evde iyileşme döneminiz süresince yapmanız gerekenler hemşireniz ve diğer sağlık personeli (fizyoterapist gibi) tarafından sağlanacaktır.

Yeni kalça protezinizle yeniden sağlıklı yaşama dönmeniz için gereken tüm bilgileri, sizin ve ailenizin katılımı ve bu kitapçığın yardımı ile öğreneceksiniz

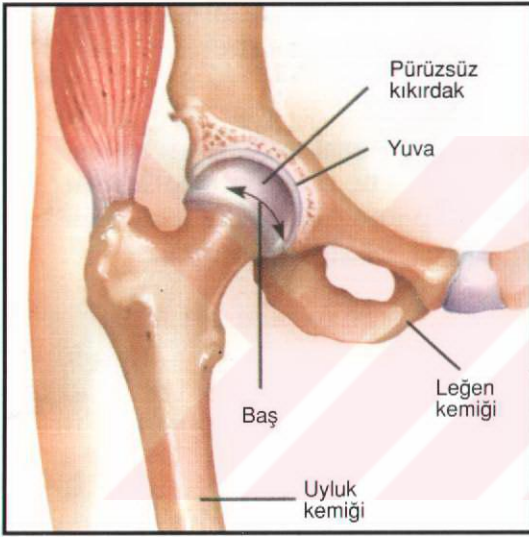
Not : Bu kitapçık yalnızca sizin bilgilendirilmenize yardımcı olmak için hazırlanmıştır; herhangi bir hekim tavsiye veya tedavisi yerine kullanılmamalıdır.

I. TOTAL KALÇA PROTEZİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Kalça Ekleminin Yapısı :

Kalçanızın yapısını iyi kavrarsanız, iyileşme döneminde neler yapacağınızı daha iyi anlayabilirsiniz. **Kalçanız, uyluk kemiğinin leğen kemiği ile birleştiği bir baş ve ona uygun yuva şeklindeki bir eklemdir.** Bu tür bir eklem kalçanızın bütün yönlerde daha serbest bir şekilde hareket etmesine olanak sağlar. Vücuttaki en büyük kemik olan uyluk kemiğinin (femur) , leğen kemiğine doğru uzanan “boyun” kısmı daralır ve top biçiminde bir “baş”la son bulur. Leğen kemiği içindeki kavisli bir yuvaya yerleşen kıkırdakla kaplı uyluk başını bağlar, doğru pozisyonda tutar. **Eklem kıkırdağı** adı verilen parlak, düz pürüzsüz bir madde hem uyluk kemiğinin hem de leğen kemiğinin uç kısımlarını kaplar . Eklemi çevreleyen ince zar, eklemi yağlayan küçük sıvılar üretir. Böylece top biçimindeki uyluk kemiği başı, yuvanın içinde rahatça hareket eder. Normal kalça ekleminin yapısı çoğu kez, eklem iltihabı ve kırık gibi nedenlerle bozulabilir (4,5,7,9,10,13,14,16).

Sağlıklı Kalça



Sağlıklı kalçada; pürüzsüz kıkırdak ve kemik yüzeyi uyluk kemiği başının, leğen kemiği içindeki yuvasında rahatça kaymasını sağlar. Eklemi çevreleyen kaslar, ağırlığınızı desteklediğinde yumuşak bir şekilde ağrısız hareket edebilirsiniz (9,10, 14,16).

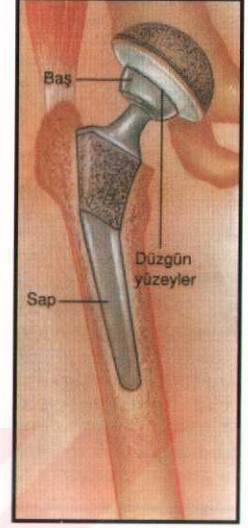
Sorunlu Kalça



Sorunlu kalçada; eklem kıkırdağı aşınarak pürtüklü bir duruma gelir ve yastık olma görevini sürdüremez. Kemiklerin birbirine sürtünmesi sonucu zımpara kağıdı gibi aşınma meydana gelir. Bacağınızı hareket ettirdiğinizde başın yuvaya sürtünmesiyle ağrı ve hareket kısıtlaması olur (9,10,14,16).

Kalça Protezi ve Yararları

Kalça proteziniz (çimentolu veya çimentosuz); Kendi kalçanızdakine benzer parçalara sahiptir. Genellikle metalden yapılan baş kısmı uyluk kemiğinin başı; plastik veya metalden yapılan yuva, leğen kemiğindeki yuva yerine geçer. Denge için protezin baş kısmı, uyluk kemiğine yerleşen uzun bir sapa sahiptir. Sağlıklı bir kalça gibi protezin de tüm sürtünen yüzeyleri pürüzsüz ve kaygandır. Ameliyatınızı gerçekleştirecek hekiminiz kemik yapınızı ve yaşınızı göz önüne alarak size konulacak protezin çimentolu veya çimentosuz olmasına karar verecektir. Çimento, protezi kemiğe tutturmaya yarayan bir diş dolgu malzemesine benzer. Çimentosuz protezler ise kemiğin içine sıkıca oturtulur. Kemik protezin çevresini sardığı için protez sabitleşir (9,10,14,16)



Size Sağlayacağı Yararlar: Total kalça protezi ameliyatının esas amacı ; ağrınızın ortadan kaldırılması ve kalça eklemimize hareket serbestliği kazandırılmasıdır. İyileştiğinizde rahat ve ağrısız bir şekilde yürüyebilir; günlük işlerinizi yapabilirsiniz.

Total Kalça Protezi Ameliyatının Riskleri

Bütün büyük ameliyatlarda olduğu gibi total kalça protezi ameliyatının da belirli riskleri vardır. Protez ameliyatı olmuş 100 hastadan ancak 2 ile 8'inde bu riskler görülebilir. En sık görülen riskler aşağıda sıralanmıştır (4,5,9,10,13,14,16):

Enfeksiyon : Cerrahlar ve hastanedeki ekip enfeksiyon riskini azaltmak için birçok önlem alır. Bu önlemlerden biri olarak, çoğu zaman ameliyat olmadan önce kalça eklemi ve yaradaki bakteriyi azaltmak için antibiyotik kullanılır.

Tromboz (Kanın pıhtılaşması) : Ameliyattan sonra bacakdaki toplar damarlarda meydana gelir ve sıklıkla bu pıhtılar kan hücreleri ile akciğer, beyin gibi hayati organlara hareket edebilir. **Bundan kaçınmak için çeşitli önlemler alınabilir. Bunlar :**

- Erken ayağa kalkma ve egzersiz,
- Basınç uygulayan elastik çoraplar,
- Kanın pıhtılaşmasını azaltan ilaçlardır.

Kanama : Genellikle total kalça protezi ameliyatlarının birçoğunda ortaya çıkar. Risk olarak düşünülmemelidir.

Dislokasyon (Protezin yerinden çıkması) : Yapay eklem başı, yuvanın dışına çıkabilir. Bunu önlemek için ameliyattan sonra öğretilenin dışındaki bacak hareketlerine dikkat edilmelidir.

Bazı uygulamalarda enfeksiyona bağlı olmadan erken dönemde protez gevşemeleri görülebildiği söylenmektedir.

II. HASTANEYE YATIŞ VE AMELİYATA HAZIRLIK

Ev Hazırlığı :

Yeni bir kalça eklemine sahip olduktan sonra yaşamınızı bununla sürdürmek için bazı güvenlik kurallarını uygulamak zorunda kalacaksınız. **Sizin daha çabuk iyileşmenizi sağlayacak ve yeni kalçanızın yerinden çıkmasına engel olacak kurallardan biri daima dizleriniz kalçanızdan aşağıda kalacak şekilde oturmak, alçak sandalye ve koltuklardan kaçınmaktır.** Bu nedenle ameliyattan önce evde bazı değişiklikler yapıp yapılmayacağını kontrol etmeniz iyi bir fikir olacaktır(9,14,16).

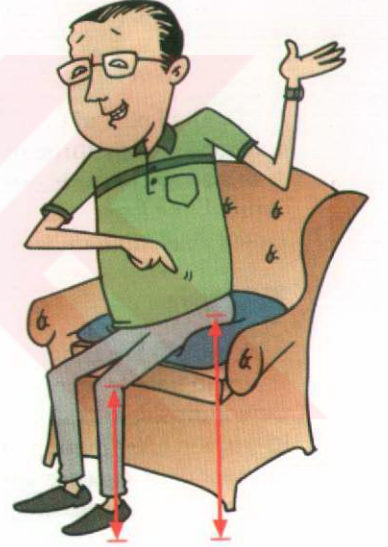
Yaşadığınız Yeri Nasıl Kontrol Etmelisiniz ?

- ◇ Yatağınızın kenarına,
- ◇ En sık oturduğunuz sandalyeye,
- ◇ Kanepeye,
- ◇ Klozete,
- ◇ Arabanızın koltuğuna otururken,

Dizleriniz kalçanızdan aşağıda kalıyor mu ?

Uygun olmayan eşyalarınızın yüksekliğini değiştirmek zorunda kalacaksınız !

(Sandalyenize, kanepenize ve araba koltuğunuza yastıklar; tuvaletinize de yükselten bir oturma eklersiniz!)



Dizlerinizi kalçanızdan aşağıda tutunuz

Ameliyattan önce bu düzenlemeler için zamanınız olmazsa, siz eve gelene kadar aileden bir kişi bu sorunların çözümünde size yardımcı olabilir.

Hastaneye Yatış Hazırlığı :

Hastaneye yatarken aşağıda belirtilen listedekileri yanınızda getirmeyi unutmayınız !

- Tabanı kaymayan topuk kısmı kapalı terlik,
- Diz uzunluğunda bir sabahlık veya üst giysisi,
- İç çamaşırı (2 takım),
- Şampuan, diş macunu ve fırçası, deodorant ve sabun gibi temizlik malzemeleri,
- Kullanmakta olduğunuz ilaçların listesi (Her birini hangi dozda ve hangi sıklıkta aldığınızı gösteren bir liste),
- Kan grubu kartınız,
- Alerjiniz varsa (gıdaya, giysiye, ilaca vb.) her birine nasıl tepki gösterdiğinizin bir listesi,
- Gözlük, işitme aleti gibi protezler ile günlük kullandığınız diğer eşyalar,
- Bardak, sürahi(su), çatal, bıçak, kaşık, peçete, tuvalet kağıdı, havlu, lastikli çarşaf, nevresim, yastık kılıfı (beyaz),
- Radyo,TV, kitap, el işi vb.



(Tüm eşyalarınızın üzerine adınızı ve soyadınızı yazan bir etiket yapıştırmayı unutmayınız!)

Kan Gereksinimi : Bazen total kalça protezi ameliyatı sırasında veya sonrasında kan nakline gereksinim olabilir. Bu kanı nasıl elde edeceğiniz hekiminiz tarafından size açıklanacaktır(9,14).

İzin Formu :Ameliyattan önce bir izin formu imzalamanız istenecektir. Bu hekiminizin size ameliyatı ve taşıdığı riskleri anlattığını yazan, yasal bir belgedir. Bu formu imzalamakla ameliyat olmak istediğinizi ve taşıdığı riskleri bildiğinizi söylemiş olursunuz. Formu imzalamadan önce ameliyat ve sonuçları hakkında sorularınız varsa hekiminize danışınız (2, 4, 14).



Ameliyat Öncesi Testler : Hekiminiz tarafından kalça sorununuzu değerlendirmek için ağrı ve hareket kaybının derecesini de belirleyen dikkatli bir muayene yapılır. Hastaneye ameliyattan birkaç gün önce kabul edilerek ameliyat için gerekli muayene ve testleriniz tamamlanır. EKG (Kalp elektrosu), göğüs röntgeni çektirilir ve kan testleri yaptırılır. Herhangi bir alerji hikayesi ve ilaçlara anormal reaksiyonu hatırlatmak gerektiği unutulmamalıdır.

Ayrıca diş çürüğü, idrar yolu enfeksiyonu gibi enfeksiyon Kaynakları araştırılır. Cerrahınız, sizin sağlıklı ve

Ameliyat için hazır olduğunuzdan emin

Olmak için bu testlerin sonuçlarını

Inceleyecektir. Her cerrah

Kendi yöntemini

İzlemekle birlikte

Uygulamada

Birkaç farklı

Ayrıntı olabilir

(2,3,9,10,14,16).



Kilo

Aspirin

Sigara

veriniz

kullanmayınız

içmeyiniz

Ameliyattan Önce ;

- **Aspirin kullanmamanız** (2 hafta öncesinden başlayarak),
- **Sigarayı bırakmanız,**
- Yeni kalça eklemimizin yükünü azaltmak için **fazla kilolarınızı vermeniz** istenebilir.

Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı:

Ameliyattan önceki gece yarısından sonra bir şey yememeli ve içmemelisiniz, fakat ilaç almanız gerekiyorsa birkaç yudum su içebilirsiniz. Günlük olarak insülin, kalp veya tansiyon ilaçları kullanıyorsanız bu durumu hekiminiz veya hemşirenizle görüşünüz.

Onlar gereksiniminiz olan herhangi bir ilacı kaçırmamanızı sağlayacaklardır.

Ameliyata hazırlıkta hemşireniz vücut ve ameliyat bölgesinin temizliğinde size yardımcı olacaktır (1,4,5,10,12,14,16).



Ameliyat Sabahı Hazırlığı :

Hemşireniz sizi ameliyata ve ameliyathaneye hazırlayacaktır. **Ameliyata gitmeden önce ;**

- Takma dişler, işitme cihazları vb.
 - Saç tokaları, peruk vb.
 - Mücevher,
 - Gözlük, kontak lens ve
 - Tırnak cilanızı
- çıkartmayı unutmayınız !**



Ameliyat boyunca eşyalarınızın ailenizde durmasını sağlayınız. Odanızdan ayrılmadan önce ailenizle kısa bir görüşme yapmanız sağlanabilir. Ameliyat günü rahatlamanıza yardımcı olacak bir iğne yapılabilir. Ayrıca ameliyatta kan ve ilaçların verilmesi için bir damar içi kanül yerleştirilir. İç çamaşırlarınızı çıkaracak ve üzerinize yalnızca ameliyat gömleği giyeceksiniz. Daha sonra bir görevli tarafından sedye ile ameliyathaneye götürüleceksiniz. Ameliyatınız sırasında ailenizin sizi beklemesi için uygun bir yer gösterilecektir.

Kalça ameliyatı genellikle 1,5 - 3 saat arası sürer. Ameliyattan sonra ayılma odasında da bir süre kalacaksınız, böylece ameliyat bölümündeki toplam süreniz 3 - 6 saat arasında olacaktır. Ameliyathanedeki görevliler tarafından gelişmeler hakkında ailenize bilgi verilecektir(9,10,14,16).

III.AMELİYAT VE AMELİYATTAN SONRA HASTANEDEKİ İYİLEŞME DÖNEMİ

Ameliyat Sırası:

- ⇒ Ameliyathanede birçok sağlık personeli sizinle birlikte olacaktır. Bunlar; ameliyatınızı gerçekleştirecek **ortopedist-cerrah ve asistanlar**, anestezinizi verecek **anestezi uzmanı ve asistanı** ile ameliyatınıza yardımcı olacak **hemşirelerdir**.
- ⇒ Cerrahınız ve anestezi uzmanı sizin için en iyi anesteziyi seçecektir. Bu nedenle ameliyatı hissetmeyeceğinizden emin olunuz.
- ⇒ Kolunuzdaki damara yerleştirilen kanülden ameliyat boyunca kaybettiğiniz sıvıları telafi edecek serumlar, kan, ağrı kesici, antibiyotik ve diğer ilaçlar verilecektir.
- ⇒ Mesanenize (idrar torbası) yerleştirilen bir sonda ile aldığınız çıkardığınız sıvı takip edilebilir. Sonda genellikle ameliyattan sonraki gün çıkarılır.
- ⇒ Yara bölgesinde biriken kan ve sıvının akışını sağlamak için bir tüp yerleştirilir. Bu tüp ameliyattan sonra 2 -3 gün içinde, diğer bütün tüpler ise siz hastaneden ayrılmadan önce çıkartılmış olacaktır.
- ⇒ Kalça proteziniz yerleştirilip ameliyatınız tamamlandıktan sonra yeni eklemınızı kontrol etmek amacıyla bir röntgen çekilecektir.
- ⇒ Ameliyat yarası dikiş veya agrafla kapatıldıktan sonra ayılma odasına alınacaksınız.
- ⇒ Ayrıca bacaklarınızdaki kan dolaşımına yardımcı olacak uzun elastik çoraplar giydirilecektir(9,10,14,16).

Ameliyat Sonrası :

- * Ameliyattan sonra en az bir saat ayılma odasında kalacaksınız. Bu sırada kan basıncınız ve nabzınız çok yakından izlenecektir. Daha sonra odanızdaki yatağınıza götürüleceksiniz.
- * Bacaklarınızın arasındaki bir yastık, yeni kalçanızı en iyi pozisyonda tutmak için kullanılabilir. Başlangıçta sıkıntı verebilir fakat dönerken bu yastığı bacaklarınızın arasında korumalısınız. Yastığı ne kadar süre kullanacağınız hekiminizin kararına bağlıdır.
- * Ağızdan yiyip içinceye kadar sıvılar damar yoluyla verilir. Ameliyattaki kan kaybını yerine koymak için sıklıkla kan nakli yapılabilir.
- * Ameliyattan sonra rahat bir şekilde hareket etmenizi sağlayacak ağrı kesiciler size enjeksiyon veya tablet şeklinde verilebilir. Ameliyattan önce hekiminizle ağrı kesici seçenekleriniz hakkında konuşabilirsiniz.
- * Uzun süre yatakta yatmak akciğerlerde sıvı birikimine ve baş dönmesine neden olabilir. Akciğerlerde sıvı birikmesi iyileşmenizi yavaşlatabilir ve hastanede kalma sürenizi uzatabilecek zatürreye neden olabilir. Bu durumu önlemek için **en az 2 saatte bir derin solunum ve öksürük egzersizleri yapmalı; yatağınızda uzun süreli yatmamalı ve oturur duruma gelmelisiniz (1,9,10,14,16).**

Hastanedeki İyileşme Dönemi :

- ◇ **Hastanedeki iyileşme döneminiz boyunca en önemli nokta, kalça ekleminizin pozisyonunu gerektiği şekilde tutmanızdır.**
- ◇ **Ameliyattan sonraki ilk gün sırtınızı dik pozisyonda, kalça eklemeni bükmeden düz tutmanız, bacaklarınızı çaprazlamamanız ve aralarına konan yastığı korumanız gerekir.**

Cerrahınız ve fizyoterapistiniz size yapmanız gereken hareketleri anlatacaklardır. Fizyoterapist kalça ekleminizin bükülme sınırı ve gücünü, oturma ve ayağa kalkma yeteneğinizi kontrol ederek hangi egzersizleri yapacağınızı ve kalçanızın hareket yeteneğini nasıl arttıracığınızı açıklayacaktır(1,7,9,10,14,16).

Ameliyatın etkilerini en aza indirecek ve hareketinizi kolaylaştıracak egzersizlerin bir kısmı aşağıda gösterilmiştir.

Egzersizler :

Kan Dolaşımını Arttıran Egzersizler: Hafif egzersizler kaslarınızı güçlendirmeye, hareket yeteneğinizi arttırmaya aynı zamanda da dolaşım sorunlarını önlemeye yardımcı olur. **Her saatte** veya **iki saatte bir** aşağıdaki egzersizleri **iki bacağınıza** da **beş kez** veya fizyoterapistinizin önerdiği şekilde uygulamanız gerekir. Kaslarınızı gevşek tutmak ve ağrıyı azaltmak için kaslarınızı sıkarken nefes alın ve gevşetirken nefes veriniz (3,7,9,14,16).

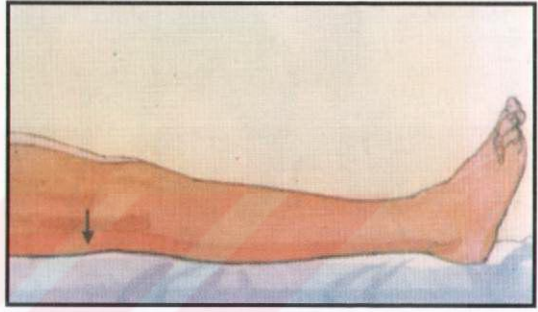
Baldır Kasları :

Ayağınızı ayak bileğinizden aşağı ve yukarı hareket ettiriniz.



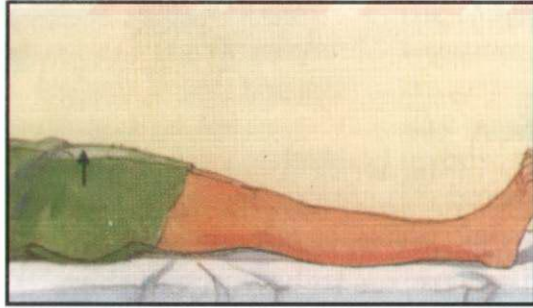
Uyluk Kasları :

Dizlerinizin arkasını yatağa doğru bastır ve 5 saniye böyle tutup gevşetiniz.



Uyluk Arkası Kasları :

Her iki kalçanızı birleştirerek sıkın ve Kalçanızı hafifçe yataktan kaldırınız. 5 saniye böyle tutup gevşetiniz.



Kalçalar :

Bacağınızı kendinize doğru çekmek için bir havlu veya atkı kullanın, bunun yardımı ile ayağınızı yatağınızın üzerinde kaydırınız. Sonra ayağınızı başlangıç noktasına geri döndürünüz. Kalçanızı 90° ye kadar giderek artacak şekilde bükebilirsiniz.



Kas Güçlendirici Egzersizler: Öncelikle basit egzersizler iyileşmenizi hızlandıracağı gibi kısa sürede bağımsız yürümenize de yardımcı olacaktır. Egzersiz yaparken sağlam bir yere tutunduğunuzdan emin olunuz. Her egzersizi 10 defa, günde 2 kez veya fizyoterapistinizin önerdiği şekilde yapınız(7).

Diz Kaldırma :

Ameliyatlı bacağınızı 90 ° den fazla olmayacak şekilde göğsünüze çekiniz (ayağınızı yerden yaklaşık 20 cm kaldırın). Bacağınızı tekrar aşağı bırakınız(Resimdeki açığa dikkat ediniz).



Bacağı Yana Açma :

Bacağınızı yana doğru götürünüz. Kalçanızın,dizinizin ve ayağınızın vücudunuzdan ileride durduğundan emin olunuz. Bu duruşu 3 -5 saniye koruyun ve hafifçe bacağınızı eski haline getiriniz.



Bacağı Geriye Atmak :

Bacağınızı geriye doğru götürüp sırtınızı kamburlaştırmadığınızdan emin olmak için bir elinizi belinize koyunuz. Sonra tekrar eski pozisyonunuza dönünüz.



Ayağa Kalkmak :

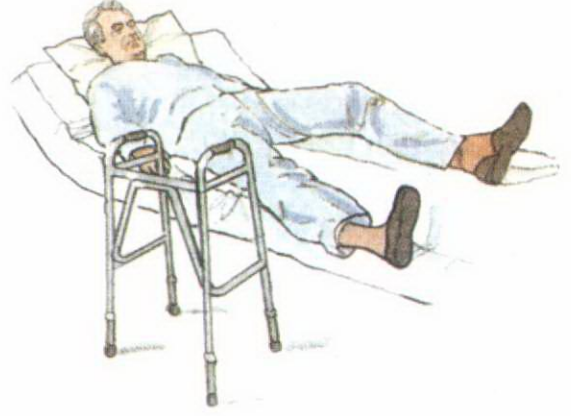
Ameliyattan 2- 3 gün sonra ayağa kalkabilirsiniz. Cerrahınız kalça protezinizin çimentolu veya çimentosuz olmasına göre yeni kalça eklemine ne kadar ağırlık verebileceğinizi söyleyecektir (Çimentolu kalça protezlerine hemen ağırlık verilirken, çimentosuz olanlara yaklaşık 6 hafta ağırlık verilmeyebilir). Bununla birlikte güvenlik açısından, hekiminizin önerisine göre bir çift koltuk değneği, yürüteç veya kanadyen koltuk değneğine gereksinim duyulacaktır(7,9,10,14,16). Ayağa kalkmanız ve yürümeye başlamanız fizyoterapistinizin yardımıyla olacaktır. Yatağınızdan ilk kalktığınızda kendinizi güçsüz ve sıkıntılı hissedebilirsiniz. **Mümkün olduğunca kendi gücünüzü kullanarak kalkmaya çalışınız; ne kadar erken ayağa kalkarsanız o kadar erken kendi başınıza yürüyebileceksiniz.**

Unutmayınız ki tüm sağlık ekibi üyeleri sizi desteklemeye hazır olmakla birlikte iyileşmeniz büyük ölçüde kendi çabanıza bağlıdır!

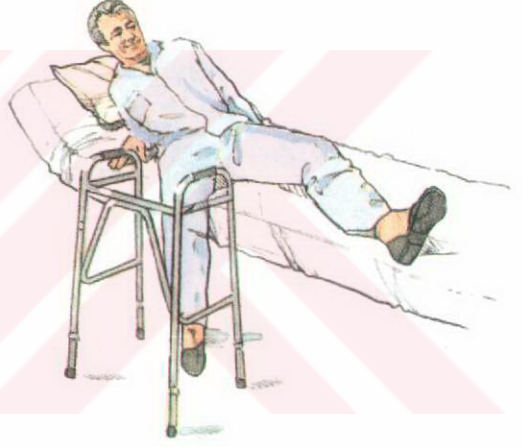
Bundan sonra hastanede kalmanızın amacı , size yataktan nasıl kalkacağınızı, ayakta nasıl duracağınızı, oturacağınızı ve yürüyebileceğinizi öğretmek ve böylece bu hareketleri tek başınıza yapabilir hale gelmenizi sağlamaktır.

İyileşmenizi hızlandırmak için size önerilen sınırlamalara uyunuz ve egzersizlerinizi düzenli yapınız !

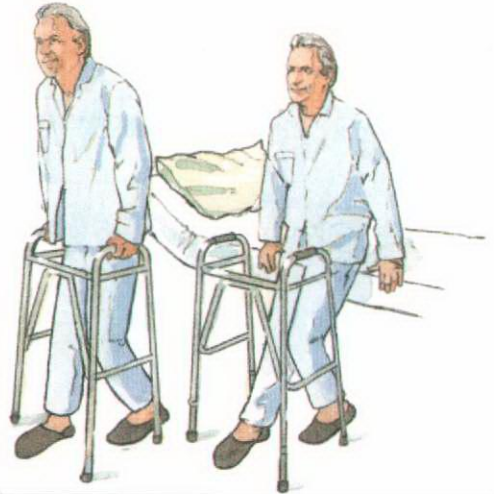
Ameliyatlı bacağınızın olduğu taraftan yatağınızdan çıkınız. Fizyoterapistiniz ameliyatlı bacağınızı nasıl hareket ettireceğinizi size öğretecektir.



Dirseklerinizle yataktan destek alarak kalçanızın üzerinde kalkınız. Vücudunuzu düz olarak, ameliyatlı bacağınızı yataktan dışarıda tutunuz ve bacağınızı döndürmeyiniz.



Ameliyatlı bacağınızı düz tutacak şekilde yatağınızın kenarına oturunuz. Ayağa kalkmak için kendinizi öne doğru iterken fazla eğilmeyiniz.



Oturma :

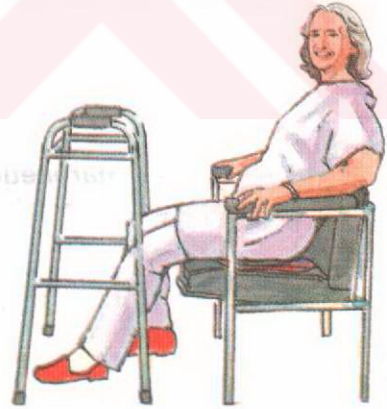
Düz arkalı, yüksek oturaklı ve kollu sert sandalyeler kullanınız. Dizlerinizin arkası sandalyeye temas edinceye kadar geri gidiniz.



Sandalyenin kenarlarına dayanarak ameliyatlı bacağınızı önde düz tutun ve kendiniziöne eğmeden yavaşça oturunuz.



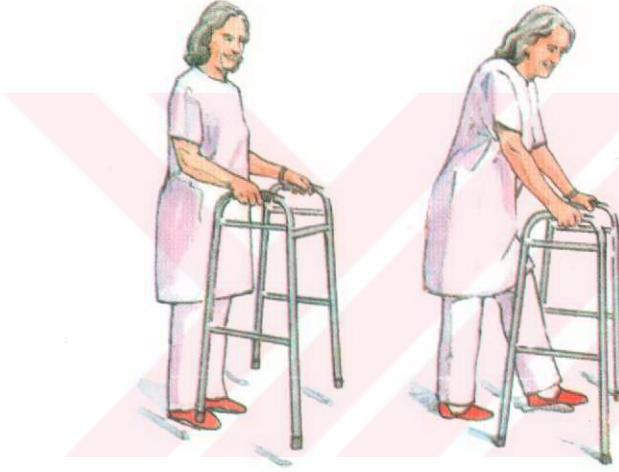
Sandalyeye oturun ve arkanıza yaslanınız. Ayağa kalkmak için yukarıdaki hareketleri tersten uygulayınız. Tuvalete de aynı şekilde oturunuz(7).



Yürümek :

Kalçanızı düzgün tutarak yürütecini ortasına doğru yürüyünüz. Kalçanızı korumak için kalçanızı ve ayağınızı döndürmekten kaçınınız.

Yürütecini yukarı doğru kaldırınız (eğer tekerlekleri yoksa). Adım atmadan önce dört bacağının da yere değdiğinden emin olunuz.



Koltuk değnekleri kullanırken ağırlığınızı koltuk altlarınıza değil avuç içlerinize veriniz. Dönmek için eğilmeyin, onun yerine küçük adımlar atınız. Kalçanıza vereceğiniz ağırlık ile ilgili önerileri uygulayınız(7).



Dikkat Edilecek Önemli Sınırlamalar:

Kalça protezi ameliyatından sonra yeni kalçanızın yerinden çıkmasını önleyecek bazı güvenlik kurallarına uymanız gerekecektir. **Aileniz ve arkadaşlarınız, evdeki hareketleriniz ile ilgili hekiminizin önerilerini uygulamanızda size yardımcı olabilirler.** Özellikle iyileşmenin birkaç ayında bu önemlidir.

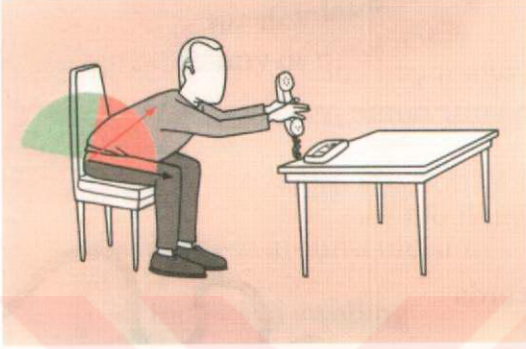
- ⇒ Oturduğunuzda **dizlerinizi** daima **kalçanızdan aşağıda** tutunuz.
- ⇒ Hemşireniz veya fizyoterapistinizle arabaya binme, arabadan inme , banyo yapma, giyinme ve yemek pişirme gibi işlerin nasıl yapılacağını konuşunuz.

Hastaneden ayrılmadan önce;

- Yatağa yatma ve kalkma,
- Yürüteciniz veya koltuk değneğinizle yürüme,
- Banyo yapma ve banyodan çıkma,
- Merdiven inip, çıkma,
- Arabaya binme ve arabadan inme **hareketlerinin yapılış şekillerini öğreneceksiniz.**

Sağlık ekibi üyeleri sık sık size kalça ile ilgili hareketleriniz için gerekli önlemleri hatırlatacaktır. Hekiminizle ameliyattan sonra ne kadar süre bu kuralları uygulamanız gerektiğini konuşunuz (1,3,4,5, 7,9,10,13,14,16).

YAPMAYIN



Kalçanızı 90° den fazla bükmeyin !



Dizleriniz vücudunuzun orta hattını geçmesin !



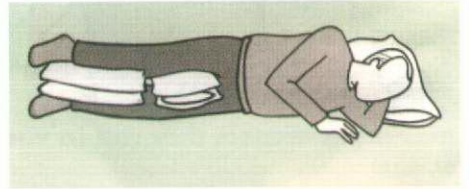
Ayaklarınızı içe döndürmeyin !

YAPIN

Belden aşağı eğilmeyin!



Uyurken bacaklarınızın arasına yastık koyun !



Öncelikli Kurallar !

- Sırtüstü uyuyunuz ve bacaklarınızın arasına yastık yerleştiriniz,
- Yatarken veya otururken bacak bacak üstüne atmayınız ve ameliyatlı bacağınızı vücudunuzun orta hattına getirmeyiniz,
- Alçak sandalyeye oturmayınız; oturduğunda dizlerinizi kalçanızdan aşağıda tutunuz,
- Belden aşağı eğilmeyiniz(namaz kılıyorsanız 1 sene sandalyede kılınız),
- Ayaklarınızı içe döndürmeyiniz,
- Çömelerek / eğilerek hiçbir iş yapmayınız. Hatta 1 sene süre ile alaturka tuvalete girmeyiniz.

IV.EVDE BAKIM VE İYİLEŞME DÖNEMİ

Günlük Aktiviteler :

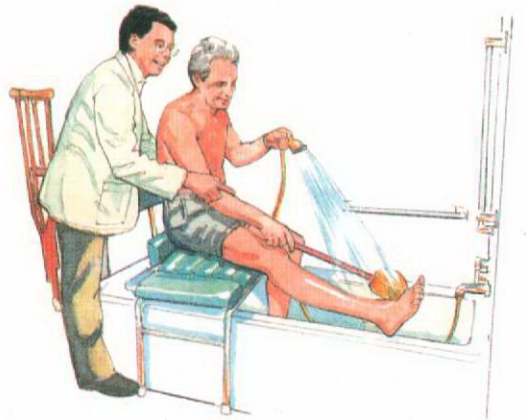
Hastanedeki iyileşme süreciniz tamamlandığında hekiminiz sizi taburcu edecek ve hemşireleriniz eve gitmek için hazırlanmanıza yardımcı olacaklardır. Taburcu olmadan önce genellikle dikişleriniz ve pansumanınız alınmış olacaktır. Bazen hekiminiz dikişlerinizi daha sonra almayı planlayabilir. Evde kullanmanız gereken ilaçlar verilebilir. Hastaneden ayrılmadan önce hekiminiz ve fizyoterapistiniz günlük işlerinizi güvenli bir şekilde nasıl gerçekleştireceğinizi size göstereceklerdir. Ayrıca evdeki iyileşme sürecinizde gerekli diğer bilgiler de verilebilir. Aksi halde siz de aklınıza gelebilecek soruları yazılı bir liste haline getirerek sorabilirsiniz(1,7,9,10,14,16).

Giyinme :

Çorap ve ayakkabınızı özel yardımcı araçlarla giymelisiniz.

Banyo:

Banyo yaparken kalçanızı kullanarak eğilmemek için uzun saplı sünger, duş hortumu ve yüksek banyo taburesi kullanınız.



Ev İşleri ve Yemek Yapmak :

Yerdeki ve sizden uzaktaki malzemeleri yakalamak için ucu maşaya benzer bir alet kullanınız. Eşyaları uygun yüksekliğe yerleştiriniz (cepli önlük küçük şeyleri taşımada yardımcı olur).

Arabaya Binmek :

Arabaya yolcu olarak bindiğinizde koltuğun tamamen geri çekildiğinden emin olunuz. Koltuk hizasına doğru alçalarak oturunuz ve geriye yaslanarak vücudunuzu çeviriniz. Ameliyatlı bacağınızı her zaman önde ve düz tutunuz.



Araba Kullanmak : Kalçanıza ağırlık vermeye başladıktan sonra araba kullanmanız, sizin için daha güvenli olacaktır. Yine de arabaya binip inerken dikkatli olmalı ve arabayı kullanmak için asfalt yolu tercih etmelisiniz(9,10,14,16).

Yeniden Çalışmaya Başlamak : İşe dönüş süreniz yaptığınız işe göre değişebilir. Kalçanıza ters pozisyonlarda, yüksek yerlerde çalışma veya ağır kaldırmayı gerektiren bir iş uygun olmayabilir. Hekiminizle konuşunuz (9,10).

Boş Zamanlarını Değerlendirme Aktiviteleri : Yürüme, yüzme yararlı olabilir ve bu nedenle de önerilir. Fakat kuvvetli ve yarışır gibi yüzmekten ilk 3 ay içinde kaçınılmalıdır. Kalçanızı aşırı bükmeden ayakta, hafif bahçe işleri yapılabilirsiniz. Bu işler için uzun el araçları kullanmak yararlı olur. Kayak yapma ve uzun mesafe yürüme gibi ağır sporlar önerilmez(9,10).

Cinsel Yaşam : Kalçayı bükmeden düz/ sırtüstü yatış pozisyonu önerilir. Ancak hareket rahatlığı kazandıktan ve hekiminizle görüştükten sonra ameliyatlı bacak üstüne yatış bir alternatif olabilir (5,9,13).

Evde Güvenlik :

İyileşmenizi ve uyumunuzu hızlandırmak için evinizde güvenli bir çevre oluşturacak şekilde düzenlemeler yapınız !

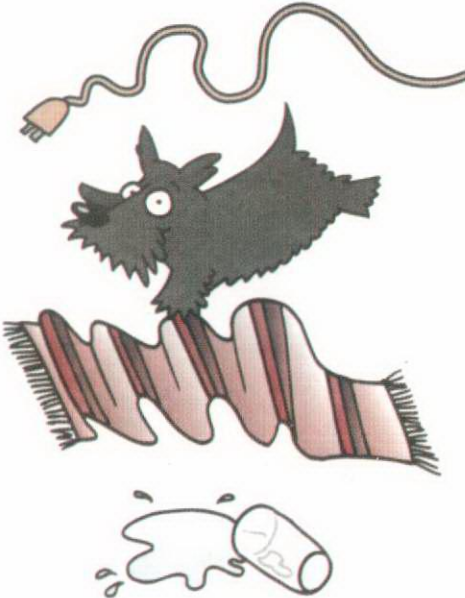
Geçmişte evinizdeki bazı sıradan görünen durumlar sizin için tehlikeli olabilir(4,7,9,10,14,16).

Tehlikeyi gidermek ve güvenli bir çevre sağlamak için ;

- Yerdeki uzun telefon veya elektrik kablolarını kaldırınız,
- Oturak kısmı alçak koltuklarınıza bir yastık ekleyiniz,
- Zemindeki gevşek halı ve kilimleri kaldırınız, etrafınızda koşuşan ev hayvanları ve yerlerde küçük objeler bulundurmayınız,
- Sık kullandığınız eşyaları kolayca ulaşılabilir yerlere koyunuz.

Dengenizin bozulacağını göz önüne alarak ;

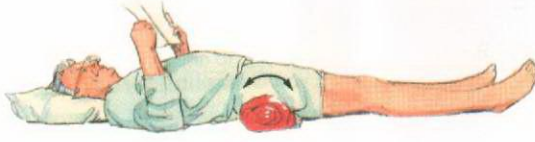
- Güvenliğiniz için merdivenlerde korkuluk bulundurunuz,
- Islak ve kaygan zeminlerdeki su birikintilerine dikkat ediniz,
- Buz ve yosun tutmuş yerlere/ merdivenlere basmayınız,
- Eşyaları taşımak için tekerlekli araba kullanınız.



Egzersiz :

Eve geldiğinizde hastanede öğrendiğiniz egzersiz programına devam ediniz. Uyluk kaslarınızı gergin ve yeni kalça eklemınızı esnek tutmak için egzersizler yapınız. Normal günlük yaşamınıza başlayınca gücünüzü ve dayanıklılığınızı tekrar kazanacaksınız. Yürüme mesafenizi giderek arttırabilir;toz almak gibi basit ev işlerine başlayabilirsiniz(7,9,12,14).

Kalça : Ameliyatlı kalçanızın altına katlanmış bir battaniye veya yastık koyarak uzanın ve gerilmeyi hissederek 5 dakika bu pozisyonda durunuz. Bu hareketi günde 4 defa; her öğünden ve uyumadan önce uygulayabilirsiniz.



Uyluk : Sert bir sandalyenin kenarına oturunuz. Dizinizi geriye doğru bükün ve 10 saniye bu pozisyonda durunuz. Günde 4 defa 10 ' ar kez bu egzersizi yapınız.



Yara Bakımı :

Her gün ameliyat bölgenizi kontrol ediniz. **Aşağıdaki durumlardan birini fark ettiğinizde mutlaka hekiminizi arayınız !**

- Yüksek ateş (37.5 °C ve üstü)
- Yaradan akıntı, koku,
- Yara çevresinde kızarıklık,
- Yara çevresinde artan şişlik,
- Kalça eklemi çevresinde ağrı,
- Göğüs ağrısı,
- Göğüs yangısı,
- Solunumla ilgili problemler,
- Uyluk ağrısı ya da bacaklarda şişlik,
- Ayaklarda renk ve sıcaklık değişikliği.

Dikişleriniz veya agraflarınız ameliyattan 10 - 14 gün sonra alınacaktır. Bir kaç hafta içinde yaranız iyileşecek, şişlikler ve zedelenmiş yerler düzelecektir (3,4,5,13,14).



Özel Yardımcı Araçlar :

Yeni kalçanız için gerekli önemlere dikkat ederken işleri kendi başınıza yapmanıza yardımcı olacak özel aletlerden yararlanabilirsiniz(1,7,14). Bunlar;

- **Giyinme araçları;** iç çamaşırınızı ve pantolonunuzu giyip çıkarmada size yardımcı olacaktır.
- **Uzun ayakkabı çekeceklerini** ayakkabılarınızı giyerken kullanabilirsiniz.
- **Esnek ayakkabı bağcıkları** kullanarak önceden bağlanmış ayakkabıları hemen giyebilirsiniz.

Bunların yararlı olacağını düşünüyorsanız fizyoterapistiniz bunları edinmenize yardımcı olabilir. Kalçanız ile ilgili önlemleri uygularken bu yardımcı araçların nasıl kullanılacağı size öğretilecektir.

Bu araçların bazıları aşağıda gösterilmiştir:

. Banyo süngeri



. Yükseltilmiş tuvalet oturağı

. Giyinme aracı



. Ayakkabı çekeceği



. Çorap giyme yardımcısı

V.YENİ KALÇA EKLEMİ İLE YAŞAMAK İÇİN ÖNERİLER

Dikkat ! Yaşamınızı yine eskisi gibi bağımsız ve sağlıklı sürdürmeyi istediğiniz için bu işleme karar verdiniz .

Bu nedenle;

- ♦ **Çekingen olmayınız gereksiniminiz olduğunda yardım isteyiniz.** Amacınız işlerinizi tek başınıza yapabilmenizdir fakat tam olarak iyileşinceye kadar yeni kalçanıza dikkat etmek zorundasınız. Aileniz, arkadaşlarınız bu dönemde size yardımcı olabilirler ve evinizi daha güvenli hale getirmeye çalışırlar. Bu şekilde işlerinizi kendinizi incitmeden yapabilirsiniz. **Çok fazla işi çok erken yapmaya başlayarak kendinizi riske atmayınız.**
- ♦ Eve döndüğünüzde eski alışkanlıklarınızla hareket etmeniz doğaldır. Ancak özellikle de iyileşmenin ilk döneminde yeni kalçanızla eskisi gibi rahat hareket edemeyeceksiniz. **Aşırı eğilme ve ani hareketlerden kaçınmak için her hareketten önce bir proteziniz olduğunu hatırlayınız.**
- ♦ Evdeki 2. - 6. aylarda ve iyileşmenizin ileri döneminde **yaptığınız egzersizlerle kas gücünüzü ve dayanıklılığınızı arttırabilirsiniz.** Yürüme mesafeniz giderek uzar; araba sürebilir, yardımcı araçları daha az kullanabilir ve yüzme gibi faaliyetleri yapabilirsiniz . Ameliyatınızdan kaynaklanan ağrılarınız zamanla azalacak ve faaliyetleriniz arttıkça çabalarınızın karşılığını göreceksiniz. Bu dönemde **bakımınızın bir parçası olarak hekim kontrollerinizi sürdüreceksiniz.**
- ♦ **Yürüme programlarını günlük yaşamınızın bir parçası haline getiriniz.** Yürümeniz daha da kolaylaştığında düzenli bir program uygulayınız. Günde **10 dakikalık üç kez** yürüyüşle başlayıp, günde **15 dakikalık iki yürüyüş** yapınız ve sonunda günde **bir kez 30 dakikalık yürüyüşe** geçiniz.
- ♦ **Normal bir yürüyüş için rahat hareketlerle yürümek önemlidir.** Yürürken kendinizi aynadan izleyin veya biri sizi izlesin. Eşit adımlarla mı yürüyorsunuz ? Ağırlığı her iki ayağa eşit dağıtıyor musunuz ? İki ayakta da topuktan parmağa basıyor musunuz ? Ayaklarınız dışa dönük basıyor mu?

- ◆ **Daha fazla bağımsız olmak için iyileşme programına uymalı ve bunun için devamlı bir şekilde çalışmalısınız.** Önce kısa mesafeli getir götür işleri, sonra kısa yürüyüşler yaparak sonraları daha uzun mesafeleri yürüyebilirsiniz. Attığınız her adımda biraz daha fazla gitmek için kendinize söz veriniz.
- ◆ **Yeni kalçanız vücudunuz için oldukça büyük yabancı bir maddedir.** Vücudunuzun başka yerlerindeki iltihaplardan (enfeksiyonlardan) sıçrayan mikroorganizmalar yeni kalçanızda iltihaba neden olabilir. **Herhangi bir enfeksiyon belirtisi (idrar yolu enfeksiyonu, diş absesi vb.) görüldüğünde bir an önce hekiminizi arayın, erken tedavi ile sorun giderilebilir.**
- ◆ Dişinizle ilgili ya da kalp kateterizasyonu gibi bir işlem yaptırmadan, herhangi bir ameliyat olmadan önce **dişçinize veya hekiminize durumunuzu anlatınız;** işlemden önce enfeksiyonu önlemek için antibiyotik gerekebilir.
- ◆ İyileşmenizi hızlandırmak ve kabızlığı önlemek için beslenmenizde protein, lif ve vitaminlerden zengin besinlere ağırlık veriniz.
- ◆ **Yeni kalçanız** havaalanında ve bazı bina girişlerinde bulunan **metal saptama araçlarını uyarabilir.** Hekimünüz yanınızda taşımanız için bir belge verebilir.
- ◆ Kalça protezi ameliyatı ile ağrınız ve kalçadaki sertlik büyük ölçüde azalacaktır. Fakat tedaviniz burada bitmez. **Her yeni bir alet gibi kalçanızın yaşam süresi de ona nasıl bakacağınıza bağlıdır. Hekiminizin randevularını düzenli bir şekilde izlemeli ve önerilerine uymalısınız.** Önemli bazı noktalara dikkat ederek ailenizin ve sağlık bakım ekibinizin destekleri ile tamamen iyileşebilir ve eski faaliyetlerinize dönebilirsiniz(1,3,4,5,7,9,10,11,13,14,16).

Şimdi bilgileriniz yeni iken hekiminize sormak istediğiniz soruları not alınız. Örnek: Kalça için önlemleri ne kadar uygulamalıyım ?

[illegible]

Not : Kitapçıkla ilgili veya farklı sorularınız için İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Elemanı **Merdiye Şendir**'i arayabilirsiniz.
Tel: 0212 / 224 26 18

VI. KAYNAKLAR

1. Canobbia, M. M.: Mosby's Handbook of Patient Teaching. Mosby Year Book Co. St Louis, 1996.
2. Cox, J. :A plan for preoperative preparation of patients having total joint replacement surgery, **Orthop Nurs.** 6(1), pp. 14 - 15 ,34-37, 1987.
3. Güler, M., Tosun, M.,Uslu,T.: Tıbbi Artroplasti Rehabilitasyonu, Tıbbi Rehabilitasyon. Ed.H.Oğuz, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti. İstanbul , 1995.
4. Harkness,G.H. , Dincher,J.R.: Medical Surgical Nursing-Total Patient Care. 9th Ed., Mosby Co., St Louis, 1996 .
5. Ignatavicius, D.D., Workman, M. L.,Mishler,M.A. : Medical - Surgical Nursing, A Nursing Process Approach. 2nd Ed., 1_2, WB Saunders Co., Philadelphia, 1995.
6. Lichtenstein,R., Semaan,S., Marmar, E.C.: Development and impact of a hospital -based perioperative patient education program in joint replacement center , **Orthop Nurs.** 12(6), pp. 17-23, 1993.
7. Navarro,P. : After Total Hip Replacement - Living with Your New Hip. Krames Com., San Bruno - CA, 1994.
8. Orr, P.M.: An educational program for total hip and knee replacement patient as part of a total arthritis center program, **Orthop Nurs.** 9(5), pp.61-69, 1990.
9. Paterson, J.M.H. : Total Hip Replacement - All you need to know. The Health Information Network, Stanmore Middlex, 1989.
10. Phillips, H.: A Patient's Guide to - Hip and Knee Replacement - Your Pocket Consultant. Jarrold Pub., Norwich-England, 1989.
11. Santavirta, N., Sarvimaki, A.,Lillquist,G. : Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery, **Int J Nurs Stud.** 31(2), pp.135-142, 1994.
12. Sashika,H.,Matsuba,Y.,Watanabe, Y.: Home program of physical therapy: effect on disabilities of patients with total hip arthroplasty. **Arch Phys Med Rehabil.** Vol:77, pp.273-277, 1996.
13. Smeltzer,S.C.,Bare,B.G. : Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 8th Ed., Lippincott Co., Philadelphia, 1996.
14. Whittington, C.F., Mc Daniel,, W.S. : Total Hip Replacement-It's a Joint Effort. Pritchett& Hull Associates, Inc., NAON Health Education, Atlanta-GA , 1996.
15. Wong, J. Wong,S. : A randomized controlled trial of new approach to preoperative teaching and compliance, **Int J Nurs Stud** . 22(2), pp.105-115, 1985.
16. ----- : Total Hip Replacement- Walking Again. Krames Com., San Bruno- CA, 1994.

