



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TOTAL KALÇA PROTEZİ GEÇİREN BİREYLERİN
TABURCULUK SONRASI YAŞADIKLARI
KOMPLİKASYONLARIN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS
ALİ BALKAN

DANIŞMAN
DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ ZÜLEYHA SEKİ

ARALIK, 2019
MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TOTAL KALÇA PROTEZİ GEÇİREN BİREYLERİN TABURCULUK
SONRASI YAŞADIKLARI KOMPLİKASYONLARIN BELİRLENMESİ

ALİ BALKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 09.07.2019

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 08.11.2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Züleyha SEKİ

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖSE

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

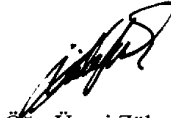
ARALIK, 2019

MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün/...../..... tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi **Ali BALKAN**'ın "**Total Kalça Protezi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonların Belirlenmesi**" adlı tezini incelemiş ve aday **08/11/2019** tarihinde saat **14.30'da** jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** olduğuna **oy birliği** ile karar verildi.



Dr. Öğr. Üyesi Züleyha SEKİ

Tez Danışmanı



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖSE



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Total Kalça Protezi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonların Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



09/12/2019

Ali BALKAN

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ		
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU		
YAZARIN		
Soyadı: BALKAN		
Adı :ALİ	Kayıt No: 10312386	
TEZİN ADI		
Türkçe: Total Kalça Protezi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonların Belirlenmesi		
Y. Dil: Determination of Complications of Patients Undergoing Total Hip Replacement After Discharge		
TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans	Doktora	Sanatta Yeterlilik
(x)	0	0
TEZİN KABUL EDİLDİĞİ		
Üniversite	: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	
Fakülte	: Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Enstitü	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Diğer Kuruluşlar:		
Tarih	:	
TEZ YAYINLANMIŞSA		
Yayınlayan	:	
Basım Yeri	:	
Basım Tarihi	:	
ISBN	:	
TEZ YÖNETİCİSİNİN		
Soyadı, Adı : SEKİ, Züleyha		
Ünvanı : Dr. Öğr. Üyesi		

TEZİN YAZILDIĞI DİL: TÜRKÇE		TEZİN SAYFA SAYISI:113	
TEZİN KONUSU (KONULARI):			
1. Total kalça protezi 2. Komplikasyonlar 3. Taburculuk			
TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELEER:			
1. Total Kalça Protezi 2. Hemşirelik Eğitimi 3. Komplikasyon 4. Taburculuk			
İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELEER:			
1. Total Hip Arthroplasty 2. Nursing Education 3. Complication 4. Discharge			
1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum		O	
2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir		O	
3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir		O	
Yazarın İmzası :		Tarih : 09/12/2019	

İTHAF



Aileme ve Sevdiklerime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında hem eğitim hayatıma kattığı bilgisi, deneyimi ve tecrübesiyle hem de kişiliğiyle örnek aldığım ve bana çok şey katan sevdiğim ve çok değer verdiğim tez danışmanı hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Züleyha SEKİ'ye,
Mesleki eğitimimde ve gelişimimde bana destek olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖSE' ye

Tezimin istatistiksel değerlendirme ve analiz kısmında desteğini sunan Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Emre DEMİR'e,

Mesleki olarak çalıştığım ve arkadaşlık yaptığım hayatım boyunca unutmayacağım güzellikler yaşadığım Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Akademik ve İdari tüm personellerine,

Sadece tez çalışmam boyunca değil, yaşamın her aşamasında yanımda olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim çok değerli dostlarım Arş. Gör. Cemile ÇELEBİ ve Arş. Gör. Dr. Çiğdem BİLGE'ye,

Tüm eğitim hayatım boyunca eğitim aldığım bütün hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Hayatın bütün zorluklarını yaşamalarına rağmen, en kötü durumda olsa dahi bana ve kardeşlerime en güzel hayatı yaşatmak uğrına çaba gösteren ve ömür tüketen haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim değerli ANNEM, BABAM ve kardeşlerime,

Kalbimin en güzel yerinde olan ve her zaman desteğini arkamda hissettiğim biricik eşim hemşire Songül BALKAN'a ve tez süresinde bize güzel bir sürpriz yapan oğlum Ömer'e

TEŞEKKÜRÜ BORÇ BİLİRİM.

İÇİNDEKİLER

YEMİN.....	iv
İTHAF	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
ÖZET.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalça Eklemi ve Anatomisi.....	4
2.2. Total Kalça Protezi.....	6
2.2.1. Çimentolu (Sementli) Total Kalça Protezi.....	7
2.2.1.1. Çimentolu (Sementli) Kalça Protezinin Endikasyonları.....	7
2.2.1.2. Çimentolu (Sementli) Kalça Protezinin Kontrendikasyonları	7
2.2.2. Çimentosuz (Sementsiz) Total Kalça Protezi	8
2.2.2.1. Çimentosuz (Sementsiz) Total Kalça Protezinin Uygulanabileceği Durumlar	8
2.2.2.2. Çimentosuz (Sementsiz) Total Kalça Protezinin Uygulanamadığı Durumlar	8
2.2.3. Total Kalça Protezi Uygulanabileceği Durumlar	8
2.2.4. Total Kalça Protezi Ameliyatının Uygulanamadığı Durumlar	9
2.3. Total Kalça Protezinde Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	10
2.3.1. Psikolojik Hazırlık	10
2.3.2. Fizyolojik Hazırlık	10
2.3.2.1. Kardiyovasküler Sistem	11
2.3.2.2. Pulmoner Sistem	11
2.3.2.3. Üriner Sistem	11
2.3.2.4. Hepatik Sistem	12

2.3.3. Yasal Hazırlık.....	12
2.3.4. Hasta eğitimi	13
2.3.4.1. Egzersizler.....	14
2.3.5. Ameliyat Günü Hazırlığı.....	15
2.4. Total Kalça Protezinde Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakım.....	16
2.4.1. Hasta Güvenliği.....	17
2.4.2. Pozisyon Verme	17
2.4.3. Çalışan Güvenliği.....	18
2.4.4. Ameliyat Sırasındaki Hemşirelik Girişimleri.....	18
2.5. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı.....	18
2.6. Total Kalça Protezinde Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım.....	19
2.6.1. Dolaşımın Sürdürülmesi	20
2.6.2. Ağrı Kontrolü	21
2.6.3. Kanama Kontrolü ve Dolaşımın Sürdürülmesi	21
2.6.4. Cilt Bütünlüğünü Sağlama	21
2.6.5. Enfeksiyon.....	22
2.6.5.1. Enfeksiyon gelişimine önlemeye yönelik girişimler	22
2.6.5.2. Hemşirelerin sorumlulukları	23
2.6.6. Hareket	23
2.6.7. Kalça Çıkışı	24
2.7. Total Kalça Protezi Sonrası Taburculuk Eğitimi	25
2.7.1. Yara Bakımı.....	26
2.7.2. Pozisyon	26
2.7.3. Egzersiz ve Hareket.....	27
2.7.4. Öz bakım	29
2.7.5. Evde alınması gereken güvenlik önlemleri	29
2.7.6. Beslenme	29
2.7.7. İlaç Kullanımı	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırma Yöntemi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	32
4. BULGULAR.....	36

5. TARTIŞMA	68
SONUÇ	78
ÖNERİLER.....	80
KAYNAKLAR	82
ETİK KURUL KARARI	94
ÖZGEÇMİŞ	95



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	36
Tablo 2. Bireylerin Yaş Ortalamaları Dağılımları	37
Tablo 3. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre Dağılımları.....	37
Tablo 4. Bireylerin Kronik Hastalıklarına ve Türlerine Göre Dağılımları.....	38
Tablo 5. Bireylerin Ameliyat Öncesi Yatma ve Hastanede Kalma Süreleri Dağılımları.....	39
Tablo 6. Bireylerin Yaşadıkları Ev Ortamı ve Bakıma Yardımcı Kişilerin Olma Durumlarına Göre Dağılımları.....	39
Tablo 7. Bireylerin Ameliyat Bölgesi ve Daha Önceden Cerrahi Girişim Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları.....	40
Tablo 8. Bireylerin Aldıkları Eğitimlere İlişkin İstatistiksel Dağılımları.....	41
Tablo 9. Bireylerde Yara Yerinde Kızarıklık ve Ateş Gelişimi ile Medeni Durumu Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	43
Tablo 10. Bireylerin Yara Yerinde Akıntı Gelişimi ile Eğitim Durumu Arasındaki İlişki	44
Tablo 11. Bireylerin Titreme Gelişimi ile Sosyal Güvence Durumu Arasındaki İlişki	45
Tablo 12. Bireylerin Ateş Gelişimi ile Sigara Kullanımı ile Arasındaki İlişki	46
Tablo 13. Bireylerin Komplikasyon Gelişimi ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	47
Tablo 14. Bireylerde Yara Yerinde Akıntı Gelişimi ile Hipertansiyon Arasındaki İlişki.....	52

Tablo 15. Bireylerde Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem Gelişimi ile Kolesterol Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 16. Bireylerde Yara Yerinde Kızarıklık ve Ateş Gelişimi ile Yaşanılan Ev Ortamı Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	54
Tablo 17. Bireylerde Yara Yerinde Akıntı ve Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem Gelişimi ile Daha Önceden Cerrahi Girişim Geçirme Durumu Arasındaki İlişki.....	55
Tablo 18. Bireylere Eğitimi Veren Kişi ile Taburculuk Sırasında Eğitim Alma Durumu Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	56
Tablo 19. Bireylerin Bacakta Artan Ağrı Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	57
Tablo 20. Bireylerin Bacakta Kısalma Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	58
Tablo 21. Bireylerin Dislokasyon Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	58
Tablo 22. Bireylerin Yara Yerinde Kızarıklık Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	59
Tablo 23. Bireylerin Yara Yerinde Akıntı Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	60
Tablo 24. Bireylerin Yara Yerinde Kötü Koku Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....	61

Tablo 25. Bireylerin Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları

Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....62

Tablo 26. Bireylerin Ateş Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....63

Tablo 27. Bireylerin Titreme Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....63

Tablo 28. Bireylerin Halsizlik Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....64

Tablo 29. Bireylerin İştahsızlık Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki

İlişkiye Göre Dağılımları.....64

Tablo 30. Bireylerin Derin Ven Trombozu Belirtileri Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki

İlişkiye Göre Dağılımları.....65

Tablo 31. Bireylerin Bacağı Hareket Ettirmede Güçlük Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları

Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları.....66

Tablo 32. Bireylerin Enfeksiyon Gelişme Durumları Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki

İlişkiye Göre Dağılımları67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kalçanın Anatomisi.....	4
Şekil 2. Kalça Eklemi.....	5
Şekil 3. Total Kalça Protezinde Kullanılan Malzemeler.....	7
Şekil 4. Çıkığın önlenmesi için yapılmaması gerekenler.....	26
Şekil 5. Bireylerde komplikasyon gelişme durumu.....	42



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TKP: Total Kalça Protezi

DVT: Derin Ven Trombozu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AORN: The Association of PeriOperative Registered Nurses

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Ark: Arkadaşları

BKİ: Beden Kütle İndeksi

ÖZET

Balkan, A. (2019). Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Taburculuk Sonrası Yaşadığı Komplikasyonların Belirlenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.

Araştırma, Ekim 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde ve Muğla Özel Yücelen Hastanesi Cerrahi Servisinde Total Kalça Protezi (TKP) uygulanan hastalarda taburculuk sonrası yaşadıkları komplikasyonları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırma verileri literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Version 22.0,) paket programı ile gerçekleştirilmiş, veriler Ki-kare test, Fisher kesin ki-kare test (Fisher exact test) ve Mann U Whitney testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada TKP uygulanan hastalarda; yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı komplikasyon gelişmesi arasında ilişki bulunmazken, beden kütle indeksi (BKİ), medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık, yaşanan ev ortamı ve daha önce geçirilen cerrahi girişim ile komplikasyon görülme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Total kalça protezi, hemşirelik eğitimi, komplikasyon, taburculuk

ABSTRACT

Balkan, A. (2019). Determination of Complications of Patients Undergoing Total Hip Replacement After Discharge. Mugla Sitki Kocman University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master Thesis, Mugla.

The study was conducted in order to determine complications after discharge during the application of Total Hip Prothesis (THP) to the patients carried out in The Ortopedics and Traumatology Service of Mugla Sitki Kocman University Training and Research Hospital and The Surgical Service of Mugla Özel Yücelen Hospital between October 2018 and May 2019.

The Research data was collected through survey form which was improved in the direction of literature information on this field. The staticial analysis of the data was fulfilled via SPSS (version, 22,0) packaged software, and the data was evaluated chi-square test, Fisher exact chi-square test and Mann U Whitney. In the research, whereas no relation was found between age, sex, the use of cigarette and alcohol and complication development, a meaningful relation was found between body mass index (BMI), marital status, education, cronic disease, home enviroment, surgical inversion had been undergone previously and incidence of complication.

Key Words: Total Hip Artroplasty, Nursing Education, Complication, Discharge

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan; biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlık olarak, birbirleri ile etkileşim içinde olan birçok sistemden meydana gelmiştir. Bu sistemlerden herhangi birinde meydana gelen bir aksaklık diğer bir sistemin aktivitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre “Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Günlük yaşam aktivitesini yerine getiremeyen bir birey Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşi tablosunun en alt basamağında yer alan temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılayamadığı için sağlıklı bir birey olarak tanımlanamaz (Büyükyılmaz ve Aştı., 2009; Açıksöz ve Uzun., 2007).

Organizmada yer alan sistemlerin sağlıklı olarak işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için hareket fonksiyonunun yeterli olması gerekir. Hareket fonksiyonu, birçok fizyolojik sürecin devamı için de gereklidir ve bu yeteneğin azalması sağlığı olumsuz etkiler. Kas-iskelet sisteminde meydana gelen yapısal bozulma ve işleyişinde ortaya çıkan anomaliler hareket sistemini doğrudan etkiler (Şener ve ark., 2015; Büyükyılmaz ve Aştı., 2009; Açıksöz ve Uzun., 2007).

Kalça eklemi günün her saatinde yürüme, koşma, merdiven inme ve çıkma, ağırlık kaldırma ve çömelme gibi hareketlerden kaynaklı yüke maruz kalmaktadır. Aynı zamanda yaşlanma ile birlikte osteoartrit, romatoid artrit, femur boynu ve asetebulum kırığı, gelişimsel kalça çıkığı gibi nedenler ile de kalça ekleminde yapısal ve işlevsel bozukluklar meydana gelir. Kalça ekleminde meydana gelen bu bozulmalar nedeniyle eklem normal fonksiyonunu yapamaz. Şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı bireylerin yürümesini, uykusunu ve diğer günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek, erken dönemde günlük yaşamdan uzak kalmalarına neden olur. Bu sorunu yaşayan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, eklem hareketi kısıtlılıklarından ve ağrıdan uzak olarak sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla Total kalça protezi (TKP) ameliyatı uygulanmaktadır (Reynold ve ark., 2018; Miao ve Lin., 2017; Şener ve ark., Azboy ve ark., 2013; Anakwe ve ark., 2011; Büyükyılmaz ve Aştı., 2009; Açıksöz ve Uzun., 2007).

Total Kalça Protezi; kalça eklemine oluşturan femur başı ve asetabulumun çıkartılarak, yerine yapay bir eklem yerleştirilmesi işlemidir. TKP ameliyatı tüm dünyada özellikle 1960'lı yıllardan bu yana artan bir şekilde uygulanmaktadır. 2015 yılı OECD Sağlık İstatistikleri'ne göre İsviçre (292/100.000 birey), Almanya (283/100.000 birey) ve Avusturya (276/100.000 birey) TKP ameliyatı insidansına sahipken; Türkiye'de bu oran 44/100.000 birey olarak belirlenmiştir (Büyükyılmaz ve Özdemir., 2018; Özler ve ark., 2013; Monaghan ve ark., 2012).

Total Kalça Protezi ameliyatı olan bireyler taburculuk sonrası evde bakım konusunda sorunlar yaşayabilmekte ve kişisel ihtiyaçlarını yerine getirmede desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Son yıllarda sağlık sistemindeki gelişmelere paralel olarak, sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve ameliyat sayılarının artması, hastanedeki yatak sayılarının yetersiz olması, gününbirlik cerrahilerin tercih edilme oranını artması ve hastane infeksiyonlarını önlenmek amacı ile ortopedi ameliyatları sonrasında hastalar daha kısa sürede evlerine taburcu edilebilmektedir. Yatış sürelerinin kısalması nedeniyle hastalar iyileşme süreçlerinin büyük bir bölümünü evde geçirmek zorunda kalmaktadırlar. Hastaların evdeki iyileşme süreçlerine katkı sağlamak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek ya da erken dönemde fark edilmesini sağlayabilmek için TKP ameliyatı sonrası evde bakım konusunda hemşirelerin taburculuk eğitimi vermesi önemlidir (Büyükyılmaz ve Özdemir., 2018; Reynold ve ark., 2018; Özler ve ark., 2013; Açiksöz ve Uzun., 2007).

Hasta eğitimi, hemşirelerin sağlıklı/hasta bireyler ile etkileşime geçerek sağlığı korumak, geliştirmek, hasta bakımında etkin sonuçlar elde etmek amacıyla, bilgi ve davranışları kazandırmaya yönelik uygulamaları içeren dinamik bir süreçtir. Günümüzde hasta bakımının temel unsurlarından biri olan hasta eğitimi, sağlık ekibi üyeleri arasında en büyük grubu oluşturan hemşirelerin çağdaş rollerinden birisi olup, hemşirenin sorumluluğundandır. Bu yüzden hemşireler, TKP ameliyatı olan hastaların taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerinin karşılanmasından sorumludurlar. Hasta ve ailesinin taburculuk sonrasındaki dönemde evde iyileşme süreçlerini etkili bir şekilde yönetebilmesi, yaşam kalitesini artırabilmesi, sağlığını geliştirilebilmesi ve sağlık harcamalarını azaltabilmesi açısından hemşireler tarafından verilecek taburculuk eğitiminin verilmesi önemlidir (Büyükyılmaz ve Özdemir., 2018; Büyükyılmaz ve Aştı., 2009; Açiksöz ve Uzun., 2007).

Total kalça protezi cerrahisi sonrası hemşirelik bakımının en temel amacı; ameliyat sonrasında hastanın en üst düzeyde gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak, oluşabilecek komplikasyonları önlemeye çalışmak ve hastanın mümkün olan en kısa sürede fonksiyonelliğini sağlamasına yardımcı olarak kendi kendine yeterli duruma gelmesine yardımcı olmaktır. Total Kalça Protezi ameliyatı, komplikasyon gelişme riski yüksek olduğu için hastaların iyileşme sürecinde çeşitli sorunlar görülebilmektedir. Bu nedenle komplikasyon gelişimi açısından riskli olan ameliyat sonrası ilk 15 günü içeren erken dönemdeki değerlendirmeler ve komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu dönemin hasta açısından sorunsuz geçirilebilmesi için taburculuk eğitimlerinin planlanması ve hastaların takibi gerekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda TKP ameliyatı uygulanan bireylerin ilk 15 günlük dönemdeki takipleri yapılarak gelişen komplikasyonların belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilecek veriler sonucunda hastalara sunulan taburculuk planlanmasının yeniden gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

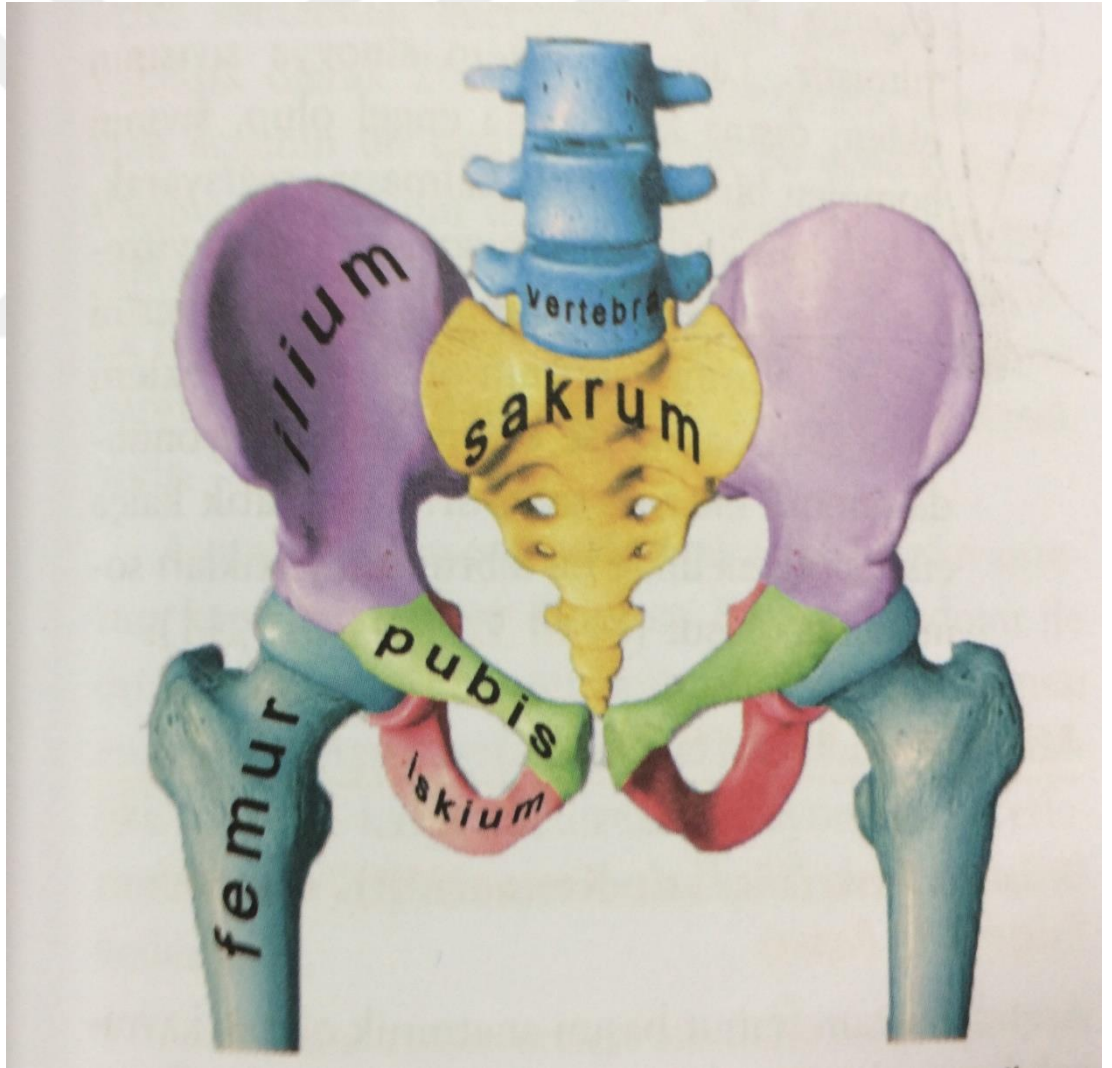
Bu araştırmada yanıtlanması gereken sorular şunlardır:

- 1- Total kalça protezi ameliyatı olan bireylerin taburculuk sonrası ilk 15 günlük dönemde en fazla gelişen komplikasyon hangisi?
- 2- Total kalça protezi ameliyatı geçiren bireylerin hemşireler tarafından rutin olarak verilen hemşirelik eğitiminin komplikasyon gelişme riskine etkisi ne kadar?
- 3- Sosyo-demografik özellikler ile komplikasyon gelişme riski arasında ilişki var mı?
- 4- Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu ile komplikasyon gelişme riski arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalça Eklemi ve Anatomisi

Kalça kemiği, merkezi dar bir yapıya sahip, üst ve alt kısmı gittikçe genişleyen, büyük ve düz bir kemiktir. Sağ ve sol kalça kemiği önde simfisis pubis, arkada ise sakrum ve koksiz ile birbirine bağlanır. Sağ ve sol kalça eklemi arkadaki sakrum ile bağlanarak Pelvis (leğen kemiği) olarak adlandırılan kemiği oluşturur. Kalça kemiği İlium, İskium ve Pubis olmak üzere üç bölümden oluşur. Bu üç kemiğin birleşmesi 14–16 yaşlarında başlar ve 23 yaşına kadar devam eder (Karakaya ve Çıtlak Karakaya, 2017; Tuğay ve Erden, 2016; Turgut, 2015; Ekşioğlu ve ark., 2011).



Şekil 1. Kalçanın anatomisi (Karakaya ve Çıtlak Karakaya, 2017).

Üç boyutlu kemik morfolojisine sahip ve 20’ den fazla kas tarafından kontrol edilen kalça eklemi, femurun konveks şeklindeki başının, pelvisin konkav yuva şeklindeki asetebuluma girmesiyle oluşan top-yuva yapısına sahip sinoviyal bir eklemdir. Kalça ekleminde meydana gelen bozukluklar ligamentlerin görevlerini yapmasını engeller (Turgut, 2015; Ekşioğlu ve ark., 2011).



Şekil 2. Kalça Eklemi

(https://www.google.com/search?q=kal%C3%A7a+eklem&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiS66XMsqPjAhVNJZoKHRTOBMUQ_AUIECgB&biw=1536&bih=754 Erişim tarihi: 24.04.2019)

2.2. Kalça Eklemi Ligamentleri

Ligamentler, hareket ve dengeyi sağlayan eklemleri bir arada tutan sert bağ dokusu yapısında bantlardır. Ligamentlerin kan akımının yetersiz olması nedeni ile ameliyat ve yaralanmalar sonrasında iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Sinir liflerinden oldukça zengin olan ligamentler, biyomekanik problem meydana geldiğinde merkezi sinir sistemine hemen aktarılmasını sağlarlar (Turgut, 2015; Aksu ve Işıklar, 2008).

2.3. Total Kalça Protezi

Total Kalça Protezi ameliyatı ile kalça eklemi oluşturan femur başı ve asetabulum çıkarılarak yerine yapay eklemler takılır. TKP ameliyatı ile uyluk kemiğine bir alt (femoral komponent) çakılır. Leğen kemiğine ise bir üst parça (asetabular komponent) yerleştirilir. Alt parça metalden üretilmiş bir parçadır. Uyluk kemiğinin içine doğru uzanan saplama, boyun ve top şeklinde bir baş kısmından oluşur. Top şeklindeki baş kısmı, metal veya seramikten, üst parçası kâse benzeri bir yarım küre, dış kabuğu ise metal iç astarı sert plastik, metal ya da seramik olabilir. Modern total kalça protezleri Çimentolu (sementli) ve çimentosuz (sementsiz) iki kategoride toplanmaktadır. TKP tek bir kalça eklemine yapılabildiği gibi her iki kalça eklemine de uygulanabilir. Hastanın yaşı ve genel sağlık durumu TKP ameliyatının uygulama sürecini değiştirebilir (Büyükyılmaz ve Özdemir., 2018; Azboy ve ark., 2013; Vissers ve ark., 2011; Delisa ve ark., 2007).



Şekil 3. Total Kalça Protezinde Kullanılan Malzemeler

(<https://www.google.com/search?q>. Erişim tarihi: 23.04.2019).

2.3.1. Çimentolu (Sementli) Total Kalça Protezi

1960'lı yıllarda total kalça replasmanının kullanışlı bir işlem olduğunu ilk ortaya çıkaran kişi Dr. John Charnley olmuştur. Charnley'in poli-metil-metakrilattan oluşan bir çimento yardımıyla protezi kemiğe fikse etmesinden sonra kullanımı artmaya başlamıştır. Ancak kullanımının üzerinden yaklaşık on beş yıllık süre geçtikten sonra başta aseptik gevşeme (protezin kemikten ayrılması) olmak üzere çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkmıştır. Başlangıçta aseptik gevşemeden sement sorumlu tutulmuştur, ancak daha sonra asıl problemin sementleme tekniğinden kaynaklandığı anlaşılmıştır. En önemli avantajı ameliyattan hemen sonra tam ağırlıkla yürümeye izin verilmesidir. Sement materyali karıştırıldıktan 10-15 dakika sonra %90 oranında sertleşir. TKP sonrası gelişebilecek herhangi bir komplikasyon hastanın hastanede kalış süresi uzatacağından hasta tam ağırlık vererek basma şeklinde mobilizasyonuna postop 3. günde başlanabilir. Bu süre kurumlar arasında farklılık gösterebilir (Özdemir ve Şendir., 2017; Vissers ve ark., 2011; Delisa ve ark., 2007).

2.3.1.1. Çimentolu Kalça Protezinin Endikasyonları

- Kalça ekleminde tümör bulunan hastalar,
- Kalça kemik kalitesinin kötü olması,
- 65 yaş üstü hastalar,
- Geçmişte lokal infeksiyon öyküsü bulunan hastalar (Nazlı, 2007).

2.3.1.2. Çimentolu Kalça Protezinin Kontrendikasyonları

- Erkek hastalar,
- 55 yaş ve altında olmak,
- Ağır/yorucu ve aktif işlerde çalışmak,
- Vücut ağırlığının 80 kg'dan fazla olması (Nazlı, 2007).

2.3.2. Çimentosuz (Sementsiz) Total Kalça Protezi

Çimentosuz kalça protezlerinin çimentolulardan farkı, biyolojik bir fiksasyon sağlayan protezin şekli ve yüzey yapısıdır. İmplantın sabitliliğinin sağlamlığı postop 6. hafta olarak düşünülse de maksimum sabitlik ameliyat sonrası 6. aydan sonra gerçekleşir. Bu yüzden çimentosuz protez operasyonlarından sonra hasta yürüteç yardımıyla ayağa yük vermeden veya ayak ucuna basarak yürümektir. Postop 1. ay yürüteçle, 2. ay ise koltuk değneği veya bastonla hareket edilmelidir (Delisa ve ark., 2007).

2.3.2.1. Çimentosuz (Sementsiz) Total Kalça Protezinin Uygulanabileceği Durumlar

- 50 yaşın altında olmak,
- Aktif yaşam tarzına sahip olmak,
- Obez hastalar,
- Kemik kalitesinin iyi olması (Nazlı, 2007).

2.3.2.2. Çimentosuz (Sementsiz) Total Kalça Protezinin Uygulanamadığı Durumlar

- 65 yaş üstü hastalar,
- Kalça kemik kalitesinin kötü olması,
- Kalça ekleminde tümör bulunan hastalar,
- Geçmişte lokal enfeksiyon (Nazlı, 2007).

2.3.3. Total Kalça Protezi Uygulanabileceği Durumlar

Total kalça protezi günlük yaşantıyı kısıtlayan hareket kısıtlılığı durumunda, cerrahi dışı yöntemlerle geçirilemeyen tedaviye rağmen azalmayan ağrı yaşayan, 65 yaş ve üzeri hastalara uygulanan cerrahi bir işlemdir. İkinci önemli yararı ise kalça ekleminin fonksiyonunun artırılmasıdır. 1994 Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) “TKP hemen hemen tüm kalçasında kronik rahatsızlık ve fonksiyonel bozukluk olan tüm hastalar için bir seçenektir” şeklinde TKP konsesusunu yayımlamıştır. Kalça ekleminin total kalça artroplastisi gerektirecek bozuklukları şunlardır;

1. Romatoid artrit,
 - Juvenil romatoid (Stil hastalığı),
 - Ankilozan spondilit gibi eklemlerde dejenerasyon neden olan hastalıklarda
 - Dejeneratif eklem hastalığı (osteoartrit),
2. Kırık ve çıkıklar sonrası,
 - İdiopatik olarak,
 - Femur başı epifizik kaydığında,
 - Renal hastalıklarda,
 - Kortikosteroid kullanımı ve alkolizm sonrasında,
 - Orak hücreli anemilere bağlı gelişen avasküler nekrozlar geliştiğinde,
3. Piyojenik artrit ve osteomyelite bağlı,
4. Doğumsal subluksasyon eklem yerleşimi bozukluklarında ya da çıkıklarında,
5. Başarısız rekonstrüksiyon işlemlerinde TKP ameliyatı uygulanır (Delisa ve ark., 2007).

2.3.4. Total Kalça Protezi Ameliyatının Uygulanamadığı Durumlar

Total Kalça Protezinin başarısı için hasta seçimi önemlidir. TKP, önemli komplikasyonların gelişebileceği ve mortalite oranının yüksek olduğu majör bir cerrahidir.

- Hastanın genel durumunun büyük bir cerrahi işlem geçirmesinin uygun olmaması
- Kalça ekleminde veya vücudun herhangi bir bölümünde aktif enfeksiyonun olması
- İlerlemiş nörolojik bir hastalığın olması
- Yaygın ilerlemiş kemik yoğunluğunun azalmış olması
- Abduktor kaslarda tam ve kısmi yetmezlik olduğu durumlarda
- Hızlı kemik yıkımı olan osteoporoz gibi hastalıklara TKP ameliyatı uygulanamaz (Gürçayır, 2011; Korkmaz, 2011).

2.4. Total Kalça Protezinde Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem, ameliyata karar verilmesi ile başlayan ameliyathaneye girme ile sonlanan bir süreçtir. Ameliyat öncesi değerlendirmenin temel amacı ameliyat sırası ve sonrasında hastanın sağlığının en iyi koşullarda sürdürülmesidir. Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört aşamada ele alınır: Psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve hasta eğitimi (Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Tea, 2013; Özden ve ark., 2013; Aksoy, 2012; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.1. Psikolojik Hazırlık

Ameliyat öncesi psikolojik hazırlık aşamasında, hasta ve yakınlarının stres ve endişesi azaltılır. Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu bilmelerine rağmen ameliyatın risklerinden korkabilirler. Bu nedenle psikolojik hazırlık fizyolojik hazırlık kadar önemlidir (Erdil ve Elbaş., 2001).

Total Kalça Protezi ameliyatı olacak hastalar sıklıkla; ölmekten, sakat kalmaktan, aile içi rollerini yerine getirememekten, işini kaybetmekten, ameliyattan sonra ağrı yaşamaktan, ameliyat sırasında anesteziye uyanamamaktan ve anestezinin etkisinden korkarlar. Bu yüzden hastalar cerrahi girişim nedeniyle stres yaşar ve etkili baş etme davranışlarını geliştirmek için bilgi arayışına girerler. Hastaların cerrahi işlemler nedeniyle stres yaşamalarını önlemek için, hastaya cerrahi girişimin amacı, ameliyat öncesi ve sonrası karşılaşılabileceği durumlar açıklanmalıdır. Daha önce aynı ameliyatı geçiren bireylerle görüşmesi sağlanmalı ve yatacağı klinik tanıtılmalıdır. Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık; anksiyeteyi azaltır, ameliyatta az anestetik ve ameliyat sonrası az analjezik kullanılmasını, ameliyat sonrası yaşam bulgularının daha kısa sürede normale dönmesini, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonlarının daha az salınmasını, ameliyattan sonra hızlı iyileşmeyi ve erken taburculuğu sağlar (Büyükyılmaz ve Özdemir., 2018; Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Tea, 2013; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.2. Fizyolojik Hazırlık

Kalça protezi komplikasyon gelişme riski yüksek olan bir ameliyattır. Ameliyat öncesi dönemde hastaların kalp, damar, solunum, böbrek ve karaciğer

fonksiyonları açısından değerlendirilmesi komplikasyon gelişimini önlemek için önemlidir. Ameliyat öncesi özellikle değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca infeksiyon varlığı, coumadin ve aspirin gibi kanama ve pıhtılaşma mekanizmasını etkileyecek ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alerji öyküsü ve kronik hastalıklar değerlendirilmelidir (Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Özden ve ark., 2013; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.2.1. Kardiyovasküler Sistem

Hastanın kardiyovasküler fonksiyonlarının değerlendirilmesi, var olan ya da oluşabilecek kardiyak sorunları belirleme olanağı sağladığı için ameliyat sürecinin ve ayılma döneminin yönetilebilmesini kolaylaştırır. Ameliyat öncesi var olan Kardiyovasküler Sistem sorunları anestezi sırasında sorunlara neden olabilir. Daha önceden geçirilmiş olan ameliyat, myokard infarktüsü, aritmiler, konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon öyküleri hemşire tarafından dikkatle sorgulamalıdır. Bütün bu sorunların erken dönemde tanımlanması ameliyat sürecinin daha kolay geçirilmesine olanak sağlar (Goodman ve Spry., 2017; Aksoy, 2012).

2.4.2.2. Pulmoner Sistem

Kronik solunum sistemi sorunları, yaşlılık ve sigara kullanımı, ameliyat sürecinde solunum problemlerine neden olabilir. Hastanın ne kadar sıklıkla sigara içtiği ve ne kadar süredir kullandığı hemşire tarafından kayıt edilmelidir. TKP ameliyatı olan kişiler çoğunlukla ileri yaşta hastalar olduğu için özellikle kronik solunum sorunu olup-olmadığı dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastalarda pulmoner öykünün yanı sıra, fiziki muayene, akciğer röntgeni, akciğer fonksiyon testleri ve arteriyel kan gazlarına ilişkin testler, ameliyat öncesi pulmoner sistemin değerlendirmesinde önemlidir (Goodman ve Spry., 2017; Açiksöz ve Uzun., 2007; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.2.3. Üriner Sistem

Böbrek fonksiyonları, sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi açısından önemlidir. Cerrahi işlem sırasında uygulanan ilaçların ve anestetik, analjeziklerin atılımı böbrekler yoluyla sağlanır. Yaşlı hastalarda, renal fonksiyonlarda değişim, sıvı-elektrolit dengesizliği, infeksiyon riskinde artma ve yaraların geç iyileşmesi söz konusu olabilir. Bu nedenle renal fonksiyon testleri (serum kreatinin, BUN)

incelenmeli ve boşaltım sorunu varsa dikkatle üzerinde durulmalı, hemşire gözlemine kayıt etmeli ve hekime bilgi verilmelidir (Goodman ve Spry., 2017; Aksoy, 2012).

2.4.2.4. Hepatik Sistem

Karaciğer metabolik faaliyetlerin merkezidir. Bu nedenle ameliyat öncesi iyi değerlendirilmelidir. Karaciğer, özellikle kan şekerini dengeleme, yağ metabolizması, protein sentezi, ilaç ve beden toksinlerin atılımı, anestetik ajanların büyük bir bölümünün biyolojik değişimlerinden sorumludur. Karaciğer fonksiyonundaki sıkıntılar, kan glikoz düzeyinin kontrolü, pıhtılaşma sorunları ve ilaçların etkilerine yanıtta sorunlar oluşturabilir. Bu yüzden ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon riskini artırıcı olabilir (Goodman ve Spry., 2017).

2.4.3. Yasal Hazırlık

Bilgilendirilmiş onam, hastanın bir yakını eşliğinde bilgilendirilerek, kendisine uygulanacak girişimi hakkında bilgi aldığı ve kabul ettiğinin kanıtıdır. Yasal hazırlık ameliyat olacak her hastadan, ameliyat ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra izin alınması işlemidir. Bilgilendirilmiş onamı almak ameliyatı yapacak olan cerrahın sorumluluğundadır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Bu nedenle hemşire; hasta ameliyathaneye alınmadan önce aydınlatılmış onam alınıp alınmadığını kontrol etmelidir. Bilgilendirilmiş onamda;

- Cerrahi girişimin nedeni ve uygulama şekli,
- Ameliyatı kimin yapacağı ve ekipte kimlerin olacağı,
- Girişim uygulamasının riskleri ve olası sonuçları,
- Anestezi seçeneğinin riski ve avantajları açık bir şekilde açıklanmalıdır.

Acil girişimler dışında, ameliyat öncesi iznin alınması zorunludur. Bilgilendirilmiş onam formunun geçerli olabilmesi için;

- Tanının ve işlemin yeterince açık bir şekilde hekim tarafından açıklanması,
- Hasta bilincinin yerinde olması,
- Hastanın 18 yaş üzeri ya da onun adına vasisi olan yakınının karar vermesi,
- Bu bilgilerin yeterli sürede verilmesi,
- Bu bilgilerin işlemiden en az 1 gün önce verilmesi,

- Hastanın verilen bilginin açık bir biçimde doğru anlayabilmesi için zaman tanınması,
- Anlayamadığı konuların belirlenerek tekrar açıklanması gerekir.

Hastanın izin formunu yönlendirilme, zorlanma olmadan tanıklar eşliğinde imzalandığından emin olunmalıdır.

Hastaya aydınlatılmış onam formu imzalandıktan sonra da, istediği zaman onamı iptal edebileceği ve ameliyat olmaktan vazgeçme hakkı olduğu açıklanmalıdır. Acil durumlarda hasta adına yasal vasilerinden izin alınmalıdır. Hasta yakınına ulaşamaması durumunda kurum politikalarına uygun iki tanık eşliğinde onam alınmalıdır.

Ayrıca hastanın izin verme yetkisine sahip olamadığı, aileden bir yetkili bulunmadığı durumlarda, mahkeme hasta adına kanuni bir vasi tayin edebilir. Görme özürlü hasta, iki tanık ile kendi formunu imzalayabilir. Hasta ile aynı dilin konuşulmaması durumunda hastaneler, birkaç dilde hazırlanmış yazılı izin belgesi ile hastaya kolaylık sağlayabilirler (Goodman ve Spry., 2017; Tea, 2013; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.4. Hasta eğitimi

Hasta eğitimi, hastanın bilgilenmesini, yanlış bilgilerini düzeltmesini, bireysel bakımdaki rol ve sorumluluklarını kavramasını sağlar. Hemşire, hastanın ameliyatı ile ilgili bilgilenmesine ve iyileşme sürecine aktif olarak katılmasına yardımcı olmalıdır. Düzgün ve anlaşılır dil kullanılması, doğru zamanın seçilmesi eğitimin etkinliğini artıran faktörlerdir. Hasta eğitimine, olabildiğince erken dönemde başlanılmalıdır. Eğitimde kalıcılığı artırmaya yardımcı olabilecek, kitapçık, yazılı broşür gibi materyallerin verilmesi, hastanın eğitiminden sonra tekrar etmesini sağlayacak ve bilgilerin anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Kalça protezi ameliyatı olacak hastanın ameliyat öncesi eğitiminde;

- Hastanın yattığı cerrahi kliniğin tanıtımı, klinikteki rutin işlemler,
- Kalça protezinin uygulanma gerekçesi ve protezin nasıl uygulanacağı,
- Ameliyat öncesi yapılacak olan hazırlık işlemleri,

- Bağırsak hazırlığı, protez ve takıların çıkarılmasının gerekliliği makyaj yapılmasının sakıncaları,
- Ameliyathane ortamı, ayılma ünitesi, ameliyatın süresi, ameliyattın ne kadar süreceği, uygulanabilecek anestezi türleri, ameliyatta kimlerin olacağı, hasta yakınlarının nerede bekleyeceği,
- Ameliyat sonrası dren ve intravenöz mayilerin olabileceği, ameliyattan sonra hangi pozisyonda olması gerektiği ve yatak içi egzersizlerin nasıl ve ne sıklıkta yapılacağı,
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri, dönme ve ekstremitte egzersizlerinin yapılma nedeni ve nasıl yapılacağı,
- Beslenme ve tuvalet gereksinimini karşılama konuları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Ameliyattan sonra fiziksel aktivitelerin nasıl ve ne zaman başlayacağı, yürüteç ve tekerlekli sandalye kullanımı ile ilgili bilgiler yer almalıdır (Büyükyılmaz ve Özdemir., 2018; Goodman ve Spry., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Wilson, 2015; Tea, 2013; Özden ve ark., 2013; Açıksöz ve Uzun., 2007; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.4.1. Egzersizler

Derin Solunum Egzersizi: Total Kalça Protezi ameliyatı sonrası akciğer kapasitesini artırmak için hastaların en kısa sürede etkin bir şekilde, uygun solunum şekli olan diyafragmatik- abdominal solunum yapması sağlanmalıdır. Hastaya etkin solunumun nasıl yapılacağı açıklanmalı ve gösterilerek birlikte yapması sağlanmalıdır. Hastaya:

- Sırtüstü uzanın ve sağlam bacağınızın dizini bükerek karın adalelerinizin gevşemesini sağlayın,
- Ellerinizi karın bölgesinin yan taraflarına yerleştirin,
- Karnınızın üst kısmı dışa doğru şişinceye kadar burun yoluyla nefes almaya devam edin,
- Karın adalelerinizi kasarak, havayı ağız yoluyla yavaşça üfleyin şeklinde açıklama yaparak solunum yapması sağlanabilir (Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Erdil ve Elbaş., 2001).

Öksürük Egzersizi: Öksürük egzersizi, ameliyat sırasında uzun süre hareketsiz kalma ve anestezinin etkisi ile sekresyon atılımının yavaşlaması nedeniyle biriken sekresyonları uzaklaştırmak amacı ile uygulanmaktadır. Hasta bu egzersizleri oturur ya da yatar pozisyonda yapabilir. Hastaya:

- Öncelikle derin bir soluk alın
- Havayı ağızdan çıkarırken patlama sesi oluşturun
- Derin soluk egzersizleri öksürüğü uyaracağından, 2-3 derin soluk egzersizi yapıp peşinden öksürük egzersizi yapın şeklinde açıklama yaparak öksürük egzersizlerini yapması sağlanmalıdır (Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Erdil ve Elbaş., 2001).

Dönme Egzersizi: Dönme egzersizi, venöz dolaşımı artırmak ve solunum problemlerinin gelişmesini önlemek amacı ile uygulanmaktadır. Hastaya karyola kenarlıklarını kullanarak ve yataktan eliyle destek alarak sırtüstü pozisyondan sağlam bacağı altta kalacak şekilde yan pozisyona dönebileceği ancak takılan protezin yerinden çıkmasını önlemek için bacaklarının arasına mutlaka yastık koyması gerektiği açıklanmalıdır (Goodman ve Spry., 2017).

Ekstremitte Egzersizi: Bu egzersizler, venöz dönüşü kolaylaştırmak ve tromboflebit gibi dolaşım problemlerini önlemek amacı ile uygulanmaktadır. Hastanın ameliyatsız bacağının tüm eklemlerini özellikle kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirmek amacı ile internal, eksternal rotasyon, fleksiyon ve ekstansiyon şeklinde hareket ettirmesi açıklanmalı ve uygulanarak yaptırılmalıdır (Goodman ve Spry., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.4.5. Ameliyat Günü Hazırlığı

Cilt Hazırlığı: Vücudun mikroorganizmalara karşı ilk savunma hattı cildidir. Ameliyat cilt bütünlüğünü bozarak enfeksiyona neden olabilir. Bu yüzden ameliyat öncesi cilt

hazırlığı oldukça önemlidir. Ameliyat bölgesinde bulunan kıllar varsa tüy dökücü krem kullanılmalıdır. Ameliyat günü hazırlığında hemşirenin yapması gereken uygulamalar:

- Hastayı ameliyathaneye göndermeden önce hastanın yaşam bulgularını almalı ve kayıt etmeli,
- Hekim istemine göre mümkünse ameliyattan bir gün önce hastanın banyo yapmasını sağlamalı,
- Lavman, IV mayi gibi özel istem varsa uygulamalı,
- Hastaya idrarını yapması söylenmeli, isteme göre idrar miktarı ve dansitesi kayıt edilmeli,
- Hastayı ameliyathaneye göndermeden önce, işitme cihazı, gözlük, lens, protezler, takılar, oje varsa çıkarılması sağlanmalı ve kayıt altına alınmalı,
- Hastanın özel eşyalarının yakınları tarafından teslim alınması sağlanmalı ve teslim zamanı kayıt edilmeli,
- Bütün giysilerin çıkarılarak ameliyat önlüğü giymesi sağlanmalı,
- Hastanın antiembolik çorap giymesi gerekiyorsa hastanın bacak uzunluğu ve çevresinin uygun olması, hastanın ayağını bükmeden giymesi, çorabı kıvrılmadan giymesi sağlanmalı,
- Hastanın ameliyat gömleğini giydikten sonra sedyeye alınması sağlanmalı ve düşme riskine karşı korkulukların kaldırıp, hastanın dosyası ile birlikte ameliyathaneye gönderilmesi sağlanmalıdır (Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Tea, 2013; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.5. Total Kalça Protezinde Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakım

Ameliyat sırası dönem; hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlar, anestezi sonrası bakım ünitesine/ayılma ünitesine/ yoğun bakım ünitesine transferiyle sonlanır. Hastanın ameliyat öncesi hazırlığının iyi olması ameliyat sırasında yaşanabilecek komplikasyonları azaltır. Ameliyat sırasında hemşirelik bakımı, hastanın konforu, güvenliği, mahremiyeti, onuru ve psikolojik durumu üzerine temellendirilen tüm gereksinimleri içermelidir. Bu süreçte hastanın emosyonel iyilik hali, cerrahi alanın kontrolü, asepsi, pozisyon ve güvenlik gibi fiziksel faktörler değerlendirilmeli ve izlenmelidir (Lewis ve ark., 2017; Goodman ve Spry., 2017; Gordon ve Bradgord,

2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Branson ve Goldstein., 2003).

2.5.1. Hasta Güvenliği

- Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınıp alınmadığı kontrol edilmeli.
- Hastanın kol bandı varsa kol bandıyla dosyadaki ve listedeki adıyla sözel olarak (kimliği, etnik durumu, protokol numarası, doğum tarihi, hekimin adı, ameliyatın yapılacağı yer vb.) cerrahi liste ile karşılaştırılmalı.
- Laboratuvar, tanı ve muayene istemi ve sonuçları kontrol edilmeli.
- Alerjileri, kan transfüzyonu ile ilgili istekleri kontrol edilmeli.
- Ameliyat sırasında alet güvenliği sağlanmalı, eksiklikler giderilmeli ve cerrahi asepsisi kontrol edilmeli,
- Ameliyat sırasında tüm çalışanların aseptik tekniklere uygun çalışmaları sağlanmalı,
- Hastanın düşme riskine karşı gerekli önlemler alınmalı.
- Hastanın ameliyat bölgesi dışında kalacak yerlerin hasta mahremiyeti açısından örtülmesi sağlamalıdır (Goodman ve Spry., 2017; Wilson, 2015; Tea, 2013; Branson ve Goldstein., 2003; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.5.2. Pozisyon Verme

Ameliyat sırasında hastaya verilen pozisyon; cerrahi işlem, intravenöz girişimler ve hastanın monitarizasyonu açısından önemlidir. Pozisyon verme işlemi sırasında hemşire;

- Solunum ve dolaşımın engellenmediğinden,
- Sinirlere bası olmadığından,
- Hastaya kas-iskelet sisteminin anatomik yapısına uygun pozisyonun verildiğinden,
- Ameliyat bölgesinin yeterli açıklığının sağlandığından emin olmalıdır.
- Ameliyat pozisyonuna bağlı vücut ağırlığının dağılımı mümkün olduğunca eşit olmalı ve basınç noktaları jel pedler, köpük yastıklar ile desteklenmeli,

- Ameliyat sırasında alt ekstremitelerde venöz göllenmeyi önlemek amacıyla elastik bandaj ya da antiembolik çorap giydirilmeli,
- Kan volümündeki ani değişimleri önlemek amacıyla pozisyon değişiklikleri kademeli olarak yapılmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Goodman ve Spry., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Branson ve Goldstein., 2003; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.5.3. Çalışan Güvenliği

- Ameliyat sırasında ekibin, kan ve doku parçaları sıçrama riskine karşı gerekli koruyucu ekipman (maske, bone, eldiven, gözlük vb.) giymesi sağlanmalı,
- Ameliyat başında ve sonunda alet sayımı yapılmalı,
- Ameliyat sırasında yedek enstrüman kullanıldı ise sayılıp kayıt edilmeli,
- Hastanın çalışanlar üzerine düşme ihtimaline karşı gerekli güvenlik önlemleri alınmalı,
- Ameliyat esnasında ekibin delici, kesici aletlere bağlı yaralanma, cerrahi duman ve yanık gibi durumlara karşı dikkatli olması sağlanmalıdır (Goodman ve Spry., 2017; Tea, 2013; Branson ve Goldstein., 2003).

2.5.4. Ameliyat Sırasındaki Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın anksiyetesini azaltmak,
- Hastanın gevşemesini desteklemek,
- Hastanın pozisyonunu kontrol etmek,
- Hastanın/Ekibin yaralanmasını önlemek,
- Entübasyon konusunda anesteziye yardım etmek,
- Yaşam bulgularını gözlemlemek ve kayıt etmek,
- Gelişebilecek komplikasyonları gözlemlemek ve gerekli önlemleri almak,
- Verilen ilaçları ve yapılan uygulamaları kayıt etmek (Goodman ve Spry., 2017; Branson ve Goldstein., 2003; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.6. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası erken dönem; cerrahi girişim sonrası, hastanın anestezinin etkisinden çıktığı, ilk birkaç saati kapsar. Kritik bir öneme sahip olan bu dönemde

hastalar, yakın izlem için ilk ayılma ünitesi olan anestezi sonrası bakım ünitesi (ASBÜ) alınır. ASBÜ'ye hastanın ilk kabulü anesteziistlerle, hemşireler arasında iş birliği gerektiren yerdir. Hasta bu bölüme alınmadan önce hemşire üniteye bulunması gereken araç-gereç kontrolünü yapar ve eksikleri varsa tamamlar. ASBÜ'deki bakımın amacı; cerrahi girişim ve anesteziye bağlı gelişen ya da gelişebilecek hasta sorunlarını belirlemek ve uygun girişimde bulunmaktır. ASBÜ'de öncelikli bakım; sistem fonksiyonlarını ve ameliyat bölgesi ile ilgili değerlendirmeleri yapmaktır. Bunlar;

- Hava yolu açıklığını sağlamak ve devam ettirmek,
- Kalp hızı ve ritmini belirlemek,
- Nörolojik tanılamayı değerlendirmek,
- Ameliyat sonrası ağrı düzeyini tanılamak,
- Üriner sistem değerlendirmek,
- Ameliyat bölgesi, pansumanın durumu, drenajın tipi ve miktarını değerlendirmektir.

Hasta ASBÜ'den ayrıldığında, yoğun bakım ünitesine, kliniğe, ayaktan cerrahi bakım ünitesine ya da eve gidebilir. Hastanın üniteden ayrılması, hastanenin yazılı ayrılma kriterlerine göre yapılır (Goodman ve Spry., 2017; Akyolcu, 2012; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.7. Total Kalça Protezinde Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım

Ameliyattan hemen sonra başlayan ameliyat sonrası dönem, hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya ve tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eden süreci kapsar. TKP ameliyatı sonrası bakım başta hemşire olmak üzere hekim, fizyoterapist ve diğer bakım veren sağlık çalışanlarının multidisipliner çalışmasını gerektiren bir süreçtir. TKP ameliyatı olan hastalarda kalça çıkığı, DVT, ağrı, kanama, enfeksiyon, cilt dökülmesi, nörovasküler değerlendirme, egzersiz ve kişisel bakım gibi konularda gerekli müdahale yapılmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Goodman ve Spry., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Açıksöz ve Uzun., 2007; Erdil ve Elbaş., 2001).

2.7.1. Dolaşımın Sürdürülmesi

Total Kalça Protezi ameliyatı sırasında uzun süre hareketsiz ve aynı pozisyonda kalan kişilerde özellikle alt ekstremitelerde venöz göllenme meydana gelir. Bu nedenle TKP cerrahisi geçiren kişilerde Derin Ven Trombozu ve pulmoner emboli gelişme olasılığı yüksektir. Derin ven trombozu (DVT), bir venin kısmen ya da tamamen trombus ile tıkanması sonucu oluşur. TKP ameliyatı sonrası DVT genellikle ameliyattan sonraki 5-7 günler arası ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hemşire DVT gelişimini önleyici girişimleri iyi bilmeli ve hastayı baldır ağrısı, ödem ve hassasiyet gibi belirtileri yönünden dikkatli bir şekilde izlemelidir (Lewis ve ark., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

Hareket ile dolaşım aktif bir şekilde sağlanacağı için hastalar erken dönemde mobilize edilmeye çalışılmalıdır. Hastaların yatak içi ve dışı pozisyon değişikliklerini ve egzersizlerini 2 saatte bir yapması sağlanmalıdır. DVT çoğunlukla alt ekstremitelerde meydana gelir. Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde kalça eklemine hareket yeteneğini ve gücünü tekrar kazanması için düzenli egzersiz yapılması ve günlük aktivitelere kademeli olarak başlanması önemlidir. Günde 2-3 kez, 20-30 dakika yatak içi egzersizler, baston ya da yürüteç yardımıyla kısa mesafeli yürüyüş gibi egzersizler hemşire gözetiminde yaptırılmalıdır. DVT yaşlı, şişman ve emboli riski olan hastalar için ölümcül bir komplikasyondur. Hemşireler özellikle bu kişiler başta olmak üzere bütün hastaları TKP cerrahisi sonrası tromboembolitik çorap giyilmesi ve nasıl giyileceği hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir. Hastalara pnömatik kompresyon cihazını kullanma gibi non-farmakolojik yöntemler uygulanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

Emboli, kanla taşınan yabancı bir cismin damarı tıkanması durumudur. Bir emboli türü olan yağ embolisi, genelde uzun kemik kırığı, yumuşak doku travması ve yanık gibi fiziksel travmalar sonucu ortaya çıkar. Pıhtı oluşumunu engellemek için antikoagülan ilaçlar verilebilir. Özellikle düşük moleküler ağırlıklı heparin (enoksaparin), dalteparin ve oral warfarin (coumadin) gibi ilaçlar hastanın durumuna ve isteme göre uygulanabilir. Heparine bağlı trombositopeni yapım azlığı, yıkım artışı

ve trombosit dağılımında bozukluk gibi nedenlerden dolayı 3. günün sonunda hastanın dolaşımı değerlendirilmelidir. Ayrıca hastaya coumadin ilacı verilirken INR (uluslararası normleştirilmiş protombin zamanı) oranı izlenmelidir (Kim, 2018; Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.7.2. Ağrı Kontrolü

Total Kalça Protezi ameliyatı sonrası hastalar ameliyattan önce var olan ağrıya ek olarak cerrahi kesiye bağlı ağrı yaşayabilirler. Erken ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolü oral analjezikler, epidural analjezi ya da IV analjeziklerle sağlanır. Daha sonraki günlerde ağrıyı minimize edebilecek analjezikler verilebilir. Hastaya uygun pozisyon verilmesi de hastanın rahatının sağlanmasında ve ağrıyı azaltmada etkili olabilir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Petrovic ve ark., 2014; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.7.3. Kanama Kontrolü ve Dolaşımın Sürdürülmesi

Total Kalça Protezi ameliyatında kemik dokulara mekanik eklemler yerleştirildiği için birçok dokuya zarar veren büyük bir ameliyattır. Ameliyat sırasında kesilen kaslar, bağlar, tendonlar ve damarlar nedeniyle ameliyat sonrasında kanama gelişebilir. Ameliyat yarasında bir miktar kanama olabileceği gibi, eklem replasmanında da vücuttaki kanın üçte ikisi ameliyat sonrasında kaybedilebilir. Ameliyattan sonra hastanın dren takiplerinin ve pansumanlarının dikkatli bir şekilde yapılması önemlidir. Kan kaybından dolayı ameliyattan sonraki günlerde hastanın hemoglobin ve hematokrit değerleri izlenmeli ve gerekli olursa isteme göre kan transfüzyonu uygulanmalıdır. Transfüzyonun uygun şekilde sürdürülmesi hemşirenin sorumluluğundadır (Zhang ve ark., 2019; Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.7.4. Cilt Bütünlüğünü Sağlama

Total Kalça Protezi ameliyatının insizyon yeri büyüktür. Ameliyattan sonraki dönemde yara yerinin bakımını sürdürmede ve cilt bütünlüğünü sağlamada yara enfeksiyonu, eviserasyonun önlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Ameliyattan sonraki dönemde hareket kısıtlılığına bağlı olarak hastada

basınç yaraları gelişebilir. Özellikle topuk, dirsek ve sakrum gibi basınç alanlarında basınç yaraları oluşabilir. Bunu önlemek için hasta bakımının yapılması da hemşirenin sorumluluğundadır. Bu nedenle hemşire; ameliyattan sonra 2 saatte bir uygun pozisyon değişikliği sağlamalıdır. Hastanın hareketsiz kaldığı süre içinde ROM, bacak egzersizleri yaptırılmalıdır. Hasta ilk 24 saat ağrı ve stres nedeni ile hareketsiz kalmayı isteyebilir. Bu nedenle hastalara pozisyon değişikliğinin önemi açıklanmalı ve aktif katılımları sağlanmalıdır. Ayrıca inkontinası olan hastalar temiz ve kuru tutulmalı, gerekli ise koruyucu ped ve kremlerin kullanılması sağlanmalıdır. Cilt bütünlüğünün bozulmasını önlemek için yeterli beslenme ve sıvı alımı sağlanmalıdır. (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Açıksöz ve Uzun., 2007).

2.7.5. İnfeksiyon

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve buna bağlı olarak ortopedik ameliyatların sayısı ve çeşitliliğinin artmasına rağmen, hastalarda cerrahi sonrası gelişen infeksiyonlar halen devam etmektedir. Kalça ameliyatı sonrası kalça bölgesindeki yaranın büyük olması ve hastane ortamında bulunan patojen varlığı sonucu infeksiyon yönünden riskli bir durumdur. Bu yüzden hemşire ve diğer sağlık uzmanlarının bu konuda gerekli önlemleri almaları önemlidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Pederson ve ark., 2010; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.7.5.1. İnfeksiyon gelişimine önlemeye yönelik girişimler

Ameliyattan önce uygulanan antibiyotik profilaksisinin yanında ameliyattan sonraki 24 saat boyunca IV antibiyotiklere devam edilmelidir. Hastanın damar yolları sık sık şişkinlik, kanama ve tıkanma yönünden takip edilmelidir. Ameliyat sonrasında hastada bulunan dren ve üriner kateterler sık sık kontrol edilmelidir. Aşırı drenaj ve idrar çıkaramama gibi komplikasyonlar gelişir ise ekibe bildirilmelidir. Hastada dren varsa, drenaj ve kanama miktarı kayıt edilmelidir. Dren yerinde kızarıklık, şişlik olup-olmadığı sıklıkla kontrol edilmelidir. Dren yerinde pansuman yapılacaksa aseptiye dikkat edilmelidir. Hastaya drenenden gelen sıvının renginin gittikçe açılacağı söylenmelidir. Kurum politikalarına göre yara yerini pansuman yapacak kişiler belirlenmelidir. Pansumanlar sırasında hastanın yara yerinde infeksiyon (kızarıklık,

şişme, ısı artışı, ağrı, koku vb.) belirti ve bulguları takip etmelidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Bekmez ve ark., 2013; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

Hastada üriner kateter varsa yatak kenarlıklarına asılı ve hastanın mesane seviyesinin altında olmalıdır. Hastanın idrar miktarı, rengi, yoğunluğu kayıt edilmelidir ve aksi bir durum varsa doktora bildirilmelidir. İdrar torbasının dolması durumunda nasıl boşaltılması gerektiği hasta ve yakınlarına öğretilmelidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Bekmez ve ark., 2013; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.7.5.2. Hemşirelerin sorumlulukları

Hastanın durumuna göre hastada bulunan dren ve üriner kateterlerin en kısa sürede çıkması sağlanmalıdır. Hasta, hastanede bulunduğu süre içinde infeksiyon gelişmeyebilir ya da bir veya daha fazla yıl sonra ortaya çıkabilir. Bu nedenle hastaya infeksiyon belirti ve bulguları öğretilmeli, meydana gelmesi durumunda en kısa sürede hekime başvurması söylenmelidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.7.6. Hareket

Ameliyattan sonra hastaya uygun egzersizlerin yaptırılmasının; hastada kan dolaşımını arttırmak, kişide meydana gelebilecek DVT ve pulmoner emboli riskini azaltmak, kas ve eklem gücünü artırmak, mide peristaltizmini hızlandırarak hastanın beslenmesine yardımcı olmak gibi birçok yararı vardır. Hasta genellikle ameliyat gecesi veya ameliyattan sonraki gün ayağa kaldırılmalı ve pasif egzersizler yaptırılmaya başlanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Gill ve McBurney., 2013; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

Hastanın hareket programına uyumu ve aktif katılımı önemlidir. Yaşlı hastaların hareket yeteneklerini geri kazanmaları daha uzun sürebilir bu nedenle yaşlı hastaların daha dikkatli değerlendirilmesi önemlidir. Uzun süre yatmak zorunda kalan hastalarda ortostatik hipotansiyon gelişebilir, bu nedenle ani hareketlerden

kaçınılmalıdır. Hastaların tolere edebilecekleri kadar günde birkaç kez kademeli olarak yürüteçler yardımı ile yürümeleri sağlanmalı ve hemşire bu hastaları desteklemelidir (Lewis ve ark., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Gill ve McBurney., 2013; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

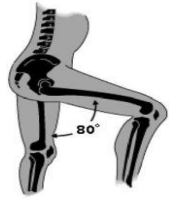
2.7.7. Kalça Çıkığı

Kalça çıkığı, TKP ameliyatı sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Kalça protezinin yerinden çıkması; protezin uygun yerleştirilmemesine, kalçanın aşırı fleksiyonuna, addüksiyonuna ya da eklemin dış rotasyonuna bağlı gelişebilir. Kalça çıkıklarının önleminde bakımın sorumluluğunu üstlenen hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Hastada, ani olarak meydana gelen ağrı, çıtlama sesi, dönen bacak ya da bacakta kısılma gibi belirtilerden herhangi birisi meydana gelirse, hastanın hareketsizliği sağlanıp, ekibe haber verilip hasta yeniden cerrahi işlem olasılığı göz önünde bulundurularak izlenmelidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

Kalça çıkığının önlemek için hastaya kalça ekleminin aşırı iç ve dış rotasyonundan kaçınması gerektiği açıklanmalıdır. Eklemin 90 derece fleksiyonu önlenmeli ve hasta ile yakınlarına açıklanmalıdır. Uyku sırasında bacaklar arasına köpükten üretilen abdüksiyon yastığının konulabileceği söylenmelidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

Yatağın başı 60 dereceden fazla kaldırılmamalı, yatağın dışına oturması gerektiğinde sandalyenin düz olması ve kalçasının dizlerinin üstünde olması gerektiği söylenmelidir. Çıkık olasılığını en aza indirmek için tuvalet yapma konusunda yardımcı olunmalı ve klozetin yüksek olması gerektiği açıklanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Katz ve ark., 2012; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

ÇIKIĞIN ÖNLENMESİ İÇİN YAPILMAMASI GEREKENLER
AMELİYATTAN SONRA EN AZ İKİ AY UYULMALIDIR
GÜVENLİ **TEHLİKELİ**



Hiçbir zaman
bacağınızı
kalçanızın
yukarısına
bükmemelisiniz.



ÖRNEĞİN:



Otururken
dizlerinizi
kalçanızın altında
tutun. Öne doğru
eğilmeyin.



Öne doğru
eğilirken protezli
bacağınızı geride
tutarak diğer
dizinizi bükün.
Asla çömelmeyin.



Her iki bacağınızı
uzatıp arkaya
doğru yaslanırken
ellerinizden
destek alın. Asla
öne doğru
eğilmeyin.



9

Şekil 4. Çıkığın önlenmesi için yapılmaması gerekenler

(https://www.google.com/search?q=%C3%A7%C4%B1k%C4%B1%C4%9F%C4%B1n+%C3%B6nlenmesine+i%C3%A7in+yap%C4%B1lmamas%C4%B1+ge+rekenler&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjKhbPqs6PjAhXyy6YKHTPBDRYQ_AUIECgB&biw=1536&bih=754 Erişim Tarihi: 23.04.2019)

2.8. Total Kalça Protezi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Taburculuk sonrası hasta ve ailesinin evde yaşayabilecekleri sorunlara hazırlıklı olmalarını ve bu doğrultuda planlamalar yapabilmelerini sağlamak için taburculuk eğitimi mümkün olan en erken dönemde planlanmalıdır. Ev ortamı fiziksel açıdan değerlendirilmeli ve hastanın rehabilitasyonunu engelleyecek engelleri ortadan kaldırmak için ekip iş birliği sağlanmalıdır. Özellikle yaşlı hastaların ihtiyaçlarını

tamamen bağımsız bir şekilde yapabilmeleri için gereken rehabilitasyon desteği sağlanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Açıksöz ve Uzun., 2007).

Hastaya infeksiyon (ateş, ağrı, drenaj) ve protezin yerinden çıkması (ağrı, fonksiyon kaybı, bacak kısıtlılığı ya da normal anatomik yapısının bozulması vb.) gibi cerrahi girişim komplikasyonlarının olması durumunda bildirmesi gerektiği söylenmelidir. Genel olarak taburculuk sonrası eğitim konuları arasında; iyileşmenin sağlanması, komplikasyonların ve düşmelerin önlenmesi, özbakımın sürdürülmesi, hareketin desteklenmesi, beslenme, kontroller, sosyal yaşam ve spor, antikoagülan kullanımı yer almaktadır (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Açıksöz ve Uzun., 2007).

2.8.1. Yara Bakımı

- Yara yerindeki dikişler alındıktan sonra yara yerini ovalamadan düş şeklinde banyo yapması konusunda bilgilendirilir.
- Pansuman değişimi ve infeksiyon belirti ve bulguları yönünden hasta ve bakıcıları yönlendirilir.
- Hastaya gerektiğinde hekim tarafından profilaktik antibiyotiklerin yazılabileceği ve bu gibi durumlarda tüm sağlık profesyonellerine (diş hekimi gibi) bildirmesi gerektiği yönünden bilgilendirilir.
- Eğer hasta coumadin (warfarin) alıyorsa haftada bir, Enoksaparin (Lovenox) ve düşük molekül ağırlıklı heparin alıyorsa daha az sıklıkta koagülasyon izlemi yapması gerektiği hakkında bilgi verilir.
- Hekimin tavsiye ettiği rutin kontrollerine gelmesi ve gerektiğinde periyodik röntgen isteneceği yönünden hasta bilgilendirilir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.8.2. Pozisyon

Kalça protezi uygulanan hastaların pozisyonu planlanırken, protezin yerinden kaymasının, kalçanın fleksiyon kontraktürünün ve ameliyat edilen bacağın dışa ya da içe rotasyonunun önlenmesi amaçlanır. Eğitim sırasında hastaya;

- Otururken bacaklarını birbirine yaklaştırmadan, gerekirse bacak arasına yastık koyarak yüksek tabanlı sandalye ya da koltukta oturması,
- Yatakta yatarken bacaklarının arasına yastık koyması,
- Bacaklar arasında yastık varken sağlam taraf üzerine yan yatması,
- Yükseltilmiş tuvalette oturması, tuvalette otururken ve kalkarken bedenini öne doğru eğmekten ve kalçasını bükmekten kaçınması gerektiği,
- Çok uzun süreli oturmaması, oturması gerekiyorsa arada kalkıp yaklaşık 10-15 dakika yürümesi,
- Otururken 90 derece dik oturmaması, 45-60 derece açı ile oturması,
- Ameliyat edilen bacağın dış ve iç rotasyonunu önlemek için üç ay süre ile bacakların iç ve dış yanına yastık koyması önerilir.
- Ameliyat olan bacağının üzerinde üç ay boyunca dönmemesi,
- Otururken veya ayakta iken yerden bir şey almak için eğilmemesi,
- Ameliyat olan bacağı iki ay boyunca içe ve dışa çevirmemesi,
- Bacaklarını en az iki ay süre ile birleştirmemesi,
- Uyurken bacakların arasına 2-3 yastık konulması
- Ayak ayak üstüne atmadan kaçınması gerektiği açıklanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.8.3. Egzersiz ve Hareket

Egzersizin amacı eklemlerdeki ağrıyı ve katılığı azaltabilmek, kas gücü ve esnekliğini artırabilmektir. Çoğu egzersiz programı hareket edebilme aktiviteleri ve kas gücünü geliştirme egzersizleri ile başlar. Hastaya;

- Sık sık yürüyüş yapması, yürüyüşlerini, küçük adımlarla, sık sık dinlenme molası vererek, kendisine öğretilen araçlarla, düz bir zemin üzerinde yapması gerektiği açıklanmalıdır.
- Futbol, basketbol, voleybol, tenis gibi aktiviteler önerilmez. Bu aktiviteler yeni kalça eklemine yapısını bozabilir ve protezin bazı parçalarının kaybına neden olabilir. Yüzme, yürüme ve yerinde sabit duran bisiklete binme gibi kas gücünü arttıran egzersizler önerilmelidir.

- Ağırlık taşımaması gerektiği açıklanmalıdır.
- Kullanabileceği yardımcı araçlar (yürüteç, koltuk değneği, baston kullanımı, banyo sandalyesi gibi) konusunda bilgi verilmelidir.
- Ameliyatına özgü aktivite ve egzersiz programı, merdiven çıkma, inme, ulaşım konularında bilgi verilmeli, bacak bacak üzerine atmaması, ayağını çaprazlamaması ve içe rotasyon yapmaması, eğilmemesi, yardımsız ayakkabı giymemesi ya da bağlamaması gerektiği açıklanmalıdır. Özellikle yaşlı bireylerde düşmeye bağlı kalça kırığı riski yüksek olduğundan, yaşlılara egzersiz programları uygulanarak, kaslarının güçlendirilmesi ve dengede kalabilmelerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastanın;
- En az altı ay-bir yıl boyunca bacak bacak üstüne atmaması,
- En az bir yıl çömelmemesi,
- Merdiven çıkarken sağlam bacağını önce atması, merdiven inerken ise önce koltuk değneklerini ve daha sonra ameliyat olan bacağını atması,
- En az bir ay koltuk değneksiz yürümemesi,
- Ağır yük taşımaması (ilk üç ay en fazla bir iki kilogram ağırlık taşıyabileceği),
- Yemeğini kendisinin hazırlayabileceği, ancak 15-20 dakikadan fazla hareket etmeden ayakta durmaması,
- Fazla ayakta kalmaması, yorulduğunu hissettiği anda oturup dinlenmesi,
- Yerdeki nesneleri öne eğilip almaktan sakınması,
- Sandalyeye otururken öne ve arkaya doğru eğilmekten kaçınması,
- Evde bulunan ağır malzemeleri kaldırmaktan kaçınması,
- Hekimin belirlediği süre içinde tek başına en az 4-6 hafta araç kullanmaması ve bu süre içinde cinsel aktivitelerden kaçınması gerektiği açıklanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Özdemir ve Şendir., 2017; Withers ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Can, 2013; Monaghan ve ark., 2012; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.8.4. Öz bakım

Banyo, giyinme, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi gibi eğitim sırasında:

- Üç ay boyunca çorabını ve ayakkabısını kendi kendine giymemesi,
- Kıyafetlerini giyerken düşmesine neden olabilecek önlemleri alması,
- En az 6 hafta araba kullanmaması,
- Cinsel ilişkiden 3-6 ay kadar uzak durması,
- Hava alanı, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çekilmesi gerektiğinde protezli olduğunu belirtmesi,
- En az 4-6 hafta küvette banyo yapmaktan kaçınması gerektiği açıklanmalıdır (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Monaghan ve ark., 2012; Burghardt, 2011; Paterson ve ark., 2010; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.8.5. Evde alınması gereken güvenlik önlemleri

Hasta ve yakınları evde meydana gelebilecek kazaların önlenmesi, evin daha rahat kullanılabilmesi için yapılabilecek düzenlemeler ve güvenlik önlemleri konularında bilgilendirilmelidir. Zeminlerden düşmelere neden olabilecek kablo, halı, paspas gibi şeylerin kaldırılması, sık kullanılan eşyaların kolayca ulaşılacak bir yere konması, kaygan zemin olmaması, alçak yerlere oturmaması, gerekirse banyoya tutunacak trabzanlar yerleştirilmelidir (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Monaghan ve ark., 2012; Burghardt, 2011; Paterson ve ark., 2010; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.8.6. Beslenme

İyileşmeyi hızlandırmak ve konstipasyonu önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin diyet alması ve kilo almaktan kaçınması söylenir. Kalça protezi uygulanan hastalar antikoagülan ilaç kullandıkları sürece aşırı K vitamini almaktan kaçınmalıdır. Çünkü aşırı miktardaki K vitamini INR seviyelerinde değişikliklere, yaşamı tehdit edici kanama veya trombozlara neden olabilmektedir. K vitamininden zengin yiyecekler; brokoli, karnıbahar, yeşil fasülye, nohut, karaciğer, mercimek, soya fasülyesi, ıspanak, lahana, marul ve soğandır. Bu konuda hastaya bilgi verilmelidir

(Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007).

2.8.7. İlaç Kullanımı

Hasta taburcu olduğunda doktor tarafından pıhtı oluşumunu engellemek için düşük molekül ağırlıklı heparin ve coumadin gibi ilaçlar verebilir. Hemşire özellikle coumadin kullanacak hastalara nasıl ve nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda eğitim vermelidir. Bu eğitim;

- Coumadini ağızdan günde tek doz olarak alması,
- İlacı her gün aynı saatte alması,
- Akşam saatlerinde alınmasının daha uygun olacağı,
- Aç ya da tok olarak alınabileceği,
- Bir bardak su ile alınması,
- İlaça başlamadan önce normal INR değerlerinin belirleneceği, bazı durumlarda istenen INR değerine ulaşmaya kadar damardan bir ilaç da verilmesi gerekebileceği,
- Eğer bir dozu almayı unuttur ya da yanlışlıkla hatalı bir dozda ilaç kullanılırsa bunu kitapçığa not etmesi ve ertesi gün ilacını normal dozunda kullanmaya devam etmesi ve asla iki doz birden almaması,
- Kanama riski olmayan etkinliklerin yapılmasında sakınca olmadığı,
- Diş tedavisi yaptırmadan önce diş hekimine mutlaka Coumadin kullandığını söylemesi ve Coumadin kullanırken diş çekimi ya da kanamaya neden olabilecek bir işlem yapılacaksa ilacın dozunun yeniden ayarlanması gerekebileceği,
- Doktor tarafından özellikle reçete edilmedikçe aspirin ve ayrıca dolorex, kalidren, diclomec, difenak, dikloron gibi ağrı kesici ilaçları almaması,
- Özellikle K vitamini açısından zengin gıdaların INR sonuçlarını değiştirebileceği ve bu gıdaların neler olduğu açıklanmalıdır. Bu gıdalar arasında brokoli, marul, yeşil lahana, ıspanak gibi yeşil yapraklı sebzeler, bezelye, karaciğer, yumurtanın sarısı, buğday kepeği ve yulaf gibi tahıllar, kaşar peyniri, soya ve zeytinyağı sayılabilir.

- Kırmızı biber, papatya, melek otu, sarımsak, keten tohumu, zencefil, yeşil çay, zerdeçal gibi bitkiler Coumadin gibi pıhtı önleyici ilaçların etkisini artırıp kanamaya neden olabilirler. Bu konuda dikkatli olunması ve hekim bilgisi dışında bitkisel tedavileri kullanmaması açıklanır (Lewis ve ark., 2017; Gordon ve Bradgord, 2015; Wilson, 2015; Burghardt, 2011; Kebicz ve Bradford, 2007; Türk Kardiyoloji Derneği, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yöntemi

Total Kalça Protezi ameliyatı olan bireylerin taburculuk sonrası yaşadıkları komplikasyonların belirlenmesi amacı ile yapılmış olan tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen bu araştırma Muğla ilinde bulunan bir Üniversite Hastanesinin ortopedi ve travmatoloji kliniği ve özel bir hastanenin cerrahi kliniğinde gerekli kurum izinleri alındıktan sonra Ekim 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 433 yatak kapasitesine sahiptir. Ortopedi ve Travmatoloji servisi 38 yatak kapasiteli olup, 5 öğretim üyesi, 2 uzman, 6 asistan ve 12 hemşire ile hizmet vermektedir. Ortopedi ve Travmatoloji servisinde daha çok kırık, protez ve amputasyon tanıları ile hasta yatışı yapılmaktadır. Total Kalça Protezi olan bireylere taburculuk sonrası 15. gününde rutin kontrol amaçlı hastaya randevu verilmektedir.

Muğla ilinde bulunan Özel Yücelen Hastanesi ise 107 yatak kapasitesine sahiptir. Cerrahi servisi 35 yatak kapasiteli olup, 14 cerrahi uzman ve 12 hemşire ile hizmet vermektedir. Total Kalça Protezi olan bireylere taburculuk sonrası 15. gününde rutin kontrol amaçlı hastaya randevu verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Muğla ilinde bulunan Üniversite Hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde ve özel hastanenin cerrahi servisinde Ekim 2018–Mayıs 2019 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Muğla ilinde bulunan üniversite hastanesi ve özel hastanede Ekim 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında TKP ameliyatı olan bütün hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, evrenin bilindiği durumuda kullanılan; $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülünden yararlanarak belirlenmiştir. Bu formül sonucunda araştırmanın örneklemini 100 hasta oluşturmuştur.

3.5.Araştırma Dahil Edilme Kriterleri

- Bilinci açık olmak,
- Türkçe okuyup anlayabilmek,
- Psikiyatrik problemi bulunmamak,

3.6.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İşitme problemi olan kişiler.
- Hastanede komplikasyon gelişen hastalar

3.7.Veri Toplama Araçları

3.7.1.Tanıtıcı Bilgiler Formu

Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek-2), araştırmacı tarafından literatür bilgisi taranarak oluşturulmuş bir formudur. Bu form, TKP ameliyatı olan hastaların bireysel özelliklerini belirlenmek amacı ile hazırlanmıştır. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek-2) yaş, cinsiyet, boy/kilo, sigara ve alkol kullanma durumu, sağlık güvencesi durumu, kronik hastalık durumu, yaşanılan ev ortamı, hastaneye yatış tarihi, ameliyat tarihi, ameliyat yapılan bölge, hastaneden taburculuk tarihi, daha önceden geçirilen ameliyatlar, geçirdiği ameliyatlara ilişkin bilgi verilme durumu, bakıma yardımcı olan kişiler, ameliyattan önce ve taburculuk esnasında eğitim alma durumunu sorgulayan 21 sorudan oluşan bir formdur.

3.7.2. Komplikasyon Değerlendirme Formu

Komplikasyon değerlendirme formu araştırmacı tarafından literatür bilgisi taranarak oluşturulmuş ve 16 soruyu içeren bir formdur. Formda ağrı, infeksiyon, ateş, kızarıklık, ödem, dislokasyon, bacakta kısıklık, bacakta ani ağrı, yara yerinde akıntı kötü koku, akıntı ödem, titreme, halsizlik iştahsızlık, DVT belirtileri ve bacağı hareket ettirmede güçlük sorunları ile ilgili sorular yer almaktadır. Komplikasyon formunda yer almayan sorunlar için “Diğer” seçeneği ile hastalara yaşadıkları sorunları ifade etme olanağı sağlanmıştır.

3.8.Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, hastalara çalışmanın amacı sözlü olarak anlatılmış ve ardından Hasta Onay Formu (Ek-1) imzalatılmıştır. Ayrıca hastalara çalışmaya katılmayı kabul etmiş olsalar bile sorulardan rahatsızlık duymaları halinde ve devam etmek istememeleri durumunda çalışmadan çekilebilecekleri bilgisi de verilmiştir. Daha sonra taburculuk öncesinde, hastalar ile yüz yüze görüşülerek Bireysel Özellikler formu 15 dk. içinde uygulanmıştır.

Hastalar ile ikinci görüşme taburculuktan iki hafta sonra, ilk rutin kontrolleri sırasında gerçekleştirilmiştir. Hastalar kontrole gelmeden önce telefon ile iletişime geçilmiş ve görüşme için randevu saati belirlenmiştir. Randevu saatinde gelen hastalar ile ortopedi ve travmatoloji polikliniğinde yüz yüze görüşülerek komplikasyon değerlendirme formu (Ek-3) uygulanmıştır. Komplikasyon değerlendirme formunu yaklaşık olarak 10 dk. da araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.9.Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Version 22.0, SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (min-max) olarak sunulmuştur. İstatistiksel test seçimi için verilerin normallik dağılımı Kolmogorov–Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Cinsiyet gruplarına göre yaş ortalamaları karşılaştırması iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student’s t test) ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki oran karşılaştırmaları ve ilişki

araştırmaları çapraz tabloda verilerin gözelere dağılım varsayımlarına göre Ki-kare test, Fisher kesin ki-kare test (Fisher exact test) ve Mann U Whitney test ile değerlendirilmiştir. İstatistiki anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak ve klinik çalışma önemlilik açısından $p = 0,05$ değeri de kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	n	%
Kadın	46	46
Erkek	54	54
Medeni Durum		
Evli	71	71
Bekar	29	29
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	27	27
İlköğretim	50	50
Lise	16	16
Üniversite ve üstü	7	7
Çalışma durumu		
Evet	15	15
Hayır	85	85
Sosyal güvence		
Var	92	92
Yok	8	8
Sigara kullanımı		
Var	27	27
Yok	73	73
Alkol kullanımı		
Var	17	17
Yok	83	83
Toplam	100	100

Tablo 1’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; %54 ‘ünün (n=54) erkek ve %46’sının (n=46) kadın olduğu görülmektedir. Bireylerin %71’inin (n=71) evli, %50’sinin (n=50) ilköğretim mezunu olduğu, %85’inin (n=85) herhangi bir işte çalışmadığı, %92’sinin (n=92) sosyal güvencesinin olduğu, %27’sinin sigara, %17’sinin alkol kullandığını belirlenmiştir. Sigara kullanan hastaların sigara kullanma süresi ortalaması $34,81 \pm 6,82$ (25-54) yıl olarak belirlenmiştir. Günlük kullanılan sigara adetinin ortalaması ise $11,56 \pm 4,85$ (4-20) olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanan hastaların alkol kullanma süresi ortalaması $32,81 \pm 5,15$ (25-40) yıl, alkol kullanma miktarı ortalaması ise $3,81 \pm 1,68$ (1-7) kadeh olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. Bireylerin Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımları

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
65 yaş ve altı	58	58
66-79 yaş arası	41	41
80-99 yaş arası	1	1
Toplam	100	100
Yaş	Min – Maks	Ortalama $\pm$SS
Kadın	55-89	66 $\pm$ 6,13
Erkek	44-79	63,67 $\pm$ 7,33

Tablo 2’de bireylerin yaş ortalamalarına göre dağılımlarına bakıldığında; bireylerin %58’inin (n=58) 65 yaş ve altında, %41’inin (n=41) 66-79 yaşları arasında olduğu belirlenmiştir. Bireylerin yaş ortalamasının 64,74 $\pm$ 6,87, kadınların yaş ortalamasının 66,00 $\pm$ 6,13 ve erkeklerin yaş ortalamasının ise 63,67 $\pm$ 7,33 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Bireylerin Bedensel Kütle İndekslerine Göre Dağılımları

BKİ	Sayı (n)	Yüzde (%)
18<BKİ<25	11	11
25<BKİ<30	76	76
30<BKİ<40	13	13
Toplam	100	100
BKİ	Min-Maks.	Ortalama $\pm$SS
	19,95-35,79	27,52 $\pm$ 2,47

Tablo 3’te bireylerin bedensel kütle indekslerine göre dağılımları bakıldığında; bireylerin %11’inin (n=11) BKİ’sinin 18-25 arasında, %76’sının (n=76) 25-30 arasında, %13’ünün (n=13) 30-40 arasında olduğu ve BKİ ortalamasının 27,52 $\pm$ 2,47 (19,95-35,79) arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Bireylerin Kronik Hastalıklarına ve Türlerine Göre Dağılımları

Kronik hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	57	57
Yok	43	43
Kronik Hastalık Türleri		
Diyabet	30	30
Hipertansiyon	27	27
Astım	12	12
Kolesterol	12	12
Diğerleri	13	13
Toplam	57	57

Tablo 4'te bireylerin kronik hastalıklarına ve türlerine göre dağılımlarına bakıldığında; hastaların %57'sinde (n=57) kronik hastalık olduğu, %43'ünde (n=43) ise herhangi bir kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalık türleri incelendiğinde %30'unun (n=30) diyabet, %27'sinin (n=27) hipertansiyon, %12'sinin (n=12) astım, %12'sinin (n=12) kolesterol ve %13'ünün (n=13) diğer kronik hastalıkları olduğu belirtmiştir.

Tablo 5. Bireylerin Ameliyat Öncesi Dönemde Hastanede Yatma ve Hastanede Kalma Süresi Dağılımları

	Gün (Ortalama)	SS
Hastanede Yatma	1,41	1,25
Hastanede Kalma	7,39	1,39

Tablo 5’te bireylerin ameliyat öncesi hastanede yatma ve hastanede kalma süresi dağılımlarına bakıldığında; bireylerin ameliyat öncesi hastanede yatma süresi ortalamaları $1,41 \pm 1,25$ (0-12) gün, hastanede kalma süresi ortalamalarının ise $7,39 \pm 1,39$ (2-12) gün olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Bireylerin Yaşadıkları Ev Ortamlarına ve Evde Bakımlarına Yardımcı Olan Kişilere Göre Dağılımları

Yaşanılan Ev Ortamı	n	%
Asansörlü	28	28
Asansörsüz	72	72
Bakıma Yardımcı Kişiler		
1. Derece yakını	99	99
Diğerleri	1	1
Toplam	100	100

Tablo 6’da bireylerin yaşadıkları ev ortamlarına ve evde bakımlarına yardımcı olan kişilere göre dağılımlarına bakıldığında; bireylerin %28’inin (n=28) asansörlü, %72’sinin (n=72) ise asansörsüz bir evde yaşadığı belirlenmiştir. Bireylerin/Hastaların %99’unda (n=99) 1. derece yakınlarının bakıma yardımcı olduğu %1’inin (n=1) ise 1. derece yakını dışındaki kişilerin bakıma yardımcı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Bireylerin Ameliyat Bölgelerine ve Daha Önceden Cerrahi Girişim Geçirme Durumlarına Göre Dağılımları

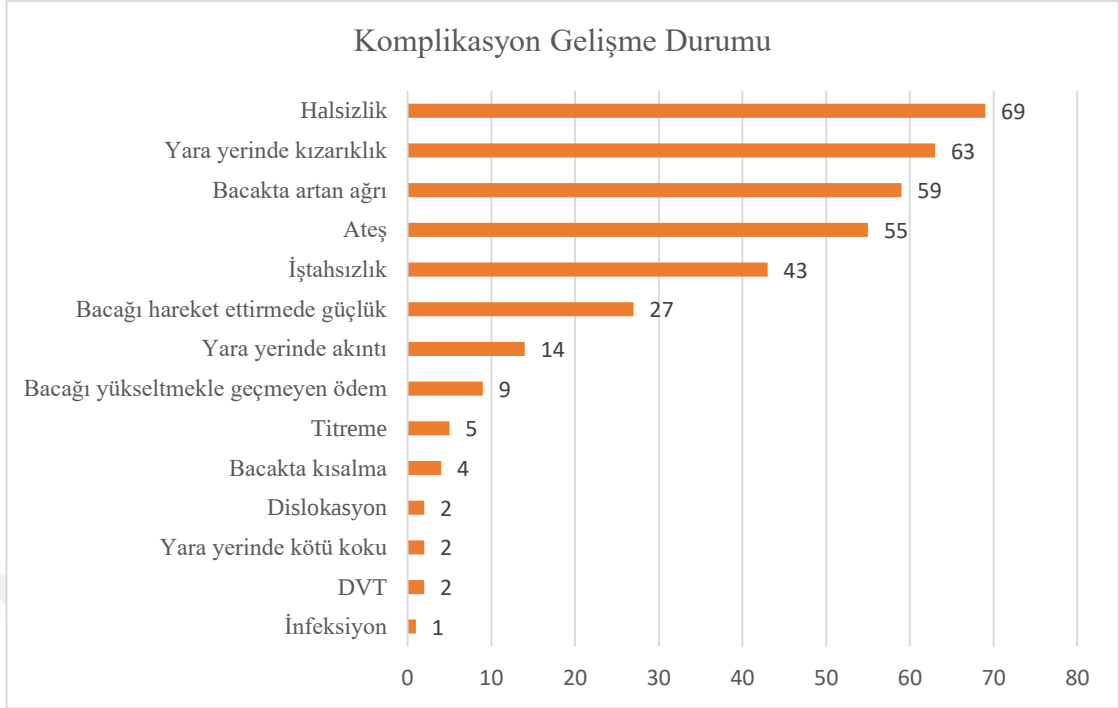
Ameliyat Yapılan Bölge	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağ	42	42
Sol	58	58
Daha Önce Cerrahi Girişim Durumu		
Evet	52	52
Hayır	48	48
Önceki Cerrahi Süreç Deneyimi		
Olumlu	47	90.38
Olumsuz	5	9.61
Toplam	52	100

Tablo 7’de bireylerin ameliyat bölgelerine ve daha önceden cerrahi girişim geçirme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; bireylerin %42’sinin (n=42) sağ taraf, %58’inin (n=58) ise sol tarafından TKP ameliyatı olduğu, %52’sinin (n=52) daha önce major ya da minor cerrahi girişim geçirdiği, %48’inin (n=48) daha önce major ya da minor cerrahi girişim geçirmediği belirlenmiştir. Bireylerin %90,38’nin (n=47) daha önce geçirdiği cerrahi sürecin olumlu deneyimlediği, %9,61’inin (n=5) olumsuz deneyimlediği belirlenmiştir.

Tablo 8. Bireylerin Kalça Protezine Özgü Aldıkları Eğitimlere Göre Dağılımları

Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	18	18
Hayır	82	82
Eğitimi veren kişi		
Hemşire	10	55,55
Hekim	7	38,88
Her ikisi	1	5,55
Eğitim yeterli miydi?		
Yeterli	9	50
Yetersiz	9	50
Taburculuk sırasında eğitim veren kişi		
Hemşire	13	13
Hekim	75	75
Her ikisi	12	12
Eğitim yeterli miydi?		
Yeterli	71	71
Yetersiz	29	29
Toplam	100	100

Tablo 8’de bireylerin kalça protezi cerrahisine özgü aldıkları eğitimlere göre dağılımlarına bakıldığında; bireylerin %18’inin (n=18) ameliyat öncesi eğitim aldığı ancak %82’sinin (n=82) ise ameliyat öncesi hiç kimseden eğitim almadığı belirlenmiştir. Eğitim alan bireylerin %55’inin (n=18) bu eğitimi hemşire’den, %38,88’inin (n=7) ise hekimden aldığı belirlenmiştir. Ameliyat öncesi hemşirelerden eğitim alanların %50’sinin (n=9) bu eğitimi yeterli bulduğu, %50’ sinin (n=9) ise yetersiz bulduğu belirlenmiştir. TKP ameliyatı sonrası taburculuk sırasında bireylerin %13’ünün (n=13) hemşireden, %75’inin (n=75) hekimden ve %12’sinin (n=12) her ikisinden de eğitim aldığı ve bireylerin %71’inin (n=71) aldıkları eğitimi yeterli bulduğu, %29’unun (n=29) ise yetersiz bulduğu belirlenmiştir.



Şekil 5. Bireylerde komplikasyon gelişme durumu

Total kalça protezi ameliyatı geçiren bireylerin taburculuk sonrası yaşadıkları komplikasyonlara bakıldığında; bireylerin %69’unda halsizlik, %63’ünde yara yerinde kızarıklık, %59’unda bacakta artan ağrı, %55’inde ateş, %43’ünde iştahsızlık, %27’sinde bacağı hareket ettirmede güçlük, %14’ünde yara yerinde akıntı, %9’unda bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, %5’inde titreme, %4’ünde bacakta kısıalma, %2’sinde dislokasyon, yara yerinde kötü koku, DVT belirtileri ve %1 enfeksiyon saptanmıştır.

Tablo 9. Bireylerde Yara Yerinde Akıntı ve Ateş Gelişimi Durumları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Akıntı	Yerinde	Medeni Durum						p
		Evli		Bekar		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Var		5	7	9	31	14	14	0,003 ^a
Yok		66	93	20	69	86	86	
Toplam		71	100	29	100	100	100	
Ateş		n	%	n	%	n	%	p
Var		34	47,9	21	72,4	55	55	0,025 ^b
Yok		37	52,1	8	27,6	45	45	
Toplam		71	100	29	100	100	100	

a: Fisher exact test, b: Ki-kare test

Tablo 9’da bireylerin medeni durumları ile komplikasyon gelişime durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; evli olan bireylerin %7’sinde (n=5) yara yerinde akıntı gelişirken, %93’ünde (n=66) yara yerinde akıntı gelişimi olmadığı belirlenmiştir. Bekar olan bireylerin %69’unda (n=20) yara yerinde akıntı gelişmediği belirlenmiştir. Medeni durum ile yara yerinde akıntı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,003). Evli olan bireylerin %47,9’unda (n=34) ateş gelişirken, %52,1’inde (n=37) ateş gelişmediği belirlenmiştir. Bekar olan bireylerin % 72,4’ünde (n=21) ateş gelişimi olmadığı belirtilmiştir. Medeni durum ile ateş gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,025). Medeni durum ile diğer komplikasyonlar (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 10. Bireylerin Yara Yerinde Akıntı Gelişimi ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

	Eğitim Durumu										
Yara Yerinde Akıntı	Okur- Yazar Değil		İlköğretim		Lise		Üniversite ve Üstü		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	0,006
Var	9	33,3	4	8	0	0	1	14,3	14	14	
Yok	18	66,7	46	92	16	100	6	85,7	86	86	
Toplam	27	100	50	100	16	100	7	100	100	100	

Fisher exact test

Tablo 10’da bireylerin eğitim durumları ile yara yerinde akıntı gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; %33,3’ünün (n=9) okur-yazar değil, %8’inin (n=4) ilköğretim mezunu ve %14,3’ünün (n=1) üniversite ve üstü olduğu belirlenmiştir. Yara yerinde akıntı gelişmeyen bireylerin eğitim durumuna bakıldığında; %66,7’sinin (n=18) okur-yazar değil, %92’sinin (n=46) ilköğretim mezunu ve %85,7’sinin (n=6) üniversite ve üstü eğitimi olduğu belirlenmiştir. Bireylerin eğitim durumu ile yara yerinde akıntı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,006). Eğitim durumu ile diğer komplikasyonlar (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, ateş, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 11. Bireylerin Titreme Gelişimi ile Sosyal Güvence Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Titreme	Sosyal Güvence Durumu						
	Var		Yok		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	0,05
Var	3	3,3	89	96,7	92	100	
Yok	2	25	6	75	8	100	

Fisher exact test

Tablo 11’de bireylerin sosyal güvence durumları ile titreme gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; sosyal güvencesi olan bireylerin %3,3’ünün (n=3) titreme gelişirken, %25’inde (n=2) titreme gelişmemiştir. Sosyal güvencesi olmayan bireylerin %97,7’sinde (n=89) titreme gelişirken, %75’inde titreme gelişmemiştir. Bireylerin sosyal güvence durumları ile titreme gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,05). Sosyal güvence durumu ile diğer komplikasyonlar (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde akıntı, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, ateş, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, enfeksiyon) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 12. Bireylerin Ateş Gelişimi ile Sigara Kullanma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Ateş	Sigara Kullanımı						p
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	10	37	17	63	27	100	0,028
Yok	45	61,6	28	38,4	73	100	

Ki-kare test

Tablo 12’de bireylerin sigara kullanma durumları ile ateş gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; sigara kullanan bireylerin %37’sinde (n=10) ateş gelişirken, %61,6’sında (n=45) ateş gelişmemiştir. Sigara kullanmayan bireylerin %63’ünde (n=17) ateş gelişirken, %38,4’ünde (n=28) ateş gelişmemiştir. Sigara içmeyen bireyler ile ateş gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,028). Sigara içme durumu ile diğer komplikasyonların (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde akıntı, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 13. Bireylerin Komplikasyon Gelişimi ile Bedensel Kütle İndeksi Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

	Bedensel Kütle İndeksi (BKİ)							
Bacakta Artan Ağrı	18<BKİ<25 (Normal)		25<BKİ<30 (Kilolu)		30<BKİ<40 (Obez)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	7	7	41	41	11	11	59	59
Yok	4	4	35	35	2	2	41	41
p	0,973		0,045		0,669			
Yara Yerinde Kızarıklık								
Var	8	8	46	46	9	9	63	63
Yok	3	3	30	30	4	4	37	37
p	0,759		0,079		0,198			
Yara Yerinde Akıntı								
Var	2	2	8	8	4	4	14	14
Yok	9	9	68	68	9	9	86	86
p	0,053		0,348		0,566			
Ateş								
Var	7	7	41	41	7	7	55	55
Yok	4	4	35	35	6	6	45	45
p	0,136		0,799		0,190			
Halsizlik								
Var	10	10	53	53	6	6	69	69
Yok	1	1	23	23	7	7	31	31
p	0,735		0,510		0,371			

İştahsızlık								
Var	5	5	33	33	5	5	43	43
Yok	6	6	43	43	8	8	57	57
p	0,193		0,947		0,045			
Bacakta Hareket Güçlüğü								
Var	2	2	18	18	7	7	27	27
Yok	9	9	58	58	6	6	73	73
p	0,054		0,065		0,480			
Bacakta Kısıalma								
Var	0	0	3	3	1	1	4	4
Yok	11	11	73	73	12	12	96	96
p	X		0,366		0,427			
Dislokasyon								
Var	0	0	1	1	1	1	2	2
Yok	11	11	75	75	12	12	98	98
p	0,481		0,122		0,427			
Yara Yerinde Kötü Koku								
Var	0	0	0	0	2	2	2	2
Yok	11	11	76	76	11	11	98	98
p Değeri	X		X		0,993			
Bacakta Geçmeyen Ödem								
Var	1	1	6	6	2	2	9	9
Yok	10	10	70	70	11	11	91	91
p	0,538		0,049		0,993			

Titreme								
Var	0	0	3	3	2	2	5	5
Yok	11	11	73	73	11	11	95	95
P	X		0,293		0,509			
DVT Belirtileri								
Var	0	0	1	1	1	1	2	2
Yok	11	11	75	75	12	12	98	98
p	X		0,188		0,418			
İnfeksiyon								
Var	1	1	0	0	0	0	1	1
Yok	10	10	76	76	13	13	99	99
p	0,538		X		X			

Mann U Whitney

Tablo 13'te bireylerin bedensel kütle indeksi ile komplikasyon gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; bireylerin %59'unda (n=59) bacakta artan ağrı gelişirken %41'inde (n=41) ağrı gelişmemiştir. Bacakta artan ağrı gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18 < BKİ < 25$ arasında olanların %7'sinde (n=7), $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %41'inde (n=41) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların ise %11'inin (n=11) bacağına ağrı geliştiği belirlenmiştir. $25 < BKİ < 30$ arasında olan bireylerde bacakta artan ağrı gelişiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken (p=0,045), diğer BKİ değerleri ile bacakta artan ağrı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Bireylerin %63'ünde (n=63) yara yerinde kızarıklık gelişirken, %37'sinde (n=37) yara yerinde kızarıklık gelişmemiştir. Yara yerinde kızarıklık gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18 < BKİ < 25$ arasında olanların %8'inde (n=8), $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %46'sında (n=46) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların ise %9'unda (n=9) yara yerinde

kızarıklık geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile yara yerinde kızarıklık gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin %14'ünde ($n=14$) yara yerinde akıntı gelişirken, %86'sında ($n=86$) yara yerinde akıntı gelişmemiştir. Yara yerinde akıntı gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18<BKİ<25$ arasında olanların %2'sinde ($n=2$), $25<BKİ<30$ arasında olanların %8'inde ($n=8$) ve $30<BKİ<40$ arasında olanların ise %4'ünde ($n=4$) yara yerinde akıntı geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile yara yerinde akıntı gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin %55'inde ($n=55$) ateş gelişirken, %45'inde ($n=45$) ateş gelişmemiştir. Ateş gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18<BKİ<25$ arasında olanların %7'sinde ($n=7$), $25<BKİ<30$ arasında olanların %41'inde ($n=41$) ve $30<BKİ<40$ arasında olanların ise %7'sinde ($n=7$) ateş geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile ateş gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin %69'unda ($n=69$) halsizlik gelişirken, %31'inde ($n=31$) halsizlik gelişmemiştir. Halsizlik gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18<BKİ<25$ arasında olanların %10'unda ($n=10$), $25<BKİ<30$ arasında olanların %53'ünde ($n=53$) ve $30<BKİ<40$ arasında olanların ise %6'sında ($n=6$) halsizlik geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile halsizlik gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin %43'ünde ($n=43$) iştahsızlık gelişirken, %57'sinde ($n=57$) iştahsızlık gelişmemiştir. İştahsızlık gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18<BKİ<25$ arasında olanların %5'inde ($n=5$), $25<BKİ<30$ arasında olanların %33'ünde ($n=33$) ve $30<BKİ<40$ arasında olanların ise %5'inde ($n=5$) iştahsızlık geliştiği belirlenmiştir. $30<BKİ<40$ arasında olan bireylerde iştahsızlık gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p=0,045$), diğer BKİ değerleri ile iştahsızlık gelişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin %27'sinde ($n=27$) bacağı hareket ettirmede güçlük gelişirken, %73'ünde ($n=73$) bacağı hareket ettirmede güçlük gelişmemiştir. Bacağı hareket ettirmede güçlük gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18<BKİ<25$ arasında olanların %2'sinde ($n=2$), $25<BKİ<30$ arasında olanların %18'inde ($n=18$) ve $30<BKİ<40$ arasında olanların ise %7'inden ($n=7$) bacağı hareket ettirmede güçlük geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile bacağı hareket ettirmede güçlük gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin %4'ünde (n=4) bacakta kısıalma gelişirken, %96'sinde (n=96) kısıalık gelişmemiştir. Bacakta kısıalma gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %3'ünde (n=3) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların ise %1'inde (n=1) bacakta kısıalma geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile bacakta kısıalma gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Bireylerin %2'sinde (n=2) dislokasyon gelişirken, %98'inde (n=98) dislokasyon gelişmemiştir. Dislokasyon gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %1'inde (n=1) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların ise %1'inde (n=1) dislokasyon geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile dislokasyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Bireylerin %2'sinde (n=2) yara yerinde kötü koku gelişirken, %98'inde (n=98) bu komplikasyon gelişmemiştir. Yara yerinde kötü koku gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $30 < BKİ < 40$ arasında olanların %2'sinde (n=2) yara yerinde kötü koku geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile yara yerinde kötü koku gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Bireylerin %9'unda (n=9) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gerçekleşirken %91'inde (n=91) ödem gelişmemiştir. Bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18 < BKİ < 25$ arasında olanların %1'inde (n=1), $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %6'sında (n=6) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların ise %2'sinde (n=2) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem geliştiği belirlenmiştir. $25 < BKİ < 30$ arasında olan bireylerde bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p = 0,049$), diğer BKİ değerleri ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Bireylerin %5'inde (n=5) titreme gelişirken, %95'inde (n=95) titreme gelişmemiştir. Titreme gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %3'ünde (n=3) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların %2'sinde (n=2) titreme geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile titreme gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Bireylerin %2'sinde (n=2) DVT belirtileri gelişirken, %98'inde (n=98) DVT belirtileri gelişmemiştir. DVT gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $25 < BKİ < 30$ arasında olanların %1'inde (n=1) ve $30 < BKİ < 40$ arasında olanların ise %1'inde (n=1) DVT belirtileri geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile DVT belirtileri gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bireylerin %1'inde (n=1) infeksiyon gelişirken, %99'unda (n=99) bu komplikasyon gelişmemiştir. İnfeksiyon gelişen bireylerin BKİ dağılımına bakıldığında; beden kitle indeksi $18 < BKİ < 25$ arasında olanların %1'inde (n=1) infeksiyon geliştiği belirlenmiştir. BKİ değeri ile infeksiyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 14. Bireylerin Yara Yerinde Akıntı Gelişimi ile Hipertansiyon Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Yerinde Akıntı	Hipertansiyon						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	0,035
Var	8	29,6	19	70,4	27	100	
Yok	2	6,7	28	93,3	30	100	

Fisher exact test

Tablo 14'te bireylerin hipertansiyon durumları ile yara yerinde akıntı gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımları bakıldığında; hipertansiyonu olan bireylerin %29,6'sında (n=8) yara yerinde akıntı gelişirken, %6,7'sinde (n=2) yara yerinde akıntı gelişmemiştir. Hipertansiyonu olmayan bireylerin %70,4'ünde (n=19) yara yerinde akıntı gelişirken, %93,3'ünde (n=28) yara yerinde akıntı gelişmemiştir. Hipertansiyon ile yara yerinde akıntı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bu ilişki saptanırken ($p = 0,035$), hipertansiyon ile diğer komplikasyonlar (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, ateş, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 15. Bireylerin Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem Gelişimi ile Kolesterol Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem	Kolesterol						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	0,015
Var	4	33,3	8	66,7	12	100	
Yok	2	4,4	43	95,6	45	100	

Fisher exact test

Tablo 15’te bireylerin kolesterol durumları ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kolesterolü olan bireylerin %33,3’ünde (n=4) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişirken, %4,4’ünde (n=2) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişmemiştir. Kolesterolü olmayan bireylerin %66,7’sinde (n=8) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişirken, %95,6’sında (n=43) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişmemiştir. Kolesterol ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bu ilişki saptanırken ($p=0,015$), kolesterol ile diğer komplikasyonlar (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde akıntı, yara yerinde kötü koku, ateş, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Bireylerde Yara Yerinde Kızarıklık ve Ateş Gelişimi ile Yaşanılan Ev Ortamı Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Yerinde Kızarıklık		Yaşanılan Ev Ortamı						p
		Asansörlü		Asansörsüz		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Var		12	42,9	51	70,8	63	63	0,009
Yok		16	57,1	21	29,2	37	37	
Ateş								0,049
Var		11	39,3	44	61,1	55	55	
Yok		17	60,7	28	38,9	45	45	
Toplam		28	100	72	100	100	100	

Ki-kare test

Tablo 16’da yaşanılan ev ortamı ile komplikasyon gelişimi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; yaşadığı ev ortamı asansörlü olan bireylerin %42,9’unda (n=12) yara yerinde kızarıklık gelişirken, %57,1’inde (n=16) yara yerinde kızarıklık gelişmemiştir. Asansörsüz bir evde yaşayan bireylerin % 70,8’inde (n=51) yara yerinde kızarıklık gelişirken, %29,2’sinde (n=21) yara yerinde kızarıklık gelişmediği belirlenmiştir. Yaşanılan ev ortamı ile yara yerinde kızarıklık gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,009). Asansörlü bir evde yaşayan bireylerin %39,3’ünde (n=11) ateş gelişirken, %60,7’sinde (n=17) ateş gelişmediği belirlenmiştir. Asansörsüz evde yaşayan bireylerin %61,1’inde (n=44) ateş gelişirken, %38,9’unda (n=28) ateş gelişmediği belirlenmiştir. Yaşanılan ev ortamı ile ateş gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (p=0,049). Yaşanılan ev ortamı ile diğer komplikasyonların (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde akıntı, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 17. Bireylerde Yara Yerinde Akıntı ve Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem Gelişme Durumları ile Daha Önce Cerrahi Girişim Geçirme Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Akıntısı	Yerinde	Daha Önce Cerrahi Girişim Durumu					p	
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	%	n	%	n		%
Var		12	23,1	2	4,2	14	14	0,006 ^a
Yok		40	76,9	46	95,8	86	86	
Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem								
Var		9	17,3	0	0	9	9	0,003 ^b
Yok		43	82,7	48	48	91	91	

a: Ki-kare test, b: Fisher exact test

Tablo 17’de bireylerin daha önce cerrahi girişim geçirme durumları ile komplikasyon gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; daha önce cerrahi girişim geçiren bireylerin %23,1’inde (n=12) yara yerinde akıntı gelişirken %76,9’unda (n=40) yara yerinde akıntı gelişmemiştir. Daha önce cerrahi girişim geçirmeyen bireylerin %4,2’sinde (n=2) yara yerinde akıntı gelişirken %95,8’inde (n=46) yara yerinde akıntı gelişmediğini belirtmiştir. Daha önce cerrahi girişim geçirme durumları ile yara yerinde akıntı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,006). Daha önce cerrahi girişim geçiren bireylerin %17,3’ünde (n=9) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişirken, %82,7’sinde (n=43) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişmemiştir, Daha önce cerrahi girişim geçirmeyen bireylerin hiçbirinde bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişmemiştir. Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,003). Daha önce cerrahi girişim geçirmeyen bireylerde diğer komplikasyonlar (bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde kötü koku, ateş, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük, infeksiyon) gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 18. Bireylere Eğitimi Veren Kişi ile Taburculuk Sırasında Eğitim Alma Durumu Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Eğitimi Veren Kişi	Taburculuk Sırasında Eğitim Alma Durumu						
	Yeterli		Yetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Hemşire	3	23,1	10	76,9	13	100	0,001
Hekim	56	74,7	19	25,3	75	100	
Her İkisi	12	100	0	0	12	100	

Fisher exact test

Tablo 18’de bireylerin taburculuk sırasında eğitim alma durumu ile eğitimi veren kişi arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; verilen eğitime yeterli diyenlerin %23,1’inin (n=3) hemşireden, %74,7’sinin (n=56) hekimden ve %100’ünü (n=12) her ikisinden eğitim aldığını belirtmiştir. Taburculuk sırasında yetersiz eğitim alan bireylerin %76,9’unun (n=10) hemşireden, %25,3’ünün (n=19) hekimden eğitim aldığını belirtmiştir. Taburculuk sırasında eğitimi veren kişiye göre verilen eğitimi yetersiz bulma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Taburculuk sırasında verilen yetersiz eğitimin hemşire’nin verdiği eğitimden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 19. Bireylerin Bacakta Artan Ağrı Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Bacakta Artan Ağrı	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Var	10	55,6	8	44,4	18	100	0,743
Yok	49	59,8	33	40,2	82	100	

Ki-kare test

Tablo 19’da bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile bacakta artan ağrı gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %55,6’sında (n=10) bacakta artan ağrı gelişirken, %59,8’inde (n=49) ağrı gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %44,4’ünde (n=8) bacakta artan ağrı gelişirken, %40,2’sinde (n=33) ağrı gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile bacakta artan ağrı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Bireylerin Bacakta Kısalma Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Bacakta Kısalma	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	0	0	18	100	18	100	1,000
Yok	4	4,9	78	95,1	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 20’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile bacakta kısalma gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerde bacakta kısalma gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %100’ünde (n=18) bacakta kısalma gelişirken, %95,1’inde (n=78) bacakta kısalma gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile bacakta kısalma gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Bireylerin Dislokasyon Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Dislokasyon	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	0	0	18	100	18	100	1,000
Yok	2	2,4	80	97,6	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 21’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile dislokasyon gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerde dislokasyon gelişmezken, kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %100’ünde (n=18) dislokasyon gelişmiştir. Ameliyat öncesi eğitim almayan bireylerin %97,6’sında (n=80) ise dislokasyon gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile dislokasyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. Bireylerin Yerinde Kızarıklık Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Yara Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Yerinde Kızarıklık	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Var	8	44,4	10	55,6	18	100	
Yok	55	67,1	27	32,9	82	100	

Ki-kare test

Tablo 22’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile yara yerinde kızarıklık gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %44,4’ünde (n=8) yara yerinde kızarıklık gelişirken, %67,1’inde (n=55) yara yerinde kızarıklık gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %55,6’sında (n=10) yara yerinde kızarıklık gelişirken, %32,9’unda (n=27) yara yerinde kızarıklık gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile yara yerinde kızarıklık gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Bireylerin Yara Yerinde Akıntı Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Yerinde Akıntı	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	1	5,6	17	94,4	18	100	0,455
Yok	13	15,9	69	84,1	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 23'te bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile yara yerinde akıntı gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %5,6'sında (n=1) yara yerinde akıntı gelişirken, %15,9'unda (n=13) yara yerinde akıntı gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %94,4'ünde (n=17) yara yerinde akıntı gelişirken, %84,1'inde (n=69) yara yerinde akıntı gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile yara yerinde akıntı gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Bireylerin Yara Yerinde Kötü Koku Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Yara Yerinde Kötü Koku	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	1,000
Var	0	0	18	100	18	100	
Yok	2	2,4	80	97,6	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 24'te bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile yara yerinde kötü koku gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerde yara yerinde kötü koku gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %100'ünde yara yerinde kötü koku gelişirken, %97,6'sında (n=80) yara yerinde kötü koku gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile yara yerinde kötü koku gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Bireylerin Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Bacağı Yükseltmekle Geçmeyen Ödem	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	1,000
Var	1	5,6	17	94,4	18	100	
Yok	8	9,8	74	90,2	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 25'te bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %5,6'sında (n=1) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişirken, %9,8'inde (n=8) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %94,4'ünde (n=17) bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişirken, %90,2'sinde (n=74) ödem gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Bireylerin Ateş Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Ateş	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	0,320
Var	8	44,4	10	55,6	18	100	
Yok	47	57,3	35	42,7	82	100	

Ki-kare test (Chi-square test)

Tablo 26’da bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile ateş gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %44,4’ünde (n=8) ateş gelişirken, %57,3’ünde (n=47) ateş gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %55,6’sında (n=10) ateş gelişirken, %42,7’sinde (n=35) ateş gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile ateş gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Bireylerin Titreme Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
Titreme	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Var	1	5,6	17	94,4	18	100	1,000
Yok	4	4,9	78	95,1	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 27’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile titreme gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %5,6’sında (n=1) titreme gelişirken, %4,9’ünde (n=4) titreme gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %94,4’ünde (n=17) titreme gelişirken, %95,1’inde (n=78) titreme gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile titreme gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Bireylerin Halsizlik Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Halsizlik	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	14	77,8	4	22,2	18	100	0,374
Yok	55	67,1	27	32,9	82	100	

Ki-kare test

Tablo 28’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile halsizlik gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %77,8’inde (n=14) halsizlik gelişirken, %67,1’inde (n=55) halsizlik gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %22,2’sinde (n=4) halsizlik gelişirken, %32,9’unda (n=27) halsizlik gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile halsizlik gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Bireylerin İştahsızlık Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

İştahsızlık	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	7	38,9	11	61,1	18	100	0,697
Yok	36	43,9	46	56,1	82	100	

Ki-kare test

Tablo 29’da bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile iştahsızlık gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %38,9’unda (n=7) iştahsızlık gelişirken, %43,9’unda (n=36) iştahsızlık gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %61,1’inde (n=11) iştahsızlık gelişirken, %56,1’inde (n=46) iştahsızlık gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile iştahsızlık gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 30. Bireylerin DVT Belirtileri Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

DVT Belirtileri	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	1	5,6	17	94,4	18	100	0,329
Yok	1	1,2	81	98,8	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 30’da bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile DVT belirtileri gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %5,6’sında (n=1) DVT belirtileri gelişirken, %1,2’sinde (n=1) DVT belirtileri gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %94,4’ünde (n=17) DVT belirtileri gelişirken, %98,8’inde (n=81) DVT belirtileri gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı eğitim alma durumu ile DVT gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. Bireylerin Bacağı Hareket Ettirmede Güçlük Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

Bacağı Hareket Ettirmede Güçlük	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	7	38,9	11	61,1	18	100	0,245
Yok	20	24,4	62	75,6	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 31’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile bacağı hareket ettirmede güçlük gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin %38,9’unda (n=7) bacağı hareket ettirmede güçlük gelişirken, %24,4’ünde (n=20) bacağı hareket ettirmede güçlük gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %61,1’inde (n=11) bacağı hareket ettirmede güçlük gelişirken, %75,6’sında (n=62) bacağı hareket ettirmede güçlük gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile bacağı hareket ettirmede güçlük gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32. Bireylerin İnfeksiyon Gelişme Durumları ile Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımları

İnfeksiyon	Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Eğitim Alma Durumu						
	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Var	0	0	18	100	18	100	1,000
Yok	1	1,2	81	98,8	82	100	

Fisher kesin ki-kare test (Fisher's exact test)

Tablo 32’de bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumları ile infeksiyon gelişme durumları arasındaki ilişkiye göre dağılımlarına bakıldığında; kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alan bireylerin hiçbirinde infeksiyon gelişmemiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim almayan bireylerin %100’ünde infeksiyon ağırlı gelişirken, %98,8’inde (n=81) infeksiyon gelişmemiştir. Bireylerin kalça protezi ameliyatı öncesi eğitim alma durumu ile infeksiyon gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan 100 bireyin %54'ü (n=54) erkek ve %46'sı (n=46) kadınlardan oluşmaktadır. Bireylerin yaş ortalaması $64,74 \pm 6,87$ (44-89), beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması $27,52 \pm 2,47$ (19,95-35,79), kadınların yaş ortalaması $66,00 \pm 6,13$ (55-89) ve erkeklerin yaş ortalaması $63,67 \pm 7,33$ (44-79) olarak belirlenmiştir. Bireylerin %71'inin evli, %50'sinin ilköğretim mezunu, %85'inin çalışmadığı, %92'sinin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Yaşın ilerlemesi ile yaşlanmaya bağlı kemik dokusunun zayıflaması ve kemik yoğunluğunun azalması gibi nedenlerle yaşlı bireylerde TKP ameliyatı geçirmesi daha fazladır. (Tablo 2). Ancak yaşlı hastalarda dolaşımın yavaşlaması ve kronik hastalığın daha yaygın olması, daha az hareketli yaşam tarzı, sinir iletiminin yavaşlaması nedeniyle ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesi daha fazladır. Çalışmamızda TKP ameliyatı geçirme ile yaş ortalamasına bakıldığında; (Tablo 7) Kadınların yaş ortalaması $66,00 \pm 6,13$ (55-89) ve erkeklerin yaş ortalaması $63,67 \pm 7,33$ (44-79) arasında olduğu ve yaş ortalamalarının her iki grupta da birbirine yakın olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yaş ile komplikasyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Benzer şekilde Klasan ve ark. (2019), Bakış ve ark. (2014), Uğurlu ve ark. (2012), Dal ve ark. (2012) ve Higuera ve ark.'nın (2011) yaptıkları çalışmalarda da yaş ve komplikasyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu veriler ışığında yaş ortalaması arttıkça komplikasyon gelişme oranını artmadığı, çalışmamızın verilerinin de literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Singh ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızın tersine yaş ile komplikasyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Klasan ve ark., 2019; Uğurlu ve ark., 2012; Bakış ve ark., 2014; Dal ve ark., 2012; Higuera ve ark., 2011; Singh ve ark., 2010).

Kadınların yaşam sürecinde sık karşılaştığı gebelik, emzirme ve menapoz gibi durumlardan dolayı kemiklerden kalsiyum kullanımı daha fazladır ve kemik yoğunlukları erkeklere göre daha azdır. Bu nedenle kadınların TKP ameliyatı geçirme olasılıkları daha yüksektir. Çalışmamızda ise; TKP ameliyatı olan bireylerin %54'ünün erkek, %46'sının kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmamızda kadın ve erkek cinsiyeti ile komplikasyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak

anlamli bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Klasan ve ark. (2019), Bakış ve ark. (2014), Uğurlu ve ark. (2012), Mariconda ve ark. (2011), Higuera ve ark. (2011), Singh ve ark.'nın (2010) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile komplikasyon gelişme arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır (Klasan ve ark., 2019; Bakış ve ark., 2014; Uğurlu ve ark., 2012; Mariconda ve ark., 2011; Higuera ve ark., 2011; Singh ve ark., 2010).

şışman ve obez bireylerde yaşlanma süreci ile kemiklerde meydana gelen değişimlerden dolayı BKİ yükseldikçe TKP ameliyatına maruz kalma oranı da artar. Bu bireylerde yağlı dokunun damarlanmasının daha az olmasından dolayı iyileşme için gerekli besin maddelerinin yara bölgesine ulaşması bozulur ve komplikasyon gelişme riski artar. Çalışmamızda; hastaların BKİ $27,52\pm2,47$ bulunmuş (Tablo 3), BKİ ile komplikasyon oluşma durumu arasındaki ilişki incelenmiş ve BKİ yükseldikçe ($BKİ>25$), bacakta artan ağrı ($p=0,045$), iştahsızlık ($p=0,045$), bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem ($p=0,049$) komplikasyonları arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki saptanırken, diğer komplikasyonlar ($p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13). Benzer şekilde; Mclawborn ve ark.'nın (2017) alışmasında TKP-BKİ oranları arasında ilişki incelemiş, TKP ameliyatı geçiren hastaların %67'sinin BKİ >25 'in üzerinde bulunmuştur. Bu verilerden yola çıkarak obez bireylerin daha fazla TKP ameliyatı geçirdiği söylenebilir. Aynı alışmada BKİ ile komplikasyonlar arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur. Foster ve ark. (2015) ve Wright ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmalarda BKİ yüksek olması ile komplikasyon gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur. Deakin ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada obez olan hastalar ($30<BKİ<40$) ile obez olmayan hastalar arasında dislokasyon, DVT, infeksiyon ve revizyon arasında anlamli ilişki bulunurken, aşırı obez ($40<BKİ$) olanlarla obez olmayanlar ($BKİ<30$) arasında anlamli bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine; Klasan ve ark. (2019) ve Higuera ve ark.'nın (2011) yaptıkları çalışmada ise BKİ yüksekliği ile TKP komplikasyonları arasında anlamli bir fark bulunmamıştır (Klasan ve ark., 2019; Deakin ve ark., 2018; Mclawborn ve ark., 2017; Foster ve ark., 2015; Wright ve ark., 2012; Higuera ve ark., 2011).

Çalışmamızda evli bireylerin oranı %71 (n=71) olarak belirlenmiştir. Evli olan bireylerde eş ve çocuklarının daha iyi bakım vermesi nedeniyle bekarlara oranla daha az komplikasyon gelişmesi beklenir. Bireylere bakım veren kişilerin hem bakım hem de sosyal destek sağlamasından dolayı bu bireyin daha hızlı iyileşmesi ve TKP ile yaşama uyumlarının daha kolay olması beklenir (Tablo 1). Çalışmamızda; medeni durumu bekar olan bireyler ile yara yerinde akıntı (p=0,003) ve ateş (p=0,025) olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 9). Evli olan bireylerde daha az komplikasyon geliştiği belirlenmiştir. Fındık ve Topçu'nun (2012) yaptığı çalışmada da evli olan hastaların planlı cerrahi girişimlerde anlamlı biçimde düşük anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Bu sonucun literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır (Fındık ve Topçu, 2012).

Eğitim düzenin artması bireylere verilecek olan hemşirelik eğitimin daha kolay anlaşılmasını ve uygulanmasını sağlar. Eğitim düzeyinin artması bireyin kendi bakımının sorumluluğunun almasını ve verilen eğitimin daha verimli olmasını sağlar. Okur-yazar olmayan bireylere sadece sözel eğitim verilebilmektedir. Okur-yazar olan bireylere ise hem sözel hem de diğer eğitim yöntemleri (broşür, dergi vb.) ile eğitimler verilebilir. Bu nedenle sözel ve yazılı materyaller ile eğitim verilen bireylerde daha az komplikasyon gelişmesi beklenir. Çalışmamızda; bireylerin %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Eğitim durumu ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Eğitim durumu ilköğretim olan hastalarda yara yerinde akıntının daha çok geliştiği belirlenmiştir (p=0,006) (Tablo 10). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hemşirelik eğitimine aktif bir şekilde katılabilir ve daha iyi anlayabilir. Çalışmamızın aksine; Taşdemir ve ark. (2013) ve Soohoo ve ark.'nın (2010) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza göre; hastaların yaş ortalamalarının yüksek olması ve çoğunluğunun ilköğretim mezunu olması ve verilen hemşirelik eğitimlerinin yeterli olmamasından dolayı (Tablo 18), hastaların kişisel özelliklerine göre sadece sözel değil aynı zamanda görsel olarak da hemşirelik eğitimlerinin verilmesi gerektiği söylenebilir (Taşdemir ve ark., 2013; Soohoo ve ark., 2010).

Uzun süre sigara içen bireylerde damarlarda meydana gelen plaklar ve vazokonstriksiyon nedeniyle dokuların yeterince oksijenlenememesi ve trombositlerin agregasyonunun artması nedeniyle küçük damarlarda trombus oluşumu bireyi hem ameliyat sırasında hem de ameliyat sonrasında komplikasyon gelişimi yönünden riskini artırabilir. Aşırı alkol kullanan bireylerde ise karaciğerde yağlanma meydana gelmesi nedeniyle karaciğerin işlev bozukluğu görülebilir. Bütün bu nedenlerden dolayı uzun süre sigara ve alkol kullanan bireylerde komplikasyon gelişme riski daha fazla olabilir. Çalışmamızda; bireylerin %27'sinin sigara kullandığı, %17'sinin alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 1). Sigara ve alkol kullanımı ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Wright ve ark. (2012) ve Johnsen ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmalarda da sigara ve alkol kullanımı ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızdaki bu sonucun, çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının yüksek olmasından dolayı daha az sayıda hastanın sigara ve alkol kullanmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir. (Wright ve ark., 2012; Johnsen ve ark., 2006).

Bireylerde kronik hastalıkların varlığı varlığı ameliyat sırasında ve sonrasında özellikle yara iyileşmesi ve komplikasyon gelişimi açısından önemlidir. Kronik hastalığı olan bireylere verilecek hemşirelik eğitimleri bu hastalıkları da göz önüne alarak planlanmalıdır. TKP ameliyatı olan olan bireylerin çoğunluğunun yaşlı olması ve kronik hastalığının daha fazla olması nedeniyle hasta bakımının daha iyi yapılması komplikasyonlar gelişmesi bakımından önemlidir. Çalışmamızda; hastaların %57'sinde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Çalışmamızın sonucunda hipertansiyon ile yara yerinde akıntı ($p=0,035$) ve kolesterol ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem ($p=0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0,05$), diğer kronik hastalıklar ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14, Tablo 15). Benzer şekilde Pedersen ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada diyabetik olan hastalar ile diyabetik olmayan hastalar arasında kalça revizyonu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, ancak diyabetik olan hastalarda dislokasyon ve derin insizyonel enfeksiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Çalışmamızdaki veriler ışığında hipertansiyon hastalarında damar sertliği ve dolaşım yetersizliği

nedeniyle yaranın oksijenlenmesinin bozulduğu ve enfeksiyona yatkın hale geldiği düşünülmektedir. Aynı şekilde kolesterol hastalarında dolaşımdaki yağ oranının arttığı, bu nedenle enfeksiyon gelişme riskinin ve hemotokrit oranını arttırdığı bu nedenle venöz dönüşün yetersiz olmasından dolayı ödem gelişme riskini arttırdığı düşünülmektedir (Pedersen ve ark., 2010).

TKP ameliyatı sonrası bireyler yaşamlarının çoğunu evde geçirdikleri için yaşanılan ev ortamı bireyler için çok önemlidir. Yaşanılan ev ortamının asansörlü ya da asansöz olması bireyin TKP ameliyatı sonrası yaşayacağı komplikasyonları etkileyebilir. Asansörsüz evde yaşayan bireylerin merdiven inip çıkarken yara yerinde yapılacak daha fazla basınç yara yeri iyileşmesi ve komplikasyon gelişmesi bakımından önemlidir. Çalışmamızda bireylerin %72'sinin asansörsüz bir ev ortamında yaşadığı saptanmıştır (Tablo 6). Çalışmanın sonucunda yaşanılan ev ortamı ile yara yerinde kızarıklık ($p=0,009$) ve ateş ($p=0,049$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0,05$), yaşanılan ev ortamı diğer komplikasyonların gelişiminde etkili olmadığı saptanmıştır (Tablo 16). Asansörsüz bir evde yaşayan hastalarda yara yerinde kızarıklık ve ateş daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine Soohoo ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada TKP ameliyatını takiben 90 gün içinde komplikasyon gelişme durumu ile yaşanılan ev ortamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. TKP ameliyatı sonrası taburcu olan hastaların evde merdiven çıkmasının, yara yerini desteklememesi, bacağın ekstansiyon sınırlarının zorlamasının, yaranın gerginliğinin artması nedeniyle yara yeri ile ilişkili komplikasyonların gelişimini artırdığı şeklinde yorumlanmıştır (Soohoo ve ark., 2010).

Hastanede yatış süresinin kısaltılması, hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi, sağlık çalışanlarının bakım verme yükünün hafifletilmesi ve hastane giderlerinin azaltılması açısından önemlidir. Günümüzde sağlık teknolojilerindeki gelişmelerden dolayı gününbirlik cerrahilerin sayısı artmıştır ve hastanede kalış sürelerini azaltmıştır. Bu nedenle bireyler en kısa sürede taburcu edilmektedir. Çalışmamızda; hastaların ameliyat öncesi hastanede yatış süresi ortalamaları $1,41\pm1,25$ (0-12) gün olarak belirlenmiştir. Ameliyattan sonra hastanede yatış süresi ortalamaları $7,39\pm1,39$ (2-12) gün olarak bulunmuştur (Tablo 5). Bağ ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada ise hastaların hastanede yatış süreleri ortalama 5,3 gün (min

4, max 11) olarak belirlenmiştir. Dal ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada hastaların hastanedeki ortalama yatış süresi $11,10 \pm 7,63$ olarak bulunmuştur. Burç'un (2012) yaptığı çalışmada ortalama hastanede kalma süresi 13,1 olarak bulunmuştur. Literatürde ortalama yatış süresinin 7,1-14,94 arasında olduğu görülmektedir. Rahme ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmada ise hastanede yatış süresini 7 günden daha az bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu, komplikasyonların hastane kalış süresi içinde gelişmediği, daha çok taburculuk sonrası dönemde geliştiği saptanmıştır (Bağ ve ark., 2013; Dal ve ark., 2012; Burç, 2012; Rahme ve ark., 2008).

Daha önceden cerrahi girişim geçirme durumu yapılacak ameliyatı olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Daha önce olumsuz bir cerrahi girişim deneyimi geçiren bireyler tekrar aynı şeyleri yaşayacağını düşünüp psikolojik olarak olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle bu bireylere ameliyat öncesi kapsamlı bir taburculuk eğitiminin hemşireler tarafından verilmesi ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında oluşabilecek risklerin ve komplikasyonların önlenmesinde yardımcı olabilir. Çalışmamız da hastaların %52'sinin daha önce cerrahi girişim geçirdiği, bu bireylerden %90,38'inin daha önceki cerrahi girişim deneyimini olumlu geçtiğini belirtmiştir (Tablo 7). Daha önce geçirilen cerrahi girişim geçirme durumu ile yara yerinde akıntı ($p=0,006$) ve bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem ($p=0,003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 23). Taşdemir ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada daha önce geçirilen cerrahi girişimle komplikasyon gelişme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Taşdemir ve ark., 2013).

Çalışmamızda hastaların %82' sinin ameliyat öncesi eğitimi almadığı, bireylerin sadece %10' unun hemşireden taburculuk eğitimi aldığı saptanmıştır. Taburculuk aşamasında eğitim alan hastaların kimlerden eğitim aldığı incelendiğinde, hastaların %75' inin ($n=75$) hekimden, %13' ünün ($n=13$) hemşireden eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 8). Taburculuk sırasında hemşirelerden eğitim alan bireylerin %23,1'i eğitimin yeterli olduğunu ifade ederken, %76,9'u yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Taburculuk sırasında hemşireler tarafından verilen eğitimin yetersiz olduğu ve verilen eğitimlerin komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 18). Dal ve ark.'nın (2012) yaptığı

çalışmada; ameliyata ilişkin bilgi verilme oranının %73,5 olduğu ve bu bilginin %90,9'unun hekim tarafından verildiği, taburculuk sonrası evde dikkat edilecek noktalara ilişkin (evde bakım) bilgi verilme oranının ise %57,1 olduğunu belirtmişlerdir. Açıksöz ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada; TKP uygulanan bireylerin %75'i ve onlara bakım verenlerin %52,8'inin taburculuk eğitimi aldığı, taburculuk eğitimi başlığıyla verilen egzersizlere yönelik eğitimin yalnızca bakım veren bireylere verilme oranı %36,8 iken hasta bireylere verilme oranı ise %29,2 olarak belirlemişlerdir. Gürlek ve Yavuz' un (2013) çalışmasında ameliyat öncesi eğitimin (%61,5) hemşire ve hekimler tarafından verildiği, hastalara verilen eğitimin sadece %28' inin hemşire tarafından verildiğini ifade etmiştir. Doğu' nun (2013) çalışmasında ise hastalara taburculuk eğitimlerinin %40,2' sinin hekimler, %19,6' sının hemşireler, %31,4' sinin hemşire ve hekimler tarafından verildiği belirlenmiştir. Çalışmamızda TKP ameliyatı geçiren bireylere taburculuk eğitiminin yetersiz verildiği ve bunun da komplikasyon gelişimini arttırdığı söylenebilir. (Doğu, 2013; Gürlek ve Yavuz, 2013; Dal ve ark., 2012; Açıksöz ve ark., 2007).

Çalışmamızda TKP ameliyatı sonrası komplikasyon gelişme durumuna eğitimin etkisini belirlemek için hastaların TKP ameliyatı öncesi eğitim alma durumları karşılaştırılmış, eğitim alma durumu ile bacakta artan ağrı, bacakta kısılma, dislokasyon, yara yerinde kızarıklık, yara yerinde akıntı, yara yerinde kötü koku, bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, ateş, titreme, halsizlik, iştahsızlık, DVT belirtileri, bacağı hareket ettirmede güçlük ve infeksiyon komplikasyonları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Kalça protezi öncesi eğitim alan hastaların %55,6'sının bacağına ağrı görülürken eğitim almayan hastaların %59,8'inde bacakta ağrı görülmüştür. Eğitim alan hastaların %44,4'ünün yara yerinde kızarıklık gelişirken eğitim almayan hastaların %67,1'inin yara yerinde kızarıklık olduğu belirlenmiştir. Kalça protezi ameliyatı öncesi alınan eğitim ile diğer komplikasyonlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu bilgilerin ışığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar çıkmamış olsa da eğitim almayan hastalarda ameliyat sonrası ilk on beş gün içerisinde komplikasyon gelişme oranları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak ameliyat öncesi ve taburculuk sırası hemşire tarafından eğitim verilmesinin komplikasyon gelişme riskini azaltabileceği söylenebilir.

TKP ameliyatı sonrası komplikasyonlardan birisi de bireylerde dislokasyonun görülmesidir. Dislokasyonun önlenmesi de hemşirenin sorumluluğundadır. Hastaya ameliyat öncesi ve taburculuk sırasında verilecek hemşirelik eğitimi ile dislokasyon gelişimi önlenabilir. Bu yüzden bireylere iyi bir hemşirelik eğitimi verilmesi çok önemlidir. Çalışmamızda; hastaların %2' sinde dislokasyon saptanmıştır (Tablo 21). Klasan ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada dislokasyon oranı %2,2 olarak bulunmuştur. Rowan ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada dislokasyon oranı %1,9 olarak belirlenmiştir. Yıldırım ve ark.'nın (2016) TKP ameliyatı sonucu klinik dönemde hastaların sadece %1'inde dislokasyon saptanırken, literatürde bu oran %0,4 ile %7 arasında değişmektedir. Burç'un (2012) yaptığı çalışmada taburculuk sonrası erken ya da geç dönemde dislokasyon gelişmediği bulunmuştur. Abbas ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada dislokasyon oranı %6,5 olarak belirlenmiştir. Soohoo ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada TKP ameliyatını takiben 90 gün içinde gelişen dislokasyon oranının %1,4 olduğu belirlenmiştir. Lübbecke ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada dislokasyon oranı %1,6 olarak belirlenmiştir. (Klasan ve ark., 2019; Rowan ve ark., 2018; Yıldırım ve ark., 2016; Burç, 2012; Abbas ve ark., 2012; Soohoo ve ark., 2010; Lübbecke ve ark., 2007). Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu, ancak taburculuk sonrası ilk on beş günlük dönemde karşılaşılan bu oranın diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında yaklaşık olarak 6 kat yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun, taburculuk sırasındaki hemşirelik eğitimlerinin yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cerrahi girişim sonrası infeksiyon gelişimi geçmişten günümüze kadar devam etmekte olan olumsuz bir durumdur. Yara bakım teknolojilerindeki gelişmeler ve bakım ürünlerindeki çeşitliliğin artması ile infeksiyon gelişim oranlarında azalma olduğu söylenebilir. Bireyler taburculuk sonrası dönemin büyük çoğunluğunu evlerinde geçirmektedirler. Bu nedenle hemşireler tarafından hasta ve ailesine taburculuk sırasında gerekli eğitimleri vermelidir. Özellikle yara bakımı ile ilgili iyi bir eğitim alan bireylerde infeksiyon gelişmesi önlenir ya da azaltılabilir. Çalışmamızda; hastaların sadece %1'inde (n=1) infeksiyon saptanmıştır (Tablo 32). Klasan ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada infeksiyon gelişme oranını %0,3 olarak belirlenmiştir. Yıldırım ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada TKP ameliyatı sonrası hastanede kalma süresi içinde infeksiyon gelişme oranını %0,2 olarak belirlenmiştir.

Bilgen ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada infeksiyon oranını %1 belirlenmiştir. Burç'un (2012) yaptığı çalışmada hastalarda infeksiyon gelişmediği belirtilmiştir. Abbas ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada infeksiyon oranı %2 olarak belirlenmiştir. Soohoo ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada TKP ameliyatını takiben 90 gün içinde infeksiyon gelişme oranı %0,70 ve Pedersen ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise TKP ameliyatından sonra bir yıl içinde görülen infeksiyon oranı %0,7 olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Lübbecke ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada infeksiyon oranı %0,87 olarak belirlenmiştir. (Klasan ve ark., 2019; Yıldırım ve ark., 2016; Bilgen ve ark., 2014; Burç, 2012; Abbas ve ark., 2012; Soohoo ve ark., 2010; Pedersen ve ark., 2010; Lübbecke ve ark., 2007). Çalışmamızın sonuçlarının literatürle benzerlik gösterdiği, ancak ilk on beş günlük dönemde karşılaşılan bu %1'lik oranın yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu durumun ameliyat öncesi ve taburculuk sırasında hasta ve ailesine yara bakımı ve infeksiyon belirti ve bulguları ile ilgili hemşirelik eğitiminin verilmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

TKP ameliyatı sonrası hastalar ameliyata bağlı hareketsiz bir yaşam tarzı sürdürdüğü için bireylerde DVT gelişme riski yüksektir. Ancak antitrombotik ilaçların kullanılması ve bireye verilecek koruyucu eğitimler ile DVT gelişme riski azaltılabilir ya da önlenir. Çalışmamızda; hastaların %2'sinde DVT geliştiği saptanmıştır (Tablo 30). Benzer olarak Abbas ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada DVT gelişme oranını %0,5 olarak, Soohoo ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise TKP ameliyatını takiben 90 gün içinde DVT gelişme oranı %0,64 olarak belirlenmiştir. Aksine Burç (2012), Bağ ve ark. (2013), Altıntaş ve ark. (2008), Bakış ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmalarda ise hastalarda DVT gelişmediği belirlenmiştir. (Bakış ve ark., 2014; Bağ ve ark., 2013; Burç, 2012; Abbas ve ark., 2012; Soohoo ve ark., 2010; Altıntaş ve ark., 2008). Çalışmamız sonuçlarının literatürle uyumlu olmadığı ve kısa dönemde karşılaşılan bu oranın çok yüksek olduğu söylenebilir. Bu durumun ameliyat sonrası erken dönemde hastanede görülmemesinin nedeninin düzenli antikoagülan tedavisi uygulamasına bağlı olduğu, taburculuk sonrasında görülmesinin ise düzenli antikoagülan tedavisinin devam ettirilmemesinden ve hareketsiz yaşam tarzından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TKP ameliyatı sonrası bacakta kısılma cerrahi teknikle ilgili ya da hastaların yeterli düzeyde egzersiz yapmamasından kaynaklanan bir komplikasyondur. Çalışmamızda %4 (n=4) hastada bacakta kısılma olduğu saptanmıştır (Tablo 20). Burç' un (2012) yaptığı çalışmada da bizim sonuçlarımız ile uyumlu olarak beş hastada bacakta kısılma olduğu belirtmiştir (Burç, 2012).

TKP ameliyatı sonrası yara yerinde akıntı görülmesi yara yeri infeksiyon varlığını düşündürmektedir. Çalışmamızda hastaların; %14'ünde (n=14) yara yerinde akıntı geliştiği saptanmıştır. Literatür ile karşılaştırıldığında bu %14'lük oran yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmemektedir ($p=0,455$) (Tablo 23). Burç' un (2012) yaptığı çalışmada altı hastada yara yerinde akıntı olduğu belirlenmiştir (Burç, 2012). Yara yerinde oluşan akıntının, ameliyat öncesi hastanın cilt hazırlığının aseptik tekniklere uygun yapılmaması, antimikrobiyal profilaksinin uygun dozda planlanmaması, taburculuk sırasında yara bakımı konusunda eğitim verilmemesi ve uygun pansuman malzemelerinin kullanılmamasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan 100 hastanın %54'ü (n=54) erkek ve %46'sı (n=46) kadındır. Hastaların yaş ortalaması $64,74 \pm 6,87$ (44-89) ve beden kütle indeksi (BKİ) $27,52 \pm 2,47$ (19,95-35,79) olarak belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması $66,00 \pm 6,13$ (55-89) ve erkeklerin yaş ortalaması $63,67 \pm 7,33$ (44-79) dır. Hastaların %71'i evli, %50'si ilköğretim mezunu, %85'i çalışmayan, %92'sinin sosyal güvenceye sahip bireylerdir. Kadın ve erkek cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Hastaların yaşları ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,091$). BKİ yüksekliği ($BKİ > 25$) ile bacakta artan ağrı ($p=0,033$), halsizlik ($p=0,012$), bacağı hareket ettirmede güçlük ($p=0,014$) komplikasyonları arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki belirlenmiştir. Evli olan hastalarda yara yerinde akıntı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,003$). Eğitim durumu ilköğretim olan hastalar ile yara yerinde akıntı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,006$). Sosyal güvencesi olmayan hastalar ile titreme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,050$).

Hastaların 27'sinin sigara, 17'sinin alkol kullandığını belirlenmiştir. Sigara kullanan hastaların sigara kullanma süreleri ortalaması $34,81 \pm 6,82$ (25-54) olarak belirlenmiştir. Sigara kullanma adetlerinin ortalaması ise $11,56 \pm 4,85$ (4-20) olarak bulunmuştur. Alkol kullanan hastaların alkol kullanma süreleri ortalaması $32,81 \pm 5,15$ (25-40) olarak belirlenmiştir. Alkol kullanma miktarlarının ortalaması ise $3,81 \pm 1,68$ (1-7) olarak belirlenmiştir. Alkol kullanan hastalar ile komplikasyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların 57' sinde kronik hastalık olduğu, kronik hastalığı olan hastaların %30' unda diyabet, %27' sinde hipertansiyon, %12' sinde astım, %12' sinde kolesterol, %13' ünde diğer kronik hastalıkların olduğu saptanmıştır. Diyabet, astım ve diğer kronik hastalıklar ile komplikasyon gelişme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hipertansiyon ile yara yerinde akıntı ($p=0,035$) ve kolesterol ile bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem ($p=0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Hastaların ameliyat öncesi yatış süresi ortalamaları $1,41 \pm 1,25$ (0-12) gün olarak, hastanede kalış süresi ortalamaları ise $7,39 \pm 1,39$ (2-12) gün olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %72' sinin asansörsüz bir evde yaşadığı, %58' inin sol kalça protezi ameliyatı geçirdiği, %47' sinin daha önce olumlu bir cerrahi girişim deneyimlediği, %48' inin hiç cerrahi girişim geçirmediği, %99' unun birinci derece yakınlarından bakım aldığı saptanmıştır. Hastaların hastanede kalış süreleri ile komplikasyon gelişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Asansörsüz evde yaşayan hastaların ile yara yerinde kızarıklık ($p=0,009$) ve ateş ($p=0,049$) gelişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Daha önce geçirilen cerrahi girişim ile yara yerinde akıntı ($p=0,006$) ve bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem ($p=0,003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hastaların ameliyat öncesi %82' si eğitim almazken, sadece %10' u hemşireden eğitim almış, eğitim alanların %50' si verilen eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir. Taburculuk sırasında hastaların %75' i hekimden eğitim alırken, %13' ü hemşireden eğitim almış, eğitim alanların %71' i verilen eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir. Taburculuk sırasında eğitimi veren kişiye göre verilen eğitimi yetersiz bulma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,001$). Ameliyat öncesi ve taburculuk sırasında hasta ve yakınlarına verilen eğitim ile komplikasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kalça protezi ameliyatı geçiren bireylerin taburculuk sonrası yaşadıkları komplikasyonlara bakıldığında; bireylerin %69' unda halsizlik, %63' ünde yara yerinde kızarıklık, %59' unda bacakta artan ağrı, %55' inde ateş, %43' ünde iştahsızlık, %27' sinden bacağı hareket ettirmede güçlük, %14' ünde yara yerinde akıntı, %9' unda bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem, %5' inde titreme, %4' ünde bacakta kısılma, %2' sinden dislokasyon, yara yerinde kötü koku, DVT belirtileri ve %1' inde enfeksiyon saptanmıştır.

ÖNERİLER

- İlköğretim düzeyinde ya da daha az eğitilmiş olan hastalar verilen eğitimlerin video ve resimli materyaller desteklenmesi,
- Eğitim seviyesi düşük olan hastaların bilgi gereksinimlerinin fazla olduğu düşünülerek hemşirelik eğitiminin buna göre planlanması ve uygulanması,
- TKP ameliyatı geçiren hastaların özel bakım gereksinimlerini ve uygulanacak bakımlarını açıklayan görsel materyallerin hazırlanması,
- Hazırlanan görsel eğitimin materyallerinin hastalar ve ailelerine yatış sırasında verilmesi,
- Hasta ve ailesinin eğitimlerinin taburculuğa kadar tekrarlanması belirlenen yanlış anlaşılmalara düzeltilmesi,
- Obezitenin TKP ameliyatı olan hastaların zararları hakkında bilgilendirilmesi,
- BKİ kilolu ve şişman olan bireylerin özel gereksinimlerine ve dikkat etmeleri gereken noktalara yönelik bakımların taburculuk sırasında planlanması,
- Bekar olan bireylerin yara yerinde akıntı ve ateş gibi komplikasyonlar daha çok geliştiğinden bu bireylere bakımlarına destek sağlamak ve yata yeri komplikasyonlarını önlemek üzere ek girişimler planlamak,
- Kronik hastalığı olan bireylerin ve taburculuk eğitimlerinin ek hastalıklarını göz önüne alarak planlanması,
- Sigara içen bireylerde yara yeri komplikasyonları gelişimini önlemek amacıyla sigara kullanımının kısıtlanması,
- DVT gelişimini önlemek için antikoagülan ilaçların kullanımı ve bu ilaçların etkisini değiştirebilen besinler ile ilgili gerekli eğitimlerin hasta ve ailesine hemşireler tarafından taburculuk öncesinde verilmesi,
- Hasta ve yakınlarına yara bakımı ve pansumanının önemini açıklanması,
- Hasta ve ailesine yara yeri enfeksiyon belirtisi ve bulguları ile ilgili bilgilendirilmesi,
- Hasta ve ailesine dislokasyonu önlemeye yönelik mobilizasyon teknikleri ve egzersizlerinin uygun şekilde planlanması,
- Asansörsüz evde yaşayan hastalara eklem koruyucu hareket yöntemleri ve egzersizler ile ilgili ek eğitimlerin planlanması,

- Ortopedi servisinde yatan hastaların daha iyi hemşirelik eğitimi alabilmesi için uygun planlamaların yapılması,
- Hastalara bütüncül bakım vermek ve eğitim gereksinimlerini belirleyebilmek için eğitim planlamalarının hastalar ile birlikte oluşturulması,
- Hasta bakım kalitesinin artırılması için hastanenin fiziki ve diğer koşullarının en üst düzeyde planlanması ve yapılması,
- Ameliyat öncesi ve taburculuk sırasında yeterli ve ayrıntılı multidisipliner eğitimlerin verilmesi,
- Hemşirelerin hasta bakımı ile ilgili belirledikleri eksikliklerin değerlendirilmesi ve sonuçlarının hastane yöneticileri ile paylaşarak hemşirelerin geliştirilmesi, kişisel gelişimleri için gerekli desteğinin kurum ve yöneticiler tarafından sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abbas, K., Murtaza, G., Umer, M., Rashid, H., Qadir, I. (2012). Complications of total hip replacement. Journal of The Collage of Physicians and Surgeons Pakistan; 22(9): 575-578.

Açıksöz, S., Uzun, Ş. (2007). Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Evde Bakımda Karşılaşılan Güçlükler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007, 11(1).

Aksoy, G. (2012). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. (Ed.), Cerrahi Hemşireliği 1 kitabı. Nobel Matbaacılık., İstanbul, 257-297.

Aksu, N., Işıklar, Z.U. (2008). Kalça Kırıkları. TOTBİD Dergisi; Cilt 7, sayı 1-2.

Akyolcu, N. (2012). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. (Ed.), Cerrahi Hemşireliği 1 kitabı. Nobel Matbaacılık., İstanbul, 335-348.

Altıntaş, F., Gürbüz, H., Erdemli, B., Atilla, B., Ustaoglu, R.G., Öziç, U., Şavk, Ö., Bayram, H., Memik, R., Akgün, I., Göğüş, A., Pestilci, F., Konal, A., Argün, M., Öztürk, İ., Dabak, N., Bilgen, Ö.F., Serin, E., Önder, Ç., Şimşek, A., Tözün, R., Kınık, H. (2008). Majör ortopedik cerrahilerde venöz tromboemboli profilaksisi: Çok merkezli, prospektif, gözlem çalışması. Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica; 42 (5): 322-327.

Anakwe, R.E., Jenkins, P.J., Moran, M. (2011). Predicting Dissatisfaction After Total Hip Arthroplasty: A Study of 850 Patients. The Journal of Arthroplasty. Vol. 26. No. 2.

Azboy, İ., Demirtaş, A., Uçar, B.Y. (2013). Total kalça artroplastisinde endikasyonlar ve hasta seçimi. TOTBİD Dergisi; 12:201–206.

Bağ, B., Batman, B., Çimeli, M., Kılıç, A., Lux, K.M. (2013). Total Kalça ve Diz Artroplastisi Cerrahisi Sonrası Derin Ven Trombozu Profilaksisi: Yeni Nesil

Antikoagülan

(Rivaroxaban)

Sonuçlar.

<http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/464/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmpzsnm15/15.S13.pdf> (04.07.2019).

Bakış, M., Sarı, S., Cillimoğlu, A.Ö., Özbey, Ö., Uğur, B., Oğurlu, M. (2014). Majör Alt Ekstremitte Cerrahisinde Anestezi Türünün Postoperatif Komplikasyonlara Etkisi. Dicle Tıp Dergisi; 41(1):191-194.

Bekmez, Ş., Çağlar, Ö., Atilla, B. (2013). Total Kalça Artroplastisi Sonrası Enfeksiyon. TOTBİD Dergisi 2013;12: 268-275.

Bilgen, M.S., Salar, N., Küçükalp, A., Eken, G. (2014). Revizyon total kalça protezi sonrası komplikasyonlar ve rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri Journal of Orthop & Traumatol-Special Topics; 7 (3): 84-90.

Branson, J.J., Goldstein, W.M. (2003). Home Study Program Primary total hip arthroplasty. AORN Journal; Vol.78, No. 6.

Burç, H. (2012). Koksartroz Olgularında Total Kalça Artroplastisi Uygulamalarımız (Orta Dönem Sonuçlarımız). S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.; 2012:19(1) /150-154.

Burghardt, J.C. (2011). Musculoskeletal Disorders. İn: Eckman, M., Comerford, K. (eds.), Medical Surgical Nursing Made Incredibly Easy. 3rd edition. Wolters Kluwer Health, Philadelphia; 677-697.

Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12: 2.

Büyükyılmaz, F., Özdemir, N.G. (2018). Total Kalça ve Diz Protezi ile Yeni Yaşam”: Hasta Eğitiminde Anahtar Kavramlar. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi; Cilt 6, Sayı 2: 86-96.

Can, F. (2013). Total kalça artroplastisi, rehabilitasyon. TOTBİD Dergisi; 12:292–308

Dal, Ü., Bulut, H., Demir, S.G. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi; Cilt 8, Sayı 1.

Deakin, A.H., Igbinoia, A.I., Love, G.J. (2018). A Comparison of Outcomes in Morbidly Obese, Obese And Non- Obese Patients Undergoing Primary Total Knee And Total Hip Artrplasty. The Surgeon; 16: 40-45.

Delisa, J.A., Gans, B.M., Walsh, N.E. (2007). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar: Üst ve Alt Ekstremitte Protezleri. Çeviren: T. Arasıl, 4. Basım, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

Doğu, Ö. (2013). Cerrahi Girişim Planlanan Hastaların Eğitim Gereksinimlerinin Karşıllanması ve Eğitimin Hasta Bireyin Psikolojik Hazırlığına Etkisi-Sakarya Örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2013;3(3): 10-13.

Ekşioğlu, M.F., Açar, H.İ., Tekdemir, İ. (2011). Kalça ekleminin fonksiyonel anatomisi. TOTBİD Dergisi;10(1):32-37.

Erdil, F., Elbaş, N.Ö. (2001). Kas-İskelet Sistemine İlişkin Cerrahi Girişimler ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Aydoğdu Ofset, 4. baskı, Ankara, 569-583.

Fındık, Ü.Y., Topçu, S.Y. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; (2012) 22-33.

Foster, S.A., Hambright, D.S., Antoci, V., Greene, M.E., Malchau, H., Kwon, Y.M. (2015). Effects of Obesity on Healty Related Quality of Life Following Total Hip Arthroplasty. The Journal of Arthroplasy; 30:1551-1554.

Gill, D.S., McBurney, H. (2013). Does exercise reduce pain and improve physical function before hip or knee replacement surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Journal; 94: 164-176.

Goodman, T., Spry, C. (2017). Essential of Perioperative Nursing. Sixth edition. An Ascending Learning Company., USA.

Gordon, S., Bradgord, J.L. (2015). Musculoskeletal Function and Assessment. İn: Williams, L.S., Hopper, P.D. (eds.), Understanding Medical Surgical Nursing. 5th edition. F.A. Davis Company, Philadelphia; 1045-1090.

Gürçayır, D. (2011). Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum

Gürlek, Ö., Yavuz, M. (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 16:1.

Higuera, C.A., Elsharkawy, K., Klika, A.K., Brocone, M., Barsoum, W.K. (2011). 2010 Mid-America orthopaedic association physician in training award, Predictors of early adverse outcomes after knee and hip arthroplasty in geriatric patients. Clin. Orthop. Relat. Res.; 469:1391-1400.

Johnsen, S.P., Sorensen, H.T., Lucht. U., Overgaard, S., Pedersen, A.B. (2006). Patient-Related Predictors of Implant Failure After Primary Total Hip Replacement İn The İntial, Short and Long Terms. The Journal of Bone& Joint Surgery (Br). Vol.88-B, No.10.

Karakaya, M.G., Çıtlak Karakaya, İ. (2017). Kalça ve Uyluk Bölgesinin Kemiksel Fonksiyonel Anatomisi. Tunay, V.B., Erden, Z., Yıldız, C. (Ed.). Alt Ekstremitte Yaralanmalarında Rehabilitasyon. Hipokrat Kitabevi., Ankara, 445-450.

Katz, J. N., Wright, E.A., Wright, J., Malchau, H., Mahomed, N.N., Stedman, M., Baron, J.A., Losina, E. (2012). Twelve-year risk of revision after primary total hip replacement in the U.S. medicare population. The Journal of Bone and Joint Surgery; 94: 1825-32.

Kebicz, R.B., Bradford, J.L. (2007). Musculoskeletal Function and Assessment. İn: Williams, L.S., Hopper, P.D. (eds.), Understanding Medical Surgical Nursing. 3th edition. Philadelphia USA: F. A. Davis Company; 977-1023.

Kim, J.S. (2018). Deep Vein Thrombosis Prophylaxis After Total Hip Arthroplasty in Asian Patients. Hip Pelvis 30(4): 197-201.

Klasan, A., Neri, T., Oberkircher, L., Malcherczyk, D., Heyse, T.J., Blimel, C. (2019). Complications After Direct Anterior Versus Watson-Jones Approach İn Total Hip Arthroplasty: Results From a Matched Pair Analysis On 1408 Patients. BMC Musculoskeletal Disorders. (2019) 20:77.

Korkmaz, S. (2011). Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Lewis, S.L., Bucher, L., Heitkemper, M.M., Harding, M.M. (2017). Problems Related to Movement and Coordination. In: Kwong, J., Roberts, D. (eds). Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. (10th edition.), Canada; 1446-1517.

Lübbecke, A., Stern, R., Garavaglia, G., Zurcher, L., Hoffmeyer, P. (2007). Differences of Outcomes of Obese Women and Men Undergoing Primary Total Hip Arthroplasty. Arthritis&Rheumatism (Arthritis Care&Research). Vol. 57, No.2. pp 327-334.

Mariconda, M., Galasso, O., Costa, G. G., Recano, P., Cerbasi, S. (2011). Quality of Life And Fuctionality After Total Hip Arthroplasty: A Long-Term Follow-Up Study. BMC Musculoskeletal Disorders 2011, 12:222.

Mclawhorn, A.S., Steinhaus, M.E., Southren, D.L., Lee, Y.Y., Dodwell, E.R., Figgie, M.P. (2017). Body Mass Index Class is Independently Associated With Health-Related Quality of Life After Primary Total Hip Arthroplasty: An Institutional Registry- Based Study. The Journal of Arthroplasty 32 (2017). 143-149.

Miao, N., Lin, P. (2017). A prospective study of joint function and the quality of life of patients undergoing total joint replacement. *International Journal of Nursing Practice*; 24:e12675:1-8.

Monaghan, B., Grant, T., Wayne, H., Cusack, T. (2012). Functional Exercise After Total Hip Replacement (FEARHER) A Randomized Control Trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012, 13:237.

Nazlı, Y. (2007). Total Kalça Protezi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyonun Hasta Üzerindeki Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Özdemir, N.G., Şendir, M. (2017). Ortopedi Hastalarında Güvenli Kaldırma ve Taşıma Teknikleri. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*;3(1):16-22

Özden, V.E., Beksaç, B., İ. Tözün, İ.R. (2013). Ameliyat öncesi planlama, önemi. *TOTBİD Dergisi*; 12:207–214

Özler, T., Uluçay, Ç., Kılınçoğlu, V. (2013). Kalça Protezi Sonrası Femur Kırıkları. *Türkiye Klinikleri J Orthop & Traumatol-Special Topics*; 6(2):11-6.

Uğurlu, M., Yılmaz, S., Deveci, A., Ünlü, S., Tunç, B., Üstü, Y., Sayıt, E., Sanisoğlu, S.Y. (2012). The epidemiologic characteristics of patients that underwent surgery for hip fracture. *Türk Journal Medicine Science*; 42 (2): 299-305.

Paterson, J.M., Williams, J.I., Kreder, H.J., Mahomed, N.N., Gunraj, N., Wang, X., Laupacis, A. (2010). Provider Volumes and Early Outcomes of Primary Total Joint Replacement in Ontario. *Can J Surg*, Vol. 53, No. 3.

Pedersen, A.B., Mehnert, F., Johnsen, S.p., Sorensen, H.T. (2010). Risk of a Total Hip Replacement in Patients With Diabetes Mellitus. *The Journal of Bone& Joint Surgery (Br)*. Vol.92-B, No.7.

Pederson, A.B., Svendsson, J.E., Johnsen, S.P., Riis, A., Overgaard, S. (2010). Risk factors for revision due to infection after primary total hip arthroplasty. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*; 81 (5): 542-547.

Petrovic, N.M., Milovanovic, D.R., Ignjatovic Ristic, D., Riznic, N., Riznic, B., Stepanovic, Z. (2014). Factors associated with severe postoperative pain in patients with total hip arthroplasty. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*; 48 (6): 615-622.

Rahme, E., Dasgupta, K., Burman, M., Yin, H., Bernatsky, S., Berry, G., Nedjar, H., Kahn, S.R. (2008). Postdischarge thromboprophylaxis and mortality risk after hip or knee replacement surgery. *Canadian Medical Association Journal*; 178 (12): 1545-1554.

Reynolds, B., Maister, N., D. Gill, S., Waring, S., Schoch, P., Beattie, S., Thomson, A., S. Page, R. (2018). Identify complications requiring re-operation following primary hip or knee arthroplasty: a consecutive series of 98 patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*; 19:91

Rowan, F.E., Benjamin, B., Pietrak, J.R., Haddad, F.S. (2018). Prevention of Dislocation After Total Hip Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 33 (2018). 1316-1324.

Singh, J.A., Vessely, M.B., Harmsen, S., Schleck, C.D., Melton, J., Kurland, R.L., Berry, D.J. (2010). A population-based study of trends in the use of total hip and total knee arthroplasty, 1969-2008. *Mayo Clinic Proceedings*; 85 (10): 898-904.

SooHoo, N.F., Farng, E., Lieberman, J.R., Chambers, L., Zingmond, D.S. (2010). Factors That Predict Short-Term Complication Rates After Total Hip Arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* (2010). 468:2363-2371.

Şener, N., Korkmaz, M., Yılmaz, M., Ordu, S., Çetinus, M.E. (2015). Kalça kırığı nedeniyle opere edilen hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*; 11 (3): 103-108.

Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim* 2013; 41: 44-9.

Tea, C. (2013). Intraoperative Nursing Management. İn: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10th edition. Wolters Kluver Health, Philadelphia; 408-488.

Tuğay, N., Erden, Z. (2016). Kalça Eklemi Patolojilerinde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Karaduman, A.A., Yılmaz, Ö.T. (Ed.). Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Hipokrat Kitabevi & Pelikan Kitabevi., Ankara, 163-167.

Turgut, A. (2015). Kalça eklemi anatomisi ve biyomekaniği. TOTBİD Dergisi 2015; 14:27–33.

Türk Kardioloji Derneği (2012). Pıhtıönlere ilaç (Coumadin) Kullanan Hastalar için Kılavuz. http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin_kilavuz.pdf. Erişim tarihi: 05.07.2019

Vissers, M.M., Bussman, J.B., Verhaar, J.A.N., Arends, L.R., Furlan, A.D., Reijman, M. (2011). Recovery of physical functioning after total hip arthroplasty: Systematic review and meta-analysis of the literature. American Physical Therapy Journal; 91 (5):615-629.

Wilson, K.M. (2015). Joint Replacement. İn: Hoffman, J.J., Sullivan, N.J. (eds). Medical Surgical Nursing Making Connections to Practice. E.A. Davis Company, Philadelphia.,1161-1164.

Withers, T.M., Lister, S., Sackley, C., Clark, A., O Smith, T. (2017). Is there a difference in physical activity levels in patients before and up to one year after unilateral total hip replacement? A systematic review and meta-analysis. Clinical Rehabilitation; 31(5):639-650.

Wright, E.A., Katz, J. N., Baron, J.A., Wright, J., Malchau, H., Mahomed, N.N., Prokopetz, J.J.Z., Losina, E. (2012). Risk factors for revision of primary total hip replacement: results from a national case-control study. National Institutes Health Public Access Arthritis Care Res (Hoboken); 64 (12): 1879-1885.

Yıldırım, H., Sönmez, M.M., Uğurlar, M. (2016). 55 yaş ve daha genç hastalarda uygulanan total kalça protezinin orta dönem klinik sonuçları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni; 50 (1): 52-59.

Zhang, Z., Song, K., Yao, Y., Jiang, T., Pan, P., Jiang, Q. (2019). Incidence And Risk Factors for Post-Thrombotic Syndrome in Patients With Deep Vein Trombosis Following Total Knee and Hip Arthroplasty. The Journal of Arthroplasty 34 (2019) 560-563.



EK 1-AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Komplikasyonların Belirlenmesi” adlı çalışma Ali BALKAN tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Yüksek Lisans Tez çalışması olarak planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anketi tamamlamak yaklaşık 15 dk zamanınızı alacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

Sorumlu Araştırmacının

Araştırma Görevlisi Ali BALKAN

Telefon Numarası: 05452011325

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

EK 2- TANITICI BİLGİLER FORMU

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet:

Boy/Kilo:

Medeni Durum: Evli () Bekar () Boşanmış ()

Eğitim Durumu: Okur-yazar Değil () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üstü ()

Çalışma Durumu: Evet () Yapılan İş..... Hayır ()

Sosyal güvence Durumu: Var () Belirtiniz..... Yok ()

Sigara Kullanımı: Var () Süre..... Adet/Gün..... Yok ()

Alkol Alma Durumu: Var () Süre..... Miktar/Gün..... Yok ()

Kronik Hastalık Durumu: Var () Belirtiniz..... Yok ()

Yaşanılan Ev Ortamı: Asansörlü () Asansörsüz ()

Hastaneye Yatış Tarihi:

Ameliyat Tarihi:

Ameliyat Yapılan Bölge: Sağ () Sol () Her ikisi ()

Hastaneden Taburcu Tarihi:

Daha Önce Cerrahi Girişim Durumu:

Evet () Nedeni..... Süre..... Hayır ()

Daha Önce Geçirilen Cerrahi Girişim İle İlgili Deneyimler:

Olumlu () Olumsuz () Nedeni.....

Bakıma Yardımcı Kişiler: Var () Kim..... Yok ()

Kalça Protezi Ameliyatı Öncesinde Herhangi Bir Eğitim veya Rehberlik Aldınız mı?

Evet () Kimden..... Yeterli () Yetersiz ()

Hayır ()

TKP Ameliyatı Taburculuk Sırasında Herhangi Bir Eğitim veya Rehberlik Aldınız mı?

Evet () Kimden..... Yeterli () Yetersiz ()

Hayır ()

EK 3- KOMPLİKASYON DEĞERLENDİRME FORMU

	VAR	YOK
Bacağınızdan Aniden Artan Ağrı		
Bacağınızda Kısalma		
Dislokasyon (Protezin yerinden çıkması)		
Yara yerinde kızarıklık		
Yara yerinde akıntı		
Yara yerinde kötü koku		
Bacağı yükseltmekle geçmeyen ödem		
Ateş		
Titreme		
Halsizlik		
İştahsızlık		
DVT belirtileri (nabız alamama, ani ağrı, soğuk ekstremitte gibi)		
Bacağı hareket ettirmede güçlük		
İnfeksiyon		
Kalça Protezi ameliyatı sonrası yaşadığınız güçlükler ve yaşamınızda yaptığınız değişiklikler nelerdir? Belirtiniz?		

ETİK KURUL KARARI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 180127

Karar No : 131

Araştırma Yürütücüsü

Araştırma Görevlisi ALİ BALKAN

Kurumu / Birimi

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ / HEMŞİRELİK

Araştırmanın Başlığı

Total Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Taburculuk Sonrası Yaşadığı
Komplikasyonların BelirlenmesiBaşvuru Formunun Etik Kurula
Geldiği Tarih

01.06.2018

Başvuru Formunun Etik Kurulda
İncelendiği Tarihİlk İnceleme Tarihi : 04.06.2018
1. Düzeltme Tarihi : 22.06.2018
2. Düzeltme Tarihi : 26.07.2018
3. Düzeltme Tarihi : 16.08.2018

Karar Tarihi

17.08.2018

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA : Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.


Prof. Dr. Banu BAYAR
Başkan


Prof. Dr. Ali AKAR
Üye


Prof. Dr. Özcan SAYGIN
Üye


Prof. Dr. Umut AVCI
Üye


Prof. Dr. Harun UÇUNCÜ
Üye


Prof. Dr. Nevide DELLAL
Üye


Prof. Dr. Nurcan CENGİZ
Üye

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ali BALKAN

Doğum Yeri : Samsat

Doğum Yılı : 1989

Medeni Hali : Evli

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 2003-2006 : Samsat Lisesi

Lisans 2010-2014 : Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Yabancı Dil : İngilizce (YDS- 76,25)