

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KALÇA KIRIĞI NEDENİYLE PROTEZ UYGULANAN
YAŞLI HASTALARDA ÖZ BAKIM GÜCÜ VE ÖZ
YETERLİLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERAP KORKMAZ

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. NURAY AKYÜZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

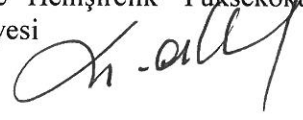
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Serap Korkmaz tarafından hazırlanan "Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

24 / 02 / 2011

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Neriman Akyolcu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Prof.Dr.Nevin Kanan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Deniz Öztekin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Yard.Doç.Dr.Nuray Akyüz (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Hatice Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

SERAP KORKMAZ

İTHAF

Yalnızca tez dönemimde değil, yaşantım boyunca hoşgörü ve desteğini esirgemeyen aileme ve eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında değerli katkıları, yol gösterici önerileriyle kendisinden çok şey öğrendiğim danışmanım sayın Yard. Doç. Dr. Nuray Akyüz' e,

Yüksek lisans eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım; Prof. Dr. Güler Aksoy, Prof. Dr. Nevin Kanan, Prof. Dr. Neriman Akyolcu, Doç. Dr. Deniz Öztekin, Yard. Doç. Dr. Ayfer Özbaş, Yard. Doç. Dr. İkbâl Çavdar 'a,

Deneyimlerini paylaşan İstanbul Haydarpaşa Gata Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Klinik Şefi Prof. Dr. Deniz Tabip Kıdemli Albay Mesih Kuşkuçu Hocama,

Tez çalışmam sırasında yardımları ile her zaman yanımda olan Arş. Gör. Şerife Kurşun ' a ve Arş. Gör. Serpil Yüksel 'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince sabırları ve anlayışları ile beni yalnız bırakmayan her zaman destek olan değerli aileme ve eşime,

Tez çalışmama değerli zamanlarını ayırarak katılan hasta ve yakınlarına teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	52
KAYNAKLAR	64
FORMLAR	77

TABLULAR LİSTESİ

- Tablo 4.1: Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Demografik Özellikleri
- Tablo 4.2: Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Yaşadıkları Yerin Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 4.3: Mevcut Başka Hastalık Durumu
- Tablo 4.4: Sürekli Kullanılan İlaçların Dağılımı
- Tablo 4.5: Daha Önce Kalça Protezi Ameliyatı Olma Durumu ve Kalça Ağrısının Niteliğine İlişkin Dağılımlar
- Tablo 4.6: Beslenmede Herhangi Bir Sorun Yaşama Durumu
- Tablo 4.7: Banyo ve Tuvalet İhtiyacı Gidermede Sorun Yaşama Durumu
- Tablo 4.8: Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular
- Tablo 4.9: Ameliyat Sonrası Zorlanılan ya da Yapılamayan Hobiler
- Tablo 4.10: Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Puanları Dağılımı
- Tablo 4.11: Yaşa Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi
- Tablo 4.12: Cinsiyete Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi
- Tablo 4.13: Eğitim Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.14: Medeni Duruma Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.15: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.16: Gelir Düzeyine Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.17: DM Görülme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.18: HT Görülme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.19: Kalp Rahatsızlığı Görülme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.20: Beslenmede Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.21: Banyo Yaparken veya Kurulanırken Kalçadan Dolayı Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.22: Tuvalet İhtiyacını Gidermede Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.23: Rahatlıkla Çorap Giyebilme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

Tablo 4.24: Yürüyebilme Süresine Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 4.1: Eğitim durumuna göre öz bakım gücü puanları
- Şekil 4.2: Medeni duruma göre öz bakım gücü puanları
- Şekil 4.3: Medeni duruma göre genel öz yeterlilik puanları

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

SMMT : Standardize Mini Mental Test

ESCA : Exercise of Self Care Agency Scale (Öz Bakım Gücü Ölçeği)

NCSS : Number Cruncher Statistical System

NANDA : North America Nursing Diagnoses Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)

USA: United States of America (Amerika Birleşik Devletleri)

GATA HEH : Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

HT: Hipertansiyon

DM: Diabetes Mellitüs

KBY: Kronik Böbrek yetmezliği

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

PCA: Patient Controlled Analgesia (Hasta Kontrollü Analjezi)

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

ÖZET

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

Araştırma, Şubat 2010 – Eylül 2010 tarihleri arasında, Haydarpaşa Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğinde kalça kırığı nedeniyle kalça protezi uygulanıp taburcu olan ve 1 ay sonra kontrol için polikliniğe başvuran yaşlı hastalarda, tedaviye uyumda ve bakımın etkinliğinin artırılmasında önemli bir yeri olan öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırma verileri literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu, Standardize Mini Mental Test, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Öz Yeterlilik Ölçeği ile toplandı. Verilerin analizinde Kruskal Wallis, Tukey HSD, One way Anova testi, Mann Whitney-U, Student-t testi kullanıldı. Araştırmada, kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan hastalarda öz yeterliliği, yaş, medeni durum, beslenme, banyo ve tuvalet ihtiyacını giderme durumu, yürüme süresi, daha önce kalça protezi ameliyatı olma durumu etkilerken; cinsiyet, eğitim, çocuk sahibi olma ve gelir durumunu etkilemediği belirlendi. Öz bakım gücünü ise; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, beslenme durumu, tuvalet ihtiyacını giderme durumu ve yürüme süresi etkilerken; gelir düzeyi, çocuk sahibi olma, başka bir hastalık durumu, banyo ihtiyacını giderme durumunun etkilemediği saptandı.

Anahtar kelimeler: Kalça kırığı, kalça protezi, öz bakım gücü, öz yeterlilik, yaşlı hasta.

ABSTRACT

Korkmaz, S. (2011). Evaluation of Self-Care Agency and Self-efficacy of Elderly Patients Undegone Replacement Due to Hip Fracture. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Surgical Nursing. Master Program. İstanbul.

We conducted a descriptive study to evaluate self-care agency and self-efficacy playing an important role in treatment compliance and in increasing the efficiency of the care and to determine the factors affecting self-care agency and self-efficacy. Study was performed between February – September 2010 on the elderly patients during one month follow-up after discharge following arthroplasty operation due to hip fracture in Orthopedics and Traumatology Polyclinic and Research Gata Haydarpaşa Training Hospital.

Study data was obtained by using questionnaire form developed in the direction of literature data, Mini Mental Test, self-care agency and self efficacy scale. During the data analysis, Kruskal Wallis, Tukey HSD, One way Anova test, Mann Whitney U and Student t tests were used. It was determined that age, marital status, nutrition, need to use the bath and toilet, walking period, previous hip arthroplasty affected self-efficacy, whereas age, gender, education, having child and income level did not. While age, gender, education, marital status, nutrition, need to use the toilet, walking period affected self-care agency, income level, having child, comorbid disease, bath need did not.

Key words: Hip fracture, hip replacement, self care agency, self efficacy, elderly patient.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde insanlar daha uzun süre aktif ve verimli olmaya gereksinim duymakta, sakatlığı kabullenilmesi gereken bir kader olarak görmemekte, insanca bir yaşamı ve bu anlamda hizmeti elde etmek arzusu ile sağlık kurumlarına başvurmaktadır. İnsanların bu arzusu tıp bilimini fonksiyon göremeyen bir ekstremitenin yerini tutacak arayışlara yöneltmiş ve günümüzde protezler gittikçe artan sayıda tedavide yer almaya başlamıştır (Karadağ 1997; Khorshid ve ark. 2005; Prouty ve ark. 2006).

Kalça kırıklarının osteoporoz, trafik kazası ve düşmeler sonucu oluştuğu bilinmektedir. Özellikle yaşlı nüfusta çok görülen, ölüm ve sakatlığa yol açan ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Kannus ve ark. 1996; Erden ve ark. 2000). Kalça kırığı, kırıktan sonraki 1 yıl içinde beklenen yaşam süresinde % 12-20'lik azalmaya, sakatlık oranında ise % 5-20'lik artışa neden olmaktadır (NIH 2001). Kalça kırığı olan hastalar en iyi koşullarda bile yaşa ve kırığa bağlı komplikasyonlardan dolayı yüksek risk altındadır. Cerrahi girişim sonrasında da bu hastaların birçoğu eski bağımsızlıklarına kavuşamamakta, bir kısmı da hareket için yardımcı aletlere gereksinim duymaktadır. Yaşlanmanın beraberinde getirdiği sorunlara kalça kırılmasının neden olduğu sorunlar da eklenince, bu hastaların bakımında önemli yeri olan öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyleri azalmaktadır (Huddleston ve ark. 2001; Formiga ve ark. 2003).

Kalça protezi uygulanmasının amacı hastanın ağrısını dindirmek, eklem fonksiyonunu geliştirmek, hareket düzeyini artırarak normal yaşam biçimini sürdürmesine olanak sağlamak, dolayısıyla yaşam kalitesini yükseltmektir (Schoen 2007; Knutsson 1999; Bitar 2005).

Literatürde, kalça protezi sonrasında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetisinde yaklaşık % 20-25 oranında azalma olduğu, fonksiyon kaybının % 5'inin yaşa bağlı normal gerilemeden kaynaklandığı ve kalça kırığına eşlik ettiği bulunmuştur. Kalça hareketi ile ilgili olmayan kitap okuma, yazma, kendi kendine yemek yeme ve örgü örme gibi el becerilerini de değerlendirilmiş ve bu aktivitelerin hepsinde kalça kırığını takiben % 4.5 ve % 6.4 oranında azalma olduğu ortaya konmuştur (Rosell ve ark. 2003).

Yine yapılan çalışmalarda, kalça protezi ameliyatı olan hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıkları ve başkalarına bağımlı olma duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. Ameliyat sonrası dönemde, bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeylerinin, iyileşme ve normal yaşamlarına dönmede önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Rosell ve ark. 2003).

Öz bakım gücü Dorethe E. Orem' e göre; bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık/iyiliğini korumak ve sağlık düzeyini yükseltmek için kendine düşeni yapmasıdır. Öz bakım, birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir süreç olması nedeniyle önem taşımaktadır. Literatürde, bireyin öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasının aile, arkadaş gibi sosyal destek sistemlerinin gücünden, bireyin öz bakım ve hastalığı konusundaki düşünce, tutum ve eğitiminden etkilendiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle hemşire, öncelikle hastanın durumunu değerlendirmeli, sınırlılıklarını bilmeli, daha sonra ise öz bakımla ilgili gereksinimlerini ve öz bakımlarını yapma düzeylerini belirlemelidir. Gerekirse hasta ve ailesini bu konuda desteklemelidir (Simsons 1990; Nahcivan 1993; Orem 1996; Haursebourg 1999; Rice 1995; Alexander 1999; Veliöglu 1999; Bakoöglu 2000; Potter 2001; Baö 2007).

Bandura (1986) öz yeterliliöi, bir kişinin istenilen bir sonucu gerçekleştirmek için öz bakımı başarılı bir şekilde uygulayabilmedeki görevi olarak; Magil ise, bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma becerisi ya da olayları kontrol edebilme algısı/yargısı olarak tanımlamıştır. Öz yeterliliöi ya da özgüveni olan bireyler, zor yetenekleri kaçınılması gereken tehditler yerine, başa çıkılması gereken meydan okumalar olarak görürler ve verilen bir görevi ustalıklarla yerine getirirler. Sağlık eğitiminin en önemli uygulayıcısı olan hemşirelerin eğitim programları içinde, bireylerin sağlıkla ilgili davranış deöişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için, insan davranışları üzerinde etkili olan öz yeterlilik kavramına da yer vermeleri gerektiöi belirtilmektedir (Magil 1993; Baö 2007). Bu bağlamda hemşirenin temel görevi, hasta ya da sağlıklı bireyi gerekli güç, istek ve bilgiyle donanımlı bir duruma gelene kadar desteklemek ve bu yolla bireylerin mümkün olan en kısa sürede baöımsızlıklarını kazanmalarına yardım etmektir (Birol 1997). Hemşirenin vereceöi destek, hasta birey ve ailesinin karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmelerinde önemli rol oynayacaktır (Baö 2007).

Literatür incelendiğinde, özellikle kalça protezi uygulanan bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterliliğini inceleyen sınırlı sayıda çalışmanın olması bu çalışmayı planlamada etkili olmuştur.

Bu çalışma, ortopedi kliniğinde kalça kırığı nedeniyle kalça protezi uygulanıp taburcu olan ve 1 ay sonra kontrol için polikliniğe başvuran yaşlı hastalarda, tedaviye uyumda ve bakımın etkinliğinin artırılmasında önemli bir yeri olan, öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin getirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

ÖZ YETERLİLİK

Öz yeterlilik kavramı ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977’de “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ortaya atılmıştır. Türkçe kaynaklarda öz etkilik ve öz yeterlilik olmak üzere iki şekilde ifade edilmektedir (Aksayan ve Gözüm 1998; Kara 2002; Semenoğlu 2001). Öz yeterlilik; bir kimsenin özel yeteneği, öğrenmede başarılı olması, beceriyi uygulama ve sonuçlara ulaşmada zorluklar olmasına rağmen beceride ısrar etme inancıdır (Schwarzer ve Fucks 1995). Güçlü bir bireysel yeterlilik hissi, daha yüksek başarı ve sosyal bütünleşme ile ilişkilidir.

Bandura’nın teorisinde öz yeterlilik, bir kişinin istenilen bir sonucu gerçekleştirmek için öz bakımı başarılı bir şekilde uygulayabilmedeki görevidir ve çevre tarafından şekillenmektedir (Lew 1996; Bandura 1997; Tsay 2003). Bireylerin öz yeterlilik inançları onların yaptıklarını, bir amaca ulaşmadaki isteklerini, zorluklara direnme süresini, düşünce durumlarını ve yaşadıkları stres oranını etkiler (Semenoğlu 2001). Öz yeterlilik ne kadar yüksek olursa, sonuçlarda o kadar iyi olur (Bijl 1999). Magil, öz yeterliliği bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme yargısı olarak tanımlamaktadır (Magil 1993). Öz yeterlilik, öz bakım davranışının devam ettirilmesi için gereklidir (Tsay 2003).

Bandura’ya (1997) göre bireyler, öz yeterlilik inançlarını dört etkilenme kaynağı aracılığı ile gerçekleştirirler:

1. Bireyin geçmiş deneyimleri
2. Başkalarının deneyimleri
3. Sözel ikna
4. Fizyolojik durum

1. Bireyin Geçmiş Deneyimleri; Başarısızlıklar öz yeterliliği zayıflatırken, belli bir görevde başarı, bir bireyin kişisel olarak kendini yeterli olarak algılamasını sağlar (Bandura 1986; Coffman 2004). Yani, bireyin doğrudan yaptığı başarılı ve başarısız etkinlikler sonucu edindiği bilgilerdir.

2. Başkalarının Deneyimleri; Bireylerin kendi durumlarında bulunan diğer bireyleri rol-model alma durumudur. Kendilerini yüksek oranda etkin hisseden bireyler bile, model alma yolu ile öz yeterliliklerini arttırabilirler. Model almaya örnek olarak video, cd, kitaplar ve broşürler verilebilir (Kara 2002). Bununla birlikte, birçok bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre uygun rol model edinmesini sağlar. Örneğin; daha önce başarılı kalça protezi ameliyatı geçirmiş birey, kalça protezi uygulanacak başka bireylere olumlu deneyimlerini ve yaşadıklarını anlatarak rol model olabilir.

3.Sözel İkna; Bireyin başarabilecekleri ve başaramayacakları konulara ilişkin aldığı teşvikler ve teşviği kimin verdiğine bağlıdır (Coffman 2004). İkna edici topluluğun etkisi, koruyucu sağlık uygulamalarının uygulanmasını artırır.

4.Fizyolojik Durum; Herhangi bir görevi başarma sırasında gerekli olan stres, hayal etme, korku tepkisi ve endişe gibi fizyolojik faktörler öz yeterliliği geliştirmek için başvurulan en son bilgi kaynağıdır (Coffman 2004).

Öz bakım ve öz yeterlilik algısı arttırılan bireylerin, öz bakım aktivitelerini yerine getirmelerinde daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Tsay 2003). Bandura öz yeterlilik teorisinde, öz yeterliliğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığını, duygusal ve fizyolojik durumun etkili olduğunu ifade etmektedir (Bandura 1991; Semenoğlu 2001; Kara 2002; Ünsal 2006). Örneğin, kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki değişiklik ile kronik böbrek yetmezliği olan bireyin günlük yaşam aktiviteleri arasındaki değişiklik aynı olmayabilir.

Bireyler istedikleri sonuçları elde etmek için gerekli davranışları ne kadar iyi yaptıklarını değerlendirmek için öz yeterlilik algılarına başvururlar. Öz yeterliliği yeterli olan birey, olumsuz koşullarda bile çaba harcayarak olayları olumlu hale dönüştürebilir (Daniel 2000; Yeşilbakan 2005).

Hemşirelik ve Öz Yeterlilik

İnsanın kendini tanıması, geçmiş deneyimler, sosyal çevre, hastalığın algılanması bireyin öz yeterliliğini ve hastalığın etkili yönetimi için önemlidir. Hemşire hastayı bütüncül olarak değerlendirmeli ve yapabilecekleri konusunda hastayı cesaretlendirmelidir (Rapley 1999). Hemşireler duyarlı olmalı, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi konularında yeterli çabayı göstermelidirler.

Ayrıca, bireylerin hastalıkları nedeniyle sergiledikleri davranış değişikliklerine yardımcı olabilmek için yeterli kuramsal bilgiye de sahip olmalıdırlar (Benson 1998).

Bireyin davranışları sosyal çevre ve deneyimlerinden etkilendiği için hemşire öncelikle sosyal ve psikolojik kuramlardan yararlanmalıdır. Bireyi destekleyen eş, arkadaş ve iş çevresini bakıma katılımları konusunda desteklemeli, olumlu sağlık davranışlarının gelişmesinde önemli yeri olan öz yeterlilik düzeyinin yükselmesi için doğru kaynaklardan yararlanmalıdır.

Öz yeterlilik düzeyinin yükselmesi için kullanılan stratejiler şunlardır:

1. Bireyin genel ve duruma özel öz yeterlilik algısı değerlendirilmelidir.
2. Hedeflenen davranış çok karmaşık ve uzun süre gerekiyorsa küçük parçalara bölünmelidir.
3. En basit ve kısa süren davranış değişimleri için çabalara, daha karmaşık ve daha uzun olanlara göre öncelik verilmelidir.
4. Engeller ve yüksek riskli durumların belirlenmesi alınacak önlemlerin saptanması bakımından önemlidir. Bunun için ağırlıklı olarak gözlem tekniği ile veri toplanmalıdır.
5. Bireylerin başarılı davranışları takdir edilmelidir.
6. Uzun süreli amaçlara doğru ilerlerken gelişmeler, bireyin hatırında kalması için kaydedilmelidir.
7. Bireyler, hem geçici hem de sürekli kalıcı davranışları gerçekleştirme konusunda ikna edilmelidir. Örn: Hemşire, kalça protezi uygulanan bireye, ameliyat sonrasında belirli bir süre yürüteç veya baston yardımıyla, daha sonra ise bağımsız olarak yürüyebileceği konusunda bilgi vermelidir.
8. Konu ile ilgili bilgi verilmeli, en önemli noktalar eğitimin başında ya da sonunda vurgulanmalıdır.
9. Olumlu rol modellerinden yararlanılmalıdır.
10. Eş, arkadaş, aile, iş çevresi gibi sosyal destek sistemlerden yararlanılmalıdır.
11. Stresle başetme yolları öğretilerek, öz yeterlilik algısının ve davranışının başlatılıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin

engellenmesi ya da azaltılmasına çalışılmalıdır (Aksayan ve Gözüm 1998; Bağ 2007).

2.1. Dorothea Orem'in Öz-Bakım Kuramı

Orem' in Genel Hemşirelik Kuramı, Dorothea Orem tarafından, hemşireliğin yapılanması amacıyla geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Hemşireliğin anlamını sorgulaması ve tanımlamasıyla başlamıştır. Orem, öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir. Genel hemşirelik kuramı, bireylerin öz bakım gereksinimleriyle onları karşılama yetenekleri arasındaki ilişkiyi açıkladığından, hemşirelikte öz bakım yetersizliği kuramı olarak da adlandırılmıştır (Faucett 1990; Nahcivan 1993; Velioğlu 1999; Bakoğlu 2000; Balcı 2003; Bridge ve ark. 2010; Bıçakçı 2010).

Dorothea Orem tarafından geliştirilen öz bakım kuramı birbiriyle ilişkili üç kavramdan oluşmaktadır:

1. Öz Bakım Kuramı (yaşamın sürekliliği için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar),
2. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı (hemşireliğin ne zaman ve niçin gerekli olduğunu açıklar),
3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı (Hemşireliğin, bireye yardım sebebini açıklar) (Faucett 1990; Nahcivan 1993; Velioğlu 1999; Bakoğlu 2000; Balcı 2003; Bridge ve ark. 2010; Baçakçı 2010).

2.1.1. Öz Bakım Kuramı

Öz bakım; bireylerin kişisel yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirmeleridir (Balcı 2003, Akduman ve ark. 2004, Altay 2009).

Orem'in öz bakım kuramına göre öz bakım, kişilerin becerilerini olgunlaştıran, zaman çerçevesinde yapılan, yaşamı elde etme adına kendilerinin yaptıkları, sağlıklı, etkin, kişisel gelişim ve iyileşmeyi devam ettiren aktivitelerin uygulanmasıdır (Kara 2001; Ageborg 2005).

Öz bakım;

- Bireylerin sorumluluk alabildikleri gönüllü eylemlere dayanır.
- Herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığı zaman bireyin sağlığı olumsuz yönde etkilenir.
- Bireyin kişiler arası ilişkiler, iletişim ve kültür yoluyla öğrendiği, sosyal ve bilişsel deneyimleriyle geliştirdiği bir davranıştır.
- Benlik kavramı tarafından etkilenir, kişinin benlik saygısına ve ben imajına katkıda bulunur (Faucett 1990; Nahcivan 1993; Bridge ve ark. 2010).

Öz bakım gereksinimleri, Evrensel öz bakım gereksinimleri, gelişimsel öz bakım gereksinimleri, sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri olarak üç bölümde incelenmektedir (Potter 2001; Balcı 2003; Öztürk 2000).

-Evrensel öz bakım gereksinimleri; insanın temel gereksinimlerini kapsayan tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanması sağlığı olumlu bir şekilde etkiler (Rice 1995; Orem 1996; Velioğlu 1999; Öztürk 2000; Balcı 2003).

-Gelişimsel öz bakım gereksinimleri; yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın karşılaştığı, gelişimi etkileyen yaşam koşullarının düzenlenmesidir. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri, insanın gelişmesini etkileyebilecek bazı durumların sağlığa zararlı etkilerden korunmasını, bu etkilerle başa çıkabilme/bunlardan en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını da gerektirir (Orem 1996; Velioğlu 1999; Balcı 2003). Öz bakımın sağlanması için bireylerin eylemlerini gerçekleştirme yeteneği ile çeşitli gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdürmesi gerekmektedir. Bu gereksinimlerden biri de “gelişimsel öz bakım” gereksinimleridir. Yaşlılık dönemi de gelişimsel durumlardan biridir.

-Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri; yaralanma, hastalık ya da rahatsızlığa bağlı ortaya çıkan öz bakım gereksinimleridir. Kalça protezi ameliyatları özellikle yaşlılarda uzun süreli sınırlamalara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğundan, ameliyat sonrası bireylerin iyileşme süreçlerinin geliştirilmesi için öz bakım gereksinimlerini karşılayabilecek duruma gelmeleri önemlidir. Kalça protezi ameliyatlarından sonra bireylerin fiziksel aktivitelerde sınırlılık ve düşme korkusu nedeniyle öz bakım gereksinimlerini yerine getirmekten kaçındıkları bilinen bir gerçektir. Hemşireler birey ve aileye gerekli danışmanlığı yaparak hasta ve ailesinin öz

bakımına katkıda bulunmalıdırlar (Boonen ve ark. 2004; Camp 1995; Collis 1997; Lippuner ve ark. 1997; Shyu ve ark. 2004; Norton ve ark. 2000).

Öz bakım gücü

Orem öz bakım gücünü, sağlığı ve iyiliği sürdürmek için bireyin ihtiyacı olan öz bakım davranışlarını yerine getirme yeteneği olarak tanımlamıştır. Öz bakım gücü bilgi, beceri ve motivasyondan oluşmaktadır (Velioğlu 1999). Bir başka tanımla öz bakım gücü, sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesine yönelik öz bakım davranışlarını düzenleme, öz bakım ile ilgili belirli konularla ilgilenme, anlama ve kavrama, düzenlenen etkinlikleri gözleme, bilgiyi kullanma, karar verme ve verilen kararı uygulama başarısına yönelik bireysel yetenekler olarak açıklanmıştır (Hartweg 1990).

Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerekir (Velioğlu 1999). Yaşlanma ile birlikte bireyin yaşamındaki biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar değişmektedir. Bu değişimle birlikte ortaya çıkan çeşitli hastalıklarla birlikte görme, duyma gibi fonksiyonların da gerilemesine bağlı olarak yaşlının öz yeterliliği azalır ve yaşlılıkta öz bakım gereksinimlerini karşılamada birey yetersiz kalabilir (Akyol 1996). Kişinin öz bakım sorumluluğunu yerine getirmesinde eğitim durumunun, sağlıklı olmanın ve sosyo-ekonomik durumun etkisi önemlidir (Velioğlu 1999).

Sağlık ve öz bakım gücü arasında sıkı bir ilişki vardır. Öz bakım yerine getirildiğinde sağlık ve iyilik halinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Yaşlının öz bakım gücü davranışları ile öz yeterliliğin ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öz bakım gücünü etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları sergilemesinde önemlidir. Yaşlanma ile beraber bireyler önceden yaptıkları işi yapamaz ve başkalarına bağımlı duruma gelebilirler. Hastalık durumu yaşlıların öz bakım gücünü azaltabilir. Hemşirelerin bireylerin hastalıklarına yönelik eğitim vererek, öz bakım davranışlarının olumlu yönde gelişmesini sağlamaları gerekmektedir (Kara 2000; Balcı 2003).

2.1.2. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

Öz bakım gücü, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (North America Nursing Diagnoses Assosiation-NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak 'öz bakım eksikliği sendromu' şeklinde kabul edilmiştir. Hemşirelik tanıları el kitabında da

öz bakım eksikliği sendromu; motor fonksiyonlarında veya bilişsel fonksiyonlarda bir bozulma nedeniyle kendine bakım verme aktivitelerinden beşini de (beslenme, banyo hijyen, giyinme-kuşanma, tuvaleti kullanma, enstrümental bakım) yerine getirme yeterliliği azalan bir bireydeki durum olarak tanımlanmaktadır (Carpenito-Moyet 2005).

Yapılan çalışmalar öz bakım düzeyi ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirici davranışlar, fiziksel ve psikolojik semptomların azalması arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Akyol 1996; Tsay 2003). Örneğin; kalça protezi ameliyatı olan hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıkları ve başkalarına bağımlı olma duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. Ameliyat sonrası dönemde, bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeylerinin, iyileşme ve normal yaşamlarına dönmede önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Rosell ve ark.2003).

2.1.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Orem'e göre hastalık meydana geldiğinde, öz bakım yeterince sürdürülemez ve öz bakımı sürdürmedeki yetersizlik sağlık sorunu olarak karşımıza çıkabilir. Buna bağlı olarak Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamada üç temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır:

1. Tümüyle Eksikliği Giderme: Hasta öz bakımını sürdürmede yetersiz olduğunda, hastanın bakımını tamamen hemşire üstlenmektedir. Hasta öz bakımına katılamamaktadır.

2. Kısmen Eksikliği Giderme: Hemşire, hastanın yapamadığı öz bakım davranışlarında kısmi yardımda bulunarak hastayı desteklemektedir.

3. Destekleyici Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlamada yeterlidir, ancak bu aktiviteleri başarısında hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine gereksinimi vardır. Hastanın bilgi gereksinimini, öz bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderir ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine, öz güveninin gelişmesine yardımcı olur (Deatrick 1998; Velioğlu 1999; Kara 2000; Balcı 2003). Hastanın ilaçlarını düzenli kullanması ve öz bakım gereksinimlerinin karşılanması; aile, arkadaş gibi sosyal destek sistemlerinin gücünden, bireyin öz bakım ve hastalığı konusundaki düşünce, eğitimi, davranışından etkilenmektedir (Nahcivan 1993; Rice 1995; Orem 1996; Sucuoğlu 1997; Velioğlu 1999; Kara 2000; Balcı 2003).

YAŞLILARDA KALÇA KIRIKLARI

İnsan ömrünün uzamasına bağlı olarak son yıllarda yaşlı nüfusta ciddi bir artış görülmektedir. İleri yaşlarda ortaya çıkan fiziksel kapasitenin düşmesi, sıklıkla rastlanan sistemik hastalıklar, reflekslerde zayıflama, görme ve işitme kayıpları, yaşlı kişilerin çevresel tehlikelerden korunma ve kaçma fonksiyonlarını zayıflatır. Yaşa bağlı olarak kemik kütleindeki azalma kırık oluşum riskini artırır.

Yaşlı hastalarda görülen kalça kırıkları genellikle ev içinde yürüme sırasında meydana gelen düşmeler sonucu ortaya çıkan kırıklardır (Öztürk 1997). Kalça kırıkları gelişiminde çok sayıda risk faktörü sayılmakla beraber en önemlileri düşme ve osteoporozdur. Fonksiyonel kısıtlılıklar, kas zayıflıkları, daha önceki düşmeler, çevresel tehlikeler, psikoaktif ilaç kullanımı, parkinson hastalığı, kalp hastalıkları, demans, nöropati, görme bozuklukları, romatoid artrit, yürüme bozuklukları ise diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (Öztürk 1997; Vidan 2005).

Kalça Eklemine Yapısı ve Görevi



Şekil.1. Kalça Eklemine Yapısı

(www.ortho-md.com/totalhip.htm)

Kalça eklemi pelvis ile femur birleşiminde yer alır. Küre ve yuva tipi bir eklemdir. Femurun pelvise doğru uzanan bir boyun kısmı ve top şeklinde baş kısmı (femur başı) bulunur. Femur başı pelviste kase şeklinde bir yuvaya (asetebulum) yerleşerek kalça eklemine oluşturur. Eklemine bu yapısı sayesinde kalçamız her yönde serbestçe hareket eder. Kemiksel yapılarda oluşan ufak bir uyumsuzluk kalça eklemine aşırı mekanik yüklenmelere yol açabilir (Branson and Goldstein 2003; Eftekhari 1993; Temple 2004).

Eklem kıkırdığı adı verilen parlak, pürüzsüz, kaygan ve sert bir tabaka (2-3 mm. kalınlığında) hem femur başını hem de asetabulumu kaplar. Ayrıca eklem iç yüzeyini çevreleyen ince bir zardan (sinovya) eklemi kayganlaştıran eklem sıvısı salgılanır. Kıkırdak ve eklem sıvısı eklem çevresindeki kas ve bağların da katkısıyla eklem ağrısız ve rahat hareket etmesini sağlar. Kalça eklemine doğal yapısı romatizmal hastalıklar, eklem iltihabı, kırık, kıkırdak erimesi gibi durumlarda bozulabilir. Sonuçta eklem kıkırdığı aşınır, parlaklığını kaybeder ve pürüzlü, girintili - çıkıntılı bir hal alır. Eklem zarı zarar görür ve eklem sıvısı yeterli ve kaliteli salgılanamaz. Kalça eklemine kireçlenmeyle ağrı ve hareket kısıtlılığı gelişir. Eklemde gelişen bu bozukluklar hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini kısıtlıyor ve ilaçlarla kontrol altına alınamıyorsa kalça protezi uygulanması gereklidir (Yıldırım 2002; Gürsoy 2003; Dadaş 2003; McPee 1998; Yüçetürk 2007).

Kalça Protezi

Hareketi azalmış ya da hareketsiz olan eklem cerrahi girişimle fonksiyon kazandırılmasına artroplasti denir. Artroplasti, eklemi oluşturan kemiklere cerrahi girişimle yeniden şekil verilerek ya da protez uygulanarak yapılır (Gürsoy 2003; Dadaş 2003).

Kalça protezi, eklem yüzeylerini oluşturan kıkırdak ve kemik dokularının eksiz edilmesinden sonra, eklemi yeniden oluşturmak için eksiz edilen kemik ve kıkırdak dokularının yerine, aynı görevi görecektir metal ve plastik materyaller yerleştirilerek uygulanır. Araya yerleştirilen materyaller protez olarak adlandırılır. Protez kalça eklemine sadece bir yüzüne, yani femur başı ya da asetabulum yerleştirilirse *parsiyel kalça protezi*, eklem her iki yüzüne, yani femur başı ve asetabulum yerleştirilirse *total kalça protezi*, uygulanan protez çimento yardımıyla kemiğe yerleştirilirse *çimentolu kalça protezi* adı verilir (Zuckerman 1996; Gürsoy 2003; Dadaş 2003; Branson ve ark.2003; Nazlı 2007).

Çimentolu kalça protezi, kemik kalitesi kötü olan, kalça eklemine tümör bulunan, aktif yaşamı olmayan, 60 yaş ve üzeri bireylere uygulanabilmektedir. Bu yöntemle cerrahi girişim yapılan hastalar ameliyattan sonra 3.günden itibaren tam ağırlık vererek basma şeklinde mobilize edilebilirler (Towheed 1996; Branson 2003; Temple 2004; Nazlı 2007).

Çimentosuz kalça protezinde ise, çimento yerine biyolojik olarak fiksasyon sağlayan, protezin şekli ve yüzey yapısı farklı bir madde kullanılmaktadır. Bu tür ameliyattan sonra önerilen mobilizasyon şekli, yürüteç yardımı ile ayağa hiç yük vermeden yürüme şeklindedir. Ameliyattan 2 ay sonra koltuk değneği ya da bastona geçilebilir. Aktif yaşam tarzına sahip olanlar, kemik kütlesi iyi olanlar, 50 yaş ve altı bireylere uygulanabilir (Branson 2003; Temple 2004; Nazlı 2007).

Kalça Protezi Uygulanmasına Neden Olan Hastalıklar

- Tüberküloz
- Avasküler nekroz
- Ankilozan spondilit
- Konjenital sublokasyon veya yerinden kayması
- Femur ve asetabulumu tutan kemik tümörleri
- Primer veya sekonder dejeneratif eklem hastalıkları
- İnflamatuar hastalıklar
- Daha önce uygulanmış ve başarısızlıkla sonuçlanmış kalça kırıklarıdır (Dadaş 2003; Nazlı 2007; Ulsan 2008).

Kalça Protezi Uygulanmaması Gereken Durumlar

- İleri derecede osteoporoz
- Vücudun herhangi bir yerinde infeksiyon
- Akut eklem enflamasyonu
- Rehabilitasyona olanak vermeyecek mental veya nörolojik bozukluk (kalça kaslarını kontrol etme yeteneğinin olmaması)
- Zayıf abdüktör kas gücü olanlar (Dadaş 2003; Nazlı 2007; Ulsan 2008).

Kalça Protezi Uygulanan Yaşlılarda Öz Bakım ve Öz Yeterliliğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Kalça protezi ameliyatları özellikle yaşlılarda, uzun süreli sınırlamalara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğundan, ameliyat sonrası bireylerin iyileşme süreçlerinin geliştirilmesi için öz bakım gereksinimlerini karşılayabilecek duruma gelmeleri önemlidir. Kalça protezi ameliyatlarından sonra bireylerin fiziksel sınırlılık ve düşme korkusu nedeniyle öz bakım gereksinimlerini yerine getirmekten kaçındıkları ve

sosyal izolasyon yaşadıkları, dolayısıyla taburculuk sonrası ameliyata bağlı komplikasyonların geliştiği bilinen bir gerçektir. Tüm bunlar ameliyat sonrası bireylerin iyileşme süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Düşme korkusunu çok yoğun yaşayan bireylerin hem aktivitesi hem de mobilizasyonu azalmakta, bu durum tekrarlı düşmelere neden olmaktadır. Düşmeye bağlı fiziksel yaralanmalar bir yana, düşme korkusunun da yer aldığı psikolojik etkiler daha da fazladır. Yaralanmaya açık yaşlı bireyler arasında, kalça kırığına neden olan düşmeler, immobiliteye ve uzunca bir süre evden dışarıya çıkmamaya neden olan faktörlerdendir. Doğrudan fiziksel yaralanmanın olmadığı düşme deneyimlerinde bile, yeniden düşme ve kontrol eksikliği korkusu yaşanabilmektedir. Bu durum yaşlı insanlarda kendine yeterlilik ve bağımsızlık konusunda anksiyete yaratmaktadır (Kuyurtar 1998; Bodur 2002; Bilik 2006).

Kalça protezi uygulanan bireylerin evde kendi bakımlarını yönetebilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri, ameliyata bağlı olası komplikasyonların önlenmesi, erken tanınması ve yönetilebilmesi açısından önemlidir (Karadağ 1998; Şendir 2002)

Kalça protezi ameliyatı sonrası bireylerin evde kendini yönetebilecek duruma gelmelerinden sorumlu olan hemşiredir. Hastanın uyması gereken sınırlılıklar ve bakıma katılım konusunda eğitim ve danışmanlık yapar. Böylece bireyler kendi sağlıkları konusunda yapmaları gerekenlerin farkında olarak bireysel sorumluluğunu alır ve kendi bakımlarına katılır. Hemşirelerin eğitici ve danışman rollerini kullanarak, sağlığın korunmasında sekonder ve tersiyer bakımdaki sorumluluklarını, gereksinimlere yanıt verebilen etkin bir taburculuk eğitimi ile yerine getirmeleri gerekmektedir (Karadağ 1998; Bilik 2006).

Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Taburculuk Eğitimi

Bireylerin kendi sağlıklarını koruma, sürdürme ve geliştirmede aktif rol almaları beklenmektedir. Bu nedenle, hastaya hastaneye kabulünden itibaren planlı sağlık eğitimi verilmeli, taburculuk eğitimi programları ile desteklenmelidir (Khorshid ve ark. 2005). Bireysel gereksinimler doğrultusunda uygulanan sağlık eğitimi, yaşlı bireyin öz bakım yeteneğini arttıran davranışlarını destekleyerek bağımsızlık ve otonomisini güçlendirmesinin yanı sıra, yaşamının anlamlı kılınmasına da katkıda bulunur (Şendir 2002).

Kalça protezi uygulanan hastalara verilen eğitimin anksiyeteyi azalttığı, hastanın uyumunu ve ameliyat sonrası iyileşme düzeyini arttırdığı, günlük bakım gereksinimlerini arttırmada olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Ayrıca hastaların öz bakım yeteneklerine paralel olarak kendilerine güvenin arttığı, hastane veya polikliniğe başvuruların azaldığı belirlenmiştir (Karadağ 1998). Kalça protezi olan hastaların taburculuk eğitimi, evde bakımlarını bağımsız bir şekilde sürdürebilecekleri düzeye gelebilmelerini sağlayacak içerikte olmalıdır.

Protez uygulandıktan sonra herhangi bir komplikasyon gelişmemişse hastalar genellikle 7-10 gün içinde taburcu edilirler. 3-4 hafta sonra kontrole çağrılırlar. Kontrollerde hastanın ağrısı, ameliyat yarası, günlük yaşam aktiviteleri ve ev egzersiz programına uyumu değerlendirilir (Bodur 2000).

Eğitim verilen hastalar evde bakım gereksinimlerini daha iyi karşıladıklarından hemşirelerin de desteğiyle hastanede yattıkları süre içinde kendi kendine yetebilen duruma getirilmelidir. Bu nedenle; hemşirelerin, hastalarının en az bağımlılıkla yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamada hasta eğitimi bilgisine gereksinimleri vardır (Biol ve ark.1997b; Kuyurtar 1998). Taburculuk öncesi hasta eğitim direktifleri aşağıdaki gibidir:

Pozisyon: Kalça protezi uygulanan hastaların pozisyonu planlanırken, protezin yerinden kaymasının, kalçanın fleksiyon kontraktürünün ve ameliyat edilen bacağın dışa ya da içe rotasyonunun önlenmesi amaçlanır (Black 1993; Dal 2002; Boonen 2004).

Protez yerinden kaymasını önlemek için üç ay süre ile;

- 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, tuvalete otururken ve kalkarken bedenini öne doğru eğmekten ve kalçasını bükmekten kaçınması gerektiği,

Kalçanın fleksiyon kontraktürünü önlemek için üç ay süre ile;

- Çok uzun süreli oturmaması, oturması gerekiyorsa arada kalkıp yaklaşık 10-15 dakika yürütmesi,
- 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 (Bilgen 2001; Birrell 1999; Dal 2002; Bilik,2006)

Egzersiz: Egzersizin amacı eklemlerdeki ağrıyı ve katılığı azaltabilmek ve kas gücü ve esnekliğini artırabilmektir (Koval 1998). Hasta için uygun egzersiz programına uygun olduğuna hekim ve fizyoterapist, hemşire ile işbirliği yaparak karar verir. Çoğu egzersiz programı hareket edebilme aktiviteleri ve kas gücünü geliştirme egzersizleri ile başlar. Ayrıca bireylere:

- Sık sık yürüyüş yapması, yürüyüşlerini küçük adımlarla sık sık dinlenme molası vererek kendisine öğretilen araçlarla düz bir zemin üzerinde yapması gerektiği açıklanır.
- Futbol, basketbol, voleybol, tenis gibi aktiviteler önerilmez. Bu aktiviteler yeni kalça eklemının yapısını bozabilir ve protezin bazı parçalarının kaybına neden olabilir. Önerilen yüzme, yürüme ve yerinde sabit duran bisiklete binme kas gücünü arttıran ve önerilen egzersizlerdir.
- Kendisine verilen ambulasyon ve ağırlık taşıma programına uymasının önemi belirtilir.
- Kullanabileceği yardımcı araçlar (yürüteç, koltuk değneği, baston kullanımı, banyo sandalyesi gibi) konusunda bilgi verilir.

Ameliyatına özgü aktivite ve egzersiz programı, merdiven çıkma, inme, ulaşım konularında bilgi verilir. Bacak bacak üzerine atmaması, ayağını çaprazlamaması ve içe rotasyon yapmaması, eğilmemesi, yardımsız ayakkabı giymemesi ya da bağlamaması gerektiği açıklanır. Özellikle yaşlı bireylerde düşmeye bağlı kalça kırığı riski yüksek olduğundan, yaşlılara egzersiz programları uygulanarak, kaslarının güçlendirilmesi ve dengede kalabilmelerinin geliştirilmesi önemlidir (Marottoli 1992; Camp 1995; Chan 2004; Bilik 2006).

Ağrı yönetimi: Ağrıyı kontrol altına alma yöntemleri açıklanmalıdır (farmakolojik ve nonfarmakolojik). İlaçlar ve ağrıyı azaltan yöntemler (dinlenme, gevşeme, ilgiyi başka yöne çekme gibi) konusunda bilgi verilmelidir (Uluslan 2008; Nazlı 2007).

İlaçlar: Verilen ilaçların amacı, uygulama yolu, dozu, yan etkileri ve hekime başvurması gereken konular açıklanır. Taburculuk sonrası uygulanan ilaçlar genellikle analjezikler, antibiyotikler, antiinflamatuvar ve antikoagülan ilaçlardan oluşmaktadır (Şendir 2000).

Yara bakımı: Yaranın özellikleri, yara iyileşmesini azaltan ve arttıran etmenler, pansuman değişimi, yara infeksiyonu belirtileri konusunda hastaya bilgi verilir. Yara yerindeki dikişlerin ortalama 10-14 gün içinde alınacağı belirtilir (Cree 2001; Bilik 2006).

Dikkat edilmesi gereken belirti ve bulgular: Derin ven trombozu (uylukta ağrı, ven hattı boyunca kızarıklık vb.), nörovasküler fonksiyon bozukluğu (soğukluk, solgunluk, uyuşukluk, duyu kaybı), infeksiyon (ateş, titreme, kızarıklık, yaradan akıntı), protez yerinden kayması (bacağın kısılması, aniden artan ağrı, bacağın hareket etmesinde güçlük) gibi belirti ve bulgular ortaya çıkarsa hekime başvurması gerektiği belirtilir (Smeltzer 1996; Dal 2002; Uluşan 2008).

Öz bakım: Banyo, giyinme, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi gibi konularda eğitim yapılır.

- Yara yerindeki dikişler alındıktan sonra yara yerini ovalamadan duş şeklinde banyo yapması,
- Üç ay boyunca çorabını ve ayakkabısını kendi kendine giymemesi,
- Kıyafetlerini giyerken düşmesine neden olabilecek önlemleri alması,
- En az altı ay-bir yıl boyunca bacak bacak üstüne atmaması,
- En az bir yıl çömelmemesi,
- Ameliyat olan bacağının üzerinde üç ay boyunca dönmemesi,
- Otururken veya ayakta iken yerden bir şey almak için eğilmemesi,
- Merdiven çıkarken sağlam bacağına önce atması, merdiven inerken ise önce koltuk değneklerini ve daha sonra ameliyat olan bacağına atması,
- En az bir ay koltuk değneksiz yürümemesi,
- Bacaklarını en az iki ay süre ile birleştirmemesi,
- Ameliyat olan bacağı iki ay boyunca içe ve dışa çevirmemesi,
- 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,
- En az 6 hafta araba kullanmaması,
- Cinsel ilişkiden 3-6 ay kadar uzak durması,
- Havaalanı, alışveriş merkezi gibi yerlerde manyetik kapılardan geçerken ya da herhangi bir nedenle manyetik film çekilmesi gerektiğinde protezli olduğunu belirtmesi gerektiği söylenir (Erikli 2003; Bilik 2006; Şendir 2000).

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 ulaşılabilir bir yere konması, kaygan zemin olmaması, alçak yerlere oturmaması, gerekirse banyoya tutunacak trabzanlar yerleştirilmesi)(Erlor 2004; Fadilođlu 1995; Bilik 2006).

Beslenme: İyileşmeyi hızlandırmak ve konstipasyonu önlemek için protein, lif ve vitaminlerden zengin diyet alması ve kilo almaktan kaçınması söylenir. Kalça protezi uygulanan hastalar antikoagölan 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 (Farrell 1997; Ulusan 2008; Şendir 2000).

Kalça Protezi Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakım Planı (Halloway 1993; Monahan 1998; Dal 2002; Smeltzer 2008)

Hemşirelik tanısı: *Kalça protezi ameliyatı sonrası oluşan ağrı*

NEDENİ	TANIMLAYICI ÖZELLİK
Kırık Yumuşak doku yaralanması	Ağrı ve rahatsızlık şikayeti Savunucu davranış Kas spazmında artma
BEKLENEN SONUÇ	Nabız hızında artma
Hasta sözel olarak ağrısının olmadığını ifade eder ve rahatlar.	Rahatsızlık

GİRİŞİM	GEREKÇE
Hastanın ağrı düzeyi, yeri, özellikleri izlenmeli ve ağrı ölçeğini kullanarak kaydetmek.	Kırık oluşumundan kısa bir süre (15-20 dakika) sonra ağrısız dönem vardır. Bu dönem sinirlerin ani tepkisi nedeniyle geçici anestezi dönemidir. Daha sonra etkilenen bölgede ağrı hissedilir.
Hasta kontrollü analjezi (PCA) kullanılıyorsa hastanın mental ve fiziksel yeterliliğini değerlendirmek.	PCA' nın etkilili olabilmesi için hastanın aracı doğru kullanması gerekir.
Ağrı kesici ilaçların kullanımı ve etkileri konusunda hastayı eğitmek.	Ağrı, yumuşak doku ve kemik kırığı nedeniyle olmaktadır. Basit bir kırıkta ağrı orta derecede, komplike bir kırıkta ve cerrahi girişim yapılan bölgede ağrı daha şiddetlidir.
Hastaya PCA kullanımını öğretmek.	
Cerrahi işlem uygulanmışsa, ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde 2-3 saatte bir hekim istemine göre analjezikleri uygulamak.	Kırık ve cerrahi girişim nedeniyle manipülasyon, sinir travması ve doku hasarı meydana gelir.
Gevşeme tekniklerini öğretmek.	Analjezik ilaçların etkisini arttırmak için bazı rahatlatıcı teknikler kullanılmalıdır.

Hemşirelik Tanısı: Cerrahi girişime bağlı deri bütünlüğünün bozulması

NEDENİ	BEKLENEN SONUÇ
Fiziksel hareketlilikte bozulma Cerrahi girişime bağlı insizyon varlığı	Hastanın insizyon bölgesinin iyileşmesi sağlanmış olmalıdır. Deri bütünlüğünü koruyucu önlemler alınmış olmalıdır. Hastada infeksiyon belirtileri olmamalıdır.

GİRİŞİM	GEREKÇE
Günlük olarak infeksiyon belirtileri değerlendirilmelidir. Ateş, pürülan drenaj ve insizyon yerinde şişlik, kızamıklık ve artan hassasiyet belirti ve bulguları hastaya öğretilmelidir.	İnfeksiyon protezin işlevselliğini kaybetmesine neden olabilir.
Vücudun hareketsiz bölgelerindeki ciltte kızarıklık ve deri bütünlüğündeki bozulmayı izlemek.	Basınç yaralarının belirlenmesini sağlar.
Yara varsa görünümünü tanımlamak ve kaydetmek.	
Her 2 saatte bir hastayı döndürmek ve pozisyon vermek	Basınç yaralarının belirlenmesini sağlar.
Hareketsiz bölümün altına uygun pedler yerleştirmek.	Basınç altındaki derinin sürtünmesini azaltır.
Etkilenen bölgedeki deriyi kuru ve temiz tutmak	
Drenajın açıklığı sürdürülmeli ve drenaj boşaltılırken kontaminasyondan kaçınmak	Eklemde drenajın birikmesi infeksiyona yol açar ve bakterilerin çoğalması için uygun ortam oluşur. Vakumlarla yeterli aspirasyon sağlanmalıdır.
Yeterli beslenmeyi sağlamak	Yetersiz beslenme negatif nitrojen dengesine neden olur.

Potansiyel Komplikasyon: *Cerrahi travma, hemoraji, ödem, uygun olmayan pozisyon ya da hareketsizlik nedeniyle ameliyat sonrası komplikasyonların (hipovolemik şok, nörovasküler fonksiyon bozukluğu, protezin yerinden kayması, derin ven trombozu) görülme riski*

POTANSİYEL KOMPLİKASYON	BEKLENEN SONUÇ
Kanama	-Yaşam bulgularının normal değerlerde olmasının sağlanması -Drendeki drenajın miktarının beklenen değerlerde olması -Drende açık kırmızı renkte kan bulunmaması -Tam kan sayımının normal değerlerde olması

GİRİŞİM	GEREKÇE
Yaşam bulguları monitör aracılığıyla izlemek ve hastayı şok belirtileri yönünden gözlemek.	Nabız hızında, solunum sayısında ve kan basıncında meydana gelen değişiklikler, kan kaybı ve ameliyat sonrasında gelişen stres şokun belirtisi olabilir.
Drenajın rengi ve miktarını kaydetmek.	İlk 48 saatte drenajdaki kan miktarı 8 saatte bir 25-30 ml olması gerekir eğer drenajdaki kan miktarı ameliyattan sonraki ilk 8 saat içerisinde 250 ml üzerindeyse ve açık kırmızı renkte ise, bu durum aktif kanama belirtisidir.
Kan ve kan ürünleri hazır bulundurmak.	Kanama nedeniyle anemi gelişebilir.

POTANSİYEL KOMPLİKASYON	BEKLENEN SONUÇ
Hipovolemik Şok	Ameliyat sonrası 2 saat içinde hastanın; -Normal sınırlarda kan basıncı ve nabızı olmalı, -Drende açık renkli bir kanama görülmeli, Ameliyat sonrası 1 gün içinde hastanın; -Günde 500 mlt den daha az drenajı olmalı, -Drenaj seröz renkte olmalıdır. Ameliyat sonrası 2 gün içinde hastanın; -Günde 100 mlt den daha az drenajı olmalıdır.

GİRİŞİM	GEREKÇE
Hipovolemik şok için önlemler alınmalıdır.	Hasta ameliyat sonrası faktörler ve kalça protezi nedeniyle hipovolemik şok riski altındadır.
Dren açıklığı sürdürülmelidir. Devamlı aspirasyonu sürdürmek için her 4 saatte bir drenajın rengi ve miktarı kaydedilmelidir.	Kalça bölgesindeki damar yapısı zengindir. Hasta antikoagülan aldığı için de başlangıçta drenaj kanlıdır fakat bir kaç saat sonra seröz olmalıdır. Cerrahiden sonra miktar ilk 24 saatte 300-500 mlt dir.48 saat sonrası 100 mlt ye düşer. Dren genellikle ameliyattan sonra 3-6 gün içerisinde çıkarılır.

Potansiyel Komplikasyon	Beklenen Sonuç
Nörovasküler fonksiyon bozukluğud	-Cerrahi girişim uygulanan bölge normal renkte olmalı -Etkilenen doku diğer alanlara göre daha sıcak olmalı -Ödem varsa ve cerrahi girişimde bulunulan dokudaki farklılıklar kontrol altına alınmalı -Motor aktiviteleri beklenen düzeyde olmalı -Parestezi ve paralizi olmamalı -Ağrı kontrol altına alınmalı ve pasif dorsifleksiyonda ağrı olmamalı -Nabız güçlü ve düzenli olmalıdır.

GİRİŞİM	GEREKÇE
Etkilenen ekstremiteler renk ve ısı yönünden değerlendirilir. Hastanın doku perfüzyonu sağlanarak siyanoz önlenir.	Normal kapiller doluluk 2-4 saniyedir.
Tırnak yatağında kapiller doluluk izlenir. Eğer doluluk 4-6 saniyeden fazla ise hekime bildirilmelidir.	
Cerrahi girişim bölgesinde ve çevre dokuda renk değişimi izlenir.	Renk pembe olmalı, soluk ve beyaz olmamalıdır. Etkilenen bölge diğer bölgelere göre daha soluktur.
Ödem	Yaralanma bölgesinde ödem görülebilir. Ciddi ödem venöz staza neden olabilir. Bütün periferik nabızlar etkilenen ekstremiteler ile karşılaştırılmalı olarak kontrol edilmesi gerekir.
Duyusal fonksiyon	Karıncaalanma ve iğne batır gibi hissetme sinir üzerine basınç göstergesi olabilir.
Ağrı	
Ağrının şiddeti değerlendirilmelidir	Ağrının aşırı olması kompartman sendromunun göstergesi olabilir.
Hastaya önerildiği şekilde pozisyon sürdürülür. Abdüksiyon yastığıyla hastanın pozisyonu sağlanmalı protezin yerinden kayması önlenmelidir.	Hastanın yaralanma öncesi etkilenen doku hakkında verdiği bilgiler önemlidir. Eklemde çıkma, ödem, uygun olmayan pozisyon ya da abdüksiyon yastık bantlarının aşırı sıkması nedeniyle değişen nörovasküler durum, sinir ya da kan damarlarının travmasıyla birlikte görülür.
Cerrahiden sonra etkilenen eklem 24-48 saat buz uygulanır.	Buz paketleri vazokonstriksiyonu artırır. İnflamasyonu, ödemi ve kanamayı azaltır.
Drenaj açıklığı sürdürülür.	Sıvının birikmesi yakın sinir ya da damarlarda aşırı basınç yapabilir.

POTANSİYEL KOMPLİKASYON	BEKLENEN SONUÇ
Protezin Yerinden kayması	Hastanın kalça protezi uygulanan ekstremiteye göre uygun hareket etmesi sağlanmalıdır

GİRİŞİM	GEREKÇE
Hastanın bacakları arasına abduksiyon yastığı konarak uygun pozisyon sağlanmalı.	Kalça protezinin belli bir açıda kalması sağlanması protez yerinden kayması önler.
Hasta yatak içinde dönerken de yan yatarken de bacakları arasında yastık bulundurulmalı	
Ayaklar çapraz şekilde tutulmamalı	
Hastaya protez yerinden kayması konusunda bilgi verilmelidir. İnsizyon bölgesinde aniden artan ağrı, bacakta kısılma, normal içe veya dışa dönüklük, bacağı hareket ettirmede güçlük olduğunda hastaneye gelmesi söylenir.	Yerinden kayması belirtileri hakkında bilgi edinmek hastanın tedavi ve bakımında dikkatli olmasını sağlar.

POTANSİYEL KOMPLİKASYON	BEKLENEN SONUÇ
Derin Ven Trombozu	Hastanın antiödem çorapları giydirilmiş, bandaj uygulaması sağlanmış olmalıdır. Deride ödem olmamalıdır. Nabız düzenli ve güçlü olmalıdır. Baldırda ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve ödem olmamalıdır. Dispne, göğüste ağrı, hemoptizi olmamalıdır. Oksijen saturasyonu 80-100 olmalıdır.

GİRİŞİM	GEREKÇE
Hastaya elastik bandaj uygulanmalı	Elastik bandajlar yüzeysel venlerden, derin venlere akım sağlayarak venöz dolaşımı artırır.
Bandajı günde iki kez 1 saat için çıkarmak ve deri bakımını yapmak.	
Arterial dorsal pedis ve popliteal nabızları almak.	
Bacak ısısını kontrol etmek.	Lokal inflamasyonda bölgesel ısı artışı gerçekleşir.
Hastayı ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırmak.	Aktivite, venöz stazi önlemektedir.
Calves, quadriseps, gluteal ve ayak bileği için ameliyat öncesi egzersizler öğretilir. Cerrahiden sonra hasta uyanırken saatte 5 kez egzersizleri yapması sağlanır.	Egzersizler venöz dönüşü artırır.
Baldır ağrısı, kırmızılık ve şişlik açısından derin ven trombozu bulguları, günlük değerlendirmeler takip edilir.	Baldır ağrısı ya da şişlik derin ven trombozunu gösterir.
Her gün dispne, taşikardi, solgunluk, siyanoz ya da plöratik ağrı gibi yağ embolizminin bulguları izlenir.	Kalça protezi ameliyatı geçiren hastada özellikle pelvik ya da uzun kemiklerin cerrahisi nedeniyle kemik iliği salınımı sonucu yağ embolisi riski vardır.
Hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde antikoagülanlar (aspirin, heparin, comadin) verilir. Bu ilaçların yan etkisi olan melena, peteşi, epistaksis, hematüri, ekimoz gözlenir. Hastaya ve ailesine alışılmamış bu tür kanamaları gözlemesi gerektiği söylenmelidir.	Antikoagülan kullanımı derin ven trombozu riskini azaltır fakat yan etkileri yönünden de hasta gözlenmelidir.
Yeterli miktarda sıvı alınması sağlanmalıdır.	Kanın akışkanlığı sıvı alımıyla artar.

Hemşirelik Tanısı: Bireysel baş etmede yetersizlik riski

NEDENİ	BEKLENEN SONUÇ
Travma sonrası tepki Aktivitenin kısıtlanması Bağımlılık Öz bakım eksikliği	Hasta olumlu duygularını, hissettiklerini sözel olarak ifade edebilir. Hasta destek kaynaklarını kullanır (eş, dost, akraba).

GİRİŞİM	GEREKÇE
Yaralanma ve tedaviye bağlı davranış değişikliklerini tanımlamak.	Hastanın çoğu durumlarına adapte olurlar. Bazı durumlarda ilave destekler gerekebilir.
Hastanın başka bir kişiye aşırı bağımlı olup olmadığını belirlemek.	Bu tür bağımlılık hastalığa ve hastanede yatmaya karşı yetersiz baş etmeyi gösterir.
Hastanın bağımlı olduğu kişilere karşı davranışlarını tanımlamak	Verilen tepkiler her kişi için ayırdır.
Hastanın konuşması için zaman ayırmak.	Pelvik travmalar hastada strese neden olabilir.
Hastayı kendi bakım aktivitelerine katılımı için cesaretlendirmek.	Hastanın kendi kontrolünü arttırmayı sağlar.
Hastaya, yapabileceği bağımsız aktivitelerini yapması için fırsat vermek.	Bağımsızlık duygusu hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırır.
Hastayı durumuna uygun ve zamanını değerlendirmek için aktivitelere yönlendirmek.	Hastanın mental uyarılarını artırarak gündüz uyanık kalmasını sağlar.
İşlem ve tedaviler ile ilgili açıklama yapmak	Bilgi verme anksiyeteyi azaltır.
Hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken gereksinimlerine uygun olacak şekilde çevreyi düzenlemek.	Hasta ve ailesi rehabilitasyon programına katılarak bakıma katkı vermelidirler.

Hemşirelik tanısı: *Kalça cerrahisine bağlı fiziksel hareketlilikte bozulma*

NEDENİ	TANIMLAYICI ÖZELLİK
Cerrahi işlem Kas iskelet ağrısı	Hareket sınırlılığı Kas gerginliğinde azalma Koordinasyonda bozulma
BEKLENEN SONUÇ	Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik
Hasta kısıtlamalara rağmen mümkün olan en yüksek hareketliliği göstermeli, bakım aktivitelerini ameliyat öncesi düzeyin üzerinde yerine getirmelidir.	

GİRİŞİMLER	GEREKÇE
Kalça protezi ameliyatından önce etkilenen ekstremitenin, ameliyat sonrası doğru pozisyon konusunda hastaya eğitim verilmelidir.	Ameliyat öncesi verilen eğitim, ameliyat sonrası dönemde eklemin uygun pozisyonunun sağlanmasına yardım eder.
Ameliyat öncesinde hastaya uygun yürüme aletleri (walker ya da koltuk değneği) konusunda uygulamalı bilgi verilmelidir.	Ameliyat öncesi hastayı bilgilendirmek hastanın anksiyetesini önlemeye yardımcı olur. Hastanın bakımına katkı sağlar. Bazı sorunların erken belirlenmesini sağlar.
Etkilenen ve etkilenmeyen ekstremitenin hareket yeteneğini belirlemek.	Rehabilitasyon programı için ekstremitenin hareket yeteneği bilinmelidir.
Cerrahiden sonra hastanın yatak istirahatini sürdürmesi sağlanır, etkilenen ekstremitte uygun şekilde yastık desteğiyle yerleştirilir.	Etkilenen eklemin çıkmasını önlemek için stabilize edilmelidir. Aşırı fleksiyon ya da orta hatta yaklaşma kalça çıkığına neden olacaktır.
En az her 6 saatte bir ekstremitede kısılma, ağrıda artış, etkilenen bölgede femur başının üzerinde şişlik, renk değişikliği, ısı artışı gibi belirtiler yönünden gözlenmelidir.	Bu bulgular kalça protezinin çıktığını işaret eder.
Gerekli ise hastaya uğraşı tedavisi önermek.	Hasta açısından dinlenme sırasında zamanı değerlendirmek önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniğinde kalça kırığı nedeniyle kalça protezi uygulanıp taburcu olan ve 1 ay sonra kontrol için polikliniğe başvuran yaşlı hastalarda, tedaviye uyumda ve bakımın etkinliğinin artırılmasında önemli bir yeri olan, öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Haydarpaşa Gata HEH Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğinde Şubat 2010 – Eylül 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; kalça kırığı nedeniyle protez ameliyatı olmak için başvuran hasta bireyler, örneklemini ise Şubat 2010 – 3Eylül 2010 tarihleri arasında Ortopedi Kliniği'nde kalça kırığı nedeniyle kalça protezi uygulanıp taburcu olan ve 1 ay sonra kontrol için polikliniğe başvuran 72 birey oluşturdu.

Örneklem grubunun seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı:

- Sözel iletişim kurabilmek,
- Bilinci açık olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Standardize Mini Mental Test'ten en az 23/24 puan almış olmak
- 60 yaş ve üzeri olmak.

3.4.Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için Gata Etik Kurulu'ndan (9.02.2010) yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan bireylerden sözlü ve yazılı izinleri alınarak, isteklilik ve gönüllülük ilkesine özen gösterilerek uygulanmaya başlandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; literatür bilgilerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu (Ek 1), Mini Mental Test (Ek 2), Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek 3) ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek 4) kullanılarak toplandı.

Anket Formu: Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan anket formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, sağlık sorunları ve kalça protezi ameliyatı sonrası hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumları ile ilgili sorular yer almaktadır.

Standardize Mini Mental Test (SMMT): Yaşlıların bilişsel durumunu belirlemek için Folstein ve arkadaşlarının oluşturduğu, Türk toplumunda 60 yaş üzerindeki bireylerde, geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasının Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan Türkçe SMMT kullanılmıştır. Bu test yönelim, hafıza, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve dil bölümlerinden oluşmaktadır. Testin puan aralığı 0-30'dur. 23 ve altındaki puanlar bilişsel yetersizlik olarak değerlendirilmiştir.

Öz Bakım Gücü Ölçeği: Ölçek Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş (Exercise of Self Care Agency Scale (ESCA)) ve Nahcivan tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Nahcivan 1993). ESCA'nın Nahcivan tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucu iç tutarlılık testi olan madde toplam puan korelasyonları maddeden maddeye farklılık göstermiş olup, asıl ölçekteki 8 maddenin korelasyon değerinin beklenenden ($p < 0,20$) düşük çıkmasıyla ölçeğin madde sayısı 43'ten 35'e indirgenmiştir. Öz Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılır. Türkçe formunda 35 ifade bulunmakta ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar değişebilen 5'li likert tip ölçek üzerinden verilen yanıtı göre değerlendirme yapılmaktadır. 0 (beni hiç tanımlamıyor), 1 (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Türkçeleştirilen ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters yönde döndürülür, minimum puan 35, maksimum puan 140'dır. Puan değeri arttıkça hastaların öz bakım

gücü doğru orantılı artmaktadır (Nahcivan 1993). Çalışmamızda öz bakım gücü ölçeğinin alfa değeri 0,857 olarak saptandı.

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği: 1979 yılında Mathias Jerusalem ve Ralf Schawazzer tarafından geliştirilmiş ve Usta Yeşilbalkan (2005) tarafından Periton diyalizi uygulanan hastalarda geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Türkçe formunda 10 ifade bulunmakta ve her biri 1'den 4'e kadar değişebilen puanlar almaktadır. Ölçekten elde edilen en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40 olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanı artıkça öz yeterlilik puanı artmaktadır. Çalışmamızda öz bakım gücü ölçeğinin alfa değerimiz 0,777 olarak saptandı.

3.6.Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı, Şubat 2010 – Eylül 2010 tarihleri arasında gerekli izinler alındıktan sonra, ortopedi kliniğinde kalça protezi uygulanan ve araştırma kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra uygulandı.

Araştırmacı verileri toplamadan önce, bireylere kendini tanıtarak araştırmanın amacını açıkladı. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze görüşülerek ortalama 15-20 dakikalık sürede toplandı.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında One way Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student 't' test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler;

- Öz Bakım Gücü puanı,
- Öz Yeterlilik puanı.

Bağımsız değişkenler;

- Bireysel özellikler,
- Sosyo-ekonomik özellikler,
- Yaşadığı yerin özellikleri.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Çalışma süresi içerisinde 4 hastada Alzheimer Tanısı nedeniyle bilişsel yetileri bozuk olduğu ve kooperasyon sağlanamadığı için, 3 hasta araştırmaya katılmayı reddettiği için, 6 hasta kontrol amaçlı polikliniğe gelmediği için (toplam 13 hasta) araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan 72 bireyden elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunuldu.

Bulgular üç bölümde ele alındı;

- Birinci bölümde kalça protezi uygulanan bireylerin tanıtıcı özellikleri, sosyo-ekonomik, hastalık özelliklerine ilişkin bulgulara,
- İkinci bölümde ameliyat sonrası fonksiyonel değerlendirme bulgularına,
- Üçüncü bölümde Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik ölçeklerinin bireylerin tanıtıcı özellikleri, sosyo-ekonomik, hastalık özelliklerine ve ameliyat sonrası fonksiyonel değerlendirilmesine ilişkin bulgular.

4.1. Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Tanıtıcı, Sosyo-Ekonomik, Hastalık Özellikleri

Tablo 4.1.1: Kalça Protezi Uygulanan Bireylerin Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Yaş	60-69	18	25
	70-79	17	23,6
	80-89	30	41,7
	90-99	7	9,7
Cinsiyet	Kadın	47	65,3
	Erkek	25	34,7
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	26	36,1
	Ortaokul-Lise	36	50
	Üniversite	10	13,9
Medeni Durumu	Evli	20	27,8
	Dul	52	72,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	58	80,6
	Yok	14	19,4
Yerleşim Yeri	Köy	9	12,5
	Kent	58	80,6
	Kasaba	5	6,9
Meslek	Serbest Meslek	4	5,6
	İşsiz	7	9,7
	Ev Hanımı	37	51,4
	Emekli	24	33,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	8,3
	Çalışmıyor	66	91,7
Gelir Düzeyi	İyi	10	13,9
	Orta	53	73,6
	Kötü	9	12,5
Sosyal Güvence	Var	72	100

Birlikte yaşanan kişiler	Tek başına	13	18,1
	Eşi ile	8	11,1
	Çocukları ile	18	25
	Huzur evi	16	22,2
	Akrabanın yanında	10	13,9
	Bakıcı ile	7	9,7
Yaşanılan evin tipi	Apartman	39	54,2
	Müstakil Ev	16	22,2
	Huzur Evi	17	23,6
Dairenin bulunduğu kat	Zemin Kat	26	36,1
	1 ve Üzeri	46	63,9
Asansör bulunma durumu	Evet	51	70,8
	Hayır	21	29,2
Merdivenlerde kenarlık/trabzan bulunma durumu	Evet	63	87,5
	Hayır	9	12,5
Tuvalet şekli	Alaturka	29	40,3
	Alafranga	29	40,3
	Her ikisi de	14	19,4
Tuvaleti geceleri rahat kullanabilme durumu	Evet	31	43,1
	Hayır	41	56,9
Tuvaleti geceleri rahat kullanamama durumları	Alaturka olduğu için	8	19,3
	Gece lambası olmadığı için	41	100
	Ağrısı olduğu için eğilemiyor	1	2,4
	Düşme korkusu	15	36,6
	Yürüyemiyor	19	46,3
Banyo	Küvet	28	38,9
	Duş	44	61,1
Kapılarda eşik bulunma durumu		52	72,2
Takılma riski		47	65,3
Gece lambası kullanma durumu		38	52,8

Birden fazla cevap verildi.

Çalışma kapsamına alınan kişilerin %25'i (n=18) 60-69; %23,6'sı (n=17) 70-79; %41,7'si (n=30) 80-89; %9,7'si (n=7) 90-99 yaş arasında olduğu; %65,3'ü (n=47) kadın, %34,7'si (n=25) erkek; %36,1'i (n=26) okuryazar, %50'si (n=36) ortaokul-lise mezunu, %13,9'u (n=10) üniversite mezunu olduğu; %27,8'i (n=20) evli, %72,2'si (n=52) dul, %80,6'sının (n=58) çocuğu varken, %19,4'ünün (n=14) çocuğunun olmadığı belirlendi (Tablo 4.1.1).

Araştırma kapsamındaki bireylerin %12,5'i (n=9) köyde, %80,6'sı (n=58) kentte, %6,9'u (n=5) kasabada yaşamakta; %5,6'sı (n=4) serbest meslek sahibi, %9,7'si (n=7) işsiz, %51,4'ü (n=37) ev hanımı, %33,3'ü (n=24) emeklidir. %8,3'ü (n=6) çalışmakta olup, %91,7'si (n=66) çalışmamaktadır. Örneklemin %13,9'unun (n=10) gelir düzeyi iyi, %73,6'sının (n=53) orta, %12,5'inin (n=9) kötüdür. Bireylerin tümünün sosyal güvencesinin bulunduğu saptandı (Tablo 4.1.1).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %18,1'i (n=13) tek başına, %11,1'i (n=8) eşiyile, %25'i (n=18) çocuklarıyla, %22,2'si (n=16) huzur evinde, %13,9'u (n=10) akrabalarıyla, %9,7'si (n=7) bakıcısıyla yaşamaktadır. %54,2'si (n=39) apartmanda, %22,2'si (n=16) müstakil evde yaşamaktayken, %23,6'sı (n=17) huzur evinde yaşamaktadır. %36,1'inin (n=26) zemin katta, %63,9'unun (n=46) 1. kat veya daha üst katlardadır. %70,8'nin (n=51) yaşamakta olduğu binada asansör varken, %29,2'sinin (n=21) yoktur. Bireylerin %87,5'inin (n=63) yaşamakta olduğu binanın merdivenlerinde kenarlık varken, %12,5'inde (n=9) yoktur. %40,3'ünün (n=29) evinde alaturka, %40,3'ünün (n=29) evinde alafranga tuvalet, %19,4'ünün (n=14) evinde her iki tuvalet tipi de bulunmaktadır. %43,1'i (n=31) tuvaleti geceleri rahat kullanabildiğini, %56,9'u (n=41) rahat kullanamadığını belirlendi (Tablo 4.1.1).

Tuvaleti geceleri rahat kullanamayan bireylerin %19,3'ü (n=8) tuvalet alaturka olduğundan, %100'ü (n=41) gece lambası olmadığından, %2,4'ü (n=1) ağrı nedeniyle eğilemediğinden, %36,6'sı (n=15) düşme korkusundan, %46,3'ü (n=19) yürüyemediğinden tuvaleti kullanamadığını belirtti (Tablo 4.1.1).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %38,9'u (n=28) evinde küvet, %61,1'i (n=44) evinde duş olduğunu; %72,2'si (n=52) kapılarda eşik bulunduğunu, %65,3'ü (n=47) takılma riski olduğunu; %52,8'i (n=38) gece lambası kullandığını belirtti (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2: Mevcut Başka Hastalık Durumu

Mevcut Başka Hastalık	n	%
DM	31	43,1
HT	31	43,1
Kalp Rahatsızlığı	18	25
Romatizma	6	8,3
KOAH	1	1,4
KBY	3	4,2
İşitme Sorunu	6	8,3

Hiç Hastalık Yok 12 16,7

Birden fazla cevap verildi.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %43,1'i (n=31) DM, %43,1'i (n=31) HT, %25'i (n=18) kalp rahatsızlığı, %8,3'ü (n=6) romatizmal hastalıklar, %1,4'ü (n=1) KOAH, %4,2'si (n=3) KBY, %8,3'ü (n=6) işitme sorunu olduğunu, %16,7'si ise (n=12) mevcut başka hastalığı olmadığı saptandı (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3: Sürekli Kullanılan İlaçların Dağılımı

Sürekli Kullanılan İlaçlar	n	%
Oral Antidiyabetik	55	76,4
İnsülin	8	14,5
Kalp İlaçları	17	30,9
Mide İlaçları	4	7,3
Antihipertansifler	32	58,2
Diğer	14	25,5

Birden fazla cevap verildi.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %76,4'ü (n=55) oral antidiyabetik, %14,5'i (n=8) insülin, %30,9'u (n=17) kalp ilacı, %7,3'ü (n=4) mide ilacı, %58,2'si (n=32) antihipertansif, %25,5'i (n=14) ise diğer ilaçları kullandığı bulundu (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4: Daha Önce Kalça Protezi Ameliyatı Olma Durumu ve Kalça Ağrısının Niteliğine İlişkin Dağılımlar

		n	%
Daha önce kalça ameliyatı olma durumu	Evet	12	16,7
	Hayır	60	83,3
Kalçadaki ağrının şiddeti	Hiç	4	5,6
	Orta	60	83,3
	Çok fazla	8	11,1
Kalçadaki ağrının genel olarak işleri etkileme durumu	Hiç etkilemiyor	14	19,4
	Orta	55	76,4
	Çok fazla	3	4,2

Araştırma kapsamına giren bireylerin %16,7'si (n=12) daha önce Kalça protezi ameliyatı olduğunu, %83,3'ünün (n=60) kalça protezi ameliyatı olmadığını belirtti. Bireylerin %5,6'sı (n=4) kalçasında ağrı olmadığını, %83,3'ü (n=60) orta şiddette, %11,1'i de (n=8) çok fazla olduğunu ifade etti. %19,4'ü (n=14) kalçasındaki ağrının genel olarak işlerini etkilemediğini, %76,4'ü (n=55) orta düzeyde, %4,2'si ise (n=3) çok fazla etkilediğini belirtti (Tablo 4.1.4).

4.2. Bireylerin Ameliyat Sonrası Fonksiyonel Değerlendirme Bulgularının Dağılımı

Tablo 4.2.1: Beslenmede Herhangi Bir Sorun Yaşama Durumu

		n	%
Beslenmede sorun yaşama durumu	Evet	33	45,8
	Bazen	30	41,7
	Hayır	9	12,5
Beslenmede yaşanan zorluğun tipi	Yalnız yemek yiyemiyor	3	9,1
	Yardımsız yemek yapamıyor	12	36,4
	İkisi de	18	54,5

Birden fazla cevap verildi.

Örneklemin %45,8'i (n=33) beslenmede bir sorun yaşadığını, %41,7'si (n=30) bazen sorun yaşadığını belirtirken, %12,5'i (n=9) sorun yaşamadığını; %9,1'i (n=3) yalnız yemek yiyemediğini, %36,4'ü (n=12) yardımsız yemek yapamadığını, %54,5'i de (n=18) hem yalnız yemek yiyemediğini hem de yalnız yemek yapamadığını belirtti (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2: Banyo ve Tuvalet İhtiyacı Gidermede Sorun Yaşama Durumları Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Banyo ihtiyacı gidermede sorun yaşama	60	83.3
Kendi kendime keselenemiyorum	4	7
Küvete yardımsız giremiyorum	4	4.2
Kendi kendime kurulanamıyorum	8	9.9
Hareket kısıtlılığından banyo yapamıyorum	4	5.6
Ağrım olduğundan banyo yapamıyorum	5	7
Kendi kendime banyo yapamıyorum	47	66.2
Tuvalet ihtiyacı gidermede sorun yaşama	36	50
Alaturka olduğu için	6	8.3
Ağrı olduğu için	6	8.3
Kendi kendine tuvalet ihtiyacını giderememe	26	36.1

Birden fazla cevap verildi.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %83.3'ü (n=60) banyo ihtiyacını gidermede sorun yaşadığını; %7 (n=4) kendi kendine keselenemediğini; %4.2'si (n=4) küvete yardımsız giremediğini, %9.9'u (n=8) kendi kendine kurulanamadığını; %5.6'sı (n=4) hareket kısıtlılığından banyo yapamadığını; %7'si (n=5) ağrısı olduğundan banyo yapamadığını; %66.2'si (n=47) kendi kendine banyo yapamadığını belirtti (Tablo 4.2.2).

Bireylerin %50'sinin (n=36) tuvalet ihtiyacını gidermede sorun yaşadığı; %45.8'inin (n=33) alaturka tuvalet olduğu için, %8.3'ü (n=6) ağrısı olduğu için, sorun yaşadığını, %36.1'inin ise (n=26) kendi kendine tuvalet ihtiyacını gideremediği saptandı (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3: Hareket Aktivitelerine Yönelik Yaşanan Sorunlar İle ilişkili Bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çorabı rahatlıkla giyememe	40	55,5
Ulaşımında arabaya binerken kalçadan dolayı basamak çıkarken zorlanma	34	47,2
Ulaşımında arabada uzun süre oturamama	8	11,1
Toplu taşıma araçlarında uzun süre ayakta duramama	12	16,6
Yardımsız araca binememe	27	37,5
Yürürken kalçadan dolayı topallama	19	26,4
Bastonlu veya bastonsuz 0-30 dk yürüyebiliyorum	47	65,3
30 dk'dan fazla yürüyebiliyorum	22	30,6
Hiç yürüyemiyorum	3	4,2
Bir kat merdivene rahat çıkılabilme durumu	25	34,7
Kendi kendime rahat alışveriş yapamıyorum	55	76,4
Kitap okumakta güçlük çekiyorum	12	16,7

Birden fazla cevap verildi.

Kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan hastaların %55,5'i (n=40) çorabını rahatlıkla giyemediğini; %47,2'si (n=34) kalçasından dolayı arabaya binerken zorlandığını; %11,1'i (n=8) arabada uzun süre oturamadığını; %16,6 (n=12) toplu taşıma araçlarında uzun süre ayakta duramadığını; %37,5'u (n=27) yardımsız araca binemediğini; %26,4'ü (n=19) yürürken kalçasından dolayı topalladığını, %65,3'ü (n=47) 0-30 dk (bastonlu ya da bastonsuz), %30,6'sı (n=22) 30 dk'dan fazla yürüyebildiğini, %4,2'si (n=3) hiç yürüyemediğini, %34,7'si (n=25) bir kat merdiveni rahatlıkla çıkabildiğini, %76,4 'ü (n=55) kendi kendine rahat alışveriş yapamadığını; %16,7 'si (n=12) kitap okumakta güçlük çektiğini belirtti (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4: Ameliyat Sonrası Zorlanılan ya da Yapılamayan Hobiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Seyahat etmek	12	16,7
Örgü örmek	7	9,7
Bahçe işleri	17	23,6
Kitap okumak	1	1,4
Gezmeye gitmek	34	47,2

Birden fazla cevap verildi.

Örnekleme kapsamına alınan bireylerin %16,7'si (n=12) ameliyat sonrası seyahat edemediğini; %9,7'si (n=7) örgü öremediğini; %23,6'sı (n=17) bahçe işleriyle uğraşamadığını; %1,4'ü (n=1) kitap okuyamadığını; %47,2'si ise (n=34) gezmeye gidemediğini belirtti.

Tablo 4.3: Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik ölçeklerinin bireylerin tanıtıcı özellikleri, sosyo-ekonomik, hastalık özelliklerine ve ameliyat sonrası fonksiyonel durumun değerlendirilmesine ilişkin bulgular

Kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan yaşlı bireylerin “Öz Bakım Gücü” ne ait 35 soruluk ölçeğin geçerlilik güvenilirlik değerlendirmesi yapıldı. Araştırmamızda Croanbach alpha (r) 0,857 bulundu. “Genel Öz Yeterlilik Testi” ne ait 10 soruluk ölçeğin Croanbach alphası (r) ise 0,777 bulundu.

Tablo 4.3 : Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Puanları Dağılımı

	Min-Max	Ort±SS
Öz Bakım Gücü	51-116	77,0±12,45
Genel Öz Yeterlilik	10-35	20,46±5,34

Öz bakım gücü testi puanları 51 ile 116 arasında değişmekte olup, ortalaması 77,0±12,45'tir.

Genel öz yeterlilik puanları 10 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalaması 20,46±5,34'tür.

Tablo 4.3.1: Yaşa Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Yaş (yıl)			test değeri	P
	60-69	70-79	> 80		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	86,16±14,68	72,64±14,36	74,54±7,44	F:7,928	0,001**
Genel Öz Yeterlilik	23,55±5,70	19,58±5,26	19,35±4,72	F:4,433	0,015*

F: Oneway ANOVA test

*p<0,05

**p<0,01

Yaş gruplarına göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; 60-69 yaş grubunun puanlarının diğer yaş gruplarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Yaş gruplarına göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; 60-69 yaş grubunun puanlarının 80 ve üzeri yaş grubu olguların puanlarından anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p:0,015$). Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.2: Cinsiyete Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Cinsiyet		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	Kadın	Erkek		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	74,91±11,65	80,92±13,19	<i>t: -1,988</i>	<i>0,048*</i>
Genel Öz Yeterlilik	20,08±5,38	21,16±5,31	<i>t: -0,811</i>	<i>0,420</i>

t: Student t test

**p<0,05*

Erkek olguların öz bakım gücü puanları kadın olguların öz bakım gücü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

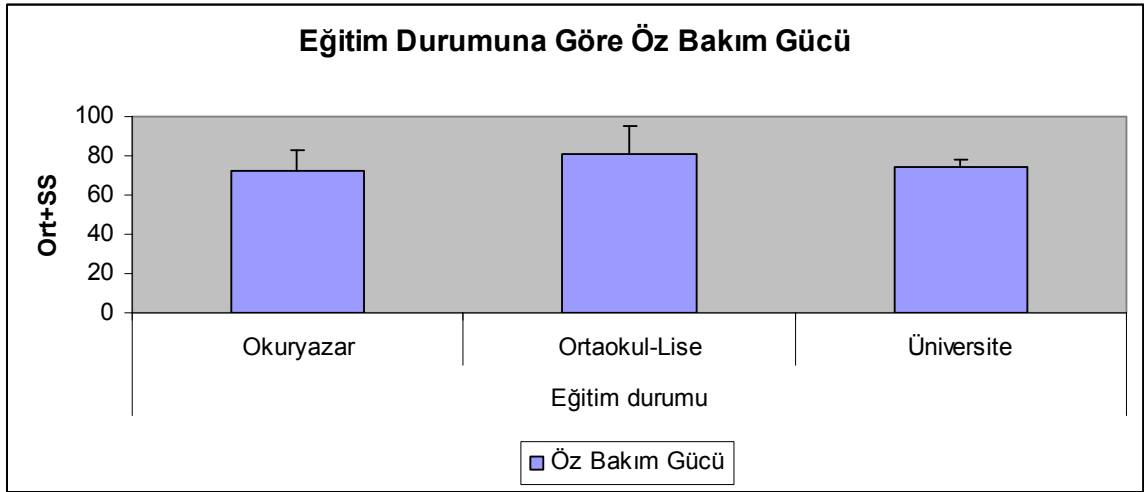
Cinsiyetlere göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.3: Eğitim Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Eğitim durumu			test değeri	P
	Okuryazar	Ortaokul-Lise	Üniversite		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	72,15±11,16	81,31±13,51	74,10±4,15	F:4,868	0,011*
Genel Öz Yeterlilik	19,88±4,81	21,30±5,94	18,90±4,20	F:1,028	0,363

F: Oneway ANOVA test *p<0,05 **p<0,01

Eğitim durumuna göre öz bakım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; ortaokul-lise mezunlarının puanlarının okuryazar grubun puanlarından anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p:0,010$). Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. ($p>0,05$).



Şekil 1: Eğitim durumuna göre öz bakım gücü puanları

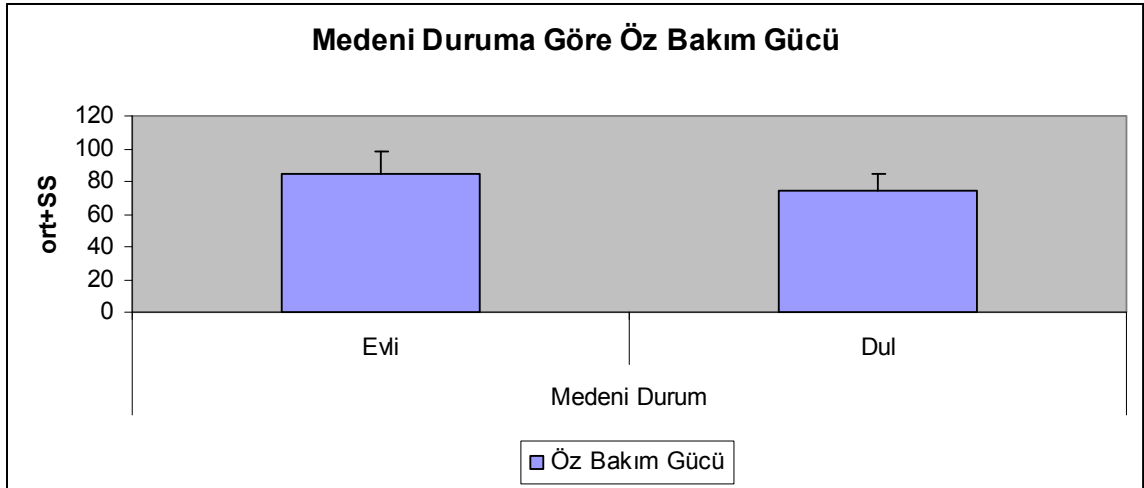
Eğitim durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.4: Medeni Duruma Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Medeni Durum		test değeri	P
	Evli	Dul		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	84,45±14,39	74,13±10,42	t: 2,293	0,007**
Genel Öz Yeterlilik	24,20±5,75	19,02±4,45	t: 4,068	0,001**

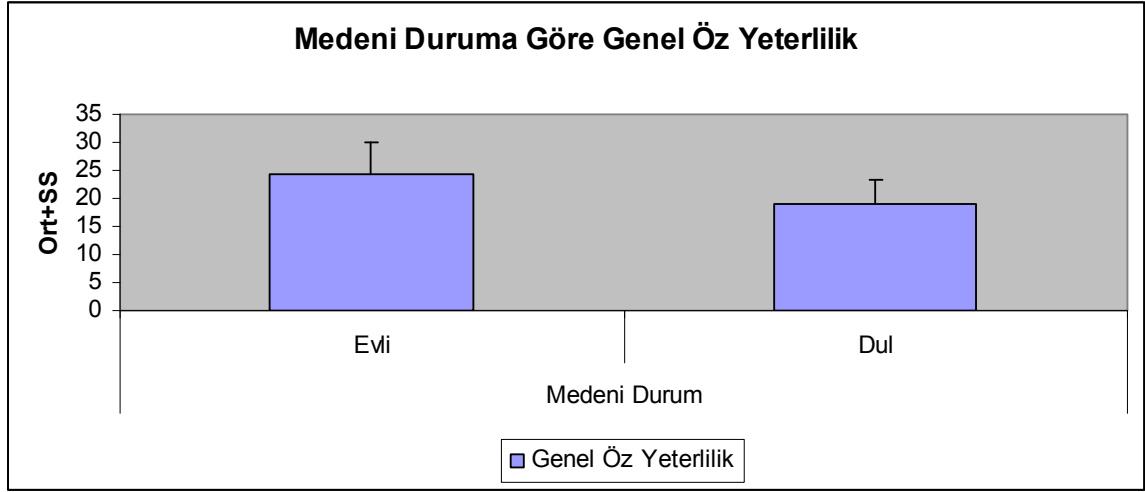
t: Student t test *p<0,05 **p<0,01

Evli olguların öz bakım gücü puanları dul olguların öz bakım gücü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).



Şekil 2: Medeni duruma göre öz bakım gücü puanları

Evli olguların genel öz yeterlilik puanları, dul olguların genel öz yeterlilik puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$).



Şekil 3: Medeni duruma göre genel öz yeterlilik puanları

Tablo 4.3.5: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Çocuk Sahibi Olma Durumu		test değeri	P
	Var	Yok		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	77,57±12,43	74,64±2,75	<i>t:0,787</i>	<i>0,434</i>
Genel Öz Yeterlilik	20,57±4,82	20,0±7,32	<i>t:0,726</i>	<i>0,786</i>

t: Student t test

Çocuk sahibi olma durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Çocuk sahibi olma durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.6: Gelir Düzeyine Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Gelir Düzeyi			test değeri	P
	İyi	Orta	Kötü		
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Öz Bakım Gücü	84,20±14,84 (78,5)	75,74±12,11 (74)	76,44±,97 (75)	$\chi^2: 3,362$	0,186
Genel Öz Yeterlilik	22,60±5,32 (21)	19,94±5,24 (19,0)	21,11±5,94 (20)	$\chi^2: 3,064$	0,216

χ^2 : Kruskal Wallis test

Gelir düzeyine göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Gelir düzeyine göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.7: Diabetes Mellitüs Hastalığı Görülme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Diabetes Mellitüs		test değeri	P
	Var	Yok		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	76,93±13,26	77,05±11,98	$t:-0,038$	0,970
Genel Öz Yeterlilik	20,61±5,54	20,34±5,25	$t:0,212$	0,833

t: Student t test

Diabetes mellitüs görülme durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Diabetes mellitüs görülme durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.8: Hipertansiyon Hastalığı Görülme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Hipertansiyon		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	Var	Yok		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	75,12±11,01	78,41±13,41	<i>t:-1,110</i>	<i>0,271</i>
Genel Öz Yeterlilik	20,03±4,94	20,78±5,67	<i>t:-0,586</i>	<i>0,560</i>

t: Student t test

Hipertansiyon görülme durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hipertansiyon görülme durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.9: Kalp Rahatsızlığı Görülme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Kalp Rahatsızlığı		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	Var	Yok		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	73,50±11,02	78,16±12,78	<i>t:-1,385</i>	<i>0,170</i>
Genel Öz Yeterlilik	18,56±5,31	21,09±5,25	<i>t:-1,770</i>	<i>0,081</i>

t: Student t test

Kalp rahatsızlığı görülme durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kalp rahatsızlığı görülme durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.10: Beslenmede Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Beslenmede (yemek yapma, yeme) Sorun Yaşama Durumu			test değeri	P
	Evet	Bazen	Hayır		
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Öz Bakım Gücü	72,148±99,63 (74)	79,60±12,60 (75,5)	86,0±14,7 (82)	$\chi^2: 9,475$	0,009**
Genel Öz Yeterlilik	18,48±4,29 (16)	21,87±5,79 (22)	23,0±5,22 (20)	$\chi^2: 11,826$	0,003**

χ^2 : Kruskal Wallis test * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beslenmede sorun yaşama durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; beslenmede bazen sorun yaşayan ve hiç sorun yaşamayan olguların puanlarının beslenmede sorun yaşayan olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,046$; $p:0,004$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Beslenmede sorun yaşama durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; beslenmede bazen sorun yaşayan ve hiç sorun yaşamayan olguların puanlarının beslenmede sorun yaşayan olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,005$; $p:0,003$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.11: Banyo Yaparken veya Kurulanırken Kalçadan Dolayı Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Banyo Yaparken veya Kurulanırken		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	Kalçadan Dolayı Sorun Yaşama			
	Evet	Bazen		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	76,05±12,78	81,75±9,74	<i>t:-1,459</i>	<i>0,149</i>
Genel Öz Yeterlilik	20,23±5,47	21,58±4,74	<i>t:-0,797</i>	<i>0,428</i>

t: Student t test

Banyo yaparken veya kurulanırken kalçadan dolayı sorun yaşama durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Banyo yaparken veya kurulanırken kalçadan dolayı sorun yaşama durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.12: Tuvalet İhtiyacını Gidermede Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Tuvalet İhtiyacını Gidermede Sorun Yaşama		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	Evet	Bazen		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	73,50±12,92	80,50±11,06	<i>t:-2,468</i>	<i>0,016*</i>
Genel Öz Yeterlilik	19,19±5,24	21,72±5,21	<i>t:-2,052</i>	<i>0,044*</i>

*t: Student t test***p<0,05*

Tuvalet ihtiyacını gidermede bazen sorun yaşayan olguların öz bakım gücü puanları, her zaman sorun yaşayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tuvalet ihtiyacını gidermede bazen sorun yaşayan olguların genel öz yeterlilik puanları, her zaman sorun yaşayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.3.13: Rahatlıkla Çorap Giyebilme Durumuna Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Rahatlıkla Çorap Giyebilme Durumu		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	Bazen	Hayır		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	80,79±11,82	75,38±12,48	<i>t:1,637</i>	<i>0,106</i>
Genel Öz Yeterlilik	22,26±6,26	19,65±4,79	<i>t:1,867</i>	<i>0,066</i>

t: Student t test

Rahatlıkla çorap giyebilme durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Rahatlıkla çorap giyebilme durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.3.14: Yürüyebilme Süresine Göre Öz Bakım Gücü ve Genel Öz Yeterlilik Değerlendirmesi

	Yürüyebilme Süresi		<i>test değeri</i>	<i>P</i>
	0-30 dakika	Hiç		
	Ort±SS	Ort±SS		
Öz Bakım Gücü	80,56±12,15	68,91±9,01	<i>t:4,029</i>	<i>0,001**</i>
Genel Öz Yeterlilik	22,38±5,28	16,09±1,63	<i>t:7,632</i>	<i>0,001**</i>

t:Student t test ***p<0,01*

0-30 dakika yürüyebildiğini ifade eden olguların öz bakım gücü puanları hiç yürüyemediğini ifade eden olguların öz bakım gücü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).

0-30 dakika yürüyebildiğini ifade eden olguların genel öz yeterlilik puanları hiç yürüyemediğini ifade eden olguların genel öz yeterlilik puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Kalça protezi ameliyatları fonksiyon kaybı nedeniyle ameliyat sonrası dönemde, uzunca bir süre fiziksel yetersizliğe ve ağrı oluşmasına, öz bakım gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklara, düşme korkusu nedeniyle sosyal izolasyona ve depresyon gibi psikolojik sorunların gelişimine neden olabilmektedir. Tüm bunlar hastayı bağımlı duruma getirmekte ve bireylerin öz bakım gücünü azaltmakta, bu sorunlar yaşlı bireyler sözkonusu olduğunda daha da yoğun yaşanabilmektedir (Bilik 2006; Boonen ve ark. 2004; Camp 1995; Collis 1997; Lippuner ve ark. 1997). Hastanın ve ailesinin cerrahi tedavinin yanı sıra ameliyat sonrası dönemde yapması/yapmaması gerekenler hakkında bilgi sahibi olmasının, öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyini arttıracakları düşünülmektedir.

Bu çalışma, ortopedi kliniğinde kalça kırığı nedeniyle kalça protezi uygulanıp taburcu olan ve 1 ay sonra kontrol için polikliniğe başvuran yaşlı hastalarda, tedaviye uyumda ve bakımın etkinliğinin artırılmasında önemli bir yeri olan, öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, öz bakım gücü ve öz yeterliliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin getirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Ülkemizde kalça protezi uygulanan bireylerin yaş ortalamasının 60 ile 99 arasında değiştiği, diğer ülkelerde de yapılan çalışmalarda kalça protezi uygulanan bireylerin 60 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir (Dal 2002; Feldt ve ark. 2002; Fitzpatrick ve ark. 2000; Yüksel 2005).

Bu çalışmada yer alan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1.1); araştırma kapsamına alınan bireylerin %25'i (n=18) 60-69, %23,6'sı (n=17) 70-79, %41,7'si (n=30) 80-89, %9,7'si (n=7) 90-99 yaşları arasında olduğu belirlendi. Günümüzde kalça kırıkları dünya nüfusu için önemli sağlık sorununu oluşturacağı düşünülmektedir. Kalça kırığı olan 10 hastadan 9'unun 65 yaş üzerinde olduğu, dünya nüfusunun yaşlanmasıyla beraber kırık insidansının 2040 yılına kadar iki kat artacağı bildirilmiştir (conference 2002).

Yapılan çalışmalarda yaşlı kadınlarda kalsiyum emiliminin azalması ve menopoz nedeniyle osteoporoz riskinin arttığı, yaşla birlikte östrojen seviyesinin azaldığı, buna bağlı olarak kalça kırıkları ya da diğer nedenlere bağlı protez uygulamasının kadınlarda daha sık uygulandığı belirtilmektedir (Stoddart ve ark. 2002, Grisso ve ark. 1991; Kannus 1996; Erden 2000; Ingemarsson ve ark.2003).

Bu çalışmada yer alan bireylerin %65,3'ünü kadınlar, %34,7'sini erkekler oluşturdu (Tablo 4.1.1). Kadın olmak kırık oluşması açısından risk oluşturmaktadır. Kadınlarda yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle kemik mineral dansite kaybı kaybıyla beraber yaşlılarda düşme olaylarının yaşanmasıyla beraber kadınlarda daha fazla kalça kırıklarının oluştuğu söylenebilir.

Örneklem grubunda yer alan bireylerin % 50'si ortaokul ve lise mezunu, %36,1'i okuryazar, %13,9'u üniversite mezunudur (Tablo 4.1.1). Ulusan (2008) ve Dal'ın (2002) çalışmasında da ortaokul ve lise mezunları (%11 ve %38,7) ağırlıklı grubu oluşturmaktadır. Bu, ülkemizin farklı sosyokültürel yapısı ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada yer alan bireylerin %80,6'sının kent merkezinde yaşadığı (Tablo 4.1.1); %51,4'ünün ev hanımı, %33,3'ünün ise (n=24) emekli olduğu, emeklilerin %91,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı; çalışanların %73,6'sının gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlendi. Bireylerin tümünün sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Bu bulgular, Ulusan (2008) ve Dal'ın (2002) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca bu durum kurumun özellikleriyle de ilişkilendirilebilir.

Dal (2002), hastaların %76,50'ünün baş dönmesi yapan ilaç kullandıklarını belirtmiştir. İnsülin ya da oral antidiyabetik kullanan tip 2 diyabeti olan kadınlarda kırık insidansı artmaktadır. Antidepresan ilaçların kemik mineral dansitesindeki azalmayı kolaylaştırabileceği ve kırık riskini artırabileceği bildirilmiştir. Steroid kullanımının kas iskelet sistemi üzerine olan etkileri avasküler nekroz, eklem infeksiyonu ve osteoporoz olup, kırık riskini arttıran bir faktördür. Kortikosteroidin dozu ve kullanım süresi ile kemik mineral dansitesi ve kırık arasında pozitif bir ilişki olduğu, ortalama 5 yıl kortikosteroid kullanan bireylerin %30'unda kırık oluştuğu belirtilmiştir (Bilik,2006; Michelson,1996; Crowhter,2001; Woolf,2003).

Çalışma kapsamına alınan kişilerin %76,4'ü oral antidiyabetik, %14,5'i insülin, %30,9'u kalp ilacı, %7,3'ü mide ilacı, %58,2'si antihipertansif, %25,5'inin de diğer ilaçları kullandığı belirlendi (Tablo 4.1.3). İlaç kullanımının kırık oluşumu için risk faktörü olduğu söylenebilir.

Towheed ve ark. (1996) kalça protezi ameliyatı geçiren 49 hastada yaptığı çalışmasında, 40 hastanın ağrısının olmamasına ve hareket yeteneğinin artmasına rağmen, sadece 6 hastanın GYA 'de bağımsız olduğunu saptayarak ağrı ile fiziksel bağımsızlık arasında doğrudan bir ilişki olmadığını belirtmiştir.

Ameliyat sonrası dönemde, bireylerin %5,6'sı kalçasında ağrı olmadığını, %83,3'ü orta şiddette, %11,1'i de çok fazla olduğunu ifade etti (Tablo 4.1.4). %19,4'ü kalçasındaki ağrının genel olarak işlerini etkilemediğini, %76,4'ü orta düzeyde etkilediğini, %4,2'si de çok fazla etkilediğini belirtti. Bu çalışma literatür bilgileriyle farklılık göstermektedir. Bunun, ameliyat için seçilen cerrahi yöntemin farklılığından ve çalışmada yer alan bireylerin özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Dal (2002) çalışmasında, bağımsız bir şekilde banyo yapabilen birey oranı %36,2, yardıma gereksinim duyan %53,6, bağımlı olan %10,2 olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %83,3'ü banyo ihtiyacını gidermede sorun yaşadığını, %4,2'si küvete yardımsız giremediğini, %9,9'u kendi kendine kurulanamadığını, %5,6'sı hareket kısıtlılığından, %7'si ağrısı olduğundan banyo yapamadığını, %66,2'si kendi kendine banyo yapamadığını belirtti (Tablo 4.2.2). Bu araştırma literatürle paralellik göstermektedir.

Laupacis ve arkadaşlarının (1993) çalışmalarında, bireylerin ayakkabı ya da çorap giyerken yaşadığı zorlukların kalça protezi ameliyatından sonra 3. ayda azaldığı saptanmıştır. Dal'ın (2002) çalışmasında ise, ameliyat sonrası bağımsız giyinebilenlerin oranı %44.90 iken, yardıma gereksinim duyanlar %47.90, bağımlı olanlar %7.20 olarak bulunmuştur. Kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan hastaların %55,5'i çorabını rahatlıkla giyemediğini belirtti (Tablo 4.2.3). Çalışma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Dal'ın (2002) çalışmasında, bağımsız bir şekilde ulaşımını gerçekleştirebilen bireylerin oranı %39,2, ulaşım sırasında yardıma gereksinim duyanların oranı %44,9, bağımlı olanların oranı ise %15,9 olarak belirlendi.

Kalça protezi uygulanan bireylerin %47,2'si arabaya binerken kalçasından dolayı zorlandığını, %11,1'i arabada uzun süre oturamadığını, %16,6 toplu taşıma

araçlarında uzun süre ayakta duramadığını, %37,5'u yardımsız araca binemediğini belirtti (4.2.3)

Dal (2002) çalışmasında; alışveriş yapan bireylerin %46,4'nün yardıma gereksinim duyduğunu, %37.70'nin bağımsız bir şekilde alışverişini gerçekleştirebildiğini ve %15.90'nun ise alışveriş konusunda bir başka kişiye bağımlı olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada yer alan bireylerin %76,4'ü kendi kendine rahat alışveriş yapamadığını belirtti (Tablo 4.2.3). Ameliyat sonrasında yaşanan hareket kısıtlılığı nedeniyle alışveriş yaparken zorlanıldığı söylenebilir.

Literatürde, kalça protez sonrasında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetisinde yaklaşık % 20-25 oranında azalma olduğu, fonksiyon kaybının % 5'inin yaşa bağlı normal gerilemeden kaynaklandığı ve kalça kırığına eşlik ettiği bulunmuştur. Kalça hareketi ile ilgili olmayan kitap okuma, yazma, kendi kendine yemek yeme ve örgü örme gibi el becerilerini de değerlendirilmiş ve bu aktivitelerin hepsinde kalça kırığını takiben % 4.5 ve % 6.4 oranında azalma olduğu ortaya konmuştur (Rosell ve Parker 2003).

Çalışmada yer alan bireylerin %23,6'sı bahçe işleriyle uğraşmadığı, %9,7'si örgü öremediğini, %1,4'ü kitap okuyamadığını belirtti (Tablo 4.2.4).

Örnekleme yer alan bireylerin yaş gruplarına göre öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, 60-69 yaşlar arasında en yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F= 7.928$, $p<0.01$) (Tablo 4.3.1).

Yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulundu ($F=4.433$, $p<0.05$)(Tablo 4.3.1). Yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, 60-69 yaş grubunun puanlarının, 80 ve üzeri yaş grubu olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer yaş grupları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Bu durum, yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, çalışmada yer alan bireylerin özellikleri ve bu yaş grubunun hastalıkla mücadele güçlerinin daha yüksek olması gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir.

Kundakçı (2005) yaşlılarla ilgili yaptığı çalışmada, erkeklerin öz bakım gücünün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. Bu araştırmada cinsiyete göre öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında erkek hastaların öz bakım gücünün bayanlara göre yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$)(Tablo 4.3.2). Literatürde,

kalça protezi uygulanan bireylerin cinsiyet ve öz bakım gücünü inceleyen yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Türk toplum yapısının ataerkil yapıda olmasının erkeklerin öz bakım gücünün fazla olabileceğini düşündürmektedir.

Örnekleme grubunda eğitim durumuna göre bireylerin öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$)(Tablo 4.3.3). Eğitim durumuna göre toplam öz bakım gücü puanları ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında, ortaokul-lise mezunları ile okuryazar bireylerin aralarındaki fark anlamlı bulundu. Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Literatürde eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün de arttığı, eğitimin sağlıkla ilgili olumlu davranışı geliştirmede etkili olduğu belirtilmektedir (Bakoğlu 2000; Kara 2000; Bağ 2007). Bu çalışmada üniversite mezunlarının ortaokul-lise mezunlarına göre öz bakım gücü puanının düşük bulunmasının nedeni olarak, üniversite mezunlarının örneklemin %13,9 gibi küçük bir bölümünü oluşturması gösterilebilir. Yaşlıların eğitim durumlarının en az okur-yazar ve ilköğretim mezunu olması nedeniyle, kitap/gazete okuma ve televizyon izleme fırsatlarının fazla olduğu, bu durumun yaşlıların öz bakımını olumlu yönde etkilediğini düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin eğitim durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 4.3.3). Literatürde, kalça protezi uygulanan bireylerde eğitim düzeyi ile özyeterliliği karşılaştıran verilere rastlanmamıştır. Bu durumun, bireylerin öz yeterlilik algısının bireysel özelliklerin farklılığı, birlikte yaşadığı kişiler ve yaşadıkları yerin özellikleri gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği söylenebilir.

Medeni durumlarına göre öz bakım gücü puanları ve öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında; evli olguların dul olanlara göre puanları yüksek düzeyde anlamlı bulundu ($p<0,01$)(Tablo 4.3.4). Literatürde kalça protezi uygulanan bireylerde öz bakım gücüne ilişkin bulgulara rastlanmamıştır. Bu durum, hastalık durumunda öz bakım ve öz yeterliliğin sürdürülmesinde, evli olanların eşlerinden aldıkları yardım ve desteğin önemli olduğunu düşündürmektedir. Evde bireye destek olan/yardımcı olan kişilerin eğitilmesi, bireyin öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyini olumlu yönde artırması açısından önemlidir.

Hersekli ve Atik'in çalışmasında kırık nedeni ile kalça protezi uygulanan bireylerin, kronik hastalıklarının başında hipertansiyon gelmektedir (Hersekli ve ark.,

1999). Ekici ve Özdemir (1998) çalışmasında yaşlı bireylerin dolaşım sistemine ilişkin sorunların başında %21.10 oran ile hipertansiyon yer almaktadır Şendir'in (2000) çalıştığı hasta grubunda, bireylerin %67.40'ünde sistem hastalığı olduğu, ilk sıralarda hipertansiyon ve romatoid artrit yer aldığı belirtilmiştir. Feldt ve Oh'un (2000) çalışmasında ise kalça kırığı nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %96,50'inde ek bir hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Literatürde, ek hastalıkların bulunması ile düşme arasında ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Kişide sistemik hastalıkların ve romatoid artrit bulunmasının kemik kaybı, osteoporoz ve kırık gelişimi açısından risk oluşturduğu ayrıca yaşlılarda düşme riski oluşturan etmenler arasında genel sağlık durumunda olan bozulmalar, denge, ağırlık taşıma ve mobilite sorunları, görmede azalma, bilişsel algılamada bozulma veya depresyonun intrensek faktörleri oluşturduğu belirtilmektedir (Woolf ve ark. 2003; national ins. 2003). Literatürde başka bir hastalık durumuna göre, öz bakım gücü ve öz yeterlilik düzeyine ilişkin bulgulara rastlanmamıştır. Ancak, Yeşilbalkan'ın (2005) periton diyalizi hastalarında yaptığı çalışmada başka kronik hastalığa sahip olma ile özyeterlilik arasında ilişki bulunmamıştır.

Bireylere geçmişte konulan tanılar açısından öz bakım gücü ve öz yeterlilikleri arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$)(Tablo 4.3.7, 4.3.8, 4.3.9). Araştırma kapsamına alınan bireylerin %43,1'inin ($n=31$) DM, %43,1'inin ($n=31$) HT, %25'inin ($n=18$) ise kalp rahatsızlığı görüldüğü belirlendi.

Bu çalışmada beslenmede sorun yaşama durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$)(Tablo 4.3.10). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, beslenmede bazen sorun yaşayan ve hiç sorun yaşamayan olguların puanlarının beslenmede sorun yaşayan olguların puanlarından anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p:0,046$; $p:0,004$). Literatürde, kalça protezi uygulanan bireylerde öz bakım gücü ve öz yeterlilikle ilgili araştırmaya rastlanmadı. Bu çalışmada yer alan bireylerin %45,8'i beslenmede bir sorun yaşadığını; %41,7'si bazen sorun yaşadığını belirtirken; %12,5'i sorun yaşamadığını; %9,1'i yalnız yemek yiyemediğini; %36,4'ü yardımsız yemek yapamadığını; %54,5'i de hem yalnız yemek yiyemediğini hem de yalnız yemek yapamadığını belirtmiştir. Dal'ın (2002) kalça protezi uygulanan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, kendi beslenmesini bağımsız bir şekilde yerine getiren birey oranı %58.00 iken, yardıma gereksinim duyanların oranı %33.4, bağımlı olanların oranı

%8.60 olarak bulunmuştur. Dal (2002), bireylerin %43,4'nün yemek hazırlarken yardıma gereksinim duyduğunu, %42,2'nin bağımsız bir şekilde %14,4'nün ise bir başkasına bağımlı olarak hazırlayabildiğini belirtmiştir. Rosell (2003) kalça protezi uygulananlarda yaptığı çalışmada, bireylerin %18 'inin yemek yapmada zorlandığını belirtmiştir Bireylerin beslenme sorun yaşama durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, beslenmede bazen sorun yaşayan ve hiç sorun yaşamayan olguların puanlarının, beslenmede sorun yaşayan olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p:0,005$; $p:0,003$). Bireylerin beslenme durumlarına ilişkin öz yeterlilikle ilgili bulgulara rastlanmamıştır. Kalça protezi uygulanan bireylerde, ameliyat sonrasında hareket fonksiyonlarında kısıtlılık olmakta, bireyler başkasına bağımlı hale gelmekte ve bireylerin öz bakım gücü ve öz yeterlilikleri azalmaktadır. Bireylere yemek yaparken zorlanma nedeni sorulduğunda, yemek yapma sırasında çabuk yorulduklarını ve uzun süre ayakta kalamadıklarını ifade ettiler.

Örnekleme yer alan bireylerin tuvalet ihtiyacını gidermede bazen sorun yaşayan olguların öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları, her zaman sorun yaşayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0,05$)(Tablo 4.3.12). Literatürde öz bakım gücüne ilişkin bulgulara rastlanmadı. Yeh'in (2005), kalça protezi uygulanan bireylerde yaptığı çalışmada, tuvalet ihtiyacını gidermede sorun yaşayan bireylerin öz yeterliliğini istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur ($p<0,001$). Bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada bireylerin %50'si tuvalet ihtiyacını gidermede sorun yaşadığını belirtti. Bu bireylerin %45.8'i alaturka tuvalet olduğu için, %8.3'ü ise ağrısı olduğu için sorun yaşadığını ifade etmiştir. %36.1'i kendi kendine tuvalet ihtiyacını gideremediğini belirtti. Dal (2002) ve Rosell (2003) yaptığı çalışmada, kalça protezi uygulanan bireylerin %30'unun tuvalet ihtiyacını gidermede sorun yaşadığını, tuvalet ihtiyacını karşılarken %33.40'nün bağımsız olduğunu, %52.20'nin yardıma gereksinim duyduğunu ve %14.40'ünün de bağımlı olduğu saptamıştır. Kalça protezi ameliyatı sonrasında bireylerin tuvalete oturup kalkmada zorlandıkları, bu durumun bireylerde öz bakım yetersizliğine neden olduğunu belirtilmektedir.

Dal (2002) çalışmasında, bireylerin büyük bir çoğunluğunun yürüme sırasında yardıma gereksinimi olduğunu ve sadece 1/3'ünün bağımsız yürüebildiğini saptamıştır. Rosell (2003), kalça protezi uygulanan bireylerin tuvalete giderken ve yataktan kalkarken zorlandığını belirtmiştir.

Bireylerin yürüme düzeyleri incelendiğinde, 0-30 dakika yürüebildiğini ifade eden olguların öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları, hiç yürüyemediğini ifade eden olguların öz bakım gücü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$)(Tablo 4.3.14). Bireylerin %26,4'ü yürürken kalçasından dolayı topalladığını, %65,3'ü 0-30 dk yürüebildiği (bastonlu ya da bastonsuz), %30,6'sı 30 dk'dan fazla yürüebildiğini %4,2'si hiç yürüyemediğini, %34,7'si ise ancak bir kat merdiveni rahatlıkla çıkabildiğini belirtti.

SONUÇLAR

- Bireylerin %25'inin 60-69, %23,6'sının 70-79, %41,7'sinin 80-89, %9,7'sinin 90-99 yaşları arasında olduğu,
- %65,3'ünün (n=47) kadın, %34,7'sinin (n=25) erkek olduğu; %36,1'inin okur yazar, %50'sinin ortaokul-lise mezunu, %13,9'unun üniversite mezunu olduğu,
- %13,9'unun gelir düzeyinin iyi; %73,6'sının orta; %12,5'inin kötü olarak ifade ettiği,
- Bireylerin %40,3'ünün evinde alaturka, %40,3'ünde alafranga tuvalet, %19,4'ünde ise her iki tuvalet tipinin de bulunduğu, %43,1'inin tuvaleti geceleri rahat kullanabildiği, %56,9'unun ise rahat kullanamadığı,
- Bireylerin %19,3'ünün tuvalet alaturka olduğundan, %2,4'ü ağrı nedeniyle eğilemediğinden, %36,6'sı düşme korkusundan, %46,3'ü yürüyemediğinden dolayı tuvaleti kullanamadığı,
- Protez uygulananların %5,6' sını kalçasında ağrı olmadığını, %83,3'ü orta şiddette, %11,1'i de çok fazla ağrı olduğunu; %19,4'ü kalçasındaki ağrının genel olarak işlerini etkilemediğini, %76,4'ü orta düzeyde, %4,2'si ise işlerini çok fazla etkilediğini,
- %45,8'i beslenmede bir sorun yaşadığını, %41,7'si bazen sorun yaşadığını, %12,5'i sorun yaşamadığını, %9,1'i yalnız yemek yiyemediğini; %36,4'ü yardımsız yemek yapamadığını, %54,5'i de hem yalnız yemek yiyemediğini hem de yalnız yemek yapamadığını,
- %83,3'ü banyo ihtiyacını gidermede sorun yaşadığını, %66,2'si kendi kendine banyo yapamadığı, %4,2'si küvete yardımsız giremediğini, %9,9'u kendi kendine kurulanamadığını, %5,6'sını hareket kısıtlılığından banyo yapamadığını, %7'si ağrısı nedeniyle banyo yapamadığını belirtmiştir.

- Bireylerin %50'sinin tuvalet ihtiyacını gidermede sorun yaşadığı; %45,8'inin alaturka tuvalet olduğu için, %8,3'ünün ağrısı olduğu için sorun yaşadığı, %36,1'inin kendi kendine tuvalet ihtiyacını gideremediğini buldu.
- Kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan hastaların %55,5'inin çorabını rahatlıkla giyemediği, %47,2'sinin arabaya binerken kalçasından dolayı zorlandığı, %37,5'u yardımsız araca binemediği, %26,4'ünün yürürken kalçasından dolayı topalladığı, %65,3'ünün 0-30 dk yürüyebildiği (bastonlu ya da bastonsuz), %30,6'sı %76,4 'ü kendi kendine rahat alışveriş yapamadığı, %16,7 'sinin kitap okumakta güçlük çektiği,
- %16,7'sinin ameliyat sonrası seyahat edemediği, %9,7'sinin örgü öremediği, %23,6'sının bahçe işleriyle uğraşmadığı belirlendi.
- Yaş gruplarına göre öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, 60-69 yaşlar arasında en yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F= 7.928$, $p<0.01$)
- Cinsiyete göre öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında erkek hastaların öz bakım gücünün bayanlara göre yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).
- Eğitime göre bireylerin öz bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre toplam öz bakım gücü puanları ikişerli olarak karşılaştırıldığında, ortaokul-lise mezunları ile okur-yazar bireylerin aralarındaki fark anlamlı idi.
- Medeni durumlarına göre öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında; evli olguların dul olgulara göre aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,01$).

- Beslenmede sorun yaşama durumuna göre öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; beslenmede bazen sorun yaşayan ve hiç sorun yaşamayan olguların puanlarının beslenmede sorun yaşayan olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,046$; $p:0,004$).
- Bireylerin beslenmede sorun yaşama durumuna göre genel öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; beslenmede bazen sorun yaşayan ve hiç sorun yaşamayan olguların puanlarının beslenmede sorun yaşayan olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,005$; $p:0,003$).
- Tuvalet ihtiyacını gidermede bazen sorun yaşayanların öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları, her zaman sorun yaşayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).
- Bireylerin yürüme düzeyleri incelendiğinde; 0-30 dakika yürüebildiğini ifade eden olguların öz bakım gücü ve öz yeterlilik puanları, hiç yürüyemediğini ifade eden olguların öz bakım gücü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Bu doğrultuda önerilerimiz,

- Kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri, evde öz bakımlarını yönetebilmeleri, ameliyata bağlı olası komplikasyonların önlenmesi, erken tanınması, yönetilebilmesi açısından sınırlılıklar, hastanın uyması gerekenler konusunda etkin bir taburculuk eğitimi planlanması ve yürütülmesi,
- Hastanın eğitim gereksinimlerinin, bireye özgü olarak ele alınması, sosyo-ekonomik düzeyi, eğitim durumu, kişisel özellikleri, yaşadığı yerin özellikleri ve birlikte yaşadığı kişiler dikkate alınarak danışmanlık yapılması,

- Hasta ve yakınlarına eğitim verilerek bireylerin kısa sürede öz bakım gücüne kavuşmasının sağlanması,
- Bağımsız yürüyebilme, öz bakımı ve öz yeterliliği sürdürmede önemli bir faktördür. Bireyler, yakınları tarafından desteklenmeli ve yürüme yardımcılarının kullanımı sağlanmalı,
- Bu tür araştırmaların kapsamının genişletilerek, kalça protezi olan hastaların sonuçlarını geliştirmeye yönelik daha ayrıntılı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ageborg, M., Allenius BL., Cederfjall C. (2005). Quality of life, self-care ability and sense of coherence in hemodialysis patients. *Hemodialysis İnt*, 9, 8-14.

Akduman, S., Bol Işık B., Sönmez S.(2004). Sağlıklı Ergenlerin Özbakım Güçlerinin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,7,17-21.

Akgün, S., Bakar, C., Budakoğlu İ. (2004). Başkent Üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*,7(3), 133-138.

Aksayan, S. ve Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 35-42.

Akyol, A. (1996) Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(2),11–17

Alexander T.T., Hiduke, R.J., Stevens, K.A. (1999). Rehabilitation Nursing Procedures Manual. McGraw-Hill Companies, 2nd Ed, Newyork; 351-368.

Altay, B. ve Avcı, İ. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 275-282.

Bağ, Eylem. (2007). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

Bakış, E. ve Çınar, S. (2007). Huzur evlerinde yaşayan bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Hemşirelik Forumu*, 7, 89-93.

Bakoğlu, E. ve Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO. Dergisi*, 4(1), 41-49.

Balcı, G. (2003). Öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi HYO Dergisi*, 10(2), 69-76.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 248-287.

Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy The Exercise of Control*, Freeman and Company, New York.

Benson, A., Latter, S. (1998). The integration of interpersonal skills and health promotion, *Journal of Advanced Nursing*, 27, 100-107.

Bıçakcı, H. (2010). Doğum Sonrası Annelerin Öz Bakım Gücünün Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,

Bilik, Ö. (2006). Kalça Protezi Uygulamış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Bijl, J.V.D., Poelgeest, A.V. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus, *Journal of Advanced Nursing*, 30, 352-359.

Bilgen, Ö. F., Durak, K., Sarıözen, B. (2001). Doğumsal Kalça Çıkığı ve Dizplazisinin Tedavisinde Çimentosuz Total Kalça Protezi Sonuçları, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 35, 395-404

Biröl, L., Akdemir, N., Bedük, T., Fesci, H., Şen, S., Yurtsever, S. (1997). Hemşirelerin hasta eğitiminde karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 65-70.

Bitar, A. ve ark. (2005). Rehabilitation of orthopedic and rheumatologic disorders: Total hip arthroplasty rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86 (1), 56-60.

Black J.M., Matasarrin-Jacobs E. (1993). Luckmann and Sorensen's Medical Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach. Fourth Edition. W.B. Saunders Company, USA, 610-612.

Bodur, H. (2000). Artroplasti Rehabilitasyonu. Güneş Kitabevi. Sf: 2280-2286.

Boonen, S. ve ark. (2004). Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study, *Osteoporos Int*, 15, 87-94.

Branson, J.J ve Goldstein, W.M. (2003). Primary total hip arthroplasty. *AORN Journal* . 78(6), 946-974.

Bridge, J., Cabell, S., Herring, B., Dorothea Orem' s Self-Care Deficit Theory, Troy University. Erişim 1 mart 2010. issuu.com/publishgold/docs/orem

Camp, NH. (1995). Patient Outcomes in Medical-Surgical Nursing, Springhouse Corporation, 337-343.

Carpenito-Moyet LJ (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı (çev. Erdemir F.), Nobel Tıp Kitabevleri, 405.

Chan, T., Killen, J., Griswold, W., Lenert, L. (2004). Information Technology and Emergency Medical Care During Disasters, *ACAD EMERG MED*, 11(11): 1229-1236.

Coffman, M.J., Shellman, J., Bernal, H. (2004). An Interative Review of American Nurses Perceived Cultural Self-Efficacy, *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 180-193.

Collis, D. (1997). The Value of Maintaining Outcomes in an Individual Practice for 25 Years, Lippincott-Raven Publisher/Clinical Orthopaedics and Related Research, 1(344), 69-80.

Conference Report (2002). National Consensus Conference on Improving the Continuum of Care for Patients with Hip Fracture, *Orthopaedic Nursing*, February 21(1): 16-22.

Cree, M., Hayduk, L., Soskolne, CL., Suanez-Almazor, M. (2001). Modeling Changes in Health Perception Following Hip Fracture, *Quality of Life Research* 10; 651- 659

Crowhter, C.L. (2001). The *Effects of Corticosteroidson the Musculoskeletal System*, *Orthopaedic Nursing*, 20(6),33-38.

Dadaş, S. (2003). Kalça protezi uygulanacak hastanın ameliyat öncesi bakım ve eğitimi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, 9-13,Turgut Yayıncılık, İstanbul.

Dal, Ü. (2002). Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Vaka Yönetimi Modeli ile İzlenmesi, *Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Programı Doktora Tezi*.

Daniel, C. (2000). Thinking About Self Efficacy, *Behaviour Medication*, 24(1), 27–30.

Deatrick, J., Brennan, D., Cameron, M., (1998). Mothers with Multiple Sclerosis and Their Children. *Nursing Research*, 47, 205-210.

Ekici, B. ve Özdemir, S. (1998). Yaşlıların evde bakım durumlarının değerlendirilmesi, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul, 187-192.

Eftekhar, N.S. (1993). *Preoperative Planning*, Total Hip Arthroplasty. Volume 1. by Mosby-Year Book, 315-600.

Erden, Z. ve ark.(2000). Kalça kırığı olan yaşlı hastaların erken dönem Fonksiyonellikleri ve Bakım Olanakları, *Hacettepe Ortopedi Dergisi*, 130-133.

Erikli, T., Araç, S.Ş. (2003). Hibrid Total Kalça Protezlerinde Erken Rehabilitasyon Sonuçlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması, 8(4) <http://www.totbid.org.tr/>

Erler, K., Demiralp, B., Özdemir, M.T., Bozkurt, M. (2004). Total Femur Rezeksiyonu ve Protetik Replasmanın Başarılı Sonuçları: İki Olgu Sunumu, *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 38(1): 79-84.

Fadıloğlu Ç, Akyol D. (1995). Hekim ve Hemşirelerin Hasta Eğitimi Konusunda Algıladıkları Yapısal ve Davranışsal Engellerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi 15-17 Kasım 1995, Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara.

Falls and Hip Fractures, American Academy of Orthopaedic Surgeons, orthoinfo.aaos.org/fact/thr_report.cfm?Thread_ID=77&topcategory=Hip-9k, A:/hip.htm.www.google.com (08/05/2010)

Falls and Hip Fractures Among Older Adults, National Center for Injury Prevention, www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm-35k-, www.google.com (08/05/2009).

Farrell, J. (1997). Illustrated Guide To Orthopedic Nursing Copyright by J.B. Lippincott Company, p:119-164

Faucett, J. (1990) The effect of Orem's self-care on nursing care in a nursing home Setting. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 659-666.

Feldt, K. ve Oh, H.L. (2000). Pain and hip fracture outcomes for older adults, *Orthopaedic Nursing*, November/December, 19(2), 35-44.

Feldt, K. ve Gunderson, J. (2002). Treatment of pain for older hip fracture patients across settings, *Orthopaedic Nursing*, September/October 2(5), 63-71.

Fitzpatrick, R. ve ark. (2000). The value of short and simple measures to assess outcomes for patients of total hip replacement surgery, *Quality in Health Care*, 9, 146-150.

Folstein, MF., Anthony, JC.,Parhad, I., Duffy, B.(1985). The meaning of cognitive impairment in elderly. *Journal of American Geriatric Society*, 33: 228-235.

Formiga, F. ve ark. (2003). Mortality and Morbidity in Nonagenarian Patients Following Hip Fracture Surgery, *Gerontology*, 49,41-45.

Grisso, J. (1991). Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. *The New England Journal of Medicine*, 9,1326-1329.

Gürsoy, D. (2003). Kalça eklemının anatomi ve fizyolojisi, XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. Turgut Yayıncılık, İstanbul,4-8.

Hartweg, D.L. (1990). Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 15,35-41.

Health One Swedish Medical Center (2003). Total Hip Replacement, <http://www.swedishhospital.com/CustomPage.asp?PageName=Total%20Hip%20Replacement>.

Hersekli, M.A ve Atik, Ş.O (1999). Femur boyun kırığı tedavisinde artroplasti seçeneklerinin değerlendirilmesi. *Artroplasti Artroskopik Cerrahi Dergisi*, 10(2), 123-128.

Hip Fractures in Older Adults, National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases-National Resource Center. File://A:/ NIH ORBD-NRC-Hip Fractures in Older Adults. htm, www.google.com (10.01.2010).

Hip Fracture Outcomes in People Age 50 and Over, www.wws.princeton.edu/ota/disk1/1994, erişim tarihi:20.01.2010.

Horsburgh, M.E. (1999). Self-care well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *International Nursing Studies*,36, 443–453.

Huddleston, J.M. ve Whitford, K.J. (2001). Medical care of elderly patients With hip fractures. *Mayo Clin Proc*, 76, 295-298.

Ingemarsson, A.H. ve ark. (2003). Walking ability and activity level after hip fracture in the elderly- A Follow- Up, *J Rehabil Med*, 35(2), 76-83.

Kannus,P., Parkkari, J., Sievanen, H., Heinonen, A., Vuori, I., Jarvinen, M. (1996). Epidemiology of hip fractures, *Bone Vol.18, No.1. Suppl*, 575-635.

Kara, B., Feşçi, H., (2000). Tip I Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün İncelenmesi, *Sendrom Dergisi*, 4, 28–32.

Kara, M. (2002). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarında Bakım ve Eğitimin Öz-Etkililik Algısına Etkisi. *İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Doktora Tezi. İstanbul.

Karadağ, A. (1997). Total kalça protezi takılan hastada ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2),117-125.

Khorshid, L. ve Tulum, Y. (2005). Hemşirelik uygulamalarında teknoloji ve humanizm. *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 17 (7), 99-103.

Knutsson, S. ve Engberg, I. (1999). An evaluation of patients' quality of life before, 6 weeks and 6 months after total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1349-1359.

Koval, K.J., Aharonof, G.B, Su, E.T (1998).Effect of acute inpatient rehabilitation on outcome after fracture of the femoral neck or intertrochanteric fracture. *J Bone Joint Surg*, 3,357-364.

Kundakçı, B. (2005). Yaşlılarda Kognitif Yetiler ve Özbakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Laupacis, A. ve ark. (1993). The Effect of Elective Total Hip Replacement on Health-Related Quality of Life. *The J. Bone and Joint Surg.*, 75, 1619-1626.

Lew, L., Owen, S.V. (1996). A measurement of self- care, Self Efficacy, *Research İn Nursing and Health* 19, 421–429.

Lewis, S.M., Collier, I.C. (1996). Assessment and management of clinical problems, *Medical-Surgical Nursing, Fourth Edition*, Copyright by Mosby-Year Book, 1930-1936.

Lippuner, K., Overbeck, R., Perrelet, R. (1997). Incidence and direct medical costs of hospitalizations due to osteoporotic fractures in Switzerland, *Osteoporos Int*, 7, 414-425.

Magil, F.N. (1993) Survey of social science, psychology series, Salem Pres, Englewood Cliff. N.J.<http://trochim.human.cornell.edu/gallery/walkley/self-eff.htm>.

Marottoli, R.A., ve ark. (1992). Decline in physical function following hip fracture. *J.Am Geriatr Soc.* 40, 861-866.

McPee J.S. ve ark. (1998). *Current Medical Diagnosis & Treatment*, 822-840.

Mei-Ling Yeh ve ark. (2005). Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *57*,217-224.

Michelson, D. ve ark. (1996). Bone mineral density in women with depression, *The New England Journal of Medicine*, October 17,1176-1181.

Monahan, F., Neighbors, M. (1998) *Medical Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice*. 2 nd Edition. London: WB. Saunders Company; 867-873.

Hartwey, D.L. (1990). Health promotion self-care within Orem's General Theory of Nursing. *J Advanced Nursing*, 15, 35-41.

Nahcivan, N. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Nazlı, Y. (2007). Total Kalça protezi Uygulanan Hastalarda İmmobilizasyonun Hasta Üzerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.İstanbul.

Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, 324-332. Alaş Ofset.

National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Diseases-Natioanl Resource Center. (2003). Osteoporosis in Men.

Norton, R., ve ark. (2000). Declines in physical functioning attributable to hip fracture among older people: a follow-up study of case-control participants, *Disability and Rehabilitation*, 22(8), 345-351.

O'Boyle C. ve ark. (1992). Individual quality of life in patients undergoing hip replacement, *The Lancet*, 339(2), 1088-1091.

Orem, D.E (1996). *Nursing Concept Of Practice*. 5th Edition, Mosby Year Book Inc.

Öztürk, İ. (1997). Kalça kırıklarında prognozu etkileyen risk faktörleri. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 31,374-7.

Potter, P., Perry, A., (2001). *Basic Nursing Theory and Practice*. 5th Edition, Philadelphia.

Prouty, A. ve ark. (2006). Multidisciplinary patient education for total joint replacement surgery patients. *National Association of Orthopaedic Nurses*, 25(4), 257–261.

Rapley P, Dona M, Fruin J (1999) Self-Efficacy İn Chronic İllness: The Juxtaposition Of General And Regimen-Specific Efficacy, *International Journal Of Nursing Practice*, 5(4):209.

Rice, R. (1995). *Home Health Nursing Practice*. 2nd Edition Mosby Year Book Inc.

Rosell, P.A.E. ve Parker, M.J. (2003). Functional outcome after hip fracture a 1-year prospective outcome study of 275 patients, *Injury, Int. J. Care Injured*, 34, 529-532.

Schoen, D. (2007). Hip arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 26(4), 256-260.

Schwarzer, R. ve Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviors. To appear in: Conner, M., Norman, P. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press. Erişim Tarihi 14.02.2010, <http://web.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>.

Semenoğlu, N. (2001). Gelişim, öğrenme ve öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Ankara, Gazi Kitabevi, 221-242.

Smeltzer, S.C. Bare, B.G. (1996). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, Eight Edition, Copyright by Lippincott-Raven Publishers, p: 1869-1877.

Smeltzer, S.C. Bare, B.G. (2008). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, Eight Edition, Copyright by Lippincott-Williams & Wilkins Publishers, p: 2376-2385.

Shyu ve ark. (2004). Changes in quality of life among elderly patients with hip fracture in Taiwan, *Osteoporos Int*, 15, 95-102.

Simsons, S.J. (1990). The health-promoting self-care system model: Direction for nursing research and practice. *J Advanced Nursing*, 15(1),62-66.

Sousa, V., Hartman, S., Miller, E., Carroll, M. (2009). New measures of self care agency, diabetes self-efficacy and diabetes self-management for insulin treated individual with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1305-1312.

Stoddart, J. ve ark. (2002). Influence Of Preoperative Medical Status And Delay To Surgery On Deah Following A Hip Fracture, *ANZ J. Surg.* 72, 405-407.

Şendir, M. (2000). Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.

Temple, J. (2004). Total hip replacement. *Nursing Standard*, 19(3), 44-51.

Towheed, T.E. ve Hochberg, M.C. (1996). Health related quality of life after total hip replacement. *Sem Art Rheu*, 26(1), 483-491.

Tsay, S.L (2003). Self efficacy training for with end-stage renal disease. *Journal of Nursing Advanced Nursing*, 43,421–429.

Ulusan, Z. (2008). Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasında Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Ünsal, E. ve Kızılcı, S. (2006). Diyabetli Bireylerde Bilgi Düzeyi ve Öz Bakım Gücünün A1C Düzeyine Etkisi, 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya.

Velioğlu P. (1999). Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul. Alaş Ofset, 323-340

Vidan, M. ve ark. (2005) Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 53:1476-82.

Woolf, A.D. ve Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (9), 646-656.

Yeşilbalkan, Ö. ve ark. (2005) Periton diyalizi hastalarının Genel Öz Yeterlilikleri, *Nefroloji Hemşireliği*, 39–44.

Yıldırım, M. (2002). Sağlık Yüksek Okulları için Resimli İnsan Anatomisi, Nobel Tıp Kitapevleri,34.

Yüçetürk, G. (2007). Pelvis- kalça ve uyluk, Tıp Öğrencileri ve Pratisyen Hekimler için Ortopedi ve Travmatoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, 62-64, İzmir.

Yüksel, S. (2005). Kalça Kırıklı Hastalarda Bakımın Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Zuckerman, J.D. (1996). Hip Fracture, The New England Journal of Medicine, 334(23), 1519-1525.

FORMLAR

1-ANKET FORMU

Bu çalışma, kalça kırığı nedeniyle protez uygulanan yaşlı hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların, protez uygulanan hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra cevaplayınız. Her sorunun cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Katıldığımız için teşekkür ederim.

Hemşire Serap Korkmaz

- 1- Yaşınız: a) 60-69 b) 70-79 c) 80-89 d) 90-99
- 2- Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
- 3- Eğitim durumunuz: a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul-Lise d) Üniversite
- 4- Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Dul
- 5- Çocuğunuz var mı? a) Var b) Yok
- 6- Yerleşim yeriniz: a) Köy b) Kent c) Kasaba
- 7- Mesleğiniz: a) Serbest meslek b) İşsiz c) İşçi
d) Memur e) Ev hanımı f) Emekli
- 8- Çalışma durumunuz: a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum.....
- 9- Gelir düzeyiniz? a) İyi b) Orta c) Kötü
- 10- Sosyal güvenceniz var mı? a) Var b) Yok
- 11- Yaşamınızı paylaştığınız kişi/kişiler
- 12- Yaşadığınız evin tipi Kaçınıcı katta
- Asansör var mı : Merdivenlerde kenarlıklar var mı
- Tuvalet a) Alaturka b) Alafranga
- Geceleri rahat kullanabiliyor mu? a) Evet b) Hayır.....
- Kapılarda eşik var mı? a) Evet b) Hayır
- Takılma Riski : a) Var b) Yok
- Banyo: a) Küvet b) Duş
- Gece lambası kullanıyor mu ? a) Evet b) Hayır

- 13- Kalça protezi gerektiren durum dışında mevcut başka hastalığınız var mı?
a)Evet Süresi b) Hayır
- 14- Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?
a) Evet..... b) Hayır
- 15- Daha önce kalça protezi ameliyatı oldunuz mu?
a) Evet b) Hayır
- 16- Kalçanızdaki ağrıyı genellikle nasıl tanımlarsınız?
a) Hiç b) Orta c) Çok fazla
- 17- Kalçanızdaki ağrı genel olarak işlerinizi nasıl etkiliyor?
a) Hiç etkilemiyor b) Orta c) Çok fazla
- 18- Beslenmede (Yemek yapma, yemek yeme) herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?
a) Evet..... b) Bazen c) Hayır
- 19- Kendi kendinize banyo yaparken veya kurulanırken kalçanızdan dolayı herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?
a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 20- Tuvalet ihtiyacınızı gidermede sorun yaşıyor musunuz?
a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 21- Çorabınızı rahatlıkla giyebiliyor musunuz? a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 22- Kalçanızdan dolayı, ulaşımda arabaya binip, inerken veya toplu taşıma araçlarını kullanırken herhangi bir sorunuz oluyor mu?
a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 23- Yürürken kalçanızdan dolayı topallıyor musunuz?
a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 24- Ne kadar süre yürüyebiliyorsunuz? (bastonlu veya bastonsuz)
a) 0-30 dk b) 30 dk'dan fazla c) Hiç yürüyemiyorum.
- 25- Bir kat merdiveni çıkabiliyor musunuz?
a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 26- Kendi kendinize rahat alışveriş yapabiliyor musunuz?
a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 27- Kitap okuyabiliyor musunuz ? a) Evet b) Bazen c) Hayır
- 28- Ameliyat sonrası yapmakta zorlandığınız/yapamadığınız herhangi bir hobiniz var mı?
a) Evet b) Hayır

2-STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
- Hangi mevsimdeyiz ()
- Hangi aydayız ()
- Bu gün ayın kaçı ()
- Hangi gündeyiz..... ()
- Hangi ülkede yaşıyoruz ()
- Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
- Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
- Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
- Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

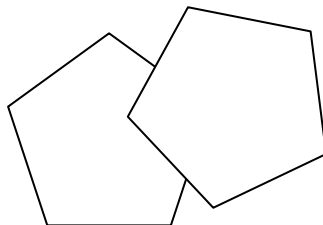
HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa,Bayrak,Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a)Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut).... ()
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" ()
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan).... ()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1puan)()



3-ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse kara verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2. Kendimi beğeniyorum					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum					
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum					
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim					
7.Kendime bakmadığım zaman yardım ararım					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım					
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm					

12.Dengeli beslenirim					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırim					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım					
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararları nadiren uygularım.					
20.Kendimle dostum					
21.Kendime iyi bakarım					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur					
23.Düzenli olarak istirahat ederim					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum					

30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım					

4-GENEL ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Tamamen Doğru Değil	Doğru Olması İmkansız	Orta Düzeyde Doğru	Tamamen Doğru
1-Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
2-Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim.				
3-Bana karşı çıktığında kendimi kabul ettirecek çare ve yollar ararım.				
4-Ne olursa olsun üstesinden gelirim.				
5-Güç sorunların çözümünü gayret etsem her zaman başarırım.				
6-Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.				
7-Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halletmeye yönelik birçok fikirlerim vardır.				
8-Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.				
9-Ani olaylarında hakkından gelebileceğimi sanıyorum.				
10-Her sorun için bir çözümüm vardır.				

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bu çalışma, ortopedi kliniğinde kalça kırığı nedeniyle yatarak tedavi gören ve kalça protezi uygulanıp taburcu olduktan 1 ay sonra kontrol için polikliniğe başvuran 60 yaş ve üzeri 72 hastada, tedaviye uyumda ve bakımın etkinliğinin artırılmasında önemli bir yeri olan öz bakım ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Sizden istenen soruları okuyup cevaplandırmanızdır. Bu tahminen 15 dakikanızı alacaktır. Çalışmaya katılmak ve her hangi bir dönemde vazgeçmek konusunda tamamen özgürsünüz. Formlarla elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, isminiz saklı tutulacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirecek bir bilgi ortaya çıkarsa haberdar edileceksiniz. Bu çalışmaya katılmanız için size bir ücret ödenmeyecek ve sizden ücret talep edilmeyecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında tarafıma yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir nüshası da bana verilmiştir.

Tarih:

Gönüllünün

Adı-Soyadı :

Adresi :

Telefon :

İmzası :

(gerekliyse)

Veli veya Vasinin

Adı-Soyadı :

Adresi :

Telefon :

İmzası :

Rıza alınma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-Soyadı :

İmzası :

Tarih :

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

17 Şubat 2010

Y. ETİK KRL. : 1491 - 652 - 10/1539

KONU : GATA Etik Kurulu

Yük. Hem. Serap KORKMAZ

“Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğın Değerlendirilmesi” başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı çalışma olan araştırma projeniz ile ilgili, GATA Etik Kurulu'nun kararı EK'tedir.

Rica ederim.



Ali Uğur URAL
Prof. Tıp. Kd. Alb.
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 144
OTURUM TARİHİ : 09 Şubat 2010
OTURUM BAŞKANI : Prof. Tbp. Kd. Alb. Ali Uğur URAL
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 09 Şubat 2010 günü yapılan 144. oturumunda, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ortopedi Servis Şefliğinden Yük. Hem. Serap Korkmaz'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi**" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

Ali Uğur URAL
Prof. Tbp. Kd. Alb.

ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof. Hv. Tbp. Kd. Alb.

ÜYE

T. HAZNEDAROĞLU
Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof. Dz. Tbp. Alb.

ÜYE

Ayhan KUBAR
Prof. Tbp. Kd. Alb.

ÜYE

Yalçın ÖZKAN
Prof. Dr. Ecz. Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof. Dr. Sağ. Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb.

ÜYE

Mükerrem SAFALI
Doç. Tbp. Kd. Alb.

ÜYE

K. Melih AKAY
Doç. Tbp. Kd. Alb.

ÜYE

Ergün KOZKOPARAN
Doç. Tbp. Alb.

ÜYE

Muharrem UÇAR
Doç. J. Tbp. Alb.

TASNİF DIŞI

T.C
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ BAŐTABİPLİĐİ
İSTANBUL

ORT.TRAV. : 1000-1216-10
KONU : Anket alıŐması Hk.

ŞUBAT 2010

İLGİLİ MAKAMA

Ortopedi ve Travmatoloji Servis ŐefliĐinde görevli Yüksek Hemşire Serap KORKMAZ'ın "Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda z Bakım Gücü ve z Yeterlilik" konulu anket çalıŐmasını Ortopedi Kliniğinde yatan hastalara uygulama talebi uygun görülmüŐtür.

Rica ederim.



Mesih KUŐKUCU
Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb.
Ort.Trav.Srv.Şefi

TASNİF DIŞI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SERAP	Soyadı	KORKMAZ
Doğ.Yeri	FETHİYE	Doğ.Tar.	24.01.1984
Uyruğu	T.C	TC Kim No	
Email	serapsariman@hotmail.com	Tel	05065955825

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu	2007
Lise	İzmir Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Servis Hemşiresi	Ankara Gata Kalp Damar Cerrahisi Ameliyat Öncesi Kliniği	2010-....
2. Servis Hemşiresi	İstanbul Gata Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği	2007-2010
3. Servis Hemşiresi	Balikesir Devlet Hastanesi	2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İNGİLİZCE	İyi	İyi	İyi	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows (Word,Excel,Powerpoint)	İyi

Üye olduğu dernekler: Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği, Üroloji Hemşireleri Derneği

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik dinlemek, kitap okumak.