



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOTAL KALÇA PROTEZİ UYGULANAN
HASTALARIN AMELİYAT SONRASI YAŞAM
KALİTESİ VE EVDE YAŞAM KOŞULLARININ
BELİRLENMESİ**

Nurhayat İŞBİLİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2015

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOTAL KALÇA PROTEZİ UYGULANAN
HASTALARIN AMELİYAT SONRASI YAŞAM
KALİTESİ VE EVDE YAŞAM KOŞULLARININ
BELİRLENMESİ**

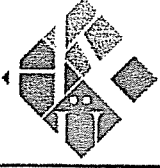
Nurhayat İŞBİLİR

**Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

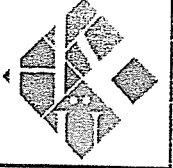
**Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik
Anabilim Dalı Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. Ayla YAVA**

**GAZİANTEP
2015**



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEKLİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



Öğrencinin

Adı-soyadı | Nurhayat İŞBİLİR

Numarası | 144101034

Anabilim/ Bilim Dalı | Hemşirelik

Tez Savunma Bilgileri

İlgi: Enstitü Yönetim Kurulu'nun 16/06/2015 tarih ve 2015/006 sayılı oturumunda karar verilen,

Sınav Tarihi | 16.06.2015

Sınav Saati | 14.30

Sınav Yeri | HKÜ, SBYO

Nurhayat İŞBİLİR'in "Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi Ve Evde Yaşam Koşullarının Belirlenmesi" başlıklı tez sınavı yapılmış olup, tezinin bilimsel ve etik ilkelere uygun olduğuna karar verilmiştir. Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi olarak Oy Birliği ile kabul edilmiştir.

Sınav Süresi | 1 saat

Oybirliği

Oyçokluğu

Kabul

Düzeltilme

Red

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca "Yapılan Tez Savunma Sınavı Jürimiz tarafından gerçekleştirilmiş ve adayın durumu bu tutanakla tespit edilmiştir."

Jüri Başkanı-Danışman
Doç. Dr. Ayla YAVA

16/06/2015

Üye

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR

Üye

Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

Not: Bu Form, 2 Adet ciltlenmiş Tez, 2 Adet PDF formatında Tezin kaydedildiği CD, 1 Adet Ulusal Tez Merkezi Veri Giriş Formuyla Sosyal Bilimler Enstitüsüne teslim edilmelidir.

TC
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TOTAL KALÇA PROTEZİ UYGULANAN HASTALARIN AMELİYAT
SONRASI YAŞAM KALİTESİ VE EVDE YAŞAM KOŞULLARININ
BELİRLENMESİ

Nurhayat İŞBİLİR

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 01.06.2015

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 16.06.2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayla YAVA

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

Enstitü Müdürü : Doç. Dr. Ayla YAVA

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Ayla YAVA

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep 2015

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince, her türlü bilimsel destek, deneyim, sabır ve emeklerini esirgemeyen danışmanım Sayın,Doç. Dr. Ayla YAVA'ya,
Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,
Sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nurhayat İŞBİLİR



ÖZET

Bu çalışma total kalça protezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesi ve evde yaşam koşullarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma 1 Şubat 2015-30 Nisan 2015 tarihleri arasında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ve Malatya Özel Hayat Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini 1 Şubat-30 Nisan 2015 tarihleri arasında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Malatya Özel Hayat Hastanesinde total kalça protezi uygulanan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya dahil edilme ölçütlerini sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Hasta Tanıtım Formu”, “Evde Yaşam Koşulları Formu” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler olasılıksız raslantısal örnekleme yöntemi ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 50 hastada toplanmıştır.

Total kalça protezi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının; Fiziksel İşlev için; 74.40 ± 14.12 , Fiziksel Rol için; 56.10 ± 12.91 , Ağrı için; 52.14 ± 23.81 , Genel Sağlık Algısı için; 76.00 ± 10.92 , Yaşamsallık için; 61.80 ± 16.40 , Sosyal İşlev için; 69.08 ± 13.15 , Mental Rol için; 73.60 ± 23.08 , Mental İşlev için; 80.60 ± 16.30 olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, büyük bir cerrahi girişim olan total kalça protezi uygulamasının, birçok cerrahi girişimde olduğu gibi breyi sosyal, psikolojik ve fizyolojik anlamda etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Total Kalça Protezi, Yaşam kalitesi, Evde bakım.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE IN POSTOPERATIVE PATIENTS APPLIED TO TOTAL HIP REPLACEMENT AND HOME CARE REQUIREMENTS DETERMINATION

In this study of patients with total hip replacement (TKP) implemented the quality of life of postoperative patients and home care has been planned in order to determine their requirements. Research on 1 February 2015- 30 April 2015, education and research hospital in Elazig and Malatya between private life, Hospital.

The research universe 1 February-30 April 2015 between Elazig and Malatya Entered private life, education and research hospital that refers to total hip replacement applied to all patients. The sample of the survey, the study included patients who volunteer to participate in the survey and provides the criteria for. Data collection tool as "patient Presentation Form" (Ek.1), "Living Conditions In The House Form" (Ek.2), and "SF-36 quality of life Scale" (Ek.3) It has been used. Face-to-face interviews with a random sampling method data is improbable using the technique of 50 patients.

The quality of life of patients with total hip replacement is applied and the lower average score of the Group; Physical Function; 74.40 ± 14.12 , Physical Role for; 56.10 ± 12.91 , For pain; 52.14 ± 23.81 , For general health Perception; 76.00 ± 10.92 , Vital for; 61.80 ± 16.40 , Social Function; 69.08 ± 13.15 , Mental Role; 73.60 ± 23.08 , Mental Function; 80.60 ± 16.30 have been found to be.

After all, a large surgical intervention is total hip replacement application, as with many surgical breyi social, is influenced by psychological and physiological sense.

Keywords: Total Hip Replacement, Quality of life, Home care.

BEYAN

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

Nurhayat İŞBİLİR



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
BEYAN	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalça Eklemi	4
2.2. Artroplasti	4
2.3.Rehabilitasyon.....	5
2.4. Cerrahi Öncesi Rehabilitasyon.....	6
2.5. Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon.....	6
2.6. Hastaların TKP'ndeBeklentileri	7
2.7. TKP Sonrası Komplikasyonlar	8
2.8. Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	10
2.8.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı	10
2.8.2. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı	14
2.9. Taburculuk Eğitimi ve Hasta Takibi	18
2.10. Yaşam Kalitesi ve TKP Hastalarında Önemi.....	19
3. MATERYAL METOT	21
3.1 Araştırmanın Türü	21
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	21
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Etik İlkeler.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
4. BULGULAR	27

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	27
4.2. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	31
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
6.1. Sonuç.....	43
6.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	49
EK 1: Sosyo Demografik Özellikler Formu	49
EK 2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	53
EK 3: Etik Kurul Onayı.....	56
EK 4: Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yazılı İzin Belgesi.....	58
EK 5: Malatya Özel Hayat Hastanesi Yazılı İzin Belgesi.....	59
ÖZGEÇMİŞ	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TKP : Total Kalça Protezi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ANA : Amerikan Hemşireler Birliği

TKA : Total Kalça Artroplastisi

SF-36 : Yaşam Kalitesi Ölçeği

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1: SF-36'nın Türk Toplumunu Standartları.....	24
Tablo 3.2: SF-36 Puanının Hesaplanması	24
Tablo 3.3: SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Bileşenleri	25
Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	27
Tablo 4.2: Hastaların Bazı Tıbbi Özellikleri ve Evde Yaşam Koşullarına Göre Dağılımı	28
Tablo 4.3: Hataların Düşme Öyküsü ve Düşmeden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemler	30
Tablo 4.4: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamaları	31
Tablo 4.5: Hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.6: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.7: Hastaların Bazı Tıbbi Özellikleri ve Evde Yaşam Koşulları İle Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.8: Hastaların Düşme Öyküsü ve Düşmeden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemler İle Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37

1. GİRİŞ

Hareket, organizmada yer alan sistemlerin yeterli düzeyde işlev görebilmesi ve bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için en temel unsurdur. İnsan sağlığı, hareket yeteneğinin uygun şekilde kullanılmasıyla yakından ilgilidir. Vücudumuzdaki organ ve sistemler, özel bir düzen ve denge içinde, hareket fonksiyonunu gerçekleştirecek şekilde organize olmuştur. Hareket yeteneğinin kullanılması ile gelişen vücudun, hareket yeteneğinin azaldığı durumlardan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır (1).

Kalça eklemının geri dönüşsüz hasar görmesi sonucu, uzun süreli konservatif tedaviye yanıt vermeyen, ciddi kalça ağrısı ve hareket kısıtlamasına neden olan durumlarda gerçekleştirilen Total Kalça Protezi(TKP) ameliyatı kalça eklemının hem femur başını hem de asetabulumunu kapsayan yeniden yapılandırılması işlemidir (2,3). En sık endikasyonlar; osteoartrit, romatoidartrit, femur boynu ve asetabulum kırığı, konjenital kalça displazisi olarak sıralanabilir (4).

Genellikle yaşlı bireylerde ve sakin yaşam biçimi olanlarda TKP tercih edilirken; gençlerde, çok aktif olanlarda ve ağır işlerde çalışanlarda protezin yeniden onarımı-değiştirilmesi riski yüksek olduğundan çok fazla tercih edilmemektedir (5).

TKP ameliyatı tüm dünyada özellikle 1960'lı yıllardan bu yana giderek artan bir şekilde uygulanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1994'te 120.000 TKP ameliyatı gerçekleştirilirken, 2002 yılında bu sayı 200.000'e ulaşmıştır. Dünyada ise bir milyondan fazla kalça protezi uygulanan hasta olduğu tahmin edilmektedir (6).

Ülkemizde TKP'nin özellikle dejeneratif eklem hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemi olmasına karşın uygulama sıklığı ile ilgili olarak Devlet İstatistik Enstitüsü'ne kayıtlı bilgi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, büyük bir hastanenin ortopedi kliniğinde yılda yaklaşık 300 kadar TKP ameliyatı gerçekleştirildiği tahmin edilmektedir (6).

Büyük bir cerrahi girişim olan TKP uygulaması, birçok cerrahi girişimde olduğu gibi bireyi bütünü ile etkilemektedir. Cerrahi girişim sonrası hastaların yeniden bağımsız olmaları belirli bir zaman gerektirmekte ve hastalar günlük yaşama uyum sağlamaları konusunda bilgi ve desteğe gereksinim duymaktadırlar. İyileşme

sürecinin uzaması, ağrı ve hareket sınırlılığı, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (7).

Archibald (2003) kalça kırığı sonrasında iyileşmenin çok karmaşık ve özel bir deneyim olduğunu belirtmiştir. Archibald'ın (2003) çalışması; TKP uygulanan hastaların ağrı deneyimlediklerini, banyo, tuvalet, yemek ve giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlandıklarını, kendilerini yetersiz, başkalarına bağımlı ve hastalık nedeniyle eve hapis olmuş hissettiklerini ve bu deneyimlerin hastaların yaşam kalitelerini etkilediğini ortaya koymaktadır (8).

Diğer büyük cerrahi girişimlerin birçoğunda olduğu gibi TKP ameliyatlarından sonra da % 2-8 oranında komplikasyonların ortaya çıkması olasıdır. Enfeksiyon, derin ventrombozu- pulmoneremboli, protezdislokasyonu/ subluksasyonu ve hemoraji en sık görülen komplikasyonlardır. Literatürde bu komplikasyonların yaşamı tehdit etmesinin dışında hastanın fiziksel uyumunu güçleştirdiğine, hastanede kalış süresini uzattığına, ekonomik yükü arttırmasının yanısıra yaşam şeklindeki olumsuz deneyimler nedeni ile hastanın yaşam kalitesini ve doyumunu etkilediğine yönelik bilgilere yer verilmiştir (4,9,10).

Çalışmalar, TKP ameliyatı olan hastaların en fazla banyo, giyinme ve tuvalet gereksinimlerini gidermede zorlandıklarını ve başkalarına bağımlı olma duygusunu yaşadıklarını göstermektedir (8). Johansson'un(2002) kalça artroplastisi sonrası hastaların öğrenme gereksinimlerini araştırdığı çalışmasında; hastaların, evde kendi bakımlarını nasıl yönetebilecekleri, komplikasyonlar, ilaçlar, hangi egzersizleri yapmaları gerektiği, tedavi ve evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ile ilgili konularda bilgiye gereksinim duydukları belirlenmiştir (11).

TKP uygulamasının başarısı, cerrahın teknik bilgi ve becerisinin yanı sıra, hemşirenin de yer alacağı ekip çalışmasının niteliğine bağlıdır (12). Hemşirenin temel işlevi ve amacı, sağlıklı bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yardım etmektir (13). Bireyin sağlık durumunu sürdürme ve yükseltmede, hastalıkta ise sağlıklı duruma gelme, sağlığı yeniden kazanmada, bilgilenme, davranış kazanma ve bu hedefle aktif katılımı desteklemede hemşirenin çağdaş rollerinden biri olan eğitimci rolünü gerçekleştirme büyük önem taşımaktadır (14,18).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association) (ANA) hemşirenin bakım hizmetini sunarken 4 temel noktaya odaklanması gerektiğini belirtmiştir (7);

- İnsan deneyimlerini ve onların sağlık ve hastalığa verdikleri tepkileri anlamaya çalışmak,
- Nesnel veriler ile hastaların deneyimlerini birleştirmek,
- Hemşirelik tanısını ve girişimleri belirlemede bilimsel bilgiyi kullanmak,
- Sağlığı ve iyileşmeyi arttıracak (kolaylaştıracak) bakım verici ilişkileri sağlamak.

Yukarıda belirtilen özelliklerden anlaşıldığı gibi, hemşirenin nitelikli bakım verebilmesinde hasta deneyimlerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşireler ve hastalar bakım ile ilgili farklı önceliklere ve beklentilere sahip olabilmektedirler. Hemşirelerin hasta deneyimlerini incelemesi, elde ettiği bilgileri bakıma yansıtmasını sağlayacağı gibi çalıştıkları kurumlarda verilen hizmetlerde uygun değişikliklerin gerçekleştirilmesine de önemli katkılar sağlayacaktır. TKP uygulanan hastaların evde yaşam koşullarının ve yaşam kalitesinin belirlenmesinin hemşirelerin vereceği eğitimlerin planlanması yanında evde bakım hizmeti uygulamalarına da katkı sağlayabileceği değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, total kalça protezinin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve evde yaşam koşullarının belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalça Eklemi

Kalça femur başı ile pelvisin acetabulumu arasındaki üç düzlemde hareket yapabilme özelliğine sahip olan top-soket tipi bir eklemdir. Alt ekstremiteler ile pelvis arasında hareketlerin oluşmasını ve iletilmesini sağlar (19).

Kalçanın anatomik yapıları stabiliteyi sağlayarak ayakta durma, yürüme, koşma gibi aktivitelerin yapılmasını sağlar. Femur başının stabilizasyonu eklem tipi ve eklemi çevreleyen kapsüller ligamentler ile sağlanır. Kalça çevresinde bulunan geniş ve kuvvetli kas grupları vücudu öne ve arkaya taşımak için gerekli kuvvetlerin oluşmasını sağlar (20). Yürüme ve diğer alt ekstremiteler aktiviteleri esnasında oluşan reaksiyon kuvvetleri alt ekstremiteler ve kalça eklemleri aracılığı ile pelvis ve gövdeye taşınır (19,20). Kalça eklemleri ayrıca baş, gövde ve üst ekstremitelerin ağırlığını taşımaktadır. Kalçada meydana gelen herhangi bir patoloji geniş çaplı fonksiyonel bozukluklara neden olur. Kalça patolojileri çocuklarda ve yaşlılarda sık görülür. Çocuklarda kalçanın anormal pozisyonu dislokasyona neden olabilir. Yaşlılarda ise osteoporoz ve sık düşme dejeneratif kalça patolojileri ile sonuçlanabilir (19). Bu patolojiler ağrı, deformite, kas kuvveti zayıflığı ve hareket kısıtlılığı gibi komplikasyonlara yol açarak, kişinin kalça eklemi günlük yaşamda yeterli ve etkili şekilde kullanılmasını önleyerek yaşam kalitesini düşürür. Aktivitelerin kısıtlanması kişinin işindeki verimliliğini düşürür ve sosyal yaşantısını sınırlar (19,21).

2.2. Artroplasti

Artroplasti, herhangi bir eklemden ağrıyı dindirmek, stabilizasyonu ve hareket genişliğini sağlamak amacıyla eklem yeniden yapılanması işlemidir (19). Bir anlamda biyolojik problemlere mekanik çözümdür. Artroplastide hastalıklı eklem dokuları çıkarılmakta, plastik ve metal materyaller ile eklem replasmanı yapılmaktadır (22).

Total Kalça Artroplastisi (TKA), ağrıyı gidermek ve fonksiyonu artırmak için yapılmaktadır. TKA uygulaması ile ağrı azalır, harekette ve yürüme yeteneğinde

artma ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yeteneğinde gelişmeler sağlanabilmektedir (19). TKA insan vücudunda en sık olarak uygulanan artroplasti tipidir (21). Metalik TKA ile ilgili ilk çalışmalar 1942' de Moore ve 1951' de Farrar tarafından bildirilmiştir. 1960'lı yılların başında Charnley'in kemik çimentosunu kullanması ile popüler olan TKP günümüze kadar hem komponentlerde hem de cerrahi tekniklerdeki gelişmelerle birlikte yaygın olarak kullanılmaktadır (21). En yaygın kullanım alanları, orta ve ciddi koksartroz, romatoid artrit, juvenil romatoid artrit, ankilozan spondilit, seronegatif artritler, seropozitif artritler, femur başı avasküler nekrozu, kemik tümörleri, femur proksimal uç kırıkları şeklindedir. Enfeksiyon, nöropatik artropati, eklemde sepsis, şiddetli osteoporoz da kontraendike olduğu durumlardır (19,21).

2.3.Rehabilitasyon

TKA'de rehabilitasyonun temel amacı kişinin fonksiyonel performansını artırmak, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yeteneğini geliştirmek, kalça çevresi kas kuvveti ve enduransının iyi olmasını, günlük yaşam için gerekli hareket açıklığına sahip ve normale yakın bir yürüyüşe sahip olmasını sağlamaktır (19) TKA sonrası sonucun başarılı olması doktor, hemşire ve diğer ilgili sağlık disiplinlerinin oluşturduğu interdisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Rehabilitasyondan en fazla yararlanma cerrahi sonrası ilk üç-altı ayda olmaktadır. Bununla birlikte hastanın kazanımları iki yıllık bir periyotta devam etmektedir. Etyoloji, protez tipi, fiksasyon metodu, cerrahi yaklaşım ve prosedürün zorluğu, ağırlık aktarma, kuvvet, koordinasyon, algı ve komplikasyonlar gibi birçok faktör rehabilitasyonun sonucunu etkilemektedir(23).

TKP sonrası rehabilitasyon programı eğitim, egzersiz ve fonksiyonel mobilite eğitimini içermektedir (24). TKP sonrası rehabilitasyon cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

2.4. Cerrahi Öncesi Rehabilitasyon

Cerrahi öncesi rehabilitasyon şunları içermektedir (25):

- Solunum egzersizleri ve öksürmenin öğretilmesi (cerrahi sonrası oluşabilecek herhangi bir solunum komplikasyonunu önlemek, pulmoner fonksiyonları korumak ve geliştirmek için)

- Karın ve sırt kaslarına, sağlam taraf ve üst ekstremitelere kuvvetlendirme egzersizleri,

- Cerrahi sonrası izlenecek rehabilitasyon programının öğretilmesi,
- Koltuk değneği ve yürüteç kullanımının öğretilmesi,
- Cerrahi sonrası kullanılacak transfer aktivitelerinin öğretilmesi,
- Dislokasyona karşı hastanın eğitilmesi
- Hastanın ve ailenin bilgilendirilmesi

2. 5. Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon

Total kalça artroplastisi sonrası rehabilitasyonun amacı protezin yerinden oynamasına karşı önlem almak, hastayı erken mobilize etmek, hareketsizliğin olumsuz etkilerini (derin ventrombozu, pulmoneremboli, basınç yaraları gibi) önlemek, geç dönemde ise yardımcı yürüme cihazları ile hastanın bağımsız hareketini sağlamak, hastayı ağrısız harekete kavuşturmak, kalça etrafındaki kasları güçlendirerek hastayı günlük yaşam aktivitelerinde ve iş yaşamında bağımsız hale getirmektir (21,24)

Cerrahi sonrası erken dönem rehabilitasyon uygulamaları ile (26);

- Hastaların ev egzersiz programlarını bağımsız gerçekleştirebilmeleri,
- Kalçanın dislokasyonuna karşı yeterli eğitimi almış olmaları,
- Ev içi aktiviteleri gerçekleştirebilmek için en az 100 adımdan fazla bağımsız olarak yürüyebilmeleri,

- Yatak ve tuvalet transfer aktivitelerini en azından gözlemlerle gerçekleştirebilecek fonksiyonel düzeyi kazanabilmeleri

- Günlük yaşam aktivitelerini yardımcı ekipmanlarla en az yardımla gerçekleştirebilmeleri ve komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edilmelerinin sağlanması hedeflenmektedir (26).

2. 6. Hastaların TKP'nde Beklentileri

TKP uygulaması seçimini yapmak karmaşık bir karardır; karar vermede cerrahi faktörler, tedavinin amaçları ve hasta beklentileri mutlaka dengeli bir dağılım göstermelidir. Total eklem artroplatisi gibi elektif ortopedik cerrahi prosedürlerinde tedavinin sonuçları ile birlikte beklentileri göz önünde tutmak önemlidir. Hastaların, total kalça artroplastisi için hem fiziksel hem psikolojik gelişim açısından birçok beklentisi vardır (27). Bu beklentiler tanıyla, hasta karakteriyle ve fonksiyonel statüyle çeşitlilik göstermektedir (22).

Hastaların iyileşme beklentileri, hasta memnuniyeti açısından önemli yer tutmaktadır. Beklentilerle hastaların karakteristik bilgileri (hoşgörülü, sinirli, vs.) arasındaki ilişki hastaların iyileşmesinde ve hasta memnuniyetini artırmada hedefe daha çabuk ulaşmaktadır. Daha önce yapılan bir çalışmada preoperatif fonksiyonu zayıf olan hastaların daha fazla beklentiye sahip oldukları ve bu beklentilerin onlar için çok önemli olduğu belirtilmiştir (27). Hastaların beklentilerini ölçmek birçok nedenle gereklidir; hastanın beklentilerini bilmek klinisyene klinik açıdan kolay odaklanma sağlamada yardımcı olur, hastanın eğitim düzeyini aydınlatır, farklı tedavi seçenekleri olduğunda ortak karar vermeye olanak sağlar, hastanın tedavisi ile ilgili önerileri uygulama oranını artırır ve hastanın tedavi sonuçlarını değerlendirmesinde belirleyici rol alır (22). Ayrıca hasta beklentileri hastaların kendi tedavilerini gözlemlemelerini ve değerlendirmelerini etkilemektedir. Aynı zamanda beklentiler, hastaların tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinme ile ilgili şikayetlerin de ve tedavinin sonuçları ile memnuniyet arasındaki oranı belirlemede de etkilidir. Ayrıca beklentiler TKP için kritik bir rol oynamaktadır. Çünkü TKP hastaların fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini artırmak istemeleri nedeni ile seçilmiş geniş kapsamlı bir prosedürdür (19). Özellikle hasta ile cerrahın beklentilerinin (aynı amaç için) uyumlu olması çok önemlidir. Bazı araştırmacılar da hastaların cerrahiden gerçekleştirilebilir beklentileri olmaları üzerine yoğunlaşmışlardır çünkü beklentilerin gerçekleşmesi hastaların memnuniyetini etkilemektedir (19,21). Yapılan çalışmalarda gerçekleştirilebilir beklentileri olan hastaların yaşam kaliteleri, beklentileri gerçekleştirilebilir olmayan hastaların yaşam kalitelerinden daha iyidir. Ayrıca postoperatif gerçekleştirilebilir beklentiler cerrahinin amaçlarının başarılı olduğunu göstermektedir (27). Beklentiler hasta memnuniyeti açısından

önemlidir. Hasta memnuniyeti bilinmediği için hastalar ya yetersiz yada fazla rehabilitasyon uygulamaları almaktadır. Bu da tedavi maliyetlerini ve rehabilitasyon kaynaklarının verimli kullanımını etkilemektedir (22).

2.7. TKP Sonrası Komplikasyonlar

Kalça protezi özellikle yaşlı popülasyonda fazla oranda görülen, maliyeti yüksek ve rehabilitasyon süreci uzun olan bir sağlık problemidir. Etkin bir tedavi ve bakım hizmeti sunulmadığı takdirde ise hastalar yatağa bağımlı hale gelebilmektedir. Kırk yılı aşkın süredir başarıyla uygulanmasına rağmen diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi TKP'nin de bazı komplikasyonları vardır. Her ne kadar bu komplikasyonların gelişmesi kullanılan protezin tipi ve ameliyat tekniği gibi faktörlerle ilişkili ise de, ameliyat sonrası uygun hemşirelik bakımı ile önemli ölçüde önlenmektedir (28-30).

TKP ameliyatı olan hastalarda karşılaşılabilecek komplikasyonlar aşağıda kısaca özetlenmiştir:

- **Kanama:** Özellikle revizyonel kalça ameliyatı ve majör doku rezeksiyonu olan hastalarda sıktır, insizyon bölgesine yerleştirilen drenajdan ilk 24 saat içinde 200-600 ml drenaj olabilir. Beklenenden fazla miktarda kanama varsa kan transfüzyonu yapılır. Hastalar ameliyattan en az 14 gün önce kanama zamanını etkileyeceğinden herhangi bir ilaç veya nutrisyonel destek almayı durdurmaları konusunda eğitilmelidirler (31).

- **Enfeksiyon:** Son yıllarda enfeksiyon insidansı, iyileştirilmiş klinik uygulamalar, ileri cerrahi teknikler ve profilaktik antibiyotik uygulamaları ile oldukça azalmıştır (% 8.9'dan % 1'e) (4). Diyabetik, yaşlı, şişman-zayıf, romatoidartrit veya enfeksiyonlu (üriner, diş vb.) hastalarda enfeksiyon riski yüksektir (6). Enfeksiyon bulguları; yüksek vücut ısısı, insizyon bölgesinde kızarıklık, sertlik, akıntı, ağrı vb. olarak sıralanabilir (32). Kalça protezinden sonra gelişen enfeksiyon; hasta derisinden, hastanın vücudunun herhangi bir yerinden kaynaklanan sepsisten ve kalçanın daha önceden geçirdiği cerrahiden kalmış sessiz bir odakta kaynaklanabilir (33). Erken enfeksiyon % 0.1-0.3 oranında ameliyatı izleyen ilk 3 ayda, geç enfeksiyon ise 4-24 ay sonra ortaya çıkar. İntravenöz

antibiyotikler genellikle ameliyattan 2-4 saat önce profilaktik olarak verilir ve ameliyat sonrası 2-3 gün devam edilir (34).

- Protezin Dislokasyonu / Subluksasyonu: Genellikle asetebular komponent malpozisyonuna ve abduktör kas kuvvetsizliğine bağlı olarak meydana gelir (32). Etkilenen ekstremitede kısalık, hareketlerde uyumsuzluk- yetersizlik, içe veya dışa rotasyon, ameliyatlı bacakta hareketle artan ağrı, ödem, nörovasküler değerlendirilmede sinire bası ya da dolaşımın azalması dislokasyonla ilişkili olarak hastada görülebilecek belirtilerdir (31). Protezin yerinden oynaması (dislokasyon) riski, TKP ameliyatı olan hastaların yaklaşık % 2'sinde, sıklıkla ameliyat sonrası ilk 6-8 hafta içinde görülmektedir. TKP revizyonunun en sık nedenlerinden gevşeme olasılığı 8. yıldan itibaren artmakla birlikte; obez, aktif ve erkek hastalarda daha sık görülmektedir (34).

- Derin Ven Trombozu / Pulmoner Embolizm: TKP ameliyatı sonrası hareketsizlik, hastalarda birçok komplikasyonun gelişmesine neden olabilir (5). En sık komplikasyon derin ven trombozudur ve antikoagülan almayan hastaların yaklaşık % 48' inde oluşur (32). Derin ven trombozu alt ekstremitte ameliyatı geçiren hastalarda % 45-70 oranıyla diğer cerrahi girişimlere göre daha fazla görülmektedir (5). Derin ven trombozunun belirti ve bulguları; ekstremitelerde (genellikle baldırda) ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve ödemdir. Hastaların % 20'sinde gelişen pulmoner emboli; % 1-3'ünde ölümlerle sonuçlanabilmektedir (34). Dispne, hemoptizi, göğüste ağrı ve yanma hissi ise pulmoner emboliye işaret edebilir (35). Profilaktik olarak antikoagülanların yanı sıra, fiziksel- mekanik önlemler (erken mobilizasyon, erken egzersiz, antiödem çorap ve bandaj uygulamaları) alınmalıdır.

- Basınç ülserleri: Yatak istirahatinin diğer bir komplikasyonu basınç ülserleridir (38). Basıyı azaltan yatakların kullanımı, sürtünme kuvvetinden kaçınmak için TKP ameliyatı olan hastaların dikkatli transferi, döndürülmesi ve erken dönemde ayağa kaldırılması ile bası ülserleri önlenir.

- Ağrı: TKP ameliyatı olan hastaların ameliyatlarından sonra altıncı haftaya kadar şiddetli ağrıları olabilmektedir (36). Ameliyat sonrası ilk birkaç gün hasta insizyon yerinde kas spazmları gibi ağrı deneyimleyebilir. Narkotik analjezikler ve kas gevşeticiler ağrının azaltılması için düzenli olarak kullanılabilir. Pozisyon verme, relaksasyon teknikleri gibi diğer ağrıyı rahatlatıcı teknikler kullanılabilir (1).

Hemşire sürekli olarak ağrıyı değerlendirmeli ve insizyon ağrısını protezin dislokasyonundan ayırt etmelidir. Kalça ağrısının nedenleri; enfeksiyon, protezin yerinden çıkması, protez gevşemesi, asetebulum yırtılması veya bilinmeyen nedenler olarak sıralanmaktadır.

2.8. Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

2.8.1. Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek için hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biridir. Çünkü, birey ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkmakta ve şiddetli anksiyeteden acı çekmektedir. Ameliyat öncesi dönemde pek çok hastanın korku ve endişe deneyimlemesi, ameliyat sırasında ne beklendiği, ne olabileceği ve ne zaman olacağı konusunda hastalara yeterli bilgi verilmemesinden kaynaklanmaktadır (37). TKP ameliyatı öncesinde korku, anksiyete ve bilgi eksikliğinin yanı sıra ağrıyı deneyimleyen hastaların psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi eğitimlerle ve alınacak tıbbi önlemlerle, ameliyatlarıyla çok daha kolay baş edebilmeleri sağlanabilmektedir (38). Yurtdışında ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim sınıfları ile, hastaların ameliyat, anestezi, egzersizler, ev ortamının değerlendirilmesi, komplikasyonlar gibi konularda bilgi eksiklikleri giderilirken, diğer taraftan hastalar psikolojik olarak ameliyata hazırlanarak korku ve anksiyete ile daha kolay baş edebilmeleri amaçlanmaktadır. Ancak, ülkemizde şu an için bu tarz eğitim sınıflarının varlığından söz etmek mümkün değildir (39).

Ameliyat öncesi devrede hastalara uygulanan hemşirelik bakımının amacı, hastalarda herhangi bir komplikasyon oluşmasını önlemek ve en kısa sürede hastayı sağlıklı yaşamına döndürmek olduğuna göre hemşirelere, bu bakımın her safhasında önemli görevler düşmektedir. TKP ameliyatı öncesinde hastalar korku - anksiyete, bilgi eksikliği, ağrı, tıbbi önlemlerin alınması ve zorunlu yaşam biçimi değişiklikleri ile karşılaşabilirler. Bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerini aşağıdaki gibi açıklamak mümkündür (39).

- **Bilgi eksikliği:** Ameliyat öncesi olası komplikasyonları deneyimlemelerini önlemek amacıyla hemşire tarafından hastalara eğitim yapılması ve onların bu süreçte

katkılarının sağlanması gerekir. Bu amaçla ameliyat öncesi dönemde hastalara; derin solunum, öksürme, dönme ve ekstremitte egzersizleri uygun zamanlarda ve hastanın anlayacağı şekilde öğretilerek olası solunum ve dolaşım sistemi komplikasyonlarını deneyimlemelerinin önlenmesi sağlanmalıdır (39). Hasta ve yakınlarının ameliyat, ameliyatın hangi amaçla uygulanacağı, ameliyat öncesi ve sonrası yapılması gereken egzersizler, ortalama hastanede kalma süresi, ameliyat sonrası dönemde gerekli ilaçlar, önlemler ve olası komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir (36,40,41).

Ameliyat öncesi dönemde hastalara verilen bilgi anksiyete düzeyini, dolayısıyla ağrı ve komplikasyon riskini azaltarak, hastaların daha çabuk iyileşmeleri sağlanmaktadır. Gammon ve Mulholland'un çalışmasında, TKP'li hastalara verilen eğitimin anksiyeteyi azalttığına, hastanın uyumunu ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğine, ayrıca hastaların kendi bakımına katılmaları ile olumlu psikolojik yararlar sağladıklarına ve iyileşmelerini değerlendirdiklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir (39).

• **Korku ve Anksiyete:** Hastalar cerrahi girişimin kendileri açısından gerekli/zorunlu olduğunu kabul etseler bile bu durumda anksiyete kaçınılmaz bir yaşam deneyimi olabilmektedir. Bu dönemde yeterli psikolojik hazırlık yapılamaması / yapılmaması; hastanın cerrahi girişim stresine uyum gösterememesine, cerrahi girişime ilişkin sorularının yanıtsız kalması; cerrahi girişimi erteleme kararını almasına, oluşan anksiyete ve korkular; cerrahi girişim sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesi ve komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir (40). Bu nedenlerden dolayı cerrahi girişim öncesi dönemde psikolojik hazırlıkta hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilmeli cerrahi girişimle ilgili gerekli açıklamalar yapılarak hasta rahatlatılmalıdır. Hastanın bilgilendirilmesi, açıklamalarla güvenin kazanılması ve iletişim yolunun daima açık tutulması, endişe ve korkuların azaltılmasında yardımcı olmaktadır. Bireyler arasında farklılıklar olmasına rağmen, ameliyat öncesi hastaların tümü ameliyattan korktuklarını ifade etmektedirler (43). Korku; ölüm korkusu, sakat kalma korkusu, ailesine eskisi gibi yetememe, iş yapma potansiyelini kaybetme, ameliyat sonrası ağrı, anesteziyenin uyanamama, anestezinin etkisi altında iken kontrolsüz olma gibi TKP ameliyatı olan her hastada farklı durumlar üzerine yoğunlaşmaktadır.

Preoperatif hasta eğitimi ve uygun hemşirelik bakımı ile hastaların endişe ve korkuları giderilerek gerilim ve anksiyeteleri azaltılıp, daha erken taburcu olmaları sağlanabilmektedir (39).

Hastaya, servisin tanıtılması, yapılacak ameliyat hakkında bilgi verilmesi, mümkünse bu ameliyatı geçirmiş ve iyileşmekte olan hastalarla tanıştırılması hasta için rahatlatıcı olabilir. Hastaya ameliyat ve anestezi endişesini giderecek, erken ve geç ameliyat sonrası dönemi içeren bilgi vermek bireyin rahatlamasını sağlayacaktır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik olarak hazırlanması, ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında da az analjezik kullanılmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (44).

- Ağrı: Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, özünde yaşamı tehdit etmemesine karşın, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engelleyerek yaşam kalitesini düşürebilir. Ağrı ve anksiyete arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve ağrının anksiyete düzeyini, anksiyetenin ise ağrı şiddetini artırıcı bir etki gösterdiği bilinen bir gerçektir (45). Bilgisizliğin neden olduğu korku ve anksiyete, ameliyat sonrası ağrıyı şiddetlendirerek ağrı kesicilere olan gereksinimleri de arttırmaktadır.

Ağrı hastayı TKP ameliyatına götüren nedenlerin başında gelmektedir. Hemşire ağrının yönetimi konusunda kapsamlı bir değerlendirme yapmalıdır. Günümüzde ağrı hayati bulgu olarak ele alındığından, hasta ağrısının olduğunu söylüyorsa ağrısının olduğu kabul edilmelidir. Çalışmalar kalça protezi öncesi ağrının hastanın uykusunu bozabildiğini göstermektedir.

- Tıbbi Önlemlerin Alınması: TKP pek çok komplikasyonun deneyimlenmesine neden olduğu için yüksek riskleri olan bir ameliyattır (1). Planlı bir ameliyat olan TKP’de hastanın iyileşme sürecinde daha fazla yarar görmesi ve olumsuz deneyimler yaşamamasını sağlamak amacıyla; kilolu ise zayıflatılması, sigara kullanıyorsa bırakması, kan transfüzyonu için gerekli kanın ameliyat öncesi ya kendisinden yada kan bankasından temini, kullandığı bazı ilaçların kesilmesi, hastanın vücudunda dış çürüğü, idrar yolu enfeksiyonu, ciltte enfekte yaralar veya başka herhangi bir enfeksiyon kaynağı varsa bunların tedavisinin yaptırılması gerekmektedir. Hastaya ameliyatın bir hafta öncesinde oral demir preparatları başlanması gerekebilir. Yaşam bulgularının alınması, gerekli biyokimyasal analizleri için örnek alınması, cilt temizliğinin yapılması ve açlık süresinin istenilen düzeyde

olması sağlanmalıdır (36). Emboli riskini azaltmak amacıyla düşük moleküllü heparin uygulanması ve derin ventrombozunu (DVT) önlemek amacıyla antiembolik çorap giydirilmesinin sağlanması, endişe ve korkunun en yoğun yaşandığı ameliyat sabahı hastaya psikolojik destek sağlanması hemşirenin sorumlulukları arasındadır (38).

Ameliyat olacak her hasta, bilgilendirilerek aydınlatılmış onamları alınmalıdır. Aydınlatılmış onam hasta ve sağlık bakım ekibi açısından yasal güvence anlamını taşıdığından hasta ameliyathaneye alınmadan önce aydınlatılmış onam alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

- Yaşam Biçimi Değişiklikleri: Bireyin hareket yeteneğini doğrudan etkileyen TKP ameliyatı ile hasta daha önce yapmadığı egzersizleri ve aktivitelerinde dikkat etmesi gereken farklı durumları deneyimleyecektir. Hastanın koltuk değnekleri ve yürüteç ile nasıl yürüyeceği, kalçasını 90°'den fazla fleksiyona getirmeksizin, yataktan tekerlekli sandalyeye nasıl geçeceği gibi bilgilerin ameliyat sonrası olumsuz deneyimler yaşamaması için, ameliyat öncesinde fizyoterapist, hekim ve hemşire tarafından hastaya öğretilmesi gerekmektedir. Eğer hastanın kol kasları zayıfsa, kas güçlendirme egzersizleri başlatılmalıdır. Hemşire, her cerrahi girişim öncesinde olduğu gibi TKP ameliyatı öncesinde de hastaya derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmelidir (40).

TKP ameliyatı olacak bireylerin hareket kısıtlılığı nedeniyle evdeki yaşamlarını kolaylaştırmak için ameliyat öncesinde bazı önlemlerin alınması konusunda birey ve ailesinin bu konuda bilgilendirilmesi ve mümkün olduğunca bu önlemlerin alınması gerekmektedir (5). Fakat her hastanın durumu bu düzenlemeleri yapmak için yeterli olmayabilir. Bu durumda hemşire, hastanın bu olumsuz şartlardan en az zarar göreceği şekilde eğitimine ağırlık vermelidir. Hasta evde karşılaşabileceği basamaklar, halı, eğim gibi engellerin üstesinden gelmeye hazırlanmalıdır. Kalça ameliyatı sonrası hastalar hareket kısıtlılığı yaşayacakları için evde kendilerine yardım edecek birisine ihtiyaç duyacaklardır. Ev içersinde hastaların düşmesine neden olabilecek eşyalar kaldırılmalıdır. Evde protezlerine zarar vermeden oturabilmeleri için kalça yüksekte kalacak şekilde oturabilecekleri yatak, koltuk, sandalye, klozet ve araba koltuğu gibi koşulların sağlanmasının gerekliliği hemşire tarafından hastalara anlatılmalıdır (36).

2.8.2. Total Kalça Protezi Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kalça protezi ameliyatı yapılan hastaya sunulan hemşirelik bakımında; hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesi için gereksinimlerinin karşılanması, ameliyat sonrasında hareketsiz kalmasının sağlanması, komplikasyonları ve anksiyeteyi önlemeye yönelik hastayı rahatlatıcı tedbirlerin alınması, ağrının yönetimi, ağırlık vermeye hazırlama ve hastanın psikolojik ve sosyo-kültürel yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamaya dikkat edilmesi gerekir (44).

TKP ameliyatı sonrası erken dönemdeki hasta bakımı; ağrının yönetimini, sıvı elektrolit dengesi ve hayati belirtilerin izlenmesini, nörovasküler durumun değerlendirilmesini, pansuman yerinin ve drenajının gözlenmesini, hasta uyanırken iki saatte bir ayak-bacak egzersizlerini başlatmayı, derin solunum ve öksürmeye teşvik etmeyi, DVT profilaksisini, hidrasyonu, yatak istirahatı boyunca iki saatte bir pozisyon değişikliğini, yastık ile bacak abduksiyonunun sağlanmasını ve fizyoterapiye başlamayı kapsamalıdır (5).

Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, hızlı iyileşmenin yanı sıra, hastanın hastanede kalış süresini azaltarak; mali kaybının, üzüntü ve ağrısının minimum düzeyde tutulmasını ve en önemlisi de yaşamın korunmasını sağlayacaktır (46).

TKP ameliyatı sonrası hastaların karşılaşılabilecekleri sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri aşağıda açıklanmıştır:

- Ağrının Yönetimi: TKP uygulanan hastalar sıklıkla kronik ağrı öyküsüne sahip olsalar da ameliyat sonrası dönemde deneyimlenen akut ağrının etkili bir şekilde yönetilmesi önemlidir (38). Ağrı kontrol altına alındığında hastalar daha çabuk mobilize edilebilir ve böylelikle hospitalizasyonla ilgili komplikasyonların riski azaltılmış olur. Ameliyat sonrası şiddetli ağrı, hastada derin solunum, öksürük egzersizlerini uygulamada, yatakta dönme ve ayağa kalkmada isteksizlik oluşturabilmektedir. Hemşire ameliyattan sonra gelişen ağrıyı gidererek hastayı rahatlatmak amacıyla 24 saat boyunca hekim istemine göre 4-6 saatte bir ağrı kesici yapmalıdır. Ağrının değerlendirilmesi, etkin bir iletişim ve oral analjeziklerle birlikte hasta kontrollü analjezinin kullanımı ağrının yönetimi için en etkili yöntemdir (36).

Kanan'ın (1992) ameliyat öncesi eğitimin ağrıyla olan ilişkisini incelediği araştırmasında da; hastanın ameliyat öncesi dönemde mental yönden hazırlanması ve kapsamlı bir hemşirelik bakımı verilmesinin, kontrol edilmemiş ameliyat sonrası ağrı korkularını gidermesine yardım ettiği açıklanmıştır (38).

- Hayati belirtiler ve nörovasküler durumu değerlendirme: Ameliyattan sonra hastanın hayati belirtileri ilk 3 saatte her 15 dakikada bir, daha sonraki 2 saatte; 30 dakikada bir, düzenli hale geldikten sonra ameliyat öncesi bulgularla uyumlu oluncaya kadar takip edilir (40). Ameliyattan sonra ilk 2 gün içinde en azından 1-2 saatte bir periferikemboli ve alt ekstremitelerde sinirsel işlevleri değerlendirmeye yönelik takip yapılmalıdır (alt ekstremitelerde nabız, renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü gibi). Protez uygulanan ekstemitenin nörovasküler durumu, doktor istemi doğrultusunda saatte bir ya da iki saatte bir değerlendirilir. Genellikle ameliyatın beşinci ya da altıncı günü fizik tedaviye başlanır. Hastanın ambulasyonu giderek arttırılır. Hasta, önce koltuk değneği yada yürütüçle daha sonra ise bastonla yürütülür (1,31).

- Yara bakımı ve pansumanı: Akut enfeksiyonu saptamak için insizyon bölgesi lokal enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmelidir. İnsizyon bölgesindeki sıvıyı dışarı almak amacıyla yerleştirilen vakum drenlerinden gelen sıvı, renk, miktar, yoğunluk açısından kontrol edilmeli ve önemli değişiklikler kaydedilmelidir (4).

- Deri bütünlüğünü sağlama ve sürdürme: Hastanın pozisyonunun iki saatte bir değiştirilmesi, elastik çorap ve masaj ile basınç altında kalan bölgelerin basınç yararı yönünden gözlenmesi ve önlenmesiyle yatak içinde de hareket aktivitesine başlanmış olur ve bir yandan da venöz dolaşım kolaylaştırılır. Bu sırada deri kuru ve temiz tutulmalı, yatak çarşafı gergin, kuru ve kırışksız olmalı, yatak içersinde egzersizler sürdürülmeli ve hasta mümkün olduğunca erken ayağa kaldırılmalıdır.

- Ayağa kaldırma: Erken ayağa kalkmada cesaretlendirme, komplikasyon oluşumunu engellemesinin yanı sıra hastanın bağımsızlığını erken dönemde elde etmesinde de en etkili yöntemdir. Hasta dayanabildiği ölçüde hareket ettirilir ve hareketlerinde cesaretlendirilir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını kazanması, taburculuk süresini kısaltan en önemli nedenlerden biridir (32).

- Pozisyon Verme: Servise alınan hastada en önemli nokta protezin yerinden oynamasını önlemektir. Bu olumsuz deneyimin yaşanmaması için hasta sedyeden yatağa üç kişinin yardımıyla transfer edilirken hastanın bacakları arasına konan özel aletlerle ya da yastıklarla desteklenmelidir. Protezin yerinden oynamasını önlemek için hemşire;

- Pulmoner komplikasyonları, yatak yaralarını, emboliyi önlemek ve kas tonüsünü korumak için sık sık pozisyon değiştirmelidir. Hastanın pozisyonu iki saatte bir değiştirilerek, basınç altında kalan bölgeler yatak yarası açısından gözlenmeli ve masaj yapılmalıdır.

- Hastanın pozisyonu değiştirilirken, protez takılan eklem üzerine yük verilmemeli, hasta sırasıyla sırt üstü ve protez yapılmayan sağlam taraf üzerine yan çevrilmelidir.

- Hasta yatak içerisinde etkilenmemiş tarafa doğru 45° döndürülebilir fakat etkilenmemiş kasın addüksiyon ve fleksiyonundan kaçınılmalıdır.

- Yatağın başı kalça fleksiyonunu önlemek için sadece 45° kaldırılmalıdır (5).

- Egzersiz: Hastada, pnömoni ve atelektazi gibi akciğer enfeksiyonlarının gelişmesinin önlenmesi için ameliyat öncesinde öğretilen derin solunum ve öksürük egzersizlerini ameliyat sonrası hastanın uygulaması sağlanır. Hastanın yardımsız yürümesinde kas gücünün yeniden kazanılmasında yardımcı olacak egzersizlere ameliyattan sonraki gün yatak içinde başlanabilir. Egzersizlerin uygulanması için hasta desteklenmeli, ayağa kalktığında kendisine kazandıracığı yararlar konusunda eğitilmelidir. Kasların güçlendirilmesi amacıyla quadriseps egzersizleri yaptırılmalıdır. Bu egzersizler bacak kaslarının uzatılmasını ve dizi yatağın içine doğru itirmeyi gerektirir. Ayak bileği rotasyonu ve fleksiyonu baldır venlerinde DVT oluşmasına neden olan kanın birikmesini önlemeye yardımcı olacağından bir an önce bu egzersizlere başlanmalıdır (36,38).

TKP ameliyatından sonra günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güvenli hareket etme ve egzersiz uygulamalarının bilinmesi ve uygulanması erken hareketliliği sağlar ve fiziksel uyumu artırır. TKP sonrası gelişen herhangi bir komplikasyon, hastanede kalış süresini uzatacağından hastanın erken dönemde hareket ettirilmesi ile bu komplikasyonların çoğundan kaçınılabılır. Hareketler

pasiften yarı aktif, aktif ve dirençli egzersizlere doğru ilerlemelidir. Kalça eklemine aşırı yüklenme yapan egzersizlerden kaçınılmalıdır (34). Egzersiz uygulamaları kurumdan kuruma farklılık gösterse de ;egzersiz uygulamaları aşağıdaki basamaklara göre sürdürülür.

Birinci gün hasta, bir hemşire gözetiminde yatak dışına çıkartılır, yatağın kenarındaki sandalyeye oturtulur ve yürüteç ile beş adım yürüyebilir, ikinci ve üçüncü günlerde bir hemşire denetiminde yürüteç ile on adım, ertesi gün yirmi adım yürüyebilir, dördüncü gün yüksek bir sandalyeye yardımsız oturup kalkabilir, beşinci gün yatağa yardımsız çıkıp inebilir, dokuzuncu gün koltuk değnekleriyle bağımsız olarak yürüyebilir ve birkaç basamak inip çıkabilir (29).

- TKP hastalarının ihtiyacı karşılanması esnasında ortaya çıkabilecek önemli bir problem protezin dislokasyonudur. Bu nedenle hastaya yatak içinde sürgü verirken hemşirenin çok dikkatli olması gerekir. Sürgü vermek için hasta önce sağlam tarafına yan çevrilir, sürgü hastanın kalçalarının altına yerleştirildikten sonra hasta sürgü üzerine yuvarlanarak sırt üstü pozisyona getirilir. Protezin dislokasyonunu önlemek için abdüksiyon yastığı hastanın bacaklarının arasına konur ve hekim kaldırılmasını söyleyene kadar kalır.

- Üriner retansiyon yönünden hasta izlenmelidir. Üriner kataterizasyon sıklıkla ameliyat sonrası ilk 24 saat için yapılır. Üriner sistem enfeksiyonu gibi ilişkili problemlerden kaçınmak için hasta tuvaleti kullanmaya başlar başlamaz katater çıkartılmalıdır.

- Ameliyattan sonra ilk 2 gün içinde en azından 1-2 saatte bir periferikemboli ve alt ekstremitelerde sinirsel fonksiyonları değerlendirmeye yönelik takip yapılmalıdır.(alt ekstremitedenabız,renk değişikliği, ağrı, duyu ve motor refleks kontrolü gibi)

- Pulmoner komplikasyonları, yatak yaralarını, emboliyi önlemek ve kas tonüsünü korumak için sık sık pozisyon değiştirilmelidir. Hastanın pozisyonu 2 saatte bir değiştirilerek, basınç altında kalan bölgeler yatak yarası açısından gözlenmeli ve masaj yapılmalıdır. Hastanın pozisyonu değiştirilirken, protez takılan eklem üzerine yük verilmemeli, hasta sırasıyla sırt üstü ve protez yapılmayan sağlam taraf üzerine yan çevrilmelidir (35).

- Konstipasyon gelişmesini önlemek için hastaya bol sıvı ve lifli gıdalardan oluşan diyet düzenlenmelidir.

- Ameliyattan sonra gelişen ağrı ve bulantıyı gidererek hastayı rahatlatmak amacıyla 24 saat boyunca 4-6 saatte bir analjezik yapılmalıdır.

- Hasta yatak içerisinde etkilenmemiş tarafa doğru 45° döndürülebilir fakat etkilenmemiş kasın addüksiyon ve fleksiyonundan kaçınılmalıdır (32).

- Yatağın başı kalça fleksiyonunu önlemek için sadece 45° kaldırılmalıdır.

- Femur başının onarımından sonra, protezin yerinden oynama riski meydana gelebilir. Dislokasyon riskini azaltmak için 90 dereceden fazla fleksiyon, orta hattın gerisine addüksiyon (kol ve bacağın vücut eksenine yaklaşma hareketi) ve internal rotasyon gibi kalça hareketlerinden kaçınılır. Etkilenen ekstremitede kısalık, hareketlerde uyumsuzluk-yetersizlik, anormal olarak % 2'sinde sıklıkla ameliyattan sonra ilk 6-8 hafta içinde ortaya çıkar. Ameliyattan sonraki birinci ya da ikinci gün hastanın, dikkatli bir şekilde yataktan kaldırılmasına ve çok kısa bir süre yatağın yanında durmasına izin verilir. TKP revizyonunun en sık nedeni olan gevşeme, obes, aktif ve erkek hastalarda daha sık görülmektedir (30).

- Hemşire; bacağın kısalması, hareketin azalması, dışa ve içe rotasyon, şişme ve yara bölgesinde ağrı gibi protezin dislokasyonu belirtilerini gözlemlemelidir.

- Hasta sırt üstü yatarken, iki saatte bir sırt bakımı yapılmalıdır. Protez uygulanan ekstemitenin nörovasküler durumu, doktor istemi doğrultusunda saatte bir ya da iki saatte bir değerlendirilir. Genellikle ameliyatın 5 ya da 6. günü fizik tedaviye başlanır. Hastanın ambulasyonu giderek arttırılır. Hasta, önce koltuk değneği yada yürüteçle daha sonra ise bastonla yürütülür (1,31).

2.9. Taburculuk Eğitimi ve Hasta Takibi

Total kalça artroplastisi sonrası evrensel olarak kabul edilmiş postoperatif rehabilitasyon programı yoktur. Ağrısız bir kalça efor kısıtlaması ile sağlanabilirken, iyi bir rehabilitasyon programı fonksiyon ve hareketin geri kazanılmasını hızlandırır ve bağımsız yasama dönmeye yardımcı olur (19).

Hastalara ameliyat öncesinde başlanılan antibiyoterapi profilaksisine devam edilir. Her ne kadar literatürde antibiyoterapiye 5 gün devam edilmesi önerilse de bu süre ülkemiz koşullarında daha uzun tutulmalıdır. Düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisine hasta yattığı müddetçe devam edilmelidir. Tromboemboli risk faktörleri olanlarda taburcu sonrası profilaksiye devam edilmesi ve 20 güne tamamlanması önerilir (21).

Hastanın eğitimi diğer rehabilitasyon alanlarında olduğu gibi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Uygun eklem hareket açılığı sınırlarında ağrısız eklem hareketi sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu dönemde gerekli cihaz kullanımı için hazırlıklar tamamlanır, aile eğitimi verilir ve ev düzenlemeleri ile ilgili öneriler yapılır. Tüm rehabilitasyon alanlarında olduğu gibi ana hedef hastanın fiziksel ve fonksiyonel durumunun en yüksek konuma getirilmesidir (47).

2.10. Yaşam Kalitesi ve TKP Hastalarında Önemi

Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşam ilgilendiren pekçok unsurda doyumu içine alan bir kavramdır. Yaşam kalitesi hastalık sonucu ortaya çıkan yetersiz fonksiyonel yapabilirlik ile ideal olan fonksiyonel yapabilirlik arasındaki farka gösterilen kişisel tepki şeklinde tanımlanabilir. Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan yöntem kişinin kendini ifade etmesidir. Çünkü yaşanan, hissedilen şeyler kişinin kendi deneyimleridir (48). Yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri sağlığın patoloji, bozukluk, özürülük ve engellilik gibi tüm boyutlarını değerlendirmektedir.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi boyutlarına bakıldığında (46):

- Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, özbakım
- Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
- Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
- Rol performans; örneğin iş hayatında ve günlük ev işlerinde
- Ağrı

TKP kişide önemli fiziksel sorunlara yol açan, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sorundur. Bireylerin kendi kendine bakma yetisinin kaybolması ve günlük yaşam aktivitelerini yapmakta yaşanan zorluklar

nedeni ile bu beklenen bir bulgudur (49). Vücudunun herhangi bir yerini kullanamama durumunun devam ettiği olgular, herhangi bir yerini kullanmakta zorluk çekmeyen bireylere göre beklenildiği üzere yaşam kalitesinin birçok alanından düştüğü görülmüştür.

Kalça osteoartriti özellikle yaşlı kişilerde kalça eklemine dejenerasyonu sonucu ağrı ve hareket kısıtlılığına yol açan bir hastalıktır (50). Oluşan semptomlar nedeniyle yaşanan fiziksel kısıtlamalar, hastanın yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır. Kalça protezi uygulanmasındaki amaç, ağrının ortadan kaldırılması, artan hareketlerle fonksiyonun geri kazanılması, dolayısıyla da hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır (51).

TKP operasyonları sonrası hastaların memnuniyet ve fonksiyonel düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir. Hastaların TKP sonrası sistematik olarak belirli zaman aralıklarında hem subjektif hem de objektif parametreler kullanılarak değerlendirilmeleri gerekmektedir. Literatürde geç dönem TKP hastalarında memnuniyet düzeylerinin sorgulandığı çalışmalar az sayıdadır.

Cerrahi hastaların tedavi ve bakımı uygulanan girişime göre değişiklik gösterir. Hastanın tedavileri sırasında bakımının kaliteli ve güvenli olabilmesi, tıbbi hataların en aza indirilmesi, yattığı sırada ya da taburculuk sonrası gelişebilecek sorunlar ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılmasında, hastanın bakım gereksinimlerinin sağlanması, yeterli ve dengeli beslenmenin devam ettirilmesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesinde ve bu doğrultuda hasta ve ailesinin eğitiminde hemşirelerin izlemi çok önemlidir (52).

Cerrahi girişim sonrası hastaneden çıkıp eve giden hastanın bakım ihtiyacı sonlanmaz. Bakım ihtiyacı, hastaneden sonra haftalarca, hatta aylarca devam edebilir (53). Taburculuk sonrası hastalar sıklıkla pansuman, alçı, harekete yardımcı cihazlar, ilaçlar (dozu, etkileşimi, yan etkileri), diyet ve egzersizler gibi sayısız girişimlere, hatta uzuv ya da organ kaybına maruz kalırlar. Dahası, bu hastaların aynı anda başka sağlık problemleri de bulunduğundan, iyileşme dönemleri karışıktır ve hemşireler tarafından yakından izlenmeleri gerekir (54).

3. MATERYAL METOT

3.1 Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı araştırma tipine uygun olarak, total kalça protezi olan hastalarda yaşam kalitesi ve evde yaşam koşullarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 1 Şubat 2015-1Haziran 2015 tarihleri arasında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ve Malatya Özel Hayat Hastanesi'nde hastalar ameliyat sonrası poliklinik kontrolüne geldiğinde gerçekleştirildi. 605 yatak kapasitesine sahip Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ortopedi servisinde 25 yatak ve 3 gündüz 7 vardiya olmak üzere 10 hemşire bulunmaktadır. Yılda ortalama bu hastanede 280 total kalça protez ameliyatı yapılmaktadır. Özel Malatya Hayat Hastanesinde genel servis olarak 14 yatak kapasitesi ve 8 hemşire bulunmaktadır. Yılda ortalama bu hastanede 28 total kalça protezi ameliyatı yapılmaktadır. Bu uygulama alanlarının seçilme nedeni Elazığ ilinde en fazla TKP'nin yapıldığı devlet hastanesi olması, özel hastane olarak ortopedi cerrahi girişimlerin fazla uygulandığı hastanelerden birisi olmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini sözü edilen hastanelerde total kalça protezi uygulanan tüm hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya dahil edilme ölçütlerini sağlayan ve olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen 50 hasta oluşturdu.

Araştırmaya dahil olma ölçütleri:

- TKP uygulanan ve ameliyatından en az 3 ay geçen,
- İletişim kurmada sözel, bilişsel ve zihinsel engeli olmayan,
- 65 yaş ve üstünde olan,
- Araştırmaya katılım konusunda gönüllü olan hastalar.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu (Ek. 1), Evde Yaşam Koşulları formu (Ek.2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek.3) kullanılarak toplanmıştır.

Hasta Tanıtım Formu (Ek.1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda, hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soru yer almaktadır.

Evde Yaşam Koşulları Formu (Ek.2)

Hastaların evde yaşam koşullarını belirlemeye yönelik 21 sorudan oluşan bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek.3)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuştur (54). Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (55). SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (55).Yaptığımız çalışmanın Cronbach's alpha değeri ise 0.679'dur.

36 sorudan oluşan bu ölçek, bir kendini değerlendirme ölçeği olup yaşam kalitesinin 8 boyutta ölçümüne olanak tanımaktadır. Bunlar:

- Fiziksel Fonksiyon (FF-10 soru)
- Sosyal Fonksiyon (SF-2 soru)
- Fiziksel Rol Güçlüğü (FRG-4 soru)
- Emosyonel Rol Güçlüğü(ERG-3 soru)
- Mental Sağlık (MS-5 soru)
- Vitalite/Yaşamsallık (V-4 soru)
- Ağrı (A-2 soru)
- Genel Sağlık Algısı (GSA-5 soru)

Bu sorulara ek olarak ameliyat öncesine göre şimdiki sağlık durumundaki değişim algısını içeren iki soru da mevcut olup değerlendirmeye alınmamaktadır. Ölçek 14 yaş ve üstüne uygulanabilmektedir. Bu soru dışındaki sorular cevaplandırılırken hastanın son bir ayı göz önüne alınarak yanıtlanmaktadır. 13-14-15-16-17-18 ve 19. Sorular Evet/Hayır şeklinde yanıtlanırken bu soruların dışındaki diğer tüm sorular Likert tipi (üçlü-beşli-altılı) yapılmaktadır (56).

Ölçekten tek bir puan elde etmek mümkün değildir. Yaşam kalitesinin her bir alt boyutu için ayrı ayrı puanlama yapılır. Her bir alt ölçek kendi sınıfını 0-100 arasında ölçer. 0 puan “Kötü Sağlık” kabul edilirken, 100 puan “İyi Sağlık” durumunu gösterir (56,57).

SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.7324- 0.7612 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0.4712- 0.7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0.8353- 0.8445 arasında, emosyonel rol kısıtlamasında 0.6539- 0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlamasında 0.6883-0.9034 arasında, ağrıda 0.7887 0.8872 arasında, mental sağlıkta 0.6893-0.7815 arasında, vitalite (enerji)'de 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.5690- 0.7812 arasında bulunmuştur. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir (56). Bu veriler ışığında SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu söylenebilir(57).

Tablo 3.1. SF-36'nın Türk Toplum Standartları (56)

Alt Boyutlar	Ortalama±Standart Sapma
Fiziksel İşlevsellik	86.6±25.2
Fiziksel Rol güçlüğü	89.5±29.6
Ağrı	86.1±20.6
Genel Sağlık Algısı	73.9±17.5
Vitalite (Yaşamsallık)	67.0±13.8
Sosyal İşlevsellik	94.8±14.2
Emosyonel Rol Güçlüğü	94.7±20.9
Ruhsal Sağlık	73.5±11.6

Kaynak: (Aksu, 2008)

Tablo 3.2. SF-36 Puanının Hesaplanması (58)

	Yaşam Kalitesi Alt Ölçekler	Soru Numaraları	Olası En Düşük Puanlar	Olası En Yüksek Puan Aralığı
Fiziksel Sağlık	Genel Sağlık Algısı	1-33-34-35-36	5	20
	Fiziksel Fonksiyon	3-4-5-6-7-8-9-10-11-12	10	20
	Fiziksel Rol Güçlüğü	13-14-15-16	4	4
	Ağrı	21-22	2	10
Mental Sağlık	Emosyonel Rol Güçlüğü	17-18-19	3	3
	Sosyal Fonksiyon	20-32	2	8
	Mental Sağlık	24-25-26-28-30	5	25
	Vitalite	23-27-29-31	4	20

Kaynak: (Demiral, 2006)

$$\text{Alt Ölçek Skoru} = \frac{\text{Elde edilen ham puan} - \text{En düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan}} \times 100$$

Tablo 3.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Bileşenleri (59)

Alt Ölçekler	Soru sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel İşlev	10	Yıkanma ve giyinme dâhil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dâhil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
Fiziksel Rol	4	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Ağrı	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık Algısı	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötü gideceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Yaşamsallık	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
Sosyal İşlev	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
Mental Rol	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
Mental İşlev	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Kaynak: (Bozdemir, 2006)

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler 1 Şubat-30 Nisan 2015 tarihler arasında daha önce sözü edilen hastanelerde TKP ameliyatı olan ve ameliyatından sonra en az üç ay geçen hastalardan araştırmacının kendisi tarafından toplandı. Hafta içi rutin poliklinik kontrolüne geldiklerinde, araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalara araştırmannın amacı açıklandı, veri toplama araçları tanıtıldı ve gönüllü olanlar araştırmaya dahil edildi. Okuma yazma bilen hastaların kendisi formları doldurdu. Bilmeyenlere ise araştırmacı tarafından sorular okundu ve formlar dolduruldu. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Her bir hasta için formların doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

3.6. Etik İlkeler

Araştırmanın etik açıdan değerlendirilebilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kuruluna başvuru yapıldı. Kurul 03.02.2015 tarih ve 2015-004 sayılı yazısı ile çalışmanın yapılmasına onay verdi. Çalışma yapılırken tüm gönüllülerden sözlü onay alındı. Çalışmanın yürütülebilmesi için çalışmanın yapıldığı Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Malatya Özel Hayat Hastanesi'nden de gerekli yazılı izin alındı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama işlemi bitirildikten sonra elde edilen veriler bilgisayarda istatistiksel işlemleri yapmak için hazır hale getirildi. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı (n) ve yüzde değeri (%), sayısal değerlerin gösteriminde normal dağılıma uygun veriler için ortalama±standart sapma, uymayan veriler için medyan \pm SS, ve Kruskal Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklemin olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olması ve sonuçların sadece bu örnekleme grubundaki hastalara genellenebilmesi bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=50)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş (yıl) Ort.±SS*=73.70±6.98; Medyan=72.50; En Küçük-En Büyük=65-91		
65-70 yaş arası	21	42.0
71-75 yaş arası	12	24.0
76 ve üzeri	17	34.0
Cinsiyet		
Kadın	22	44.0
Erkek	28	56.0
Medeni Durum		
Evli	37	74.0
Bekar	13	26.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eşiyle birlikte	27	54.0
Eşi ve çocuklarıyla birlikte	16	32.0
Diğer*	7	14.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	16	32.0
Okuryazar	12	24.0
İlkokul	10	20.0
Ortaokul ve üzeri öğretim	12	24.0
Aylık Gelir Durumu		
Gelir, Giderden Az	7	14.0
Gelir, Giderden Fazla	12	24.0
Gelir ve Gider Eşit	31	62.0
Yaşanılan Yer		
Köy / kasaba	9	18.0
İlçe	17	34.0
Şehir	24	48.0
Ameliyat Öncesi Çalışma		
Evet	5	10.0
Hayır	45	90.0

*Yaşadığı kişiler itibariyle diğer yanıtı verenlerden %4'ü yalnız, %2'si huzur evinde, %8'i ise akrabalarının yanında kalmaktadır.

Tablo 4.1'de total kalça protezi uygulanan hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Buna göre araştırma kapsamına alınan

hastaların %56'sının (n=28) erkek, grubun yaş ortalamasının 73.70±6.98 olduğu görüldü. Hastaların % 32'sinin (n=16) okuryazar olmadığı, %74'ünün (n=37) evli, %48'inin (n=24) şehirde yaşadığı, hastaların %54'ünün (n=27) eşiyile birlikte yaşadığı, hastaların yarısından fazlasının (%62) gelirinin giderine eşit olduğunu beyan ettiği görüldü.

Tablo 4.2. Hastaların Bazı Tıbbi Özellikleri ve Evde Yaşam Koşullarına Göre Dağılımı (N=50)

Tıbbi Özellikler ve Evde Yaşam Koşulları	Sayı	%
Kronik Hastalık Varlığı		
Kronik hastalığı yok	20	40.0
1 kronik hastalığı var	22	44.0
2 ve üzeri kronik hastalığı var	8	16.0
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Evet	45	90.0
Hayır	5	10.0
TKP Ameliyatından Sonra Geçen Süre		
En az 3 ay	14	28.0
4-7 ay arası	23	46.0
8 ay ve üzeri	13	26.0
Aktivitelerde Bağımlılık Durumu		
Tamamen bağımlı	5	10.0
Yarı bağımlı	35	70.0
Bağımsız	10	20.0
Ev işlerine yardım eden kişi		
Eşi ve çocukları	44	88.0
Diğer**	6	12.0
Yardım Alınan Ev İşi		
Taşıma ve hareket	21	42.0
Giyinme ve yemek yapma	17	34.0
Banyo, Tuvalet ve Temizlik	12	24.0
Kontrol Gitme Süresi		
1-3 ay arası	34	68.0
4- 6 ay arası	16	32.0
Yatak İçi veya Dışı Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	46	92.0
Hayır	4	8.0
Yapılan Egzersiz Sayıları (Haftada)		
1-2 egzersiz	18	39.1
3 ve üzeri egzersiz	28	60.9

* Diğer olarak gösterilenlerin 4'ünün akrabaları, 2'sinin bakıcı yanıtını verdikleri görüldü.

Tablo 4.2. incelendiğinde, hastaların % 40'ının (n=20) kronik bir hastalığı olmadığı, % 44'ünün (n=20) yalnızca bir kronik rahatsızlığı olduğu, % 90'ının (n=45) sürekli olarak bir ilaç kullandığı, % 46'sının total kalça protezi ameliyatı olmalarının üzerinden (n=23) 4-7 ay arası bir zaman geçtiği görüldü.

Hastaların % 70'inin (n=35) aktivitelerinde yarı bağımlı olduğunu beyan ettiği, % 88'inin (n=44) ev işlerinde eşi ve çocuklarının yardım ettiği, yardım alınan ev işlerinde ise % 42'sinin (n=21) yalnızca taşıma ve hareket işlerinde, % 34'ünün (n=17) giyinme ve yemek yapmada, % 24'ünün (n=12) banyo, tuvalet ve temizlik işlerinde yardım aldıklarını beyan ettikleri belirlendi.

Ameliyat sonrası kontrole gitme aralığının % 68'inde (n=34) 1-3 ay arası olduğu, % 92'sinin (n=46) ameliyat sonrası yatak içi veya dışında egzersiz yaptığı, egzersiz yapanların ise % 39.1'inin (n=18) günde 1-2 egzersiz yaptığı, % 60.9'unun (n=28) 3 ve üzeri egzersiz yaptığı belirlendi.

Tablo 4.3. Hataların Düşme Öyküsü ve Düşmeden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemler (N=50)

Düşme ve Düşmeden Korunmalarına İlişkin Durumlar	Sayı	%
Düşme Durumu		
Evet	23	46.0
Hayır	27	54.0
Düşmeyi Önleyici Kolluk Durumu		
Var	15	30.0
Yok	35	70.0
Evde Düşmeye Neden Olabilecek Dış Kaynakların Varlığı		
Islak, kaygan zemin	10	32.3
Yetersiz aydınlatma	9	29.0
Merdivenlerin fazla olması, korkuluk olmaması	7	22.6
Diğer*	5	16.1
Düşme Sayısı		
1 kez	12	52.2
2 ve üzeri	11	47.8
Düşme Yeri		
Ev	17	73.9
Diğer**	6	26.1
Düşme Nedeni		
Denge kaybı	8	34.8
Dış Kaynaklı	6	26.1
Diğer***	9	39.1
Düşmeden Sonra Önlem Alma		
Evet	5	21.7
Hayır	18	78.3
Eve Giriş - Çıkış Yeri Bilgisi		
Asansör	25	50.0
Merdiven	25	50.0
Yardımcı Araç Kullanım Bilgisi		
Baston	42	84.0
Tekerlekli Sandalye ****	4	8.0

* 1 kişi yatağın yüksek olmasını, 3 kişi yüksek ve engebeli yerleri beyan etmiştir.

** 4 kişi sokak, 2 kişi bahçede düştüğünü beyan etmiştir.

*** 8 kişi bilmediğini, 1 kişinin de tansiyon düşmesi nedeniyle düştüğünü beyan etmiştir.

**** 4 kişi yardımcı araç kullanmadığını 4 kişi tekerlekli sandalye kullandığını beyan etmiştir.

Tablo 4.3'de Total Kalça Protezi uygulanan hastaların düşme bilgileri, düşme yeri, nedenleri, düşmeye bağlı almış oldukları önlemler gibi yanıtlarının dağılımı gösterilmiştir.

Buna göre, Total Kalça Protezi uygulanan hastaların %46'sının (n=23) daha önceden düşme yaşadığını, %70'inin (n=35) düşmeyi önleyici kolluk olmadığını

beyan ettiği, evde düşmeye neden olan dış etkenler olarak %32.3'ünün (n=10) ıslak, kaygan zemini, %29.0'ının (n=9) yetersiz aydınlatmayı, %22.6'sının (n=7) merdivenlerin fazla olması, korkuluk olmamasını, %16.1'inin (n=5) ise yatağın yüksek olmasını, yüksek ve engebeli yerleri beyan ettiği saptandı.

Düşme yaşıyanların düşme sayısı olarak %52.2'sinin (n=12) bir kez % 47.8'inin (n=11) 2 ve üzeri sayıda düşme yaşadığını beyan ettiği, düşme yeri olarak % 73.9'unun (n=17) evde düştüğünü % 26.1'inin (n=6) sokak veya bahçede düştüğünü beyan ettiği belirlendi.

Hastaların, düşme nedeni olarak % 34.8'inin denge kaybı, % 26.1'inin (dış kaynaklı, % 39.1'inin (n=9) ise diğer sebeplerden (8 kişi düşme nedenini bilmiyor, 1 kişi de tansiyon sebebiyle) düştüğünü beyan ettikleri, %78.3'ünün (n=18) düşmeden sonra önlem almadığını, % 21.7'sinin (n=5) düşmeden sonra önlem aldığını beyan ettiği görülmektedir.

Katılımcıların yarısının asansör ile yarısının merdiven ile eve giriş çıkış yaptığını, % 56'sının düşmeden sonra önlem almadığını, yardımcı araç olarak % 84'ünün (n=42) baston kullanırken, % 16'sının (n=8) diğer araçları kullandıklarını veya araç kullanmadıklarını beyan ettikleri görüldü.

4.2. Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4.4: Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=50)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	En Küçük	En Büyük	Ortalama±SS*
Fiziksel Sağlık	65.00	95.00	85.90±7.82
Mental Sağlık	56.00	93.00	76.53±9.40

*SS: Standart Sapma

Total kalça protezi uygulanan hastaların yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalamaları 85.90±7.82; mental sağlık puan ortalamaları 76.53±9.40 olarak bulunmuştur. (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=50)

ALT ÖLÇEKLER	En Küçük	En Büyük	Ortalama±SS*
Fiziksel İşlev	39.00	90.00	74.40±14.12
Fiziksel Rol	33.00	66.00	56.10±12.91
Ağrı	22.00	88.00	52.14±23.81
Genel Sağlık Algısı	65.00	95.00	76.00±10.92
Yaşamsallık	35.00	90.00	61.80±16.40
Sosyal İşlev	44.00	99.00	69.08±13.15
Mental Rol	48.00	96.00	73.60±23.08
Mental İşlev	45.00	100.00	80.60±16.30

Total kalça protezi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve alt grupların puan ortalamaları; Fiziksel İşlev puan ortalaması; 74.40±14.12, Fiziksel Rol; 56.10±12.91, Ağrı; 52.14±23.81, Genel Sağlık Algısı; 76.00±10.92, Yaşamsallık; 61.80±16.40, Sosyal İşlev; 69.08±13.15, Mental Rol; 73.60±23.08, Mental İşlev; 80.60±16.30 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	Fiziksel Sağlık Ort.±SS* Test, p	Mental Sağlık Ort.±SS* Test, p
Yaş (yıl) 65-70 yaş arası (n=21) 71-75 yaş arası (n=12) 76 ve üzeri (n=17)	44.00±2.79 45.50±2.02 44.59±2.47 KW=-3.367, p=0.186	48.81±3.32 50.08±1.37 49.18±2.94 KW=-0.100, p=0.951
Cinsiyet Kadın (n=22) Erkek (n=28)	44.50±2.60 44.64±2.51 U=298.00, p=0.840	49.14±2.98 49.36±2.77 U=-296.00, p=0.801
Medeni Durum Evlü (n=37) Boşanmış / dul (n=13)	44.51±2.62 44.69±2.39 U=-239,50 p=0.982	49.14±2.92 49.54±2.63 U=-226.50, p=0.801
Birlikte Yaşadığı Kişiler Eşiyle birlikte (n=27) Eşi ve çocuklarıyla birlikte (n=16) Diğer (n=7)	45.07±2.40 43.56±2.65 44.86±2.47 KW=0.805, p=0.669	49.37±2.83 49.00±2.82 49.29±3.25 KW=0.944, p=0.624
Eğitim Durumu Okur yazar değil (n=16) Okur yazar (n=12) İlkokul (n=10) Ortaokul ve üzeri öğretim (n=12)	43.58±3.26 44.44±2.47 45.60±1.17 44.83±2.55 KW=-2.625, p=0.453	47.58±3.77 49.38±2.52 50.80±0.42 49.42±2.71 KW=2.043, p=0.564
Aylık Gelir Durumu Gelir, Giderden Az (n=7) Gelir, Giderden Fazla (n=12) Gelir ve Gider Eşit (n=31)	44.17±2.72 44.71±2.36 44.68±2.57 KW=3.066, p=0.216	49.00±2.82 49.57±3.35 49.26±2.80 KW=0.887, p=0.642
Yaşanılan Yer Köy / kasaba (n=9) İlçe (n=17) Şehir (n=24)	44.44±2.74 44.29±2.66 44.79±2.46 KW=0.034, p=0.983	49.56±2.06 48.94±3.03 49.33±3.01 KW=1.100, p=0.577
Ameliyat Öncesi Çalışma Evet (n=5) Hayır (n=45)	43.60±2.19 44.67±2.57 U=70.50, p=0.159	49.20±4.02 49.24±2.73 U=79.00, p=0.245

*SS:

KW:Kruskal Wallis Test

U:Mann-Whitney U Test

Total kalça protezi uygulanan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Fiziksel Sağlık ve Mental Sağlık alt alanları arasındaki puan dağılımları yukarıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4.6'dan da görüleceği üzere katılımcıların yaşı, cinsiyet, medeni durumu, birlikte yaşıdığı kişiler, eğitim durumları, aylık geçim durumu, yaşanan yer ve ameliyat öncesi çalışma durumları ile fiziksel ve mental sağlık alt alanlarının anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$) görüldü.



Tablo 4.7. Hastaların Bazı Tıbbi Özellikleri ve Evde Yaşam Koşulları İle Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=50)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Sağlık Ort.±SS* Test, p	Mental Sağlık Ort.±SS Test, p
Kronik Hastalık Bilgisi Kronik hastalığı yok (n=20) 1 kronik hastalığı var (n=22) 2 ve üzeri kronik hastalığı var (n=8)	44.70±2.63 44.64±2.46 44.00±2.77 KW=0.137, p=0.934	48.90±3.56 49.45±2.32 49.50±2.20 KW=2.832, p=0.243
Sürekli İlaç Kullananlar Evet (n=45) Hayır (n=5)	44.44±2.61 45.60±1.51 U=87.50, p=0.402	49.11±2.95 50.40±0.54 U=102.50, p=0.728
TKP Ameliyatından Sonraki Süre Bilgisi 3 ay ve altı (n=14) 4-7 ay arası (n=23) 8 ay ve üzeri (n=13)	43.93±2.81 44.83±2.22 44.77±2.83 KW=2.615, p=0.270	48.71±3.31 49.74±2.71 48.92±3.35 KW=1.638, p=0.441
Aktivitelerde Bağımlılık Durumu Tamamen bağımlı (n=5) Yarı bağımlı (n=35) Bağımsız (n=10)	45.00±1.41 44.66±2.57 44.00±2.94 KW=2.120, p=0.346	50.80±0.44 49.11±2.91 48.90±3.14 KW=3.344, p=0.188
Evde İşlere Kimin Yardım Ettiği Bilgisi Eşi ve çocukları (n=44) Diğer (n=6)	44.57±2.57 44.50±2.51 U=123.00, p=0.781	49.25±2.77 49.17±3.54 U=124.50, p=0.810
Yardım Alınan Ev İşi Bilgisi Taşıma ve hareket (n=21) Giyinme ve yemek yapma (n=17) Banyo, Tuvalet ve Temizlik (n=12)	44.38±2.69 44.94±2.19 44.33±2.87 KW=1.719, p=0.423	48.95±3.24 49.76±2.33 49.00±2.82 KW=0.095, p=0.954
Kontrolle Gitme Süresi 1-3 ay arası (n=34) 4- 6 ay arası (n=16)	44.41±2.54 44.88±2.57 U=239.00, p=0.477	49.15±2.98 49.44±2.55 U=267.50, p=0.920
Yatak İçi veya Dışı Egzersiz Yapma Evet (n=46) Hayır (n=4)	44.57±2.63 44.50±1.00 U=70.00, p=0.415	49.11±2.91 50.75±0.50 U=-56.00, p=0.167
Yapılan Egzersiz Sayıları 1-2 egzersiz (n=18) 3 ve üzeri egzersiz (n=28)	44.56±2.99 44.57±2.44 U=227.00, p=0.588	48.61±2.91 49.43±2.92 U=-160.00, p=0.027

KW: Kruskal Wallis Test

U: Mann-Whitney U Test

Total kalça protezi uygulanan hastaların önceki ve şimdiki temel hastalık bilgileri ile Fiziksel Sağlık ve Mental Sağlık alt alanları arasındaki puan dağılımları yukarıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4.7’de görüleceği üzere katılımcıların kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu, ameliyattan sonraki geçen süre, aktivitelerde bağımlılık durumu, ev işlerinde kimlerin yardım ettiği, yardım alınan ev işleri, kontrole gitme süreleri, yatak içi ve dışı egzersiz yapmaları ve yaptıkları egzersiz sayıları ile fiziksel ve mental sağlık alt alanları arasında karşılaştırmalar yapılmış ve sadece yapılan egzersiz sayıları ile mental sağlık alt alanlarının anlamlı bulunduğu ($p<0.05$), diğer alanların anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$) görüldü.

Tablo 4.8. Hastaların Düşme Öyküsü ve Düşmeden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemler İle Fiziksel ve Mental Sağlık Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=50)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Sağlık	Mental Sağlık
	Ort.±SS*	Ort.±SS
	Test, p	Test, p
Düşmeyi Önleyici Kolluk Durumu Var (n=15) Yok (n=35)	45.20±2.30 44.29±2.61 U=209.50, p=0.245	49.73±2.49 49.03±2.97 U=220.50, p=0.851
Evde Düşmeye Neden Olan Dış Kaynaklar Islak, kaygan zemin (n=10) Yetersiz aydınlatma (n=9) Merdiven fazl., korkuluk olmaması (n=7) Diğer (n=5)	44.80±2.09 46.00±1.22 43.29±3.20 42.80±2.68 KW=2.586, p=0.460	49.80±2.78 50.44±0.52 48.57±2.44 48.00±3.93 KW=1.861, p=0.602
Düşme Durumu Evet (n=23) Hayır (n=27)	44.22±2.55 44.85±2.53 U=258.50, p=0.294	49.39±2.42 49.11±3.17 U=310.00, p=0.992
Düşme Sayısı Bilgisi 1 kez (n=12) 2 ve üzeri (n=11)	43.75±2.49 44.73±2.64 U=47.50, p=0.237	49.50±2.15 49.27±2.79 U=60.00, p=0.693
Düşme Yeri Bilgisi Ev (n=17) Diğer (n=6)	44.65±2.52 43.0±2.44 U=29.50, p=0.118	49.47±2.47 49.17±2.48 U=0.51, p=0.999
Düşme Nedeni Bilgisi Denge kaybı (n=8) Zemin Kaynaklı (n=6) Diğer (n=9)	43.37±2.97 44.50±1.22 44.78±2.86 KW=0.943, p=0.624	48.25±3.24 50.83±0.40 49.44±2.00 KW=0.708, p=0.702
Önceki Düşme Ortamı İlişkisi Aynı (n=11) Farklı (n=12)	43.55±2.50 44.83±2.55 U=43.50, p=0.151	49.55±2.29 49.25±2.63 U=48.50, p=0.249
Düşmeden Sonra Önlem Alma Evet (n=5) Hayır (n=18)	44.20±2.68 44.22±2.60 U=44.00, p=0.938	49.60±2.07 49.33±2.56 U=44.50, p=0.968
Eve Giriş - Çıkış Yeri Bilgisi Asansör (n=25) Merdiven (n=25)	44.76±2.36 44.36±2.73 U=301.500, p=0.825	49.44±2.98 49.04±2.71 KW=243.50, p=0.15
Yardımcı Araç Kullanım Bilgisi Baston (n=42) Diğer (n=8)	45.13±2.41 44.45±2.57 U=139.00, p=0.458	50.00±1.69 49.10±2.99 U=147.50, p=0.560

KW:Kruskal Wallis Test, U:Mann-Whitney U Test

Total kalça protezi uygulanan hastaların düşme ve düşmeden korunmaları ile Fiziksel Sağlık ve Mental Sağlık alt alanları arasındaki puan dağılımları yukarıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4.8’de görüleceği üzere katılımcıların düşmeyi önleyici kolluk durumu, evde düşmeye neden olan dış kaynaklar, düşme ve düşme sayısı, düşme yeri, düşme nedeni bilgisi, önceki düşme yeri ile düşmeden sonra önlem alıp almadıkları, eve giriş-çıkış yeri bilgisi ile yardımcı araç kullanım bilgilerine vermiş oldukları yanıtları ile fiziksel ve mental sağlık alt alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0.05$) görüldü.



5. TARTIŞMA

Cerrahi hastalarının tedavi ve bakımı, uygulanan girişime göre değişiklik gösterir. Hastanın tedavileri sırasında bakımının kaliteli ve güvenli olabilmesi, tıbbi hataların en aza indirilmesi, yattığı sırada ya da taburculuk sonrası gelişebilecek sorunlar ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılmasında, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesinde ve bu doğrultuda hasta ve ailesinin eğitiminde sağlık ekibinin izlemi çok önemlidir (4,37).

Bu araştırmada total kalça protezi uygulanan hastaların yarısından fazlasının erkek, grubun yaş ortalamasının ise 73.70 ± 6.98 olduğu görülmüştür. Hastaların % 32'sinin okuryazar olmadığı, çoğunluğunun evli, yarıya yakının şehirde yaşadığı, hastaların yarısından fazlasının yalnız eşyle birlikte yaşadığı, katılımcıların yarısından fazlasının (%62) gelirinin giderine eşit olduğunu beyan ettiği görülmüştür (Tablo 4.1). Yapılan başka bir çalışmada ortopedi hastalarının çoğunlukla 55 yaş ve üzerinde, kadın olduklarını göstermektedir (60). Elibol'un (2011) yaptığı saha çalışmasında ise total kalça protezi (TKP) uygulanan 18 yaş ve üzeri 35 erkek ve 59 kadın olmak üzere toplam 94 hasta alınmıştır. Bu çalışmada kadınlara TKP cerrahi uygulama oranı daha fazladır. Çalışmaya alınan hastaların çoğunluğu aileyle birlikte, az bir kısmı ise yalnız yaşamaktadır. Çalışmaya alınan hastaların yarısından fazlası apartmanda ve çoğunluğu şehir merkezinde yaşamaktadır (62). Başka bir çalışmada hastaların ortopedik tedaviden beklentileri ve amaçlarının; yaşa, cinsiyete, tanıya, yaşam tarzına ve kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak çok farklı olabildiği rapor edilmiştir (62). Bizim çalışmamızda ise yaşa, cinsiyete, tanıya, aile yapısına ve gelir durumuna göre yaşam kalitesinin değişmediği gözlenmiştir. Bunun nedeni yapılan çalışmada daha az kişi sayısı ile yapılması, bölgesel farklılıkların ve 65 yaş üzeri hastalarla çalışılmasının etkisi diye nitelendirilebilir. Bu nedenle bu araştırma literatür çalışmalarıyla benzerlik göstermemektedir. Yaşam tarzına ve kültürel alışkanlıklarla ilişkili olarak toplumlara özgü bilgilere gereksinim duyulmaktadır. Fonksiyonel ihtiyaçlarda kültürel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim çalışmamız gibi kültürel farklılıkları dikkate alan çalışmalara daha fazla ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan hastaların % 40'ının kronik bir rahatsızlığı olmadığı, % 44'ünün yalnızca bir kronik rahatsızlığı olduğu, çoğunluğunun sürekli olarak bir ilaç kullandığı, total kalça protezi ameliyatı olmalarının üzerinden yarıya yakınının 4-7 ay arası bir zaman geçtiği görülmüş, hastaların çoğunun aktivitelerinde yarı bağımlı olduğunu beyan ettiği, çoğunluğunun ev işlerinde eşi ve çocuklarının yardım ettiği, yardım alınan ev işlerinde ise yarıya yakınının yalnızca taşıma ve hareket işlerinde, % 34'ünün giyinme ve yemek yapmada, % 24'ünün banyo, tuvalet ve temizlik işlerinde yardım aldıklarını beyan ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2).Curry ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında en çok yardım gerektiren özbakım aktivitelerinin başında banyo yapmanın geldiği saptanmıştır. Alışveriş–ev işleri gibi hareket gerektiren aktiviteler en zahmetli işler olarak görülmekteyken, hastaların en fazla giyinme ve banyoda sıkıntı çektikleri tespit edilmiştir (63).Archibald'in (2003) çalışmasında ise daha çok alış-verişte yardıma gereksinim duydukları belirlenmiştir (8). Cree ve ark'nın (2001) çalışmasında da kalça kırığı öncesi günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabilen hastaların çoğunluğunda banyo yapma veya giyinmede bazı işlevsel bağımlılıklar geliştiği bizim bulgularımızı desteklemektedir (64). Hastaların büyük çoğunluğu rahatsızlıkları suresince aileleri ile beraber oldukları ve ihtiyaçları yakınları tarafından karşılandığı için yalnızlık deneyimlememişlerdir. Çalışmamızda da yaşlı olan hastalar çocuklar ve eşleri ile, ebeveyn olan hastaların ise; anne, eş ve çocukların desteği ile rahatsızlıklarının üstesinden geldikleri belirlenmiştir. Bu sonuca göre yapılan araştırma diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda Total Kalça Protezi uygulanan hastaların yarıya yakınının daha önceden düşme yaşadığını, çoğunluğunun düşmeyi önleyici kolluk olmadığını beyan ettiği, evde düşmeye neden olan dış etkenler olarak %32.3'ünün ıslak, kaygan zemini, %29.0'ının yetersiz aydınlatmayı, %22.6'sının merdivenlerin fazla olması, korkuluk olmamasını, %16.1'inin ise yatağın yüksek olmasını, yüksek ve engebeli yerleri beyan ettiği saptanmıştır. Düşme yaşayanların düşme sayısı olarak yarısının bir kez yarıya yakınının ise 2 ve üzeri sayıda düşme yaşadığını beyan ettiği, düşme yeri olarak çoğunluğunun evde düştüğünü % 26.1'inin sokak veya bahçede düştüğünü beyan

ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Düşenlerin önceki düşme ortamına ilişkin olarak yarıya yakınının daha önceden beyan ettiği aynı yerde düştüğü, yarıdan fazlasının önceki düşme ortamından farklı bir yerde düştüğünü beyan ettiği, çoğunluğunun düşmeden sonra önlem almadığını, %21.7'sinin düşmeden sonra önlem aldığını beyan ettiği görülmektedir. Katılımcıların yarısının asansör ile yarısının merdiven ile eve giriş çıkış yaptığını, yarıdan fazlasının düşmeden sonra önlem almadığını, yardımcı araç olarak çoğunluğunun baston kullanırken, % 16'sının diğer araçları kullandıklarını veya araç kullanmadıklarını beyan ettikleri görülmüştür (Tablo 4.3). Santy ve Mackintosh'un (2001) çalışmasında da araştırmaya katılan hastaların çoğunda düşmeye bağlı gelişen kırık nedeni ile TKP ameliyatı uygulanmıştır. Düşme sonucu kırık gelişen hastaların yaşlarının 35 ile 56 olduğu görülmüştür (65). Bu literatür çalışması yapılan araştırmayla benzerlik arz etmektedir.

Total kalça protezi uygulanan hastaların yaşam kalitesi fiziksel sağlık puan ortalamaları 39.90 ± 8.53 ; mental sağlık puan ortalamaları 43.93 ± 9.86 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Jones (2001) yaptığı çalışmada, TKP sonrası altıncı ayda hastalara uyguladığı SF-36 skorlamasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve ağrıda büyük gelişmeler saptamıştır (66). Sinici ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmasında TKP uygulamasının hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Hastalara operasyondan 3 ay sonra SF-36 anketi uygulanmış ve yaşam kalite düzeyi yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmada da yaşam kalitesi değerleri yüksek bulunduğu için Sinici'nin çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların demografik özellikleri ile fiziksel ve mental sağlık alt alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür (Tablo 4.6). Katılımcıların kronik hastalık, kullandığı ilaç, ameliyattan sonraki süre, aktivitelerde bağımlılık, ev işlerinde kimlerin yardım ettiği, yardım alınan ev işleri ile kontrole gitmeleri, yatak içi ve dışı egzersiz yapmaları ile fiziksel ve mental sağlık alt alanları arasında karşılaştırmalar yapılmış ve yapılan egzersiz sayıları ile mental sağlık alt alanı arasında anlamlı bulunduğu, diğer alanlar ile anlamlı bulunmadığı görülmüştür (Tablo 4.7). Katılımcıların düşmeyi önleyici kolluk durumu, evde düşmeye neden olan dış kaynaklar, düşme ve düşme sayısı, düşme yeri, düşme nedeni bilgisi, önceki düşme yeri ile düşmeden sonra önlem alıp almadıkları, eve giriş-çıkış yeri bilgisi ile

yardımcı araç kullanım bilgilerine vermiş oldukları yanıtları ile fiziksel ve mental sağlık alt alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür (Tablo 4.8).Bachmeier ve arkadaşları (2001) ameliyat öncesi bekleme süresi ve yaşın TKP sonrası yaşam kalitesini etkilemediğini gözlemlemişlerdir. Daha genç hastaların daha fazla hareket kazandıklarını ve ağrı dışındaki SF-36 değerlerinin daha fazla yükseldiğini belirtmişlerdir (67).

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirilmiştir. TKP sonrası geç dönemde ağrının ortadan kalkması, fonksiyonların geri kazanılması ile yaşam kalitesindeki artış literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sonuç olarak;

- Total kalça protezi uygulanan hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının erkek olduğu ve erkeklerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu,
- Total kalça protezi uygulanan hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 83.83 ± 9.86 olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumları, aylık geçim durumu, yaşanılan yer durumlarının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda geliştirilen öneriler:

- İlerleyen yaşla birlikte fiziksel yetersizlikleri, destek ihtiyacı artan yaşlılara tedavi ve bakım yapılması, psikolojik ve sosyal destek sağlanarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesi,
- Erkeklere oranla daha yüksek oranda emosyonel reaksiyon gösteren kadın hastalara yeterli desteğin sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi,
- Eğitim düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi konusunda eğitilmesi ve bu konuda bilinçlendirilmesi,
- Hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini değerlendirebilecek çalışmalar yaparak, hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik tedavi ve bakımın düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Eftekhar, N. S. Preoperative Planning. Total Hip Arthroplasty. Volume 1 By Mosby-Year Book.p: 315-317, 593-600, 1993.
2. Güler M, Tosun M, Uslu T. Artroplastisi rehabilitasyonu. Oğuz H (ed). Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti. İstanbul, 525 – 532, 1995.
3. Kaya SH. Selim Prostat Hiperplazili Hastalarda Uygulanan Ameliyat öncesi Bakım ve Eğitimin Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesine Etkisi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
4. Şendir, M. Total Kalça Protezi Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Ameliyat Sonrası Fiziksel Uyum Ve Yaşam Kalitesine, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 2000.
5. Cameron, H. U., Brotzman, S. B., Boolos, M. Rehabilitation After Total Joint Arthroplasty. Clinical Orthopaedic Rehabilitation. Ed.: S. Brent Brotzman. By Mosby Year Book. P.:283-302, 1999.
6. Gürsoy, D. Kalça Eklemının Anatomi Ve Fizyolojisi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. p.: 4-8, 2003.
7. Yaban, Ş. Total Kalça Protezi Ameliyatı Olan Hastaların Deneyimleri, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, Kocaeli, 2006.
8. Archibald, G. Patients' experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*. Vol:44 (4), p.: 385, 2003.
9. Tözün R. Displazik ve doğuştan kalça çıkıklı olgularda çimentosuz total kalça protezi uygulamaları. XIV. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, İzmir, 29 Eylül- 4 Ekim;52 -54, 1995.
10. Taşocak G. Hasta Eğitimi. Profesörlük Çalışması, Necdet Ozalit, İstanbul, 1999.
11. Johansson, K., Huplı, M., Salantera, S. Patients' Learning Needs After Hip Arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*. 11: 634-639., 2002.
12. Birol, L. Hemşirelik ile İlgili Kuramlar. Hemşirelik Süreci. 4. baskı.sf.:44-85, 2000.
13. Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. Hemşirelik Esasları. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:225, Etam AŞ, Eskişehir;2-21, 1991.
14. Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. Profesörlük Çalışması, İstanbul, 1998.

15. Birol L. Hemşirelik Süreci.3.Baskı,Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti. İzmir, 20-43,85-108, 1997.
16. Uyer G. Hemşireliğe Genel Bakış. Ankara; 13-15,108-129, 1992.
17. Ülker S. Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem.Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995;8-18, 1995.
18. Velioğlu P. Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset Matb., İstanbul;3-22,55-59,167-170, 2004.
19. Ünver B, Plaklı total kalça protezi uygulamalarında iki farklı rehabilitasyon programının karşılaştırılması Doktora Tezi. İzmir, 2002.
20. Donald A. Neumann, Claudia M. Grosz, Elisabeth Roen Kelly, Craig Kiefer, Kimberly Martens. Kinesiology of the Musculoskeletal System: (Çev: Nuray Elibol), Foundations for Rehabilitation, 2009.
21. Algun C. Uygulamalı Fizik Tedavi Rehabilitasyon; 3. Baskı: 351-363, 2002.
22. Tekin B, Türk toplumunda diz protezi uygulanan hastaların beklentileri Uzmanlık Tezi, İzmir, 2008.
23. İyem C, Proksimal femur' un morfolojik ve morfometrik değerlendirilmesi, Doktora tezi. İzmir; 3-106, 2008.
24. Can F. Alt Ekstremitte Endoprotezlerinin Rehabilitasyonu. Ankara: V. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyum Kitabı; 37-43, 2004.
25. Can F, Halleçeli H, Alpaslan M, Erden Z, Bayrakçı V. Çimentosuz Kalça Artroplastilerinde Rehabilitasyonun Etkileri. Ankara: V. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyum Kitabı; 397-404, 1994.
26. Munin MC, Hockenberry PS, Flynn PG, Toplak W. Rehabilitation. In: Callaghan JJ, Rosenberg AG, Rubash HE, editors. The Adult Hip. (Çev: N. Elibol), Philadelphia: Lippincot Raven Publishers; 1571-1579, 1998.
27. Mancuso CA, Graziano S, Briskie LM, Peterson MG, Pellicci PM, Salvati EA, Sculco TP. Randomized trials to modify patients' preoperative expectations of hip and knee arthroplasties. (Çev: N. Elibol), Clin Orthop Relat Res. 466:424-31, 2008.
28. Nişan, N. Öğrenci İçin Kısa Ortopedi. İstanbul. sf.: 126-130, 1993.
29. Karadağ, A. Total kalça protezi takılan hastada ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(2); 117-125,

- 1997.
30. Erden, Z., Tugay, N., Akarcalı, İ., Çıtak, İ., Surat, A. Kalça Kırığı Olan Yaşlı Hastalarda Postoperatif Erken Dönem Bakım Olanakları Evde Bakım Kongresi.p.:289-294, 1998.
 31. Şendir, M. Kalça Protezi Uygulanacak Hastanın Ameliyat Sonrası Bakım ve Eğitimi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. p.:14-17, 2003.
 32. Aydın, R. Total Kalça Artroplastisi ve Rehabilitasyonu. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. sf.:363-368, 2000.
 33. Ege, R. Kalça Cerrahisi ve Sorunları. Ankara. 883-907, 1994.
 34. Dal, Ü. Kalça protezi uygulanan hastaların “Vaka Yönetimi Modeli” ile izlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu, Doktora Tezi, Ankara, 2002.
 35. Gürsoy, D. Kalça Eklemının Anatomi Ve Fizyolojisi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul. p.: 4-8, 2003.
 36. Branson, J. J., Goldstein, W. M. Primary total hip arthroplasty. Home Study Program. *AORN Journal* . Vol:78, No:6.,p.: 946-974, 2003.
 37. Aksoy G Kanan N, Akyolcu N Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları. No:263, Eskişehir, 2-14:142-158, 1992.
 38. Temple, J., Total Hip Replacement. *Nursing Standard*. Vol: 19, No: 3, p.:44-51, 2004.
 39. Yaban, Z. Ş. ve Karaöz, S. Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11-7, 2007.
 40. Erdil F, Elbaş ÖN Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 4. Baskı. Ankara, sf: 583-587, 2001.
 41. Atizer L. Patient education for total hip or knee replacement. *Orthopaedic Nursing*, 23(4): 283-288, 2004.
 42. Aksoy G Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. AÜ Açıköğretim Fakültesi Yayınları. No:263, Eskişehir, 2-14:142-158, 1992.
 43. Buldukoğlu K Ata/ay M. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin duyguları, düşünceleri ve bilgi istekleri. Uluslar arası Cerrahi Kongresi'88, 92-97, 1988.

44. Dadaş S. Kalça protezi uygulanacak hastanın ameliyat öncesi bakım ve eğitimi. XVIII. MiHi Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. İstanbul, 9-13, 2003.
45. Çimete G. Ağrı kavramı. Türk Hemşireler Dergisi, 44(5- 6): 42-46, 1994.
46. Albulak. R. Ameliyat sonrası mobilizasyon ve hemşirelik bakımı. Hemşire, 48(1): 12-14, 1998.
47. Sindel, D. ve Dıraçoğlu, D. Kalça Kırığı ve Cerrahi Sonrası Rehabilitasyon, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, İstanbul, ;1-499, 2009.
48. Pınar R. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Sendrom Dergisi , 9(9):117-24, 1997.
49. Bilir Kaya B, İçağasioğlu A. Romatoid Artritli Hastalarda Kısa Form 36'nın Güvenilirlik ve Geçerliliği. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2009.
50. Sinici, E., Tunay, S., Tunay, V. ve Kılıç, E. Primer kalça protezi uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Dergisi, 42(1):22-25, 2008.
51. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF. 3P Dergisi, 7(Ek 2):5-13, 1999.
52. Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Edirne: 2008.
53. Dal Ü, Hatipoğlu S. Kalça protezi uygulanan hastaların vaka yönetimi modeli ile izlenmesi. Hemşirelik Forumu 6: 19-27, 2003.
54. Ware JE, Sherbourne CD The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 30:473-83, 1992.
55. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. ve ark. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi.1999.
56. Aksu M. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2008.

57. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa Form-36 (SF-36). 3 P Dergisi 7 (Ek. 2), 14- 22, 1999.
58. Demiral, Y., “Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2006.
59. Bozdemir H. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.
60. Öztürk A. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniklerinde Yatan Kadın Hastaların Osteoporoz Bilgi Düzeyi ve Öz-Etkililik Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2008.
61. Elibol, N., Türk Toplumunda Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Beklentilerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
62. Mulholland SJ, Wyss UP. Activities of daily living in non-Western cultures. Range of motion requirements for hip and knee joint implants. *International Journal of Rehabilitation Research*. 24:191-198, 2001.
63. Curry, L. C., Hogstel, M. O., Davis, G. C.. Functional status in older women following hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*. 42(4), 347-354, 2003.
64. Cree, M., Carriere, K. C., Soskolne, C. L., Suarez- Almazor, M. Functional dependence after hip fracture. *Am J Phys Med Rehabil*. Vol: 80: 736-743, 2001.
65. Santy, J., Mackintosh, C. A phenomenological study of pain following fractured shaft of femur. *Journal of Clinical Nursing*. Vol:10, p.:521-527, 2001.
66. Jones CA. Voaklander DC. Johnston DW ve ark. The effect of age on pain, function and quality of life after total hip and knee arthroplasty. *Arch Intern Med* 161:454-460, 2001.
67. Bachmeier CJ, March LM, Cross MJ, Lapsley HM, ve ark. A comparison of outcomes in osteoarthritis patients undergoing total hip and knee replacement surgery. *Osteoarthritis Cartilage*. 9(2):137-46, 2001.

EKLER

EK 1: Sosyo Demografik Özellikler Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, "Total kalça protezi uygulamasının hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ." amacıyla uygulanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için vereceğiniz yanıtlar çok önemlidir. Bilgileriniz gizli tutulup, yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Nurhayat İŞBİLİR

Anket No:

- 1) Doğum Tarihi:(yıl)
- 2) Cinsiyetiniz
 - a)Kadın
 - b)Erkek
- 3) Eğitim durumunuz
 - a)Okur yazar
 - b)Okur yazar değil
 - c)İlkokul
 - d)Ortaokul
 - e)Lise
 - f)Yüksekokul-Fakülte
- 4) Medeni durumunuz
 - a)Evli
 - b)Bekar
 - c)Dul/Boşanmış
- 5) Şu anda nerde yaşıyorsunuz?
 - a)Köy/Kasaba
 - b)İlçe
 - c)Şehir
- 6) Birlikte yaşadığınız kişiler
 - a)Yalnız
 - b>Eşimle birlikte
 - c)Eşim ve çocuklarımla birlikte
 - d)Diğer
- 7) Aylık gelir durumunuz nedir?
 - a)Gelir giderden fazla
 - b)Gelir giderden az
 - c)Gelir gidere eşit
- 8) Sosyal güvenceniz var mı?
 - a)Evet
 - b)Hayır
- 9) Total Kalça Protezi ameliyatı öncesi çalışma durumunuz
 - a)Evet (yaptığınız işi yazınız:.....)
 - b)Hayır
- 10) (Bir önceki soruya cevabınız evet ise)Total Kalça Protezi ameliyatı sonrası çalışma durumunuz
 - a)Evet, aynı işte çalışmaya devam ediyorum
 - b)Evet, ancak farklı bir işte çalışıyorum
 - c)Hayır çalışmıyorum

- 11) Mevcut kronik hastalık/hastalıklarınız var mı?
a)Herhangi bir kronik rahatsızlığım yok
b)Hipertansiyon (yüksek tansiyon)
c)Diyabetes mellitus (şeker hastalığı)
d)Kalp hastalıkları
e)Romatizma uygulandı
f)Böbrek yetmezliği
- 12) Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?
a)Evet (Açıklayınız.....)
- 13) Total Kalça Protezi ameliyatını ne zaman oldunuz?
.....ay önce
- 14)Günlük aktivitelerinizi yerine getirirken başkalarına bağımlılık durumunuz nedir?
a)Tamamen Bağımlı
b)Yarı bağımlı
c)Bağımsız
- 15) Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığınız işlerde size kim/Kimler yardım ediyor?
a)Eşim ve çocuklarım
b)Annem ve kardeşlerim
c)Akrobam
d)Hiç kimse
e)Diğer(Açıklayınız.....)
- 16) Hangi işleri yaparken yardım alıyorsunuz?
(.....)
-
- 17) Günlük yaşantınızda ağrınız olduğunda aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?
a)Uyurum
b)Müzik dinlerim
c)Sıcak uygulama yaparım
d)Ağrıyan bölgeye masaj yaparım
e)Hareket etmem
f)Diğer (Açıklayınız.....)
- 18) Hastaneye kontrole gelme aralığınız nedir?
(.....)
- 19) Hastaneden taburcu olurken sağlık çalışanları tarafından ameliyat sonrası yapılması ve yapılmaması konusunda bilgilendirildiniz mi ?
a)Evet
b)Hayır
- 20) Yatak içinde ve yatak dışında egzersiz yapıyor musunuz?
a)Evet
b)Hayır

- 21) Cevabımız evet ise aşağıdakilerden hangisini yada hangilerini yapıyorsunuz?
a) Kısa yürüyüşler (ara ara dolaşma)
b) Yatak içinde kol ve bacakların hareketi
c) Yatak içinde pozisyon değiştirme
d) Uzun süre oturmama
e) Yatarken iki bacak arasına yastık koyma
f) Diğer (Açıklayınız.....)
- 22) Banyoda ve tuvalette düşmeyi önleyici kolluk var mı?
a) Var
b) Yok
- 23) Hareket kısıtlılığına bağlı olarak bazı günlük yaşam aktivitelerinizde etkilenme oldu mu?
a) Hayır
b) Evet (Aşağıda işaretleme yapınız)
1) Hareket
2) Yeme-içme-iştah
3) Uyku
4) Yıkanma
5) Giyinme
6) Kişiler arası ilişkiler
7) Duygusal durum
- 24) Ev ortamında düşmeye neden olabilecek dış kaynaklar var mı? Varsa işaretleyiniz.
a) Islak, kaygan zemin
b) Yetersiz aydınlatma
c) Dağınık oda
d) Yatağın yüksek pozisyonda olması
e) Alçak tuvalet yada tuvalet yükselticisinin olmaması
f) Merdivenlerin fazla olması korkuluk olmaması
g) Diğer (Açıklayınız.....)
- 25) Daha önce düşme yaşadınız mı?
a) Evet (kaç kez)
b) Hayır
- 26) Düşme yeriniz
a) Ev
b) Sokak
c) Hastane
d) Diğer (Belirtiniz.....)
- 27) Düşme olayı yaşadysanız düşme nedeni nedir?
a) Bilmiyor
b) Denge kaybı
c) Baş dönmesi
d) Tansiyon
e) Nöbet
f) Zemin kaynaklı
g) Diğer (Açıklayınız.....)
- 28) Daha önce düşme olayı yaşadysanız düştüğünüz ortam aynı mı farklı mı?
a) Aynı
b) Farklı

- 29) Düşme olayı yaşadıysanız düşmeden sonra önlem aldınız mı?
a)Evet (Açıklayınız).....
b)Hayır
- 30) Eve giriş çıkış hangisi ile yapılmakta?
a)Asansör
b)Merdiven
- 31) Yardımcı araç kullanımı yapıyor musunuz?
a)Kullanmıyorum
b)Tekerlikli sandalye
c)Baston
d)Koltuk değneği



EK 2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1-Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a)Mükemmel b)Çok iyi c)İyi d)Orta e)Kötü

2-Ameliyattan önceki durumunuzla karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a)Çok daha iyi
b)Biraz daha iyi
c)Hemen hemen aynı
d)Biraz daha kötü
e)Çok daha kötü

Aşağıda, normal bir günde yapabileceğiniz aktivitelerin verildiği bir tablo görmekteyiz. Şimdiki sağlık durumunuz, bu etkinlikleri yaparken sizi kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar kısıtlıyor? (Her satır için size en uygun olan rakamı işaretleyiniz)

	Çok Kısıtlıyor	Biraz Kısıtlıyor	Hiç Kısıtlamıyor
3-Ağır kaldırmak, koşmak, yorucu sportif faaliyetlerde bulunmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
4-Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK veya ağır olmayan spor aktiviteleri gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
5-Alışveriş poşetlerini kaldırmak veya taşımak	1	2	3
6-Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	1	2	3
7-Merdivenle bir kat çıkmak	1	2	3
8-Esneme hareketleri, Eğilme veya diz çökme	1	2	3
9-Bir-iki km yürüme	1	2	3
10-Bir Sokak öteye yürüme	1	2	3
11-Birkaç Sokak öteye yürüme	1	2	3
12- Kendi kendine banyo yapabilme ve giyinme	1	2	3

Son bir ayda, çalışma ortamındaki işleriniz ya da günlük rutin işlerinizi yerine getirirken, **bedensel sağlığınızın sonucu olarak aşağıdaki sorunlardan biri veya birkaçıyla karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
13-İş ya da diğer aktiviteleri yaparken harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
14-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
15-Yapabileceğiniz iş veya aktiviteler sınırlı sayıda mıydı?		
16-İş veya diğer aktiviteleri yaparken, daha çok efor sarf etmek suretiyle zorlandınız mı?		

Son bir ayda, çalışma ortamındaki işleriniz ya da günlük rutin işlerinizi yerine getirirken, **duygusal sorunlarınızın sonucu olarak** (bunalım ve kaygı gibi) aşağıdaki sorunlardan biri veya birkaçıyla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17-İş ya da diğer aktiviteleri yaparken harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
18-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
19-İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

20-Son bir ayda, bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aile, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi nasıl etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b) Çok az etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Çok etkiledi
- e)Aşırı derecede etkiledi

21-Son bir ayda ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

22-Son bir ayda ağrınız, rutin işlerinizi (evdeki ve evin dışındaki) ne derece etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b) Çok az etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Çok etkiledi
- e)Aşırı derecede etkiledi

Aşağıdaki sorular son bir ayda neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, son bir aydaki sıklığını göz önüne alarak, duygularınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz lütfen.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23-Kendinizi yaşam dolu hissetme	1	2	3	4	5	6
24-Sınırlı bir insan olma	1	2	3	4	5	6
25-Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissetme	1	2	3	4	5	6
26-Kendini sakin ve uyumlu hissetme	1	2	3	4	5	6
27-Kendinizi çok fazla enerjik hissetme	1	2	3	4	5	6
28-Kendinizi cesareti kırılmış ve hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5	6
29-Kendinizi tükenmiş hissetme	1	2	3	4	5	6
30-Kendinizi mutlu hissetme	1	2	3	4	5	6
31-Kendinizi yorgun hissetme	1	2	3	4	5	6

32-Son bir ayda bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal etkinliklerinizi(akraba veya arkadaş ziyareti gibi) ne sıklıkta engeller?

a)Her zaman

b)Çoğu zaman

c)Bazen

d)Nadiren

e)Hiçbir zaman engellemez

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olan rakamı işaretleyin lütfen.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33-Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim	1	2	3	4	5
34-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
35-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
36-Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 3: Etik Kurul Onayı

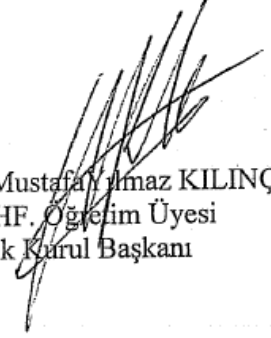
**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**

03.02.2015

Sayın Nurhayat İŞBİLİR

“Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi Ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine” konulu çalışmanız 03.02.2015 tarih 2015-004 nolu etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mustafa İlmaç KILINÇ
MÜHF. Öğretim Üyesi
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU KARARI**

Karar no : 2015 -04
Karar tarihi : 03.02.2015

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Tezli Yüksek Lisans öğrencisi, Nurhayat İŞBİLİR'in "*Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi Ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesine*" konulu çalışması;

Etik kurulumuz tarafından incelenerek belirtilen araştırmanın yürütülmesinin uygun görülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa Yılmaz KILINÇ
Başkan

Prof. Dr. Şaban KAYIHAN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY
Üye

Yrd. Doç. Dr. Gülşem MUŞLU KAYGISIZ
Üye



ASLI GİBİDİR
Mustafa ÖZTÜRK
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Genel Sekreter Yrd.

EK 4: Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yazılı İzin Belgesi



Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 42883194 -01/ 2312
Konu : Dilekçeniz

04/02/2015

Sn:Nurhayat İŞBİLİR
Hemşire

İlgi: 04/02/2015 tarihli dilekçeniz,

İlgi tarihli dilekçenize istinaden, "Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu Hasan Kalyoncu Üniversitesi' nin 03/02/2015 tarih ve 2015-004 nolu etik kurul onaylı çalışmayı Hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Şenel ÖNER
Başhekim Yardımcısı

EK 5: Malatya Özel Hayat Hastanesi Yazılı İzin Belgesi



Atatürk (Kışla) Cad.No : 47/A MALATYA
Tel : (0 422) 325 00 60 (pbx)
Fax : (0 422) 324 60 80

Tarih :/...../20.....

04/02/2015

ÖZEL EGM HAYAT HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Sayın Nurhayat İŞBİLİR'E ait ilgili dilekçeye istinaden; "Total Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesi ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi "konulu Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nin 03/02/2015 tarih ve 2015-004 nolu etik kurul onaylı çalışmayı hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Op. Dr. Fatih BULUT
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Malatya da doğdum. İlk orta ve lise öğrenimini Malatya da tamamladım. 2006 yılında Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunu kazandım. Bir yıl burada eğitim-öğretime devam edip yatay geçişle Fırat Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okuluna geçtim. Fırat Üniversitesinden mezun oldum. 4 yıldır Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi-Beyin Cerrahi servisinde hemşire olarak görev yapmaktayım. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programına başladım. 2014 yılında Hasan Kalyoncu Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans bölümüne yatay geçiş yaptım.

Nurhayat İŞBİLİR