



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ROY ADAPTASYON MODELİNİN FİZYOLOJİK ALANI
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN, KALÇA VEYA
DİZ ARTROPLASTİSİ OLANLARIN ERKEN DÖNEM
FİZİKSEL UYUMUNA VE HAREKETLİLİĞİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve ÖZSOY

İSTANBUL - 2018



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ROY ADAPTASYON MODELİNİN FİZYOLOJİK ALANI
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN, KALÇA VEYA
DİZ ARTROPLASTİSİ OLANLARIN ERKEN DÖNEM
FİZİKSEL UYUMUNA VE HAREKETLİLİĞİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ

Merve ÖZSOY

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN

İSTANBUL – 2018

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

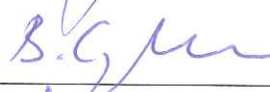

Program : Hemşirelik

Tez Başlığı : Roy Adaptasyon Modelinin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin, Kalça veya Diz Artroplastisi Olanların Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğine Etkisi.

Tez Sahibi : Merve Özsoy


Sınav Tarihi : 25.05.2018

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı: Tez danışmanı:	Prof.Dr.Hediye Arslan Özkan	
Üye	Dr.Öğt. Üyesi Bilgi Gülseven Karabacak	
Üye:	Dr.Öğt. Üyesi Sevim Şen	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01/06/2018 tarih ve 2018/09-30 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

... /... /2018

İmza

Merve ÖZSOY

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde değerli bilimsel katkıları, önerileri ve deneyimleri ile bana rehberlik eden ve beni her zaman destekleyen **kıymetli hocam Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN'a**,

Tezimin istatistik veri analizinde bilgi ve desteğini eksik etmeyerek motivasyonumu arttıran **Dr. Öğr. Üyesi Özlem CAN GÜRKAN'a**

Yüksek Lisans eğitimim boyunca **emeği geçen tüm hocalarıma**,

Tezimin Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Servisi'nde yürütülmesinde katkıda bulunan **başta meslektaşlarım hemşireler olmak üzere tüm klinik çalışanlarına** ve çalışmama katılmaya gönüllü olup araştırmama destek veren **tüm hastalara**,

Hiçbir zaman sevgisini ve desteğini eksik etmeyen, beni her zaman sabırla dinleyen **çok sevdiğim annem**, özverili katkılarıyla bugünlere gelmemi sağlayan **çok değerli babam**, her zaman desteğini omzumda hissettiren ve bana ışık tutan **canım ablama**,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

İÇİNDEKİLER

ONAY	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜRLER	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
ABSTRACT	xi
ÖZET	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalça Artroplastisi	4
2.1.1. Kalça Artroplastisinin Tanımı ve Amacı	4
2.1.2. Kalça Artroplastisinin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	4
2.1.3. Kalça Artroplastisinin Komplikasyonları	5
2.2. Diz Artroplastisi	7
2.2.1. Diz Artroplastisinin Tanımı ve Amacı	7
2.2.2. Diz Artroplastisinin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	7
2.2.3. Diz Artroplastisinin Komplikasyonları	8
2.3. Kalça ve Diz Artroplastisinde Hemşirelik Yaklaşımı	9
2.3.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı	10
2.3.2. Ameliyat Sırasında Hemşirelik Yaklaşımı	11
2.3.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı	11
2.4. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Roy Adaptasyon Modeli	12
2.4.1. Roy Adaptasyon Modeli'nin Gelişim Süreci	12
2.4.2. Roy Adaptasyon Modeli'nin İçeriği	13
2.4.3. Araştırmalarda Roy Adaptasyon Modeli Kullanımının Önemi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni	18

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Dahil Edilme – Edilmeme Kriterleri	19
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri	19
3.4.2. Dahil Edilmeme Kriterleri	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.5.1. Bağımsız Değişkenler	21
3.5.2. Bağımlı Değişkenler	21
3.6. Verilerin Elde Edilmesi	21
3.6.1. Araştırmada Kullanılan Materyaller	21
3.6.1.1. Kalça Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı	21
3.6.1.2. Diz Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı	21
3.6.2. Veri Toplama Araçları	22
3.6.2.1. Hasta Değerlendirme Anketi	22
3.6.2.2. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	22
3.6.2.3. Hasta Hareketlilik Ölçeği	22
3.6.2.4. Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu	23
3.6.2.5. Eğitim Memnuniyet Anketi	23
3.6.2.6. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin/Anketlerin Cronbach's Alpha İç Tutarlılık Değerleri	23
3.7. Araştırmanın Uygulanmasına Aşamaları	24
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	24
3.7.2. Eğitim Grubuna Uygulanması	24
3.7.3. Kontrol Grubuna Uygulaması	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	43
5.1. Hastaların Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Hastalık ve Ameliyatına İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.2. Hastaların Fiziksel Uyumu ve Hareketliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50

6.2. Öneriler	52
7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER	60
9. ÖZGEÇMİŞ	101



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.2. Hastaların Bazı Özellikleri ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Hastaların Hastalık ve Ameliyat İle İlişkili Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Hastaların Ameliyat Sonrası 1. Gün Mobilizasyon Öncesi Hayati Bulgularının Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Hastaların 1. ve 2. Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.7. Hastaların Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'na Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

Tablo 4.8. Eğitim Grubundaki Hastaların Eğitim Memnuniyet Anketine Verdikleri Cevapların Dağılımları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Şekil 2. Araştırmanın Eğitim Grubuna Uygulama Aşamaları

Şekil 3. Araştırmanın Kontrol Grubuna Uygulama Aşamaları



KISALTMALAR

ABD – Amerika Birleşik Devletleri

BKİ – Beden Kitle İndeksi

DVT – Derin Ven Trombozu

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SS – Standart Sapma

dk – Dakika



ABSTRACT

Özsoy M. (2018). The Effects of Early Physical Adaptation and Mobility on The Hip or Knee Arthroplasty of Preoperative Education Given in The Direction Of The Physiological Mode of The Roy Adaptation Model. Yeditepe University, Institute Of Health Sciences, Department Of Nursing, Msc Thesis, İstanbul.

Introduction: Especially seen in elderly population and mostly caused by osteoarthritis hip or knee joint disorders also applied arthroplasty individuals, it is a difficult process that is irreversible and is a new dimension in the lives of individuals. The primary aim of the nurse fulfilling the educational role of the individual's right to take to give the correct information necessary to achieve and to increase physical adaptation to plan the targeted initiatives.

Aim: The purpose of the study was determine the effect of preoperative applied (demonstrative) education on hip or knee arthroplasty patients' early physical adaptation and mobility. This study is based on the Physical Mode of Roy Adaptation Model.

Materials and Method: The study was carried out hospitalized patients with hip or knee arthroplasty in a private university hospital in İstanbul between dates 01/11/2017 - 01/04/2018. The sample of the study consist of 78 patients which included 41 patients in the education group and 37 patients in the control group. Patients' physical adaptation and mobility were evaluated using the Patient Mobility Scale and Observer Mobility Scale and Physical Adaptation Assesment Form that was prepared by the researcher. Data were evaluated in SPSS 20.0 program, determining statistical analyses (number, percent, average, standard deviation, minimum-maximum value), Chi-square, Fisher's Exact, Wilcoxon, and Mann-Whitney U test and with %95 trust interval, $p < 0.05$ meaning level.

Results: In the research, the average age of education group was 70.0 ± 9.1 , female (%75.6), married (%63.4) and high school graduates (%39) were predominant; the average age of control group was 72.4 ± 9.5 , female (%81.1), married (%56.8) and high school graduates (%54.1) were predominant. In terms of many variables (age, sex, marital status, graduates, BKİ, frequency of defecation, choronic disease, complaints caused by surgery etc.) between groups, there was no difference statistically ($p > 0.05$). When both groups are compared, there was a statistically significant dfference in Patient

Mobility Scale, Observer Mobility Scale and Physical Adaptation Assessment Form (p<0.05).

Conclusion and Recommendations: Results showed that preoperative education based on the Physical Mode of Roy Adaptation Model improves physical adaptation and mobility of hip or knee arthroplasty patients. It is recommended to increase studies about physical adaptation and mobility of hip or knee arthroplasty patients.

Key Words: Roy Adaptation Model, hip arthroplasty, knee arthroplasty, physical adaptation, preoperative patient education.



ÖZET

Özsoy M. (2018). Roy Adaptasyon Modelinin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin, Kalça veya Diz Artroplastisi Olanların Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğine Etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Giriş: Özellikle yaşlı nüfusta görülen ve çoğunlukla osteoartrit nedeniyle kalça veya diz ekleminde meydana gelen bozukluklarda uygulanan artroplastik bireyler için geri dönüşü olmayan zor bir süreçtir. Artroplastik ameliyatı bireylerin hayatına yeni bir boyut kazandırarak, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda hemşirenin temel amacı, eğitici rolünü yerine getirerek bireyin sağlığına kavuşması için gerekli olan doğru bilgiyi vermek ve fiziksel uyumunu arttırmaya yönelik girişimleri planlamaktır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde verilen uygulamalı (demonstratif) eğitimin, kalça veya diz artroplastisi olan hastaların ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Servisi'nde 01.11.2017 – 01.04.2018 tarihleri arasında kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Örneklemi, randomize kontrollü yöntem kullanılarak seçilen 41'i eğitim, 37'si kontrol grubu olmak üzere toplam 78 hasta oluşturmuştur. Hastaların fiziksel uyumu ve hareketliliği, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değer), Ki-kare, Fisher's Exact, Wilcoxon, Mann-Whitney U kullanılarak, %95'lik güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada eğitim grubundaki hastaların yaş ortalamasının 70 ± 9.1 olduğu ve kadınların (%75.6), evli olanların (%63.4) ve lise mezunu olanların (%39) daha fazla oranda olduğu; kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 72.4 ± 9.5 olduğu; kadınların (%81.1), evli olanların (%56.8) ve lise mezunu olanların (%54.1) daha fazla orana sahip olduğu belirlendi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim

durumu, beden kitle indeksi, dışkılama sıklığı, kronik hastalık bulunma durumu, şikayet süresinin varlığı gibi birçok değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Her iki grubun verileri Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği doğrultusunda ve Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puanları yönünden karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Sonuçlar ameliyat öncesi Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olacak hastalara uygulamalı eğitim verilmesi, hastaların fiziksel uyumunu ve hareketliliğini arttırdığını göstermektedir. Kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastaların fiziksel uyumunu ve hareketliliğini inceleyen çalışmaların daha geniş örneklemeler ile yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Roy Adaptasyon Modeli, kalça artroplastisi, diz artroplastisi, fiziksel uyum, ameliyat öncesi hasta eğitimi.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada ortalama insan ömrünün uzaması ile artan yaşlı nüfusta, kas-iskelet sistemi hastalıklarının neden olduğu şiddetli ağrı ve fiziksel fonksiyon bozuklukları da giderek artmakta ve önemli bir sorun haline gelmektedir (Bilik Ö, 2017). Kas - iskelet sisteminin yapı ve işlev bakımından geri dönüşümsüz olarak bozulması bireyin hareket fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle yaşlı nüfusta görülen ve çoğunlukla osteoartrit nedeniyle olduğu kalça veya diz ekleminde meydana gelen bozukluklar bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Açıksöz ve Uzun, 2007; Kılıç ve ark., 2009).

Osteoartrit, romatoid artrit, travma sonucu eklem yaralanması, kalça kırığı, doğuştan kalça çıkığı gibi nedenlerle yapı ve işlev bakımından geri dönüşümsüz olarak bozulan eklemin normal fonksiyonunu sağlamak, hareket kısıtlılıklarını gidermek ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla kalça artroplastisi ameliyatı uygulanmaktadır. Hasar gören kalça ekleminin yerine aynı işlevi görecektir olan yapay kalça eklemi yerleştirme işlemi 'kalça protezi' veya 'kalça replasmanı' olarak da tanımlanmaktadır (Elmalı, 2009; Şimşek Yaban ve Karaöz, 2007).

Osteoartrit, romatoid artrit ve travma kalça eklemi bozukluklarına yol açtığı gibi diz eklemi de bozabilmektedir. Diz eklemi bozulmasına bağlı olarak ortaya çıkan ağrı şikayeti, bireyin hareket fonksiyonunu olumsuz etkilemektedir. Uygulanan medikal tedaviye karşın şikayeti geçmeyen bireylerde, ağrıların giderilmesi ve yaşam kalitesinin yükselmesi amacıyla diz artroplastisi ameliyatı uygulanmaktadır. Hasar gören diz eklemi yerine aynı işlevi görecektir olan yapay diz eklemi yerleştirme işlemi 'diz protezi' veya 'diz replasmanı' olarak da tanımlanmaktadır (Demir ve Çalış 2002; Kılıç ve ark., 2009).

Diz ve kalça artroplastisi ameliyatları ortopedik cerrahide önemli bir yere sahiptir. İlk kalça artroplastisi 1890 yılında Almanya'da, ilk diz artroplastisi 1968 yılında İngiltere'de yapılmıştır. Günümüzde artroplastisi ameliyatı sonrasında aşınma, instabilite ve gevşeme gibi mekanik komplikasyonları azaltmaya yönelik çalışmalara devam edilmektedir. Son yıllarda artroplastisi ameliyatları tüm dünyada en sık uygulanan ortopedik cerrahilerden biri haline gelmiştir ve artroplastisi uygulanan hasta sayısı

giderek artmaktadır. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl yaklaşık 534.000 diz artroplastisi ameliyatı yapılmaktadır. ABD'de 2030 yılında toplam diz artroplastisi uygulanan hasta sayısının 3.48 milyon olabileceği öngörülmektedir (Altıntaş ve ark, 2009; Demir ve Çalış, 2002; Elmalı N, 2009; Maradit Kremers ve ark., 2015).

Kalça veya diz artroplastisi bireyler için geri dönüşü olmayan zor bir süreçtir ve bireylerin hayatına yeni bir boyut kazandırmaktadır. Büyük bir cerrahi olarak tanımlanan artroplastisi ameliyatı, bireyi biyopsikososyal yönden bir bütün olarak etkilemektedir. Bireylerin artroplastisi ameliyatı sonrasında hareket fonksiyonunu geri kazanmaları ve bağımsız olmaları zaman almaktadır. Örneğin; diz artroplastisi ameliyatından sonra iyileşme dönemi ortalama 3-6 ay sürmektedir (Altıntaş ve ark, 2009; Şendir, 2002). Bu nedenle bireylerin erken iyileşme ve fiziksel uyum sağlama konusunda doğru bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır. Bu noktada hemşirenin temel amacı, eğitici rolünü yerine getirerek bireyin sağlığına kavuşması için gerekli olan doğru bilgiyi vermek ve iyileşmesi için yapması gerekenlere teşvik etmektir (Şendir, 2002; Uzun, 2000).

Bu çalışma, hemşirelerin araştırmacı, bakım verici, eğitici rollerini ön plana çıkararak profesyonel hemşirelik rollerinin güçlendirilmesi ve hemşireliğe özgü bilgi oluşuma katkı sağlaması açısından önemlidir. Verilecek uygulamalı eğitimin kalça veya diz artroplastisi olan hastaların fiziksel uyumunu arttırmaya yönelik olması nedeniyle, hemşirelik kuramcılarında Sister Callista Roy tarafından geliştirilen Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanılmasına karar verilmiştir. Kalça ve diz artroplastisi ameliyatı olan hastaların hareket fonksiyonunun tamamen etkilendiği düşünülerek, Roy Adaptasyon Modeli'nin dört alanından biri olan 'Fizyolojik Alan' üzerinde durulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde verilen uygulamalı eğitimin, kalça veya diz artroplastisi olan hastaların ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H0) – Eğitim grubunun ameliyat sonrası 1. g¼n G¼zlemci Hareketlilik ¼lçeđi puanları ile kontrol grubunun 1. g¼n G¼zlemci Hareketlilik ¼lçeđi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Hipotez 2 (H0) – Eğitim grubunun ameliyat sonrası 2. g¼n G¼zlemci Hareketlilik ¼lçeđi puanları ile kontrol grubunun 2. g¼n G¼zlemci Hareketlilik ¼lçeđi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Hipotez 3 (H0) – Eğitim grubunun Hasta Hareketlilik ¼lçeđi puanları ile kontrol grubunun Hasta Hareketlilik ¼lçeđi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Hipotez 4 (H0) – Eğitim grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puanları ile kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalça Artroplastisi

2.1.1. Kalça Artroplastisinin Tanımı ve Amacı

Kalça eklemi, ilium, iskiium ve pubis kemiklerinden meydana gelerek yuva görünümüne sahip olan asetabulum ve top şeklinde olan femur başından oluşmaktadır. Omuz ekleminden sonra hareket alanı en geniş olan ikinci eklemdir. Bu eklemin sabitliği iliofemoral, pubofemoral ve iskiiofemoral bağlar ile sağlanmakta ve eklemin hareketinde 22 kas görev almaktadır. Kalça ekleminin ayakta durma, yürüme, kalkma, çömelme gibi önemli fonksiyonları vardır (Ekşioğlu ve ark., 2011; Turgut, 2015).

Vücut ağırlığına maruz kalan kalça eklemi, osteoartrit, romatoid artrit, travma sonucu eklem yaralanması, kalça kırığı, doğuştan kalça çıkığı gibi nedenlerle yapı ve işlev bakımından geri dönüşümsüz olarak hasar görebilmektedir (Şimşek Yaban ve Karaöz, 2007; Açüksöz ve Uzun, 2007; Şendir, 2002).

Kalça ekleminin bozulması ile meydana gelen ağrı ve hareket kısıtlılığı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinin engellenmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Uygulanan medikal tedavi ve tıbbi müdahaleye karşın, bireyde uzun süreli kalça ağrısı ve hareket kısıtlılığı olduğu durumlarda kalça artroplastisi ameliyatı uygulanmaktadır. Kalça ekleminin normal fonksiyonunu sağlamak, oluşan hareket kısıtlılıklarını gidermek ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla uygulanan kalça artroplastisi ameliyatında, hasar gören dokular ve kemikler doğal kalça eklemine benzer yapıda olan ve aynı işlevi gören metal yüzeylerle değiştirilmektedir (Elmalı, 2009; Şimşek Yaban ve Karaöz, 2007).

2.1.2. Kalça Artroplastisinin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Kalça artroplastisi osteoartrit, romatoid artrit, osteonekroz, kalça kırığı ve kalça çıkığı gibi nedenlerle yapılmaktadır. Kalça ekleminin yapı ve işlev bakımından fonksiyonunu kaybetmesi, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi ve tıbbi müdahaleye karşın geçmeyen şiddetli ağrı nedeniyle bireyin yaşam kalitesinin azalması da kalça artroplastisinin endikasyonları arasındadır. Sıklıkla ileri yaştaki bireylere osteoartrit nedeniyle uygulanan kalça artroplastisi ameliyatının, osteoartritin

sebepe olduğu ağrıları giderdiği ve iyileşme sağladığı görülmektedir (Elmalı, 2009; Yılmaz ve Bulut, 2009).

Aktif kalça eklemi enfeksiyonu ve sistemik enfeksiyon kalça artroplastisinin kesin kontrendikasyonları arasındadır. Nöropatik eklem, kalp damar hastalığı, obezite ve ciddi derecede sistemik hastalık varlığı kalça artroplastisinin göreceli kontrendikasyonlarıdır (Elmalı, 2009; Yılmaz ve Bulut, 2009). Kalça artroplastisi ameliyatına karar verilmeden önce bireyin detaylı anamnezi alınarak ve fizik muayenesi yapılarak, ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve ameliyat sonrası dönemde komplikasyon oluşturabilecek durumların göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Altıntaş ve ark., 2009).

2.1.3. Kalça Artroplastisinin Komplikasyonları

Kalça artroplastisi % 1–2 oranında mortalitesi ve %2-8 komplikasyon görülebilir orani ile büyük bir ortopedik cerrahi girişimi olarak değerlendirilmektedir. Diğer ameliyatlarda olduğu gibi, artroplastisi ameliyatı sonrasında da komplikasyonların oluşması bireyin fiziksel ve ruhsal uyumunun güçleşmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır. Komplikasyonların önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır (Savcı ve Bilik, 2015; Şendir, 2002). Kalça artroplastisi ameliyatından sonra oluşabilecek komplikasyonlar aşağıda verilmiştir.

✓ **Dislokasyon:** Özellikle ilk ayda insidansı yüksek olan ve %2-4 oranında görülen ciddi bir komplikasyondur (Lübbecke ve ark, 2009). Cerrahi revizyon gerektirebilen dislokasyonun ana nedeni bilgi eksikliğinden kaynaklanan yanlış hareketin veya pozisyonun sağlanmasıdır. Bu komplikasyon ameliyat sonrasında alınacak önlemler ve doğru bilgilendirmeyle en aza indirilebilmektedir. Örneğin; bacak arasına konan yastık dislokasyon riskini azaltmaktadır. Kalça artroplastisi sonrası dislokasyon komplikasyonunu önlemek için aşırı fleksiyon, addüksiyon ve dışa döndürme hareketlerinin yapılmamasına özen gösterilmelidir. Örneğin; zıplamak, koşmak, çömelmek gibi bazı aktiviteler, uygulanan artroplastinin ömrünü kısaltabilmekle beraber, dislokasyona da neden olabilmektedir. Bu nedenle bireye dislokasyona neden olabilecek pozisyonlar öğretilmeli ve gereken önlemlerin alınması sağlanmalıdır (Can, 2013; Elmalı,2009; Şendir, 2002; Lübbecke ve ark., 2009).

✓ **Enfeksiyon:** İlk kez uygulanan kalça artroplastisi ameliyatlarından sonra %1.3, revizyon kalça artroplastisi ameliyatlarından sonra ise yaklaşık %3.2 oranında görülmektedir. Enfeksiyon artroplastisi ameliyatından sonraki bir yıl içinde ortaya çıkabilmektedir. Diyabet hastalığı gibi bazı kronik hastalıklar enfeksiyon gelişme riskini arttırabilmektedir. Cerrahi ilerlemeler, aseptik koşullara dikkat edilmesi ve antibiyotik profilaksisinin uygulanması enfeksiyon riskini azaltmaktadır. Ameliyattan sonra vücudun başka bir yerinde bakteriyel enfeksiyon olursa hemen tedavi altına alınmalıdır (Elmalı, 2009; Yılmaz ve Bulut, 2009).

✓ **Kırık:** Artroplastisi ameliyatından sonra kırık komplikasyonunun görülme oranı yaklaşık %2-5 arasındadır. Gelişen teknoloji ile beraber cerrahi tekniklerin de gelişmesi sonucunda artroplastisi ameliyatından sonra kırık komplikasyonunun görülme sıklığı azalmıştır (Elmalı, 2009; Yılmaz ve Bulut, 2009).

✓ **Sinir hasarı:** Artroplastisi ameliyatı sonrasında geçici ya da kalıcı sinir hasarı ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla bu komplikasyon siyatik sinirde görülebilmektedir. Siyatik sinir hasarı geliştiği zaman, birey ayağını geriye doğru bükemez. Artroplastisi ameliyatından sonra siyatik sinir hasarı görülme oranı yaklaşık %0.7-1 arasındadır (Can, 2013; Yılmaz ve Bulut, 2009).

✓ **Derin Ven Trombozu (DVT) ve Emboli:** DVT ve pulmoner emboli yüksek morbidite ve mortalite oranı olan komplikasyonlardır. DVT'nin görülme sıklığı tam olarak bilinmemesine karşın dünyada 0.5/1000 oranında olduğu bilinmektedir. DVT bölgesel ağrı, ödem, ısı ve renk değişimi gibi bulgular ile ortaya çıkabilmektedir. Paraliziye bağlı uzun süre hareketsizlik, ileri yaş, kanser, obezite, kalça fraktürü gibi nedenlerle DVT ve emboli gelişme riski artmaktadır. Kalça artroplastisi ameliyatı da DVT komplikasyonu gelişmesi için yüksek risk oluşturan ortopedik cerrahi girişimlerden biridir. Kalça artroplastisi ameliyatından sonra DVT ve emboli komplikasyonunun önlenmesi için, hastanın bireysel özellikleri de dikkate alınarak erken mobilizasyonunun sağlanması gerekmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2014; Can, 2013; Yılmaz ve Bulut, 2009). Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, oksijen taşınmasını arttırmakta ve daha az kardiyak ve pulmoner komplikasyona yol açarak, mortaliteyi azaltmaktadır (Özçelik ve ark., 2017).

✓ **Yara komplikasyonları:** Yara bölgesinde hematoma görülme oranı yaklaşık %3-5 arasındadır (Yılmaz ve Bulut, 2009). Hareketsizliğe bağlı olarak

oluşabilecek basınç yaralarının önlenmesi açısından pozisyon değişimi, cilt bakımı, yeterli-dengeli beslenme ve yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır. Hastanın erken hareketliliğinin sağlanması ve bu konuda destek olunması da oluşabilecek basınç yaralarının önlenmesi konusunda önemli rol oynamaktadır (Can, 2013).

✓ **Heterotopik ossifikasyon.** Normalde kemikleşmenin olmaması gereken bir dokuda kemik oluşması ile karakterizedir. Heterotopik ossifikasyon hareket açıklığını etkilemekte ve genellikle ağrıya neden olmaktadır. Heterotopik ossifikasyon gelişmesi durumunda oluşan kemik cerrahi yol ile alınmaktadır. Kalça ameliyatı öyküsü varlığı, osteonekroz ve romatoid artrit kalçada heterotopik ossifikasyon oluşma riskini arttırmaktadır (Mayadağlı ve ark., 2012).

✓ **Gevşeme:** Kalça artroplastisi ameliyatından sonra uygun olmayan artroplastisi seçimi ve aşınma gibi nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (Yılmaz ve Bulut, 2009).

2.2. Diz Artroplastisi

2.2.1. Diz Artroplastisinin Tanımı ve Amacı

Özellikle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan diz eklemının işlevsel ve yapısal bozukluğu, bireyin hareket fonksiyonunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler ilerleyen zamanda günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremez ve şiddetli ağrı nedeniyle uyuyamaz duruma gelebilmektedir. Bu durum hastayı fizyolojik olduğu gibi psikolojik ve sosyal yönden de etkilemektedir (Kılıç ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2016). Uygulanan medikal tedaviye karşın, yaşam kalitesi olumsuz etkilenen bireylerin eklem hareket kısıtlılığının giderilmesi, ağrılarının azaltılması, varsa şekil bozukluğunun giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla diz artroplastisi ameliyatı yapılmaktadır. Günümüzde diz artroplastisi uygulanan bireylerin sayısı giderek artmakta ve uygulanan artroplastinin insan vücudunda bulunduğu süre uzamaktadır. Bu doğrultuda artroplastisi revizyon ameliyatının sayısının da arttığı söylenebilmektedir (Altıntaş ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2009).

2.2.2. Diz Artroplastisinin Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Tıbbi ve medikal tedavinin uygulanmasına karşın, dizin ön, iç ve dış kısmında bıçak saplanır gibi hissedilen şiddetli ağrı, hareket kısıtlılığı, fiziksel fonksiyonları

yerine getirememeye gibi durumlarda diz artroplastisi uygulanmaktadır (Altıntaş ve ark, 2009).

Enfeksiyon varlığı, sistemik hastalıklar, stabil ve ağrısız diz artrodezi, ileri derecede osteoporoz diz artroplastisi ameliyatının kesin kontrendikasyonlarıdır. İnsizyon bölgesinin yakınında kronik cilt hastalığı, eskiden geçirilmiş osteomyelit, ileri obezite ve nöropatik eklem varlığı diz artroplastisinin göreceli komplikasyonları arasındadır (Altıntaş ve ark, 2009; Demir ve Çalış, 2002; Kılıç ve ark., 2016).

2.2.3. Diz Artroplastisinin Komplikasyonları

✓ **Yara komplikasyonları:** Yara bölgesinde seröz akıntı veya hematoma gelişmesi, yaranın geç iyileşmesi, yaranın tekrar açılması gibi durumlar %10-15 oranında görülmektedir. (Kılıç ve ark., 2016). Yara iyileşmesini anemi, obezite, diyabet, sigara kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme olumsuz olarak etkilemektedir. Hastanın ameliyat öncesinde kan şekerinin normal değerinde olması enfeksiyon gelişmemesi ve yara iyileşmesi açısından oldukça önemlidir. Yara yerinin kontrol edilmesi ve pansumanının zamanında değişmesi önemlidir. Ayrıca yara yeri iyileşmesi için yapılacaklar konusunda hasta bilgilendirilmeli ve yeterli-dengeli beslenmenin önemi vurgulanmalıdır (Bilik, 2017).

✓ **Enfeksiyon:** Artroplastisi ameliyatının sık uygulandığı yerlerde, ameliyat sonrası enfeksiyonun görülme oranı yaklaşık %1'in altındadır. Ameliyattan önce cerrahi profilaksiye başlanması enfeksiyonun gelişme riskinin azalmasında önemli rol oynamaktadır (Altıntaş ve ark., 2009). Obez hastalarda artroplastisi ameliyatından sonra yara komplikasyonlarının ve enfeksiyonun görülme sıklığının daha yüksek olduğu ve hastanede kalış süresinin de daha uzun olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra romatoid artrit hastalarında, 6 günden uzun drenaj yeri akıntısı olanlarda, sık idrar yolu enfeksiyonu olanlarda, diyabet ve kanser hastalarında enfeksiyon gelişme oranı yüksektir (Altıntaş ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2016).

✓ **İnsitabilite ve dislokasyon:** Bireyler diz artroplastisinden sonra insitabilite ve dislokasyon geliştiği zaman ağrı hissetmekte, dizlerinin vücudunu taşımadığından ve sürtme sesinden şikayet etmektedir. Kullanılan alçı ve atellere, uygulanan rehabilitasyona karşı şikayetlerin geçmediği durumlarda cerrahi operasyon gerekmektedir (Altıntaş ve ark, 2009; Kılıç ve ark., 2016).

✓ **DVT ve Emboli:** Yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip olan DVT alt ekstremitelerde şişlik ve kızarıklık ile ortaya çıkabilmektedir. Semptomatik olarak %0.4 ve asemptomatik olarak %5.2 oranında görülmektedir. Eğer mekanik (antiembolik çorap, aralıklı pnömotik kompresyon cihazı, ayak bileği hareketi vb.) ve farmakolojik (heparin vb. kan sulandırıcılar) profilaksi uygulanmazsa DVT görülme sıklığı %40-84 arasındadır (Altıntaş ve ark., 2009). Sistemik hastalık varlığı, obezite ve diz artroplastisi ameliyatından sonra uzun süren hareketsizlik DVT ve emboli komplikasyonunun gelişme riskini arttırmaktadır. Diz artroplastisi ameliyatı sonrasında gerçekleşen ani mortalitenin yaklaşık %10-50'sini oluşturmaktadır (Bilik, 2017). Bireyin ameliyattan önce ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi komplikasyonların en aza indirilmesini sağlarken, ameliyattan sonra erken hareket ve mobilizasyonun planlanması DVT ve emboli gelişmesinin önlenmesi açısından önemlidir (Altıntaş ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2016). Hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saatte mobilizasyonu sağlandığında, ameliyattan sonra DVT ve emboli komplikasyonu gelişme olasılığı, yatış süresi ve maliyetleri azalmakta ve iyileşme süresi hızlanmaktadır (Uğurlu ve ark., 2017; Rice ve Walsh, 2001).

✓ **Kırık:** Diz artroplastisi ameliyatı sonrasında kırık komplikasyonu %2.8 oranında görülmektedir. Genelde steroid kullanan, romatoid artrit ve ileri derecede osteoporozu olan hastalarda görülmektedir. Revizyon artroplastisi ve aynı tarafta kalça protezi varlığı da kırık komplikasyonunun oluşmasına neden olabilmektedir (Altıntaş ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2016).

✓ **Gevşeme:** Diz artroplastisi ameliyatından sonra gevşeme komplikasyonu ağrı ile ortaya çıkabilmektedir. Septik gevşemede enfeksiyon bulgusu mevcut iken, aseptik gevşemede artroplastinin kemiğe yapılmış olan tespitinin ortadan kalktığı görülmektedir. Gevşeme aseptik oluşmuş ise cerrahi revizyon gerekmektedir (Altıntaş ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2016).

2.3. Kalça ve Diz Artroplastisinde Hemşirelik Yaklaşımları

Kalça veya diz artroplastisi ameliyatından sonra hastaların hareket fonksiyonu büyük ölçüde etkilenmekte ve bireyler bir süre için bağımlı hale gelmektedir. Bu durum bireylerin iyileşememe, fiziksel bağımsızlığını yeniden kazanamama, aile içi ve toplumsal rollerini yerine getirememeye gibi düşünceler geliştirmesine neden olmaktadır. Bu noktada hemşire, hastanın erken zamanda bağımsızlığını kazanabilmesi ve

biyopsikososyal yönden daha iyi olması için bakım verici rolünün yanı sıra eğitici rolünü de yerine getirmelidir (Şendir, 2002; Şendir ve Babadağ, 2000).

Hemşireler, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve sonrasında hastanın iyileşme sürecinin hızlanması açısından önemli rol almaktadır (Akyüz, 2017). Hemşirenin temel amacı ameliyat sonrasında hastanın gereksinimlerini karşılamak, komplikasyonların önlenmesini sağlamak ve hastanın en kısa zamanda fiziksel ve psikolojik yönden kendisini iyi hissetmesini sağlamasına yardımcı olmaktır (Şendir 2002).

2.3.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı

Ameliyat öncesi dönem hastanın servise kabulü, ameliyat öncesi değerlendirme, ameliyat öncesi eğitim ve taburculuk planlaması gibi süreçleri içermektedir. Bu dönemde hemşire etkin rol oynarsa, ameliyat sonrası döneme uyum ve iyileşme süresi daha hızlı olmaktadır. Ameliyat öncesinde hasta eğitimi hastaların daha az anksiyete ve korku hissetmesine, erken iyileşmesine, hastanede kalma süresinin kısalmasına ve maliyetin azalmasına yardımcı olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastaya verilen eğitimin amacı, hastanın uygulanacak girişim, beklenen sonuçlar, bakım, egzersiz gibi uygulamalara dair etkin karar verebilmesi, cerrahiye ve ameliyat sonrası döneme hazır olmasını sağlamaktır (Akyüz, 2017). Artroplasti ameliyatı olan hastaların en yüksek bilgi beklentileri biyofizyolojik ve fonksiyonel boyutlardadır (Cano-Plans ve ark., 2018). Yapılacak işlemlerin ne olduğunu bilmek ailesini ve hastayı rahatlatır, endişelerini giderir ve hasta memnuniyetini artırır. Ameliyat öncesinde hastanın yürüteç ile nasıl yürümesi gerektiği, solunum egzersizleri, yaşam biçimi değişiklikleri ve evde alınacak bazı önlemler öğretilmelidir (Şendir, 2002; Şendir 2012). Bu süreç içerisinde hastanın kendisini iyi ifade etmesine izin verilmeli ve hastanın aklındaki tüm sorular cevaplanmalıdır (Altizer, 2014).

Hemşire hastanın hangi bilgiye ihtiyacı olduğunu tespit etmeli ve verilecek eğitim hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bir başka ifadeyle, ameliyat öncesinde verilen eğitim, hastanın gereksinimlerine uygun olarak planlanmalıdır. Etkili hasta eğitimi için bilginin sürekli güncellenmesi gerekmektedir. Eğitim planlanırken bireyin özellikleri, inanç ve kültürel farklılıkları da dikkate alınmalıdır. Eğitime engel olabileceği için hastanın okuma yazma bilme durumu, kullandığı dil, ağrı ve stres varlığı, fiziksel ve bilişsel sorunları göz önünde bulunmalıdır (Şendir ve Babadağ, 2000; Uzun, 2000).

Eğitim ve taburculuk planlaması yatışın kısılması, tekrar yatışın önlenmesi ve taburculuk sonrasında hastanın ve ailesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden gereksinimlerini karşılayabilecek düzeye gelmesine yardımcı olmaktadır. Taburculuk sonrası dönemde geç komplikasyonlar açısından risk devam etmektedir. Taburculuk planlamasının yapılmadığı durumlarda, bireyler evde birçok sorunla karşılaşmakta ve hastaneye başvurmaktadır (Açıksöz ve Uzun, 2007; Akyüz, 2017). Etkili taburculuk planlaması hastanın ihtiyaçlarını belirleyerek evde bakımın devamlılığını sağlar ve kaliteyi artırır (Dal ve ark., 2012).

2.3.2. Ameliyat Sırasında Hemşirelik Yaklaşımı

Ameliyat sırasındaki dönem, hastanın cerrahi kliniğinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek kliniğe tekrar gönderilmesiyle sonlanmaktadır. Hasta ameliyathaneye geldiği andan itibaren, kimlik doğrulaması yapılarak ameliyathane oryantasyonu, uygulanacak anestezi türü, ameliyatın ne zaman başlayacağı ve yaklaşık olarak ne zaman biteceği, ameliyathane işleyişı ve ameliyat sonrası ağrı kontrolü konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalar ameliyat sırasında tamamen bilinci açık olabilme ihtimalinden, ağrı duymaktan ve ölmekten korkabilmektedir. Hastanın ameliyatı ile ilgili düşüncelerini açıklaması sağlanmalıdır (Şendir, 2002). Ameliyat sırasında, hasta güvenliği sürdürülmeli, beden sıcaklığı kontrol edilmeli ve gerekli enfeksiyon önlemleri alınmalıdır. Hasta bakım verilecek kliniğe transfer edilmeden önce hastanın hayati bulgularının normal değerlerde olmasına dikkat edilmelidir (Akyüz, 2017).

2.3.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı

Ameliyat sonrası dönemde hastanın nörovasküler durumu değerlendirilmeli, ağrı yönetimine dikkat edilmeli, pansuman bölgesi enfeksiyon bakımından değerlendirilmeli, özellikle ilk 24 saatte sıvı dengesi ve hayati bulguları takip edilmelidir (Akyüz, 2017). Ameliyat sonrası dönemde hastanın hastanede kalış süresini, fiziksel uyumunu, yaşam kalitesini etkileyen komplikasyonlar, ameliyat sonrası dönemde hemşireler tarafından uygun bakımla önlenmektedir (Açıksöz ve Uzun, 2007).

Kalça veya diz artroplastisi ameliyatından sonra hastaların çoğu ağrı nedeniyle hareketsiz olabilmektedir. Ameliyat sonrasında kas zayıflıkları, fiziksel aktivite

düzeyinde azalma ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık görülebilmektedir (Can, 2013). Artroplasti ameliyatından sonra hastalar ağrının az olmasını, fiziksel aktivitelerde iyileşmeyi ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmayı istemektedir (Muniesa ve ark., 2010). Artroplasti gibi büyük bir cerrahi girişimden sonra hastalar yeniden bağımsızlıklarını nasıl kazanacaklarını ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl yerine getireceklerini öğrenmeye gereksinim duymaktadır (Şendir, 2002).

Artroplasti ameliyatı sonrasında hastanın erken mobilizasyonu, hareketsizlik ile ilgili komplikasyonların önlenmesi ve homeostatik dengenin sürdürülmesi hemşirelik bakımının önemli amaçlarındandır. Hastanın erken dönemde ayağa kalkmasıyla kardiyovasküler ve solunum sistemi komplikasyonları azalır. Hareket, oluşabilecek basınç yarısı komplikasyonunun önlenmesini sağlamaktadır. Erken hareketlilik hastanın kısa zamanda kendi sorumluluğunu almasını sağlamaktadır. Erken hareketliliğin sağlanması ameliyat sonrasında hareketsizliğe bağlı komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Uzun süre hareketsiz kalan hastalarda dolaşım ve solunum sistemi problemleri, idrar retansiyonu ve ortostatik hipotansiyon gelişebilmektedir. Hareket düzeyi belirlenirken bireyin yaşı, fiziksel, duyuşsal ve mental durumu göz önüne alınmalıdır (Yolcu ve ark., 2016; Ayoğlu 2011).

Taburculuk döneminde bireylerin günlük yaşam aktivitelerini nasıl sürdürecekleri, hastaya ve evde bakacak kişiye evdeki hareketler, kalça eklemi koruyarak yapacağı hareketler tekrar gözden geçirilmelidir (Şendir, 2002; Şimşek Yaban ve Karaöz, 2007). Hastaya taburculuk planlaması yapılırken yazılı eğitim materyallerinin verilmesi, sözel bilgiyi unuttuğu için bilginin kalıcılığını sağlamaktadır (Güler Demir ve ark., 2009).

2.4. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi: Roy Adaptasyon Modeli

2.4.1. Roy Adaptasyon Modeli'nin Gelişim Süreci

Sister Callista Roy, 1939 yılında Los Angeles, California'da doğmuştur. 1963 yılında Los Angeles'te bulunan Mount Saint Mary's College'den hemşirelik alanında lisans, 1966 yılında ise 'University of California'dan çocuk hemşireliği bölümünde yüksek lisans derecesini almıştır. Hemşirelik bölümünün yanı sıra sosyoloji eğitimi de alarak, 1973 yılında sosyoloji alanında master, 1977 de sosyoloji doktorasını yapmıştır.

Çalıştığı çocuk kliniğindeki çocukların çabuk iyileşme yeteneği olduğunu, fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağladığını görmesi kuramının temelini oluşturmuştur (Masters, 2015; Pektekin, 2013). Kuramını geliştirirken, psikofizikçi Harry Helson'un 1964 yılında ortaya çıkan Genel Sistem Kuramı ve Selye'nin Adaptasyon Kuramı'ndan etkilenecek kendi adaptasyon modelini geliştirmiştir (Özkaraman ve ark., 2012); Pektekin, 2013; Frederickson, 2000; Velioglu 2012).

Yüksek lisans öğrencisi iken, model geliştirmek için düzenlenen bir seminerde kuramının temel kavramlarını geliştirmiştir. Roy tarafından tanımlanan hemşirelik uyum modeli 1970 yılında uygulamaya konulmuş ve 'Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing' ile kuramın kavramları açıklanmıştır (Barış ve ark, 2015). Model son olarak 1986 yılında hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturacak şekilde yeniden kavramsallaştırılmıştır. Roy, o zamandan beri birçok makale ve kitap yayınlamış ve hemşirelik teorisine uygulama araştırmasına ve eğitime yaptığı katkılardan dolayı birçok onur ödülü almıştır (Masters, 2015; Kacaroglu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^b; Roy, 2009)

Günümüzde Roy Adaptasyon Modeli, hemşirelik uygulamalarında yaygın kullanılan modellerinden biridir. Roy'un kuramı hemşirelik bilimsel bilgi içeriğine katkı yapıcı özelliktedir (Masters, 2015; Öner ve ark, 2015; Pektekin, 2013). Hemşirelik eğitimi, hemşirelik uygulaması, kişisel, profesyonel, entelektüel ve manevi yönden birçok kişinin hayatına değinmiştir (Frederickson, 2011).

2.4.2. Roy Adaptasyon Modeli'nin İçeriği

Roy Adaptasyon Modeli, sağlıklı ve hasta bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak ele almaktadır. Roy'a göre birey bulunduğu çevre ile biyopsikososyal yönden etkileşim içindedir ve çevre bireyin adaptasyon sürecini etkilemektedir. Bu adaptasyon sürecini belirleyen üç uyaran bulunmaktadır. Roy Adaptasyon Modeli'ne göre bu uyaranlar bireyin dört uyum alanını etkilediği zaman, bu uyaranlara baş etme mekanizmaları ile cevap verilmektedir. Bireyin verdiği olumsuz ya da etkisiz cevaplar, uyumsuzluğu gösterirken, olumlu cevaplar uyumu göstermektedir (Pektekin, 2013; Kacaroglu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^a).

a. Fokal Uyaranlar: Bireyin aniden karşılaştığı ve hemen tepki verdiği, uyum tepkisine doğrudan etki eden uyaranlardır. Bireyin dikkati uyarının üzerine odaklanır ve

birey onunla uğraşmak için hemen enerji harcar. Hemşire hastanın odak uyarısını tespit ederek uyarana yönelik yapılacak hemşirelik girişimlerini uygular. Örneğin, kalça artroplastisi ameliyatı olan bir hasta için odak uyarı ameliyattır (Pektekin, 2013; Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a; Velioğlu, 2012).

b. Kontekstüel Uyarılar: Davranışın doğrudan nedeni olmayan ancak davranışa etki eden ve ölçülebilen, bireyin iç ve dış çevresinden kaynaklanabilen, bir olaya veya içinde bulunulan duruma göre değişen uyarılardır. Kalça artroplastisi olan hastanın ağrısının olması, uyarana verdiği cevabı değiştirecektir. Burada ağrı kontekstüel uyarıdır (Pektekin, 2013; Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a; Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^b).

c. Rezidüel Uyarılar: Bireyin geçmiş deneyimlerinden, inançlarından ve geçmiş davranışlarından kaynaklanan, bireyi etkileyebilen ancak ölçülemeyen uyarılardır. Önceden kalça artroplastisi ameliyatı geçiren birey, geçmiş deneyimlerini hatırlar ve bu durum uyumuna etki eder (Pektekin, 2013; Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a; Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^b).

Roy doğuştan olan ve sonradan kazanılan başa çıkma mekanizmalarını regülatör ve kognatör alt sistem olmak üzere ikiye ayırmaktadır (Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a; Velioğlu 2012).

✓ **Regulatör (Düzenleyici) baş etme mekanizması:** Birey nöro-kimyasal-endokrin yolu ile denge sağlayarak otomatik olarak cevap üretmektedir. Birey uyarı ile karşılaşınca, zihinsel ve otomatik olarak farkında olmadan çözüm yolu bulmaktadır (Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a).

✓ **Kognatör (Bilişsel) baş etme mekanizması:** Dikkat, öğrenme, sorun çözme ve karar verme durumları ile ilgili olan bu mekanizma, gözlenebilmekte ve ölçülebilmektedir (Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a).

Roy Adaptasyon Modeli'nde regülatör ve kognatör baş etme mekanizmalarına dört uyum alanı tanımlamıştır. Bireyin içinde bulunduğu adaptif alan birbirinden bağımsız aynı zamanda birbirini etkileyici özelliktedir ve alanlardan birinde gerçekleşen değişim diğer alanları da etkileyebilmektedir. Bireyin fokal, kontekstüel ve rezidüel uyarılarla baş edebilme derecesi bu dört uyum alanına göre verilecek bakıma bağlı olarak değişebilmektedir (Kacaroglu Vicdan ve Gulseven Karabacak, 2014^a).

1. Fizyolojik alan: Fizyolojik gereksinimler birey için karşılanması gereken temel ihtiyaçların başında gelmektedir. Fizyolojik alandaki davranışlar bireyin hücrelerini, dokularını ve bedenini kapsayan sistemlerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle, çevreden kaynaklanan uyarılara karşı kişinin bedensel olarak verdiği cevapla, fizyolojik alanın temeli oluşmaktadır. Fizyolojik alan kapsamında çevredeki uyarılar, bireyin fizyolojik işlev görmeyle ilgili olan uyumlu veya etkisiz davranışını oluşturan başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirmektedir. Başa çıkma mekanizmalarının, onları etkileyen uyarılara karşı adapte olup olmadığını gösteren, kişinin bedensel davranışdır (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral; 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^a ; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^b; Fawcett, 2009; Velioglu 2012).

Fizyolojik alana uyumda önemli olan bireyin fizyolojik bütünlüğüdür. Fizyolojik uyum, beş temel fizyolojik gereksinimi (oksijen, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma) ve dört süreci (duyular, sıvı elektrolit, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyon) içermektedir (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral; 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^a). Bu dokuz bileşen fizyolojik alandaki uyumu değerlendirirken temeli oluşturmaktadır ve fizyolojik bütünlüğü korumak için bakılması gereken temel unsurlardır (Lee ve ark, 2011). Fizyolojik değişiklikler olurken başarısız adaptasyonu gösteren olumsuz davranışlar değerlendirilmelidir. Örneğin; artmış kardiyak output, azalmış bağırsak hareketliliği gibi fizyolojik değişikliklere dikkat edilmesi gerekmektedir (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral; 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^a).

2. Benlik kavramı alanı: Benlik kavramı alanı belirli bir zaman içerisinde bireyin kendisi hakkında geliştirdiği düşünceler ve duygulardan oluşmaktadır (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral; 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^a). Benlik kavramı alanının fiziksel ben ve kişisel ben olmak üzere iki bileşeni vardır. Fiziksel ben; kişinin beden imajı, görünüm ve duygu düzeyi olarak tanımlanırken, kişisel ben ise; idealler, ahlaki ve spiritüel değerlerden oluşmaktadır (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral; 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^c; Fawcett, 2009).

3. Rol fonksiyonu alanı: Toplumun bireyden beklediği anne, çocuk, öğrenci gibi rollerin devamlılığının sürdürülmesi rol fonksiyon alanının temelini

oluşturmaktadır. Roy Adaptasyon Modeli'ne göre bireyden beklenen üç çeşit rol vardır. Birincil rol, kişinin yaşamındaki davranışların temelini oluştururken, ikincil rol birincil rol ve diğer görevlerin bileşimidir. Üçüncül rol ise, ikincil rol ile ilişkili olan ve zevkler doğrultusunda gelişen geçici rollerdir (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral, 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^c; Fawcett, 2009).

4. Karşılıklı bağlılık alanı: Bireyin çevresindeki kişilerle ilişkilerini kapsamaktadır. Karşılıklı bağlılık alanı iki ilişki üzerine odaklanmaktadır. En yakın kişi bireyin en çok önem verdiği insandır ve bu ilişki türünde karşılıklı sevgi ve değer verme önceliklidir. Bu kişiler ömür boyu birlikte dir. Destek sistemler de sevgi, ilgi ve değer verme ile beraber ilişkinin anlamı ve derinliği farklılık göstermektedir. Yakın çevredeki arkadaşlar, evcil hayvanlar bu gruba girmektedir (Kacaroğlu Vicdan ve Demiral, 2015; Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014^c; Fawcett, 2009).

2.4.3. Araştırmalarda Roy Adaptasyon Modeli Kullanımının Önemi

Modeller hemşirelik biliminin ve bilgi birikiminin gelişmesine, hemşirelik uygulamalarında standartların oluşmasına, beklenen ve olası sonuçların saptanmasına, hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine ve analitik düşünmeye yardımcı olmaktadır. Modeller, hemşirelik araştırmalarının ve uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Hemşirelik modelleri, araştırmaları yönlendirerek, kavramlar yardımıyla hipotezlerin yanıtlanmasına yardımcı olmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının bilimsel olarak gerçekleşmesi, hemşirelerin ortak bir dili kullanması ve hemşirelik bakımının daha kaliteli olması için hemşirelik modellerinin kullanılması büyük önem taşımaktadır (Kaya ve ark, 2010; Pektekin, 2013; Turan Kavrادم ve Özer, 2016). Problemi kavramsallaştırmak ve hipotezlerin doğruluğunu araştırmak için modeller bir rehber olarak kullanılmaktadır. Araştırmada kullanılacak modelin seçiminde araştırmann amacı, kavramları ve ölçüm araçları büyük önem taşımaktadır (Şengün İnan ve ark., 2013).

Roy Adaptasyon Modeli, hemşirelik uygulamalarında, klinik uygulamalarda, araştırmalarda ve halk sağlığında kullanılmaktadır. Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hemşirelik araştırmalarında modelin kullanım amacı, bireyin uyumunu açıklamaktır Çatal ve Dicle, 2014; Kavrادم ve Özer, 2016; Pektekin, 2013). Klinik araştırmalarda Roy Adaptasyon Modeli kullanımının amacı girişimleri ve sonuçları değerlendirmek ve uyumu arttırmaktır (Fawcett, 2005; Roy, 2009). Roy Adaptasyon Modeli, bireyin

kendine özgü olduğunu kabul etmektedir. Bu nedenle Roy Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen bakım bireye özgü uygulanan girişimler ile daha faydalı sonuçlara ulaşmaktadır (Molu, 2017; Moreno ve ark, 2009).

Roy Adaptasyon Modeli'nin çalışmalarda %17.9 oranında kullanıldığı ve kronik hastalıkların adaptasyonu ile ilgili çalışmalarda etkili olduğu saptanmıştır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Birçok araştırma yapılmasına karşın Roy Adaptasyon Modeli'ni kullanarak hemşirelik bilgi birikimine bilimine katkıda bulunacak araştırmaların artırılması gerekmektedir (Koç ve ark, 2017; Arslan Özkan, 2014; Velioglu, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda ameliyat öncesinde verilen uygulamalı eğitimin, kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemek amacı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul'da bir vakıf üniversitesi hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahisi Servisi'nde 01.11.2017 – 01.04.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Klinikte 9 hasta odası bulunmakta ve her odaya 1 hasta alınmaktadır. Hastaların yanında refakatçileri bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde klinikte vardiyalı olarak 7 hemşire çalışmaktadır. Genellikle hastalar kliniğe yatışı yapıldıktan bir gün sonra ameliyat olmaktadır. Kliniğe yatışı yapılan hastaların ameliyat öncesi hazırlıkları (kan tetkiki, radyolojik tetkikler, açlık süresi gibi) yapılırken, hasta uygulamalar hakkında bilgilendirilmektedir. Ancak hastaya ameliyat sonrasında yapılacak uygulamalar hakkında ameliyat öncesinde rutin bir eğitim verilmemektedir. Hastalara ameliyat sonrası dönemde uygulama yapılırken gerekli bilgi ve eğitim o anda verilmektedir. Hastalar kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olduktan sonra ortalama 5 gün içerisinde taburcu olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2017 – Nisan 2018 tarihleri arasında özel bir vakıf hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahisi Servisi'ne kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olmak üzere yatışı yapılan 105 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan 12'si kırık nedeniyle yatışı yapıldığı ve 7'si daha önce aynı operasyonu geçirdiği için dahil edilmeme kriterlerini karşılamayarak örnekleme alınmamıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayarak, gönüllü olarak başlayan 8 hasta ise ameliyat sonrasında katılmak istemediklerini belirtmiş ve örneklemden çıkarılmıştır (Şekil 1).

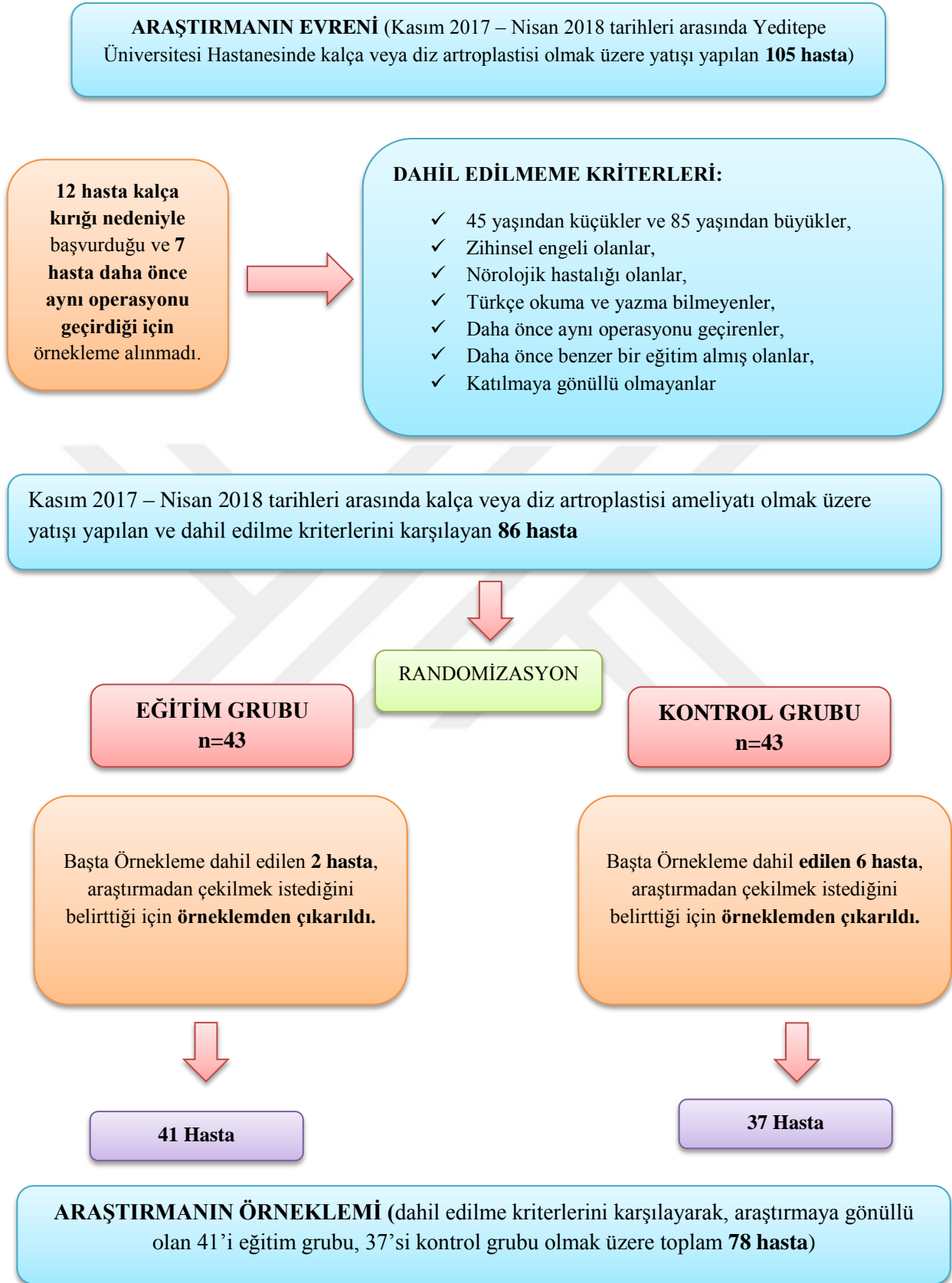
Çalışmaya alınacak örneklem sayısı; verilen eğitimin, eğitim grubu Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları ile kontrol grubu Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puanları arasında en az %5'lik fark yaratacağı düşünülerek ve çalışmanın gücü %80, $\alpha=0.05$ kabul edilerek power analizi ile hesaplanmıştır ve her grup için en az 27 katılımcının olması gerektiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini, belirtilen

tarihlerde kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olmak üzere yatışı yapılan, dahil edilme kriterlerini karşılayarak, araştırmaya gönüllü olan 41'i eğitim, 37'si kontrol grubu olmak üzere toplam 78 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın randomizasyonu, dahil etme ve edilmeme kriterlerine uygun olan hastaların kalça veya diz artroplastisi olarak ayırmaksızın sırası ile eğitim ve kontrol gruplarına planlanmasıyla sağlanmıştır. Randomizasyon tablosunda numarası 1 olanlar eğitim grubuna, 2 olanlar kontrol grubuna dahil edilmiştir (EK-4).

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme - Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri: 45 yaş üstü ve 85 yaş altı (45 yaş altı daha hareketli ve 85 yaş üstü daha az hareketli yaş grubu olması nedeniyle), kırık nedeniyle yatışı yapılmayan, herhangi bir zihinsel engeli olmayan, herhangi bir nörolojik hastalığı bulunmayan, Türkçe okuma yazma bilen, daha önce aynı operasyonu geçirmeyen, daha önce benzer bir eğitim almayan hastalar araştırmanın dahil edilme kriterlerini oluşturmuştur.

3.4.2. Dahil Edilmeme Kriterleri: 45 yaş altı ve 85 yaş üstü (45 yaş altı daha hareketli ve 85 yaş üstü daha az hareketli yaş grubu olması nedeniyle), kırık nedeniyle yatışı yapılan, herhangi bir zihinsel engeli olan, herhangi bir nörolojik hastalığı bulunan, Türkçe okuma yazma bilmeyen, daha önce aynı operasyonu geçiren, daha önce benzer bir eğitim alan hastalar araştırmanın dahil edilmeme kriterlerini oluşturmuştur.



Şekil 1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

Hastaların demografik özellikleri (yaş, medeni durum, çalışma durumu vb.), alışkanlıkları (beden kitle endeksi, sigara ve alkol kullanma durumu vb.) ve hastalık ile ilişkili özellikleri (kronik rahatsızlık durumu, yatış şikayeti, operasyonun adı vb.) araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'ndan aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

3.6. Verilerin Elde Edilmesi

3.6.1. Araştırmada Kullanılan Materyaller

3.6.1.1. Kalça Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı

Kalça Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı, ilgili literatürler incelenerek Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda hazırlanmıştır ve 15 sayfadan oluşmaktadır. Eğitim kitapçığı hazırlanırken araştırmanın yapıldığı hastanedeki ortopedi uzmanlarının görüş ve önerileri alınmıştır. Bu eğitim kitapçığı, kalça eklemi ve artroplasti hakkında genel bilgileri, ameliyat öncesi hazırlıkları, ameliyat sonrası uygulamaları ve taburculuktan sonra dikkat edilmesi gereken önemli noktaları kapsamaktadır (Ek-12).

3.6.1.2. Diz Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı

Diz Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı, ilgili literatürler incelenerek Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda hazırlanmıştır ve 13 sayfadan oluşmaktadır. Eğitim kitapçığı hazırlanırken araştırmanın yapıldığı hastanedeki ortopedi uzmanlarının görüş ve önerileri alınmıştır. Bu eğitim kitapçığı, diz eklemi ve artroplasti hakkında genel bilgileri, ameliyat öncesi hazırlıkları, ameliyat sonrası uygulamaları ve taburculuktan sonra dikkat edilmesi gereken önemli noktaları kapsamaktadır (Ek-13).

3.6.2. Veri Toplama Araçları

3.6.2.1. Hasta Değerlendirme Anketi

Hasta Değerlendirme Anketi, araştırmacı tarafından ilgili literatürler doğrultusunda oluşturulmuştur. Örneklemi oluşturan hastaların sosyo-demografik özelliklerini, alışkanlıklarını ve hastalık ile ilişkili durumlarını içeren 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-7).

3.6.2.2. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Heye ve arkadaşlarının 2002 yılında geliştirdiği Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik-güvenilirliğini Ayoğlu 2011 yılında 'Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Öz-Etkililik Algısına ve İyileşme Sürecine Etkisi' adlı doktora tezinde yapmıştır. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile ameliyat sonrasında 4 aktivitenin (dönme, oturma, ayakta durma, yürüme) yapılması sırasında bağımlılık ve bağımsızlık durumu derecesi 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmektedir. 1 puan sözlü uyarı ve fiziksel yardım olmadan aktivitenin bağımsız olarak yerine getirilebildiğini, 5 puan sözlü uyarı ve fiziksel yardıma karşın hastanın aktiviteyi bağımsız olarak yerine getiremediğini göstermektedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 20'dir. Puanın artması hastaların hareket bağımsızlığının yetersiz olduğunu, puanın azalması hareketlerini bağımsız olarak yerine getirebildiğini göstermektedir (Ek-8). Geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Cronbach's alpha iç tutarlılık değeri 0.73 olarak bulunmuştur (Ayoğlu, 2011). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlılık değeri 0.85 olarak bulunmuştur.

3.6.2.3. Hasta Hareketlilik Ölçeği

Heye ve arkadaşlarının 2002 yılında geliştirdiği Hasta Hareketlilik Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik-güvenilirliğini Ayoğlu 2011 yılında 'Cerrahi Girişim Öncesi Verilen Eğitimin Öz-Etkililik Algısına ve İyileşme Sürecine Etkisi' adlı doktora tezinde yapmıştır. Gözlemi Hareketlilik Ölçeği ile ameliyat sonrasında 4 aktivitenin (dönme, oturma, ayakta durma, yürüme) yapılması sırasında ağrı ve güçlük seviyesini 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçek puanı olarak 1, aktivite sırasında hastanın ağrısının olmadığını ve hareketi yaparken güçlük seviyesinin en az olduğunu, 5 ise aktivite sırasında hastanın ağrısının dayanılmaz olduğunu ve güçlük seviyesinin en fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 8, en yüksek puan

40'tır. Puanın artması ağrının ve güçlük seviyesinin arttığını göstermektedir (Ek-9). Geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında Hasta Hareketlilik Ölçeği Cronbach's alpha iç tutarlılık değeri 0.90 olarak bulunmuştur (Ayoğlu, 2011). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlılık değeri 0.83 olarak bulunmuştur.

3.6.2.4. Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu

Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur ve hastaların fiziksel uyumunu ölçmeyi amaçlayan 10 sorudan oluşmaktadır (Ek-10). Formun cevapları olumludan anlamdan olumsuz gidecek şekilde oluşturulmuştur ve puanlama 1'den başlamaktadır. Puan artışı fiziksel uyumsuzluğu göstermektedir. Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlılık değeri 0.82 olarak bulunmuştur.

3.6.2.5. Eğitim Memnuniyet Anketi

Eğitim memnuniyet anketi, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur ve eğitim grubundaki katılımcıların eğitim memnuniyetini değerlendirmeyi amaçlayan 10 sorudan oluşmaktadır (Ek-11). Bu çalışmada Cronbach's alpha iç tutarlılık değeri 0.72 olarak bulunmuştur.

3.6.2.6. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin/Anketlerin Cronbach's Alpha İç Tutarlılık Değerleri

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği	0.85
Hasta Hareketlilik Ölçeği	0.83
Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu	0.82
Eğitim Memnuniyet Anketi	0.87

3.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olmak üzere yatışı yapılan 6 hasta ile yapılmıştır. Bunun sonucunda Hasta Değerlendirme Anketi ve Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'nda birkaç değişiklik yapılarak veri toplama araçları son halini almıştır.

3.7.2. Eğitim Grubuna Uygulama Aşaması

Eğitim grubunda bulunan hastalara ameliyattan 1 gün önce yatışı yapıldığı zaman, hasta odasında, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulduktan sonra, yaklaşık 5 dakika süren Hasta Değerlendirme Anketi uygulanmıştır. Ardından kalça artroplastisi ameliyatı olacak hastalara, araştırmacı tarafından Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda hazırlanan '*Kalça Protezine Uyum Eğitim Kitapçığı*', diz artroplastisi ameliyatı olacak hastalara '*Diz Protezine Uyum Eğitim Kitapçığı*' ile yaklaşık 20 dakika hasta odasında sözel, görsel, basılı materyal öğretim araçları ile uygulamalı eğitim araştırmacı tarafından verilmiştir. Eğitim verilirken soru-cevap ve demonstrasyon tekniği kullanılmıştır. Eğitim grubundaki hastalara eğitim verildikten yaklaşık 5 saat sonra hastaya tekrar sorular sorularak ve uygulamalar tekrarlatılarak, eğitim kitapçığı gözden geçirilerek konunun pekiştirilmesi sağlanmıştır. Ameliyattan sonraki 1. günde ilk mobilizasyon sonrasında hastalar tarafından Hasta Hareketlilik Ölçeği doldurulmuş ve araştırmacı tarafından ameliyat sonrası 1. ve 2. günde Gözlemci Hareketlilik Ölçeği doldurulmuştur. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği doldurma süresi 5-8 dakika arasında değişmiştir. Taburculuk gününde, hastaların Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu ve Eğitim Memnuniyet Anketi'ni yaklaşık 10 dakikada doldurmaları istenmiştir (Şekil 2).

EĞİTİM GRUBU
n=41



Ameliyat öncesi dönemde

- Hasta Değerlendirme Anketi uygulanması (5dk)
- Kalça Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı ile eğitim verilmesi (kalça artroplastisi ameliyatı olacak hastalara – 20 dk)
- Diz Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı ile eğitim verilmesi (diz artroplastisi ameliyatı olacak hastalara – 20 dk)

(Eğitimden yaklaşık 5 saat sonra hastaya tekrar sorular sorulmuş ve uygulamalar tekrarlatılmıştır.)



Ameliyat sonrası dönemde

- Post-op 1.gün: Gözlemci Hareketlilik Ölçeği doldurulması (5-8 dk)
- Post- op 1. gün: Hasta Hareketlilik Ölçeği uygulanması (5-8 dk)
- Post op 2. gün: Gözlemci Hareketlilik Ölçeği doldurulması (5-8 dk)



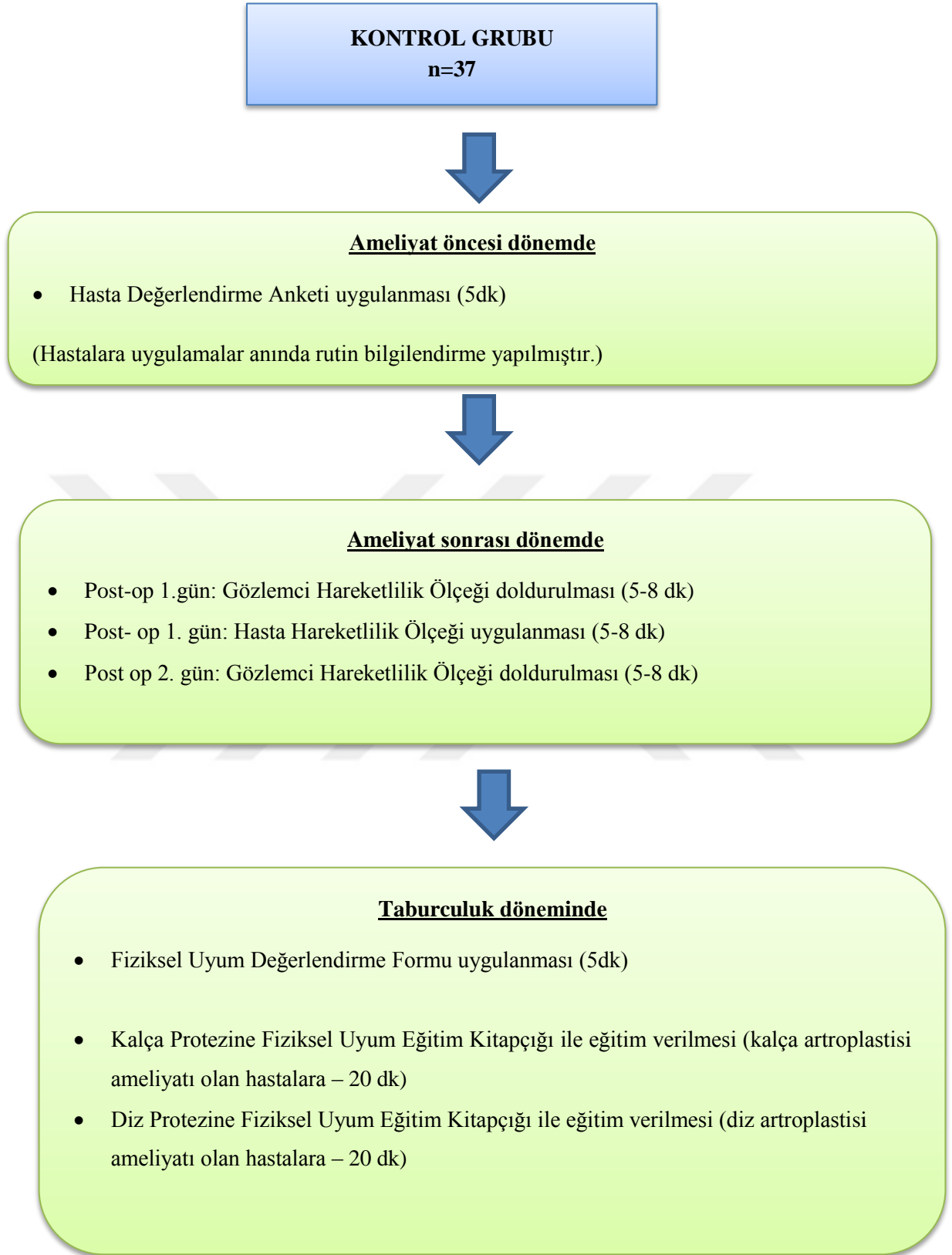
Taburculuk döneminde

- Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu uygulanması (5dk)
- Eğitim Memnuniyet Anketi uygulanması (5dk)

Şekil 2. Araştırmanın Eğitim Grubuna Uygulama Aşamaları

3.7.3. Kontrol Grubuna Uygulama Aşaması

Kontrol grubunda bulunan hastalara ameliyattan 1 gün önce yatışı yapıldığı zaman, hasta odasında, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulduktan sonra, yaklaşık 5 dakika süren Hasta Değerlendirme Anketi uygulanmıştır. Hastalar taburcu olana kadar hastanede uygulanan her uygulama konusunda anlık olarak ve hastanede uygulanan rutin eğitim ile bilgilendirilmiştir. Ameliyattan sonraki 1. günde ilk mobilizasyon sonrasında hastalar tarafından Hasta Hareketlilik Ölçeği doldurulmuş ve araştırmacı tarafından ameliyat sonrası 1. ve 2. günde Gözlemci Hareketlilik Ölçeği doldurulmuştur. Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeği doldurma süresi 5-8 dakika arasında değişmiştir. Taburculuk gününde, hastaların Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'nu doldurmuştur. Kontrol grubundaki hastalara, araştırma için gerekli veriler toplandıktan sonra, eğitim grubuna verilen '*Kalça Protezine Uyum Eğitim Kitapçığı*' ve '*Diz Protezine Uyum Eğitim Kitapçığı*' verilerek, taburculuk dönemine ait bilgiler ve evde dikkat edilmesi gereken noktalar ile ilgili yaklaşık 20 dakika eğitim verilmiştir. Eğitimden sonra soru cevap ve demonstrasyon tekniği kullanılmış ve hastanın aklındaki sorular da cevaplanmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Araştırmanın Kontrol Grubuna Uygulama Aşamaları

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistik verilerinin analizi SPSS 22.0 programı ile yapıldı. Elde edilen parametrik verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildiğinde; yaş, sistolik basınç, diyastolik basınç, nabız, solunum, Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği gibi parametrelerin normal dağılıma uygun olmadığı belirlendi ve gruplar arasındaki karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılması Ki-kare testi ve Fisher Exact testi ile yapıldı. Eğitim grubunun 1. ve 2. gün puanları arasındaki fark Wilcoxon testi ile yapıldı. Kullanılan veri toplama araçlarının iç tutarlılıkları Cronbach's alpha testi ile değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırma önerisi Yeditepe Üniversitesi Etik Kurulu'na sunularak 22.11.2017 tarihli toplantının kurul kararı ile etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur (Ek-1). Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınmıştır (Ek-2). Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve Hasta Hareketlilik Ölçeğinin araştırmada kullanılması için izin alınmıştır (Ek-3). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' verilmiş, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır (Ek-5, Ek-6). Ayrıca, eğitim grubuna verilen eğitimin, gerekli veriler toplandıktan sonra kontrol grubuna taburculuk döneminde verilmesi hastanın bilgi edinme hakkının ihlal edilmemesini sağlamıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar; örneklem grubunun özellikleri ile sınırlı olup, kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olacak tüm hastalara genellenemeyeceği dikkate alınmalıdır.

4. BULGULAR

Kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastalara Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda verilen eğitim ile, hastaların fiziksel uyum ve hareketliliğine etkisini incelemek amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu n=41		Kontrol grubu n=37		Test Değeri	
	n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	31	75.6	30	81.1	0.34	0.55*
Erkek	10	24.4	7	18.9		
Medeni Durum						
Evli	26	63.4	21	56.8	0.36	0.54*
Bekar/Boşanmış/Eşi vefat etmiş	15	36.6	16	43.2		
Eğitim Durumu						
İlköğretim	11	26.8	8	21.6	1.80	0.40*
Lise	16	39.0	20	54.1		
Lisans ve üzeri	14	34.2	9	24.3		
Çalışma Durumu						
Çalışmayan	36	87.8	36	97.3	2.46	0.20**
Çalışan	5	12.2	1	2.7		
Maddi Durum						
Geliri giderini <u>ancak</u> karşılayan	25	61.0	26	70.3	3.39	0.18*
Geliri giderini <u>fazlasıyla</u> karşılayan	6	14.6	1	2.7		
Geliri giderini karşılamayan	10	24.4	10	27		
Birlikte Yaşama Durumu						
Eş ile	18	43.9	18	48.6	4.10	0.25*
Eş ve çocuklar ile	8	19.5	3	8.2		
Çocuklar ile	3	7.3	7	18.9		
Yalnız	12	29.3	9	24.3		
TOPLAM	41	100	37	100		
<i>*Ki kare **Fisher's Exact</i>						

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması eğitim grubunda 70 ± 9.1 , kontrol grubunda 72.4 ± 9.5 bulundu. Eğitim ve kontrol grubunun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki grubun yaşlarının benzer olduğu belirlendi ($Z = -1.6$; $p > 0.05$).

Hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1.' de verilmiştir. Buna göre eğitim grubundaki hastaların %75.6'sının (n=31) kadın, %24.4'ünün (n=10) erkek, kontrol grubundaki hastaların %81.1'inin (n=30) kadın, %18.9'unun (n=7) erkek olduğu bulundu. Eğitim grubundaki hastaların %63.4'ünün (n=26), kontrol grubundaki hastaların %56.8'inin (n=21) evli olduğu saptandı. Eğitim grubundaki hastaların %26.8'inin (n=11) ilköğretim, %39'unun (n=16) lise, %34.2'sinin (n=14) lisans ve üzerinden mezun olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %21.6'sının (n=8) ilköğretim, %54.1'inin (n=20) lise, %24.3'ünün (n=9) lisans ve üzerinden mezun olduğu belirlendi. Eğitim grubundaki hastaların %87.8'inin (n=36), kontrol grubundaki hastaların %97.3'ünün (n=36) çalışmadığı bulundu. Eğitim grubundaki hastaların %61'inin (n=25), kontrol grubundaki hastaların ise %70.3'ünün (n=26) gelirinin giderini ancak karşıladığı saptandı. Eğitim grubunun %43.9'unun (n=18) ve kontrol grubunun %48.6'sının (n=18) eş ile yaşadığı belirlendi.

Bu bulgular doğrultusunda, eğitim ve kontrol grubunun cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, maddi durumları, çalışma durumları ve birlikte yaşama durumları açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu durum, eğitim ve kontrol gruplarının demografik özellikleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2. Hastaların Bazı Özellikleri ve Alışkanlıklarının Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu n=41		Kontrol grubu n=37		Test Değeri	
	n	%	n	%	X ²	p
Beden Kitle İndeksi (BKİ)						
Düşük kilolu	1	2.4	1	2.8	1.28	0.73* p>0.05
Normal	5	12.2	8	21.6		
Aşırı Kilolu	18	43.9	14	37.8		
Obez	17	41.5	14	37.8		
Sigara Kullanma Durumu						
Kullanmayan	32	78.0	36	97.3	6.44	0.01** p<0.05
Kullanan/Sosyal içici	9	22.0	1	2.7		
Alkol Kullanma Durumu						
Kullanmayan	27	65.9	28	75.7	0.90	0.34* p>0.05
Kullanan/Sosyal içici	14	34.1	9	24.3		
Dışkılama Sıklığı						
Günde 1 kere ya da daha az	30	73.2	26	70.3	0.81	0.77* p>0.05
Gün aşırı ya da daha fazla	11	26.8	11	29.7		
TOPLAM	41	100	37	100		
*Ki kare **Fisher's Exact						

Tablo 4.2'de hastaların bazı özellikleri ve alışkanlıkları karşılaştırıldığında, eğitim grubundaki hastaların %41.5'inin (n=17), kontrol grubundaki hastaların %37.8'inin (n=14) obez olduğu bulundu. Her iki grubunun BKİ durumları karşılaştırıldığında, grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (X²=1.28; p>0.05).

Eğitim grubundaki hastaların %78'inin (n=32), kontrol grubundaki hastaların %97.3'ünün sigara kullanmadığı belirlendi. Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki hastaların, sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (X²=6.44; p<0.05).

Eğitim grubundaki hastaların %65.9'unun (n=27), kontrol grubundaki hastaların %75.7'sinin (n=28) alkol kullanmadığı bulundu. Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol gruplarındaki hastaların alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (X²=0.90; p>0.05).

Eğitim ve kontrol grubunun dışkılama sıklığı karşılaştırıldığında, eğitim grubundaki hastaların %73.2'sinin (n=30), kontrol grubundaki hastaların %70.3'ünün

(n=26) günde 1 kere ya da daha az dışkılama sıklığı olduğu belirlendi. Her iki grubunun dışkılama sıklığı karşılaştırıldığında, grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2=0.81$; $p>0.05$).

Tablo 4.3. Hastaların Hastalık ve Ameliyat İle İlişkili Durumlarının Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu n=41		Kontrol grubu n=37		Test Değeri	
	n	%	n	%	X ²	p
Kronik Hastalık Varlığı						
Var	31	75.6	27	73.0	0.71	0.79
Yok	10	24.4	10	27.0		$p>0.05$
Hastaneye Yatış Şikayeti						
Merdiven inememe/çıkamama						
Evet	32	78.0	29	78.4	0.001	0.97
Hayır	9	22.0	8	21.6		$p>0.05$
Dışarıya çıkamama						
Evet	5	12.2	11	29.7	3.66	0.05
Hayır	36	87.8	26	70.3		$p=0.05$
Yürüme zorluğu						
Evet	14	34.1	18	48.6	1.69	0.19
Hayır	27	65.9	19	51.4		$p>0.05$
Şikayetlerin Varlık Süresi						
6ay - 1yıl	4	9.8	3	8.1		
1yıl - 3yıl	11	26.8	8	21.6	0.41	0.81
3 yıldan fazla	26	63.4	26	70.3		$p>0.05$
Operasyonun Adı						
Diz artroplastisi	22	53.7	19	51.4	0.42	0.83
Kalça artroplastisi	19	46.3	18	48.6		$p>0.05$
TOPLAM	41	100	37	100		
<i>Ki kare</i>						

Hastaların hastalık ve ameliyat ile ilişkili durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.3.'de incelenmiştir. Eğitim grubundaki hastaların %75.06'sının (n=31), kontrol grubundaki hastaların %73'ünün (n=27) kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki hastaların, kronik hastalık varlığına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($X^2=0.71$; $p>0.05$).

Eğitim grubunda hastaneye yatış Şikayeti olarak %78'inin (n=32) merdiven inemediği/çıkamadığı, %12.2'sinin (n=5) dışarıya çıkamadığı, %34.1'inin (n=14) yürüme zorluğu yaşadığı belirlendi. Kontrol grubunda hastaneye yatış Şikayeti olarak %78.4'ünün (n=29) merdiven inemediği/çıkamadığı, %29.7'sinin (n=11) dışarıya çıkamadığı, %48.6'sının (n=18) yürüme zorluğu yaşadığı bulundu. Eğitim ve kontrol gruplarının yatış Şikayetleri karşılaştırıldığında, her iki grubun arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların Şikayet varlığı süresine bakıldığında; eğitim grubundaki hastaların %63.4'ünün (n=26) kontrol grubundaki hastaların %70.3'ünün (n=26), 3 yıldan fazla devam eden Şikayeti olduğu ve grupların Şikayet süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($X^2=0.41$; $p>0.05$).

Eğitim ve kontrol grubunun geçirdiği operasyonlar karşılaştırıldığında, eğitim grubundaki hastaların %53.7'sinin (n=27), kontrol grubundaki hastaların %51.4'ünün (n=19) diz artroplastisi ameliyatı geçirdiği saptandı. Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların arasında geçirdikleri operasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($X^2=0.42$; $p>0.05$).

Tablo 4.4. Hastaların Ameliyat Sonrası 1. Gün Mobilizasyon Öncesi Hayati Bulgularının Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu (n=41)	Kontrol grubu (n=37)	Test Değeri Z p
Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg) Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	124.5 ± 11.8 126 (115-136)	125.6 ± 11.6 127 (115-135)	Z= -.51 $p>0.05$
Diastolik Kan Basıncı (mm/Hg) Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	69.3 ± 10.3 67 (62-75)	70.1 ± 12.1 69 (61-77)	Z= -.17 $p>0.05$
Nabız (dk) Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	70.5 ± 9.9 69 (64-78)	73.4 ± 12.3 74 (64-84)	Z= -1.01 $p>0.05$
Solunum (dk) Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	15.9 ± 1.3 16 (14.5-16.5)	16.1 ± 1.4 16 (15-18)	Z= -.6 $p>0.05$
<i>Mann-Whitney U</i>			

Ameliyat sonrası 1. günde hastaların ilk mobilizasyonu öncesinde ölçülen hayati bulgularının karşılaştırılması Tablo 4.4.'de verilmiştir. Ameliyat sonrası 1. günde mobilizasyon öncesi sistolik kan basınçları incelendiğinde, eğitim grubunda sistolik kan basıncı ortalaması ile (124.5±11.8) kontrol grubunun sistolik kan basıncı ortalaması (125.6±11.6) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($Z = -.51$; $p > 0.05$).

Hastaların ameliyat sonrası 1. gün mobilizasyon öncesi diyastolik kan basınçları incelendiğinde, eğitim grubunda diyastolik kan basıncı ortalaması ile (69.3±10.3) kontrol grubunun diyastolik kan basıncı ortalaması (70.1± 12.1) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bulundu ($Z = -.17$ $p > 0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyat öncesi 1. gün mobilizasyon öncesi nabız ortalaması ile (70.5± 9.9), kontrol grubunun nabız ortalaması (73.4±12.3) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($Z = -1.01$; $p > 0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların ameliyat öncesi 1. gün mobilizasyon öncesi solunum sayılarının ortalaması ile (15.9± 1.3), kontrol grubunun solunum sayılarının ortalaması (16.1±1.4) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($Z = -.63$; $p > 0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların 1. ve 2. Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu (n=41)				Kontrol grubu (n=37)			
	1.Gün	2.Gün	Z	p	1.Gün	2.Gün	Z	p
Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Ort ± SS Med(25-75quartel)	8.5 ± 1.5 9 (7.5-10)	6.1 ± 1.3 6 (5-7)	- 6.6	<0.001 p<0.05	11.7 ± 1.3 11 (11-13)	9.5 ± 1.9 10 (8.5-10.5)	-4.7	<0.001 p<0.05
<i>Wilcoxon</i>								

Eğitim ve kontrol grubunun ameliyat sonrası 1. ve 2. günde Gözlemci Hareketlilik Ölçeği'nden aldıkları puanların grup içi karşılaştırılması Tablo 4.5.'de verilmiştir. Eğitim grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (8.5±1.5), 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (6.1±1.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (Z= -6.6; p<0.05). Kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (11.7±1.3), 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (9.5±1.9) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (Z= -4.7; p<0.05).

Tablo 4.6. Hastaların Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu Puanlarının Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu (n=41)	Kontrol grubu (n=37)	Test Değeri Z p
1.Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	8.5 ± 1.5 9 (7.5-10)	11.7 ± 1.3 11 (11-13)	Z= -7.04 p<0.05
2.Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	6.1 ± 1.3 6 (5-7)	9.5 ± 1.9 10 (8.5-10.5)	Z= -6.47 p<0.05
Hasta Hareketlilik Ölçeği Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	20.6 ± 2.2 21 (19.5-22)	27.1 ± 3.0 27 (26-30)	Z= -6.72 p<0.05
Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	12.3 ± 2.4 12 (11-13.5)	17.8 ± 3.4 18 (15-20.5)	Z= -6.00 p<0.05
1. Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ve 2. Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği Puan Farkları Ort ± SS Median (25-75çeyrek)	2.3 ± 1.1 2 (2-3)	2.2 ± 1.2 2 (1.5-3)	Z= -.99 p>0.05
<i>Mann-Whitney U</i>			

Eğitim ve kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği, Hasta Hareketlilik Ölçeği, Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'ndan aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.6.'da verilmiştir. Eğitim grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (8.5±1.5), kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (11.7±1.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Z= -7.04; p<0.05). Eğitim grubunun 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (6.1±1.3), kontrol grubunun 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (9.5±1.9) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (Z= -6.47; p<0.05).

Eğitim grubunun Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (20.6±2.2), kontrol grubunun Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (27.1±3.0) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı (Z= -6.72; p<0.05).

Eğitim ve kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puan ortalaması ile (12.3±2.4), kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puan ortalaması (17.8±3.4) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Z= -6.00; p<0.05).

Eğitim grubu ve kontrol grubunun 1. ve 2. gün Gözlemci Hareketlilik lęeđi puan farkları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Z= -.99; p>0.05).



Tablo 4.7. Hastaların Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'na Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması (N=78)

	Eğitim grubu n=41		Kontrol grubu n=37		X ²	p
	n	%	n	%		
MADDELER						
Ameliyat Sonrası Rahatladığını ve İyi Olduğunu Düşünme Durumu						
İyi olduğunu düşünen	40	97.6	34	91.9	1.28	0.34**
İyi olduğunu düşünmeyen	1	2.4	3	8.1		p>0.05
Ağrıyı Tarifleme Durumu						
Ağrısı olan, ama fazla etkilenmeyen	29	70.7	4	10.8	28.8	0.001*
Ağrısı olan, ağrı kesicilerle geçen	11	26.8	28	75.7		
Ağrısı çok olan, evde ne yapacağını düşünen	1	2.4	5	13.5		
Rahat Yürüyebildiğini Düşünme Durumu						
Düşünen	39	95.1	24	64.9	11.46	0.001*
Düşünmeyen	2	4.9	13	35.1		p<0.05
Yataktan Oturma Pozisyonuna Geçme Durumu						
Tek başına, kolaylıkla	30	73.2	3	8.1	40.56	0.001*
Tek başına, zorlanarak	10	24.2	13	35.1		
Başkalarından yardım alarak	1	2.4	21	56.8		
Otururken Yatma Pozisyonuna Geçme Durumu						
Tek başına, kolaylıkla	15	36.6	2	5.4	20.26	0.001*
Tek başına, zorlanarak	16	39.0	8	21.6		
Başkalarından yardım alarak	10	24.4	27	73.0		
Yatak İçerisinde Tek Başına Dönme Durumu						
Dönebilen	35	85.4	13	35.1	20.73	0.001*
Dönemeyen	6	14.6	24	64.9		
Tuvalete Gitme Durumu						
Tek başına, kolaylıkla	31	75.6	6	16.2	29.78	0.001*
Tek başına, zorlanarak	8	19.5	15	40.5		
Başkalarından yardım alarak	2	4.9	16	43.2		
Tuvalete Yetişebilme Durumu						
İdrarını kontrol edebilen, tuvalete yetişen	41	100.0	29	78.4	9.87	0.002**
İdrarını kaçırarak, tuvalete yetişemeyen	-	-	8	21.6		
Dışkılama Durumu						
Şikayeti olmayan	32	78.0	13	35.1	14.67	0.001*
Diyare/Konstipasyon şikayeti olan	9	22.0	24	64.9		
Taburcu Olup Eve Gitmeye Hazır Olduğunu Düşünme Durumu						
Düşünen	36	87.8	20	54.1	10.94	0.001*
Düşünmeyen	5	2.2	17	45.9		
TOPLAM	41	100	37	100		
*Ki Kare **Fisher's Exact						

Hastaların Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'na verdikleri cevapların karşılaştırılması Tablo 4.7.de incelenmiştir. Eğitim grubundaki hastaların %97.6'sının (n=40), kontrol grubundaki hastaların %91.9'unun (n=34) ameliyattan sonra rahatladığını ve daha iyi olduğunu düşündüğü belirlendi. Her iki grubun ameliyattan sonra rahatladığını ve daha iyi olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($X^2=1.28$; $p>0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların %70.7'si (n=29) ağrısı olduğunu fakat fazla etkilenmediğini, %26.8'i (n=11) ağrısı olduğunu ancak ağrı kesiciler ile geçtiğini, %2.4'ü (n=1) ağrısının çok olduğunu ve evde ne yapacağını düşündüğünü belirtti. Kontrol grubundaki hastaların ise, %10.8'i (n=4) ağrısı olduğunu fakat fazla etkilenmediğini, %75.7'si (n=28) ağrısı olduğunu ancak ağrı kesiciler ile geçtiğini, %13.5'i (n=5) ağrısının çok olduğunu ve evde ne yapacağını düşündüğünü belirtti. Eğitim ve kontrol grubunun ağrıyı tarifleme durumuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($X^2=28.8$; $p<0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların %95.1'ini (n=39), kontrol grubundaki hastaların %64.9'u (n=24) rahat yürüdüğünü ifade etti. Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol gruplarının rahat yürüdüğünü düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($X^2=11.46$; $p<0.05$).

Hastaların yataktan oturma pozisyonuna geçme durumları incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların %73.2'sinin (n=30) tek başına kolaylıkla geçebildiği, %24.2'sinin (n=10) tek başına zorlanarak geçebildiği, %2.4'ü (n=1) başkalarından yardım alarak geçebildiği bulundu. Kontrol grubundaki hastaların %8.1'inin (n=3) tek başına kolaylıkla geçebildiği, %35.1'inin (n=13) tek başına zorlanarak geçebildiği, %56.8'inin (n=21) başkalarından yardım alarak yataktan oturma pozisyonuna geçebildiği belirlendi. Eğitim ve kontrol grubunun yataktan oturma pozisyonuna geçme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($X^2=40.56$; $p<0.05$).

Hastaların otururken yatma pozisyonuna geçme durumları incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların %36.6'sının (n=15) tek başına kolaylıkla geçebildiği, %39'unun (n=16) tek başına zorlanarak geçebildiği, %24.4'ünün (n=10) başkalarından yardım alarak geçebildiği belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların %5.4'ünün (n=2) tek başına kolaylıkla geçebildiği, %21.6'sının (n=8) tek başına zorlanarak geçebildiği,

%73'ünün (n=27) başkalarından yardım alarak otururken yatma pozisyonuna geçebildiği saptandı. Eğitim ve kontrol grubunun otururken yatma pozisyonuna geçme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($X^2=20.26$; $p<0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların %85.4'ünün (n=35), kontrol grubundaki hastaların %35.1'inin (n=13) yatak içerisinde tek başına dönebildiği belirlenmiştir. Bu durumda, eğitim ve kontrol grubunun yatak içinde dönme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($X^2=20.73$; $p<0.05$).

Hastaların tuvalete gitme durumları incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların %75.6'sının (n=31) tek başına kolaylıkla gidebildiği, %19.5'inin (n=8) tek başına zorlanarak gidebildiği, %4.9'unun (n=2) başkalarından yardım alarak gidebildiği bulundu. Kontrol grubundaki hastaların %16.2'sinin (n=6) tek başına kolaylıkla gidebildiği, %40.5'inin (n=15) tek başına zorlanarak gidebildiği, %43.2'sinin (n=16) başkalarından yardım alarak tuvalete gittiği belirlendi. Eğitim ve kontrol grubunun otururken tuvalete gitme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($X^2=29.78$; $p<0.05$).

Hastaların tuvalete yetişebilme durumu incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların tamamının (n=41) idrarını kontrol edebildiği ve tuvalete yetişebildiği, kontrol grubundaki hastaların ise %78.4'ünün (n=29) idrarını kontrol edebildiği ve tuvalete yetişebildiği saptandı. Eğitim ve kontrol grubunun tuvalete yetişebilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($X^2=9.87$; $p<0.05$).

Hastaların dışkılama durumu incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların %78'inin (n=32) kabızlık veya ishal şikayeti olmadığı, kontrol grubunun %64.9'unun (n=24) kabızlık veya ishal şikayeti olduğu belirlendi. Bu durumda, eğitim ve kontrol grubunun dışkılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($X^2=14.67$; $p<0.05$).

Eğitim grubundaki hastaların %87.8'inin (n=36), kontrol grubundaki hastaların ise %54.1'inin (n=20) taburcu olup eve gitmeye hazır olduğu belirlendi. Eğitim ve kontrol grubunun eve gitmeye hazır olduğunu düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($X^2=10.94$; $p<0.05$).

Tablo 4.8. Eğitim Grubundaki Hastaların Eğitim Memnuniyet Anketine Verdikleri Cevapların Dağılımları (N=41)

	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim içeriği yeterliydi.	-	-	-	-	7	17.1	34	82.9
Eğitim açık ve anlaşılırdı.	-	-	-	-	2	4.9	39	95.1
Eğitim iyileşmeye olumlu katkı sağladı.	-	-	-	-	6	14.6	35	85.4
Eğitim sağlığım ile ilgili yeni bilgi ve beceriler kazanmamı sağladı.	-	-	-	-	6	14.6	35	85.4
Eğitim ameliyat öncesi endişemi azalttı.	-	-	-	-	8	19.5	33	80.5
Eğitim ameliyat öncesi motivasyonu arttırdı.	-	-	1	2.4	14	34.1	26	63.4
Eğitim proteze erken uyumumu sağladı.	-	-	3	7.3	19	46.3	19	46.3
Eğitim erken hareketliliğimi sağladı.	-	-	-	-	2	4.9	39	95.1
Eğitim taburculuk dönemine hazır olmamı sağladı	-	-	-	-	-	-	41	100
Eğitimi faydalı buldum.	-	-	-	-	2	4.9	39	95.1

Eğitim grubundaki hastaların eğitim memnuniyet anketine verdikleri cevapların dağılımları Tablo 4.8.'de incelenmiştir. Eğitimin içeriğinin yeterli olduğuna eğitim grubundaki hastalardan %82.9'unun (n=34) tamamen katıldığı belirlendi. Bu soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır. Eğitimin açık ve anlaşılır olduğuna hastaların tamamına yakını (%95.1) tamamen katılmıştır. Bu soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır.

Eğitiminin iyileşmelerine olumlu katkı sağladığını ve sağlığı ile ilgili yeni bilgi ve beceriler kazandığını düşünenler, hastaların %85.4'ünü (n=35) oluşturmaktadır. Bu

iki soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır.Eğitimin açık ve anlaşılır olduğuna hastaların tamamına yakını (%95.1) tamamen katılmıştır. Bu soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır.

Eğitimin ameliyat öncesi endişesini azalttığına eğitim grubundaki hastalardan %80.5'i (n=33) tamamen katılmıştır. Bu soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır. Eğitiminin iyileşmelerine olumlu katkı sağladığını ve sağlığı ile ilgili yeni bilgi ve beceriler kazandığını düşünenler, hastaların %85.4'ünü (n=35) oluşturmaktadır. Bu iki soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır.

Eğitimin ameliyat öncesi motivasyonunu arttırdığına eğitim grubundaki hastalardan %63.4'ü (n=26) tamamen katılırken, %2.4'ü (n=1) katılmamıştır. Eğitimin proteze erken uyumuna katkısı olduğuna tamamen katılanlar, eğitim grubundaki hastaların %46.3'ünü (n=19) oluştururken, hastaların %7.3'ünün (n=3) katılmadığı belirlenmiştir.

Eğitimin erken hareketliliğine yardımcı olduğunu ve eğitimin faydalı olduğunu düşünenler, eğitim grubundaki hastaların tamamına yakını (%95.1) oluşturmaktadır. Bu iki soruya hiç katılmıyorum veya katılmıyorum olarak cevap veren hasta olmamıştır.Hastaların tamamı (n=41) eğitimin taburculuk dönemine hazır olmalarına katkı sağladığını düşünmektedir.

5. TARTIŞMA

Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde verilen uygulamalı eğitimin, kalça veya diz artroplastisi olan hastaların ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemek amacı ile uygulanan ve özel bir vakıf Üniversitesi Hastanesi'nin Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Servisi'nde 41'i eğitim, 37'si kontrol olmak üzere toplam 78 hasta ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Hastaların Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları, Hastalık ve Ameliyata İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hastaların Fiziksel Uyumu ve Hareketliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Hastaların Demografik Özellikleri, Alışkanlıkları ve Hastalık/Ameliyat İle İlişkili Bulguların Tartışılması

Eğitim ve kontrol grubundaki bireyler yaş ortalamalarına göre incelendiğinde; eğitim grubundaki bireylerin yaş ortalaması 70 ± 9.1 , kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 72.4 ± 9.5 bulundu. Benzer şekilde, Güler Demir'in (2010) kalça artroplastisi ameliyatı olan hastalar ile yaptığı çalışmada, eğitim grubundaki hastaların yaş ortalamasının 71 ± 15.88 , kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 74.50 ± 17.50 olduğu belirlenmiştir. Kalça veya diz artroplastisi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da bireylerin yaş ortalamasının benzer olduğu görülmektedir (Açıksöz ve Uzun, 2007; Doğan, 2003; Cano-Plans ve ark., 2018; Kılıç ve ark., 2009; Kınıklı ve ark., 2014; Muniesa ve ark., 2010; Paterson ve Warburton, 2010; Ünal Taşkın E, 2011). Bu benzerlik 55-74 yaş aralığındaki erişkin yaşlı popülasyondaki bireylerin %69'unda osteoartrite bağlı diz ağrısı şikayeti olması ve artroplastinin bu bireylerde daha sık uygulanıyor olması ile ilişkilendirilebilir (Altıntaş ve ark., 2009).

Eğitim grubunun %75.6'sının, kontrol grubunun %81'inin kadınlardan oluştuğu belirlendi (Tablo 4.1.). Eğitim ve kontrol gruplarının cinsiyet açısından homojen olduğu belirlendi. Açıksöz ve Uzun'un (2007) çalışmasında kalça artroplastisi olan hastaların %80.6'sının kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir. Ülkemizde ve dünyada kalça veya diz artroplastisi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da kadın sayısının fazla olması, çalışmamızın ilgili literatürler ile cinsiyet açısından benzer olduğunu göstermektedir (Salık Asar A, 2015; Cano-Plans ve ark., 2018; Güler Demir, 2010; Muniesa ve ark., 2010; Şendir ve Babadağ, 2000; Ünal Taşkın E, 2011). Çalışmamızdaki hastaların

çoğunluğunun kadın olması, menopozun osteoartritin ortaya çıkmasında önemli rol oynaması ile açıklanabilir (Açıksöz ve Uzun, 2007; Srikanth VK ve ark., 2005).

Eğitim ve kontrol grubunun medeni durumları karşılaştırıldığında (Tablo 4.1.); grupların medeni durumları arasında fark olmadığı saptandı. Ünal Taşkın'ın (2011) çalışmasına katılan bireylerin eğitim ve kontrol grubununun yarısından fazlasının (%63.3) evli olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bireylerin medeni durumları, kalça veya diz artroplastisi ile ilgili yapılan diğer literatürler ile benzerlik göstermektedir (Çevik Akyl ve Ergüney, 2012; Dal ve ark., 2012; Güler Demir, 2010; Kılıç ve ark., 2009; Şendir ve Babadağ, 2000). Çalışmaya katılanların yarısından fazlasının evli olması, artroplasti ameliyatı olan bireylerin erişkin yaşlı dönemde olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Eğitim ve kontrol grubunun eğitim durumları karşılaştırıldığında, her iki grubun eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 4.1.). Bu sonuç, grupların eğitim durumu açısından homojen dağıldığını göstermektedir. Çalışmamız, Yolcu ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışma ile hastaların eğitim durumu açısından benzerlik gösterirken, Ünal Taşkın'ın (2011) çalışması ile benzerlik göstermemektedir. Bireylerin eğitim durumları verilen eğitimi anlama ve uygulama açısından oldukça önemlidir.

Eğitim grubunun %87.8'inin, kontrol grubunun neredeyse tamamının (%97.3) çalışmadığı bulundu (Tablo 4.1.). Eğitim ve kontrol grubunun çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması ($p>0.05$), bireylerin gruplara çalışma durumu bakımından homojen dağıldığını göstermektedir. Bu çalışmadaki bireylerin çalışma durumun, kalça veya diz artroplastisi ile ilgili diğer literatürler ile benzerlik gösterdiği belirlendi (Açıksöz ve Uzun, 2007; Cano-Plans ve ark., 2018).

Eğitim ve kontrol grubunun evde yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.1.). Ünal Taşkın'ın (2011) çalışmasına katılan bireylerin eğitim grubunun %23.3'ünün ($n=7$) ve kontrol grubununun %30'unun ($n=9$) yalnız yaşadığı bulunmuştur. Güler Demir'in (2010) yaptığı çalışmada ise eğitim grubunda eşi ile yaşayan %45.4 ($n=20$), kontrol grubunda eşi ile yaşayan %54.50 ($n=24$) birey bulunmuştur. Çalışmamız, ilgili literatürler ile benzerlik göstermektedir (Muniesa ve ark., 2010; Salık Asar, 2015). Bu durum, çalışmaya katılan erişkin yaşlı dönemdeki bireylerin yarısından fazlasının evli olması ile açıklanabilir.

Hastaların bazı özellikleri ve alışkanlıkları incelendiğinde, eğitim ve kontrol grubundaki hastaların BKİ, alkol kullanma durumu ve dışkılama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ($p<0.05$) saptandı (Tablo 4.2.). Bu durum, hastaların BKİ, alkol kullanma ve ameliyat öncesi dönemde dışkılama sıklığı açısından homojen olduğunu göstermektedir. Eğitim grubundaki hastaların çoğunun (%78), ve kontrol grubundaki hastaların neredeyse tamamının (%97.3) sigara kullanmıyor olmasının, eğitim ve kontrol grubundaki hastaların hareketlilik farkını değerlendirirken engel oluşturmadığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki hastaların, kronik hastalık varlığına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.3.). Literatürler incelendiğinde, Doğan'ın (2003) yaptığı çalışmada eğitim grubunun %27.5'inin ($n=11$), kontrol grubunun %22,5'inin ($n=9$) kronik rahatsızlığı olmaması nedeniyle çalışmamız ile benzerlik gösterdiği görülmüştür. Aynı şekilde Taşkın'ın (2011) çalışmasında da eğitim grubundaki hastaların %20'sinin ($n=6$), kontrol grubundaki hastaların %26.7'sinin ($n=8$) kronik hastalığı olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın sonucu, Kılıç ve arkadaşlarının (2009) diz protezi hastaları ile yaptıkları çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunda kronik rahatsızlık bulunması, kalça veya diz artroplastisinin endikasyonunda önemli rol oynaması ile açıklanabilir (Altıntaş ve ark., 2009; Yılmaz ve Bulut, 2009).

Eğitim ve kontrol gruplarının arasında merdiven inememe/çıkamama ($p<0.05$), dışarıya çıkamama ($p=0.05$), yürüme zorluğu ($p<0.05$). açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (Tablo 4.3.). Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların tamamı ($n=78$) ağrı şikayetinin olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, ağrı nedeniyle bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini ve ameliyata karar verirken ağrı şikayetinin önemli rol oynadığını göstermektedir. Çalışmamızdaki bu sonuç, kalça veya diz artroplastisi ameliyatı sayesinde bireylerin ağrılarının azalması ile birlikte yaşam kalitelerinin de artacağı bilgisi ile benzerlik göstermektedir (Yaban ve Karaöz, 2007; Yılmaz ve Bulut, 2009).

Eğitim ve kontrol gruplarının ameliyat olmasını gerektiren şikayet süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.3.). Hastaların tamamının ($n=78$) ağrı şikayetinin olması, hastaların bu süre içinde medikal ve tıbbi

tedavileri deneyerek ve çeşitli başa çıkma mekanizmaları geliştirerek ağrıyı dindirmeye çalıştıklarını, ancak konservatif tedavi yöntemleri yetmeyince ameliyat olmaya karar verdiklerini göstermektedir (Altıntaş, 2009; Yılmaz ve Bulut, 2009).

5.2. Hastaların Fiziksel Uyum ve Hareketliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda eğitim ve kontrol grubunun ameliyat sonrası 1. gün ilk mobilizasyon öncesi sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız ve solunum ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.4.). Bu sonuç, hastaların ilk mobilizasyonda araştırmacı tarafından Gözlemci Hareketlilik Ölçeği ile değerlendirilirken, hayati bulgu parametrelerinin her iki grupta stabil olduğunu göstermektedir.

Eğitim grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ve kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile 2. Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.5.). Eğitim grubu ve kontrol grubunun 1. ve 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan farkları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bu iki sonuç doğrultusunda, eğitim ve kontrol grubunda ölçek puanlarının giderek azaldığı ve her iki grupta ameliyat sonrası mobilizasyonun gün geçtikçe iyi hale geldiği görülmektedir. Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların giderek iyileşmesi, Kavlak'ın (2017) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Eğitim grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.6.). Bu durum, eğitim grubundaki hastaların ilk mobilizasyonda daha bağımsız olduğunu göstermektedir. Kavlak'ın (2017) yaptığı çalışmada, çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunması ($p<0.05$) nedeniyle çalışmamız Kavlak'ın (2017) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim grubunun 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile kontrol grubunun 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.6.). Ayoğlu'nun (2011) yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası 1. ve 2. gün mobilizasyonda deney grubundaki hastaların

Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu ve hareketlilikte daha bağımsız olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmamız Ayoğlu'nun (2011) yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Paterson ve Warburton'un (2010) yaptığı çalışmada, bireylere verilen fiziksel aktivite ve egzersiz eğitiminin fonksiyonel kısıtlılığı azalttığı saptanmıştır.

Eğitim grubunun ameliyat sonrası 1. gün ilk mobilizasyonda Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile kontrol grubunun Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.6.). Bu durum, eğitim grubundaki hastaların ilk mobilizasyonda daha az ağrı ve güçlük yaşadığını göstermektedir. Eğitim ve kontrol grupları arasında Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması nedeniyle, çalışmamız Kavlak'ın (2017) ve Ayoğlu'nun (2011) yaptığı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim ve kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puan ortalaması ile kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.6.). Bu sonuç, verilen uygulamalı eğitimin hastaların fiziksel uyumunu arttırdığını göstermektedir.

Çevik Akyıl ve Ergüney'in (2012) KOAH hastalarında, Roy Adaptasyon Modeli'ne dayalı eğitimin etkisini incelediği çalışmada, eğitim alan grubun fizyolojik alan uyumunun ve hareketliliğinin arttığı belirlenmiştir. Afrasiabifar ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada Roy Adaptasyon Modeli'ne dayalı eğitim ile birlikte hemodiyaliz tedavisi alan hastaların fiziksel uyumunun arttığı belirlenmiştir. Rogers ve Keller'in (2012) Sing Cji Do egzersizlerini kullanarak fiziksel aktiviteyi teşvik etmeyi amaçladıkları çalışmalarında, hastaların fiziksel fonksiyon uyumunu ve benlik kavramına etkisini incelemiş ve eğitim verilen hareketsiz yaşlılar arasında kontrol grubuna göre fiziksel fonksiyonun geliştiği ve hareketliliğin arttığı belirlenmiştir. Çalışmamız hasta eğitiminin önemini vurgulayan diğer literatürler ile paralellik göstermektedir (Menekli ve Eyi, 2017; Molu, 2017; Özkaraman Özer ve Alpaslan, 2012).

Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların ağrı tarifleme durumu, rahat yürüyebildiğini düşünme durumu, yataktan oturma pozisyonuna geçme durumu, otururken yatma pozisyonuna geçme durumu, yatak içerisinde tek başına dönme durumu, tuvalete gitme ve yetiştirilme durumu, dışkılama durumu ve taburcu olup eve

gitmeye hazır olduğunu düşünme durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 4.7.).

Güler Demir'in (2010) gerçekleştirdiği çalışmada deney grubundaki hastaların %46.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların neredeyse tamamının (%96.7) günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken güçlük çektiğini saptanmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlasının taburculuktan 1 hafta sonra sandalyeye oturup kalkarken yardım aldığı ve eğitim grubundaki hastaların kontrol grubuna göre yürüme, merdiven inme çıkma, sandalyeye oturma kalkma ve tuvalete gitme gibi fonksiyonel konularda daha bağımsız olduğu belirlenmiştir. Doğan'ın (2003) çalışmasında diz artroplastisi ameliyatı olan eğitim grubundaki hastaların daha rahat yürüdüğü bulunmuştur. Şendir ve Babadağ'ın (2000) kalça artroplastisi olan hastalara, ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan hasta eğitiminin hastanın fiziksel uyumuna ve yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmada, eğitim grubunun fiziksel uyum ve fonksiyon gerçekleştirilmede daha başarılı olduğu görülmüştür.

Eğitim grubundaki hastaların %97.6'sının (n=40), kontrol grubundaki hastaların %91.9'unun (n=34) ameliyattan sonra rahatladığını ve daha iyi olduğunu düşündüğü belirlendi. Her iki grubun ameliyattan sonra rahatladığını ve daha iyi olduğunu düşünme durumunun benzer olduğu belirlendi. Kılıç ve arkadaşlarının (2009) diz artroplastisi ameliyatı sonrası yaşam kalitesi değerlendiren çalışmasında, ameliyat sonrasındaki 6 hafta içinde bireylerin fiziksel fonksiyonunda istatistiksel olarak anlamlı derecede düzelme olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Açıksöz ve Uzun'un (2007) çalışmasında kalça artroplastisi ameliyatı olan hastaların evde çoğunlukla banyo yapma ve tuvalete gitme aktivitelerini yerine getirmede zorlandıkları ve yardıma ihtiyaç duyduklarını saptanmıştır.

Hastaların dışkılama durumu incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların %78'inin (n=32) konstipasyon veya diyare şikayeti olmadığı, kontrol grubunun ise %64.9'unun (n=24) konstipasyon veya diyare şikayeti olduğu belirlendi. Bu durumda, eğitim ve kontrol grubunun dışkılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve eğitim grubundaki hastaların daha az konstipasyon veya diyare şikayeti yaşadığı belirlenmiştir. Nazlı'nın (2007) ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların konstipasyon durumunu incelediği çalışmada, ameliyat öncesinde % 8,8 oranında olan konstipasyon durumunun ve ameliyattan sonra % 61,2'ye yükseldiği saptanmıştır.

Yayla'nın (2016) yaptığı çalışmada, hastaların bağırsak seslerinin ameliyat sonrası 35. saatte değerlendirildiği çalışmada, eğitim grubunun %76.5 inde kontrol grubunun %47.1 inde bağırsak seslerinin normale döndüğü ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanması nedeniyle, çalışmamız Yayla'nın (2016) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamız hastaların ameliyat sonrası dönemde dışkılama durumunu inceleyen diğer literatürler ile paralellik göstermektedir (Arslan ve Burucu, 2017; Dal ve ark 2012).

Fielden ve arkadaşlarının (2003) kalça artroplastisi ameliyatı sonrası memnuniyet düzeylerini araştırdıkları çalışmada, ameliyat öncesi ve sonrasındaki eğitimin hastaların kendi bakımlarına katılımını sağlayarak iyileşme sürecine ve hareketliliğine olumlu etki gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan eğitim grubundaki hastaların, eğitim memnuniyet oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.8.)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, özel bir vakıf Üniversitesi Hastanesi'nin Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Servisi'nde Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimin, hastaların ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemek amacı ile kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan 41'i eğitim, 37'si kontrol olmak üzere toplam 78 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucunda;

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının eğitim grubunda 70 ± 9.1 , kontrol grubunda 72.4 ± 9.5 olduğu,
- Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu ve grupların cinsiyete göre istatistiksel olarak benzer olduğu,
- Eğitim ve kontrol grubundaki hastaların medeni durum, eğitim durumu, maddi durum, birlikte yaşama durumu, BKİ, alkol kullanımı, dışkılama sıklığı, kronik rahatsızlığı, yatış şikayetleri açısından benzer olduğu,
- Hastaların ameliyat sonrası 1. günde ilk mobilizasyon öncesi sistolik ve diyastolik kan basınçları, nabız ve solunum ortalamaları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı,
- Eğitim grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (8.5 ± 1.5), 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (6.1 ± 1.3) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu,
- Kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (11.7 ± 1.3), 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (9.5 ± 1.9) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu,
- Eğitim grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (8.5 ± 1.5), kontrol grubunun 1. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (11.7 ± 1.3) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu,
- Eğitim grubunun 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (6.1 ± 1.3), kontrol grubunun 2. gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (9.5 ± 1.9) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu,

- Eğitim grubunun Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması ile (20.6±2.2), kontrol grubunun Hasta Hareketlilik Ölçeği puan ortalaması (27.1±3.0) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu,
- Eğitim ve kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puan ortalaması ile (12.3±2.4), kontrol grubunun Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu puan ortalaması (17.8±3.4) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu,
- Eğitim grubu ve kontrol grubunun 1. ve 2. Gün Gözlemci Hareketlilik Ölçeği puan farkları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Hastaların Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu'na verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında, ameliyattan sonra rahatladığını ve daha iyi olduğunu düşünme durumları açısından eğitim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Eğitim ve kontrol grubunun ağrıyı tarifleme durumuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Eğitim grubundaki hastaların neredeyse tamamı (%95.1)'ini (n=39), kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlası (%64.9) rahat yürüdüğünü ifade ettiği ve her iki grubun rahat yürüdüğünü düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Hastaların yataktan oturma pozisyonuna geçme durumları incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların çoğunluğu (%73.2) tek başına kolaylıkla geçebildiğini, kontrol grubundaki hastaların yarıdan fazlasının (%56.8) başkalarından yardım alarak yataktan oturma pozisyonuna geçebildiği ve eğitim ve kontrol grubunun yataktan oturma pozisyonuna geçme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Hastaların otururken yatma pozisyonuna geçme durumları incelendiğinde; eğitim ve kontrol grubunun otururken yatma pozisyonuna geçme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Eğitim grubundaki hastaların çoğunluğunun (%85.4), kontrol grubundaki hastaların ise %35.1'inin yatak içerisinde tek başına dönebildiği ve grupların yatak içinde dönme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Hastaların tuvalete gitme durumları incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların büyük bir kısmının (%75.6) tek başına kolaylıkla gidebildiği, kontrol grubundaki hastaların ise, %16.2'sinin (n=6) tek başına kolaylıkla gidebildiği ve eğitim ve kontrol grubunun otururken tuvalete gitme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Hastaların tuvalete yetişebilme durumu incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların tamamının (n=41) idrarını kontrol edebildiği ve tuvalete yetişebildiği, kontrol grubundaki hastaların ise %78.4'ünün (n=29) idrarını kontrol edebildiği ve eğitim ve kontrol grubunun tuvalete yetişebilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Hastaların dışkılama durumu incelendiğinde; eğitim grubundaki hastaların çoğunluğunun (%78) konstipasyon veya diyare şikayeti olmadığı, kontrol grubunun ise yarıdan fazlasının (%64.9) konstipasyon veya diyare şikayeti olduğu ve eğitim ve kontrol grubunun dışkılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Eğitim grubundaki hastaların çoğunluğunun (%87.8), kontrol grubundaki hastaların ise yarıdan fazlasının (%54.1) taburcu olup eve gitmeye hazır olduğu ve grupların eve gitmeye hazır olduğunu düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri incelendiğinde, Hipotez 1 (H0), Hipotez 2 (H0), Hipotez 3 (H0) ve Hipotez 4 (H0) reddedilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın bulguları doğrultusunda;

1. Araştırmanın sonuçları ve eğitim grubunun memnuniyeti göz önünde bulundurularak, Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Servisi'nde çalışan hemşirelere, kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olacak hastaların fiziksel uyumunu ve hareketliliğini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerden birinin eğitim olduğunun belirtilmesi ve bu konuda desteklenmesi,
2. Hemşirelikte Roy Adaptasyon Modeli'nin bakımda kullanımına yönelik örneklerin artırılması ve uygulamada kullanımın yaygınlaşması,

3. Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastalara eğitim programının oluşturulması ve hastaların belli aralıklarla değerlendirilmesi,
4. Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı dışında, diğer alanlarının da kullanılarak kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastaların uyumunun değerlendirilmesi,
5. Kalça veya diz artroplastisi ameliyatı olan hastaların fiziksel uyumu ve hareketliliğini inceleyen çalışmaların artırılması ve çalışmanın örnekleminin genişletilmesi önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Açıksöz S, Uzun Ş. Total kalça protezi uygulanan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik evde bakımda karşılaşılan güçlükler. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 11(1): 8-16.
2. Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's Adaptation Model-based patient education for promoting adaptation of hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013; 15(7): 566-572.
3. Akyüz N. Elektif ortopedik cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs*. 2017; 3(1): 32-37.
4. Altıntaş F, Uluçay Ç, Kılınçoğlu V. Total diz artroplastisinin endikasyonları, kontrendikasyonları ve komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Orthop*. 2009; 2(1): 55-62.
5. Altizer L. Patient education for total hip or knee replacement. *Orthopaedic Nursing*. 2014; 23(4): 283-288.
6. Arslan Özkan A. *Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri*. İstanbul: Akademi Basın; 2014.
7. Arslan S, Burucu R. Parkinson tanısı almış bir olgunun Roy Uyum Modeli kullanılarak hemşirelik bakımının planlanması. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2017; 7(1): 36-38.
8. Ayoğlu T. *Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi*. Doktora tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
9. Barış N, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş. Roy Adaptasyon Modeline göre bir hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 31(2): 130-139.
10. Bilik Ö. Total diz protezi ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs*. 2017; 3(1): 54-64.
11. Büyükyılmaz F, Şendir M. Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: derin ven trombozu (DVT) riskinin tanınması ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 23(1): 48-54.

12. Can F. Total kalça artroplastisi, rehabilitasyon. *TOTBİD Dergisi*. 2013; 12: 292-308.
13. Cano-Plans S, Lacueva-Pérez L, Cabrera E, Zabalegui A. Knowledge expectations of orthopaedic patients. *International Journal of Nursing Practice*. 2018: 1-8.
14. Çatal E, Dicle A. Teori – araştırma bileşeni: Roy’un Uyum Modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014; 7(1): 33-45.
15. Çevik Akyıl R, Ergüney S. Roy’s adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 69(5): 1063-1075.
16. Dal Ü, Bulut H, Güler Demir S. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2012; 8(1): 34-40.
17. Demir H, Çalış M. Diz artroplastisi rehabilitasyonu. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2002; 24(4): 194-201.
18. Doğan N. Total diz protezinde klinik rehberin bakıma etkisi. *Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi*. Yüksek lisans tezi, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003.
19. Ekşioğlu MF, Açar Hİ, Tekdemir İ. Kalça eklemının fonksiyonel anatomisi. *TOTBİD Dergisi*. 2011; 10(1): 32-37.
20. Elmalı N, Artroplasti Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Orthop*. 2009; 2(1): 1-7.
21. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Model and Theories*. (Second Edition). Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
22. Fawcett J. Using the Roy Adaptation Model to guide reserch and/or practice: construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan Journal*. 2009; 9(3): 297-306.
23. Fielden J, Scott S, Horne G. An investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*. 2003; 22(6): 429-436.
24. Frederickson K. Callista Roy’s Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4): 301-303.
25. Frederickson K. Nursing knowledge development through research: using the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 2000; 13(1): 12-17.

26. Güler Demir S. *Kalça protezi ameliyatı olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri bakım modeline göre evde izleminin etkinliği*. Doktora tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
27. Güler Demir S, Bulut H, Dal Ü. Students' experience with developing patient education materials. *Proced Social Behav Sciences*. 2009; 1: 2828-2831.
28. Kacaroğlu Vicdan A, Demiral T. Histerektomi sonrası hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modelinin kullanımı. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 2015; (2): 1-10.
29. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. *Hemodiyaliz Hasta Eğitiminde Roy Adaptasyon Modeli*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014^a.
30. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. Hemşirelik modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014^b; 5(4): 255-259.
31. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. Roy Adaptasyon Modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *International Journal of Human Sciences*. 2014^c; 11(2): 209-220.
32. Kavlak T. *Histerektomide preoperatif solunum, yatak içi egzersiz ve mobilizasyon eğitiminin postoperatif ağrı ve mobilizasyon düzeyine etkisinin belirlenmesi*. Doktora tezi, İstanbul, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017.
33. Kaya N, Babadağ K, Yeşiltepe Kaçar G, Uygur E. Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(3): 24-33.
34. Kılıç B, Turhan Y, Demiroğlu M, Akçay S, Gürcan S. Diz osteoartritinde cerrahi tedavi yöntemleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016; 6(2): 135-138.
35. Kılıç E, Sinici E, Tunay V, Hasta D, Tunay S, Başbozkurt M. İki taraflı total diz protezi uygulanan kadın hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2009; 43(3): 248-253.
36. Kınıklı Gİ, Güney H, Karaman A, Yılmaz K, Çağlar Ö, Yüksel İ. Functional mobility on discharge day after total knee and hip replacement surgery. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*. 2014; 25(1): 35-41.

37. Koç Z, Keskin Kızıltepe S, Çınarlı T, Şener A. Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017; 14(1) :62-72.
38. Lee LY, Tsang AY, Wong KF, Lee JK. Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. *Nursing Science Quartely*. 2011; 24(4): 363-369.
39. Lübbecke A, Suvâ D, Perneger T, Hoffmeyer P. Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. *Arthritis Care and Research*. 2009; 61(4): 552-558.
40. Maradit Kremers H ve ark. Prevalence of total hip and knee replacement in the United States. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 2015; 97: 1386-1397.
41. Masters K. *Nursing Theories: A Framework For Professional Practice*. Mississippi: 2015.
42. Mayadağlı A, Bulut G, Ekici K. Heterotopik Ossifikasyon ve Tedavi Yaklaşımı. *J Kartal TR*. 2012; 23(1): 49-55.
43. Menekli T, Eyi S. Obez bir bireyin hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(3): 237-246.
44. Molu B. İskemik inme geçiren bireyin Roy Adaptasyon Modeline göre hemşirelik bakımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 167-177.
45. Moreno ME, Duran MM, Hernandez A. Nursing care for adaptation. *Nursing Science Quertely*. 2009; 22(1): 67-73.
46. Muniesa JM, Marco E, Tejero M, Boza R, Duarte E, Escala F, Enric Câceres. Analysis of the expectations of elderly patient before undergoing total knee replacement. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 51: 83-87.
47. Nazlı Y. *Total kalça protezi uygulanan hastalarda immobilizasyonun hasta üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
48. Öner H, Demirdağ H, Akyolcu N, Kanan N. Karaciğer transplantasyonu planlanan bir hastanın hemşirelik bakımında Roy'un Adaptasyon Modeli'nin kullanımı. *F.N. Hem. Derg.* 2015; 23(3): 231-242.
49. Özçelik Z, Uçar N, Yılmaz D, Koç N, Akıncı SB. Yoğun bakım hastalarında erken mobilizasyon uygulanması ve erken mobilizasyonun hasta hemodinamiğine etkileri. *J Turk Soc Intens Care*. 2017; 15: 53-58.

50. Özkaraman A, Özer S, Balcı Alpaslan . Romatoid artritli bir vakının hemşirelik bakımında Roy Adaptasyon Modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1(3): 138-152.
51. Paterson DH, Warburton DER. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's physical activity guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7(38): 1-22.
52. Pektekin, Ç. *Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2013.
53. Rice KL, Walsh ME. Minimizing venous thromboembolic complications in the orthopedic patient. *Orthop Nurs*. 2001; 20: 21-27.
54. Rogers CE, Keller C, Larkey LK, Ainsworth BE. A randomized controlled trial to determine the efficacy of Sign Chi Do exercise on adaptation to aging. *Res Grontol Nurs*. 2012; 5(2): 101-113.
55. Roy, C. *The Roy Adaptation Model*. Third edition. New Jersey: Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health; 2009.
56. Salık Asar A. *Total kalça protezi ameliyatı öncesi ve sonrası verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.
57. Savcı A, Bilik Ö. Hemşirelik bakımı ile modelin buluşması: total diz protezi uygulanan hastalarda Roy Uyum Modeline göre yapılandırılmış sürekli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2015; 8(2): 145-154.
58. Srikanth VK, Fryer JL, Zhai G, Winzenberg TM, Hosmer D, Jones G. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. *OsteoArthritis and Cartilage*. 2005; 13(9): 769-781.
59. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*. 2012; 20(1): 35-42.
60. Şendir M. Total kalça protezli hastalar için eğitim programı. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu*. 2002; 12(48): 71-80.
61. Şendir M, Babadağ K. Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Bülteni*. 2000; 12(46): 27-41.

62. Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(2): 132-139.
63. Şimşek Yaban Z, Karaöz S. Total kalça protezi ameliyatında hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2007; 11(1): 47-53.
64. Turan Kavradım S, Canlı Özer Z. Miyokard infarktüsü sonrası Roy Uyum Modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2016; 7(12): 24-35.
65. Turgut A. Kalça eklemi anatomisi ve biyomekaniği. *TOTBİD Dergisi*. 2015; 14: 27-33.
66. Uğurlu AK, Kula Şahin S, Seçginli S, Eti Aslan F. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte erken ayağa kaldırmanın hızlı iyileşmeye etkisi: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2017; 9(4): 280-288.
67. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 3(2): 36-45.
68. Ünal Taşkın E. Total diz protezi uygulanan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlığın özbakım gücü, fonksiyonel durumve ağrıya etkisi. Yüksek lisans tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
69. Velioğlu, P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.
70. Yayla A. *Erken mobilizasyon protokolünün hasta bakım sonuçlarına etkisi*. Doktora tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
71. Yılmaz E, Bulut M. Kalça artroplastisi endikasyonları, kontrendikasyonları ve komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Orthop*. 2009; 2(1): 8-15.
72. Yolcu S, Akın S, Durna Z. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeyleri ve hareket düzeyleri ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016; 3(2): 129-138.
73. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2017; 19(2): 57-74.

8. EKLER

- Ek-1:** Yeditepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı
- Ek-2:** Yeditepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı
- Ek-3:** Ölçek İzin Yazısı
- Ek-4:** Randomizasyon Tablosu
- Ek-5:** Eğitim Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- Ek-6:** Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- Ek-7:** Hasta Değerlendirme Anketi
- Ek-8:** Gözlemci Hareketlilik Ölçeği
- Ek-9:** Hasta Hareketlilik Ölçeği
- Ek-10:** Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu
- Ek-11:** Eğitim Memnuniyet Anketi
- Ek-12:** Kalça Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı
- Ek-13:** Diz Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı

EK-1: Yeditepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15-1380
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik kurul Başvurusu hk.

23/11/2017

İlgili Makama (Merve Özsoy)


Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'ın sorumlu olduğu "**Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kalça veya Diz Artroplastisi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğine Etkisinin İncelenmesi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KA EK) Başvuru Dosyası (1360 kayıt Numaralı KA EK Başvuru Dosyası), Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22.11.2017 tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isimi belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (KA EK Karar No: 750).

Prof. Dr. Turgay ÇELİK

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-2: Yeditepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı



**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

29.12.2017

SAYI : 68774383 – 001/3509
KONU: Merve Özsoy'un Tez Araştırma İzni Hk.

T.C.


Yeditepe Üniversitesi Rektörlüğü'ne

28.12.2017 tarih ve 5390 sayılı yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Merve ÖZSOY " Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kalça veya Diz Artroplastisi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğin Etkisinin İncelenmesi" konulu tez araştırmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Faruk Yencilek
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
Başhekim

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Evrak No	35
Geçiş Tarihi	19.01.2018



444 7000

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Konyaaltı Mah. Hastane Sok. No 33504 34750 Beşiktaş / İstanbul
Tel: 0212 270 0000 Faks: 0212 406 10 90

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAĞIYAT ÇARŞISI İNCELİĞİ
Bağdat Çarşısı Çarşısı / Beşiktaş / İstanbul
Tel: 0212 270 0000 Faks: 0212 307 42 00

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ GÖZ SAĞLIK MERKEZİ
Sıhhiye Sok. 145/104 Kat: 10/10 Beşiktaş / İstanbul
Tel: 0212 270 0000 Faks: 0212 307 42 00

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ DUA İNCELİĞİ
Bağdat Çarşısı Çarşısı / Beşiktaş / İstanbul
Tel: 0212 270 0000 Faks: 0212 307 42 00

EK-3: Ölçek İzin Yazısı

From: Merve Özsoy <mrv_zsy@hotmail.com>

Sent: Monday, August 17, 2017 10:26:28 AM

To: tuluha ayoğlu

Cc: tuluha@istanbul.edu.tr

Subject: Re: Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği hk.:

Merhaba Tuluha hanım, Ben Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Merve Özsoy. 'Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Kalça ve Diz Artroplastisi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna Etkisinin İncelenmesi' adlı tez çalışmam için, 2011 yılında geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Hasta Hareketlilik ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ancak kaynağa ve ölçeğe ulaşamadım. Yardımcı olabilirsiniz çok sevinirim. İlginize teşekkür ederim.

Re: Hasta Hareketlilik Ölçeği ve Gözlemci Hareketlilik Ölçeği hk.



tuluha ayoğlu <tuluha@gmail.com>

Çar 23.08.2017, 00:37

Siz: ✓



İndir OneDrive'a kaydet

Merhaba Merve, ölçekler ektedir. Kaynak olarak tezimi gösterebilirsin. Bir sorun olursa bana e-mail ile yazabilirsin. Başarılar...

Ayoğlu, T. (2011). Cerrahi girişim öncesi verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısına ve iyileşme sürecine etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

EK-4: Randomizasyon Tablosu

Hasta no	1	2	3	4	5	6	7	8
Üretilen sayı	2	2	1	1	2	2	1	2
Yerleştirilen grup	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu
Hasta no	9	10	11	12	13	14	15	16
Üretilen sayı	2	2	1	1	1	2	1	2
Yerleştirilen grup	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu
Hasta no	17	18	19	20	21	22	23	24
Üretilen sayı	1	1	1	2	2	1	1	1
Yerleştirilen grup	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu
Hasta no	25	26	27	28	29	30	31	32
Üretilen sayı	2	2	2	1	2	2	1	2
Yerleştirilen grup	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu
Hasta no	33	34	35	36	37	38	39	40
Üretilen sayı	1	1	1	2	1	1	1	2
Yerleştirilen grup	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu
Hasta no	41	42	43	44	45	46	47	48
Üretilen sayı	1	1	2	1	2	1	2	2
Yerleştirilen grup	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu
Hasta no	49	50	51	52	53	54	55	56
Üretilen sayı	2	1	1	2	2	1	2	2
Yerleştirilen grup	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu	1 Eğitim Grubu	2 Kontrol Grubu	2 Kontrol Grubu

Ek-5: Eğitim Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışma “Roy Adaptasyon Modeli’nin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kalça veya Diz Artroplastisi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğine Etkisinin İncelenmesi” adlı çalışma bilimsel bir araştırma olup, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Merve ÖZSOY tarafından ve Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, kalça veya diz artroplastisi olacak hastalara Roy Adaptasyon Modeli’nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda verilen eğitimin, ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemektir. Araştırma kapsamında sizinle hasta odasında ameliyat öncesinde görüşme yapılarak ‘Hasta Değerlendirme Anketi’ uygulanacaktır ve ardından olacağınız protez ameliyatı ile ilgili eğitim verilecektir. Ameliyatınızın ertesi günü, ilk yürümenizin ardından ‘Hasta Hareketlilik Ölçeği’ni doldurmanız istenecektir ve araştırmacı tarafından ‘Gözlemci Hareketlilik Ölçeği’ doldurulacaktır. Taburculuk gününüzde ‘Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu’ ve ‘Eğitim Etkinliği Değerlendirme Formu’ uygulanacaktır. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilirsiniz. Herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve ayrıca araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

(Katılımcının/Gönüllünün Beyanı)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bu araştırmaya katıldığımda, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin tutulacağına inanıyorum. İstedğim zaman çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Tarih:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Tarih:

Ek-6: Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışma “Roy Adaptasyon Modeli’nin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kalça veya Diz Artroplastisi Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğine Etkisinin İncelenmesi” adlı çalışma bilimsel bir araştırma olup, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Merve ÖZSOY tarafından ve Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, kalça veya diz artroplastisi olacak hastalara Roy Adaptasyon Modeli’nin Fizyolojik Alanı doğrultusunda verilen eğitimin, hastaların ameliyat sonrası erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisini belirlemektir. Araştırma kapsamında sizinle hasta odasında ameliyat öncesinde görüşme yapılarak ‘Hasta Değerlendirme Anketi’ uygulanacaktır. Ameliyatınızın ertesi günü, ilk yürümenizin ardından ‘Hasta Hareketlilik Ölçeği’ni doldurmanız istenecektir ve araştırmacı tarafından ‘Gözlemci Hareketlilik Ölçeği’ doldurulacaktır. Taburculuk gününüzde ‘Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu’ uygulanacaktır. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilirsiniz. Herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ve ayrıca araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

(Katılımcının/Gönüllünün Beyanı)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bu araştırmaya katıldığımda, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin tutulacağına inanıyorum. İstedğim zaman çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Tarih:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Tarih:

Ek-7: Hasta Değerlendirme Anketi

HASTA DEĞERLENDİRME ANKETİ			
<p>Sevgili katılımcı,</p> <p>Bu anket sosyodemografik özellikleriniz ve ameliyatınız ile ilişkili olarak hazırlanan 15 sorudan oluşmaktadır. Anket formunda isim belirtilmeyecektir. Lütfen boş yanıt bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.</p> <p style="text-align: right;"><i>Merve Özsoy, Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan</i></p>			
1. Yaşınız:	2. Cinsiyetiniz <input type="radio"/> Kadın <input type="radio"/> Erkek	3. Boyunuz: Kilonuz: BKİ: <i>(Araştırmacı tarafından yazılacaktır.)</i>	4. Eğitim durumunuz <input type="radio"/> İlköğretim <input type="radio"/> Lise <input type="radio"/> Lisans <input type="radio"/> Yüksek Lisans
5. Çalışıyor musunuz? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	6. Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız? <input type="radio"/> Gelirim giderimi ancak karşılıyor. <input type="radio"/> Gelirim giderimi fazlasıyla karşılıyor. <input type="radio"/> Gelirim giderimi karşılamıyor.	7. Medeni durumunuz <input type="radio"/> Bekar <input type="radio"/> Evli <input type="radio"/> Boşanmış / Eşi vefat etmiş	8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? <input type="radio"/> Eş ve çocuklar ile <input type="radio"/> Eş ile <input type="radio"/> Çocuklar ile <input type="radio"/> Yalnız
9. Sigara kullanıyor musunuz? <input type="radio"/> Hiç kullanmadım <input type="radio"/> Bıraktım <input type="radio"/> Sosyal içici Kullanıyorum	10. Alkol kullanıyor musunuz? <input type="radio"/> Hiç kullanmadım <input type="radio"/> Bıraktım <input type="radio"/> Sosyal içici Kullanıyorum	11. Dışkılama sıklığınız <input type="radio"/> Günde 1'den fazla <input type="radio"/> Günde 1 kere <input type="radio"/> Gün aşırı <input type="radio"/> Birkaç gün arayla	12. Bilinen kronik rahatsızlığınız var mı? Lütfen belirtiniz. <input type="radio"/> Var <input type="radio"/> Yok
13. Şuan hastaneye yatışınız ile ilgili şikayetleriniz neler? <i>(Bir seçenektan fazla işaretleyebilirsiniz.)</i> <input type="radio"/> Merdiven inememe, çıkamama <input type="radio"/> Dışarıya çıkamama <input type="radio"/> Yürüyememe <input type="radio"/> Ağrı <input type="radio"/> Diğer	14. Şikayetleriniz ne kadar süredir mevcut? <input type="radio"/> 6 aydan az <input type="radio"/> 6ay - 1 yıl <input type="radio"/> 1 yıl – 3 yıl <input type="radio"/> 3 yıldan fazla	15. Geçireceğiniz operasyon <input type="radio"/> Diz protezi <input type="radio"/> Kalça protezi	

Ek-8: Gözlemci Hareketlilik Ölçeği

Ameliyat SonrasıGün

Gözlem zamanı:

Ambulasyon/Ayağa kalkma öncesi (*Hasta yatakta oturur pozisyon aldıktan 2 dakika sonra*)

Kan Basıncı..... Nabız..... Solunum.....

YATAK İÇİNDE BİR TARAFTAN DİĞER TARAFYA DÖNME:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak döndü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile döndü	Hasta dönmek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen dönemedi

YATAK KENARINDA OTURMA:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında oturdu	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında oturdu	Hasta yatak kenarında oturmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında oturamadı

YATAK KENARINDA AYAĞA KALKMA:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile yatak kenarında ayağa kalktı	Hasta yatak kenarında ayağa kalkmak için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen yatak kenarında ayağa kalkamadı

HASTA ODASINDA YÜRÜME:

1	2	3	4	5
Hasta bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ile bağımsız olarak odada yürüdü	Hasta sözlü uyarı ve fiziksel yardım ile odada yürüdü	Hasta odada yürümek için hemşireye bağımlıydı	Hasta yardıma rağmen odada yürüyemedi

Ek-9: Hasta Hareketlilik Ölçeği

YATAK İÇİNDE BİR TARAFTAN DİĞER TARAFYA DÖNME:

➤ Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa döndüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

➤ Yatak içinde bir taraftan diğer tarafa dönmek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

YATAK KENARINDA OTURMA:

➤ Yatak kenarında oturduğunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

➤ Yatak kenarında oturmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

YATAK KENARINDA AYAĞA KALKMA:

➤ Yatak kenarında, ayağa kalktığınızda ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

➤ Yatak kenarında, ayağa kalkmak sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

HASTA ODASINDA YÜRÜME:

➤ Odada yürüdüğünüzde ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yoktu	Biraz ağrı vardı	Orta derecede ağrı vardı	Çok ağrı vardı	Hayal edebileceğim en kötü ağrıydı
------------	------------------	--------------------------	----------------	------------------------------------

➤ Odada yürümek sizin için ne kadar zordu?

Çok kolaydı	Kolaydı	Biraz zordu	Zordu	Çok zordu
-------------	---------	-------------	-------	-----------

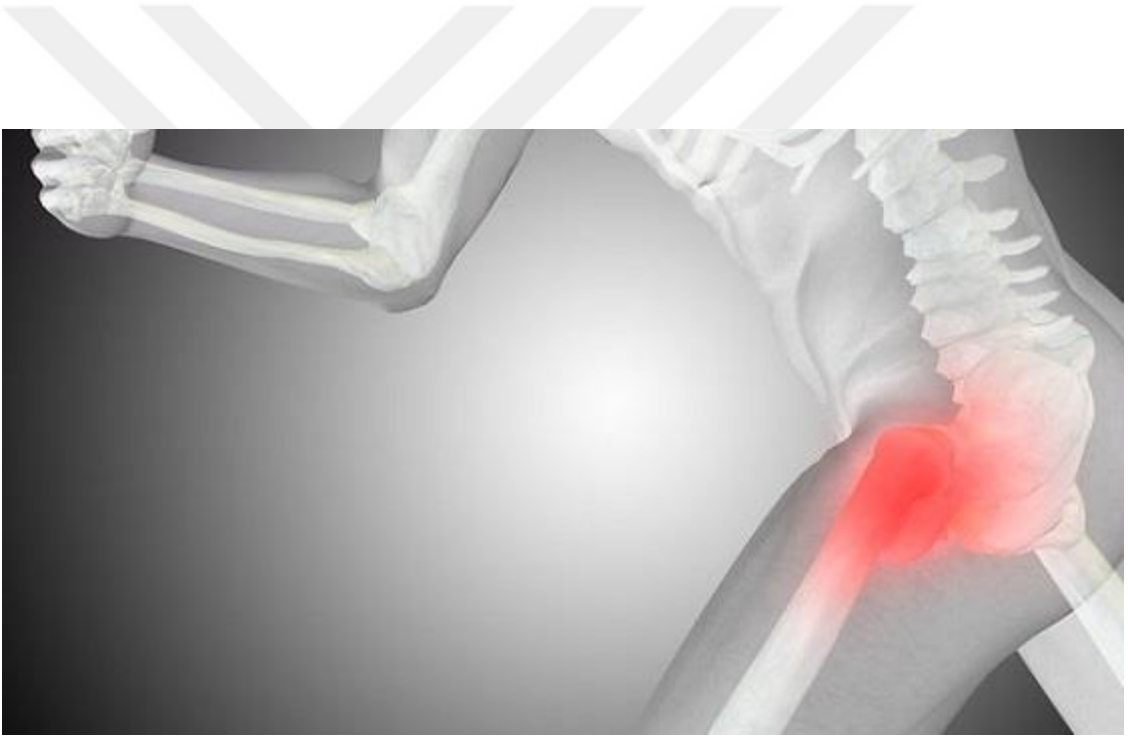
Ek-10: Fiziksel Uyum Değerlendirme Formu

1. Ameliyatınızdan sonra rahatladığınızı ve daha iyi olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
2. Şuanki ağrınızı nasıl tarif edersiniz?
 - Ağrım olmuyor ya da çok etkilemiyor
 - Ağrım oluyor, ağrı kesiciler ile geçiyor
 - Ağrım çok fazla oluyor, evde ağrım olursa ne yapacağımı düşünüyorum
 - Diğer
3. Sizce rahat yürüyebiliyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
4. Yataktan oturma pozisyonuna nasıl geçebilirsiniz?
 - Tek başıma, kolaylıkla
 - Tek başıma, zorlanarak
 - Başkalarından yardım alarak
5. Otururken yatma pozisyonuna nasıl geçebilirsiniz?
 - Tek başıma, kolaylıkla
 - Tek başıma, zorlanarak
 - Başkalarından yardım alarak
6. Yatak içinde tek başınıza dönebilir misiniz?
 - Evet
 - Hayır
7. Tuvalete nasıl gidebilirsiniz?
 - Tek başıma, kolaylıkla
 - Tek başıma, zorlanarak
 - Başkalarından yardım alarak
8. Tuvalet durumunuzu nasıl ifade edersiniz?
 - İdrarımı kontrol edebiliyorum, tuvalete yetişiyorum.
 - İdrarımı kaçıyorum, tuvalete yetişemiyorum.
9. Dışkılama durumunuzda değişiklik var mı?
 - Hayır, hiçbir değişiklik yok.
 - Evet, kabızlık veya ishal şikayetim mevcut.
10. Taburcu olup eve gitmeye hazır olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır

Ek-11: Eğitim Memnuniyet Anketi

	HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
Eğitim içeriği yeterliydi.				
Eğitim açık ve anlaşılırdı.				
Eğitim iyileşmeme olumlu katkı sağladı.				
Eğitim sağlığım ile ilgili yeni bilgi ve beceriler kazanmamı sağladı.				
Eğitim ameliyat öncesi endişemi azalttı.				
Eğitim motivasyonumu arttırdı.				
Eğitim proteze erken uyumumu sağladı.				
Eğitim erken hareketliliğimi sağladı.				
Eğitim taburculuk dönemine hazır olmamı sağladı.				
Eğitimi faydalı buldum.				

KALÇA PROTEZİNE FİZİKSEL UYUM EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayan: Merve ÖZSOY

Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman: Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN

ÖNSÖZ

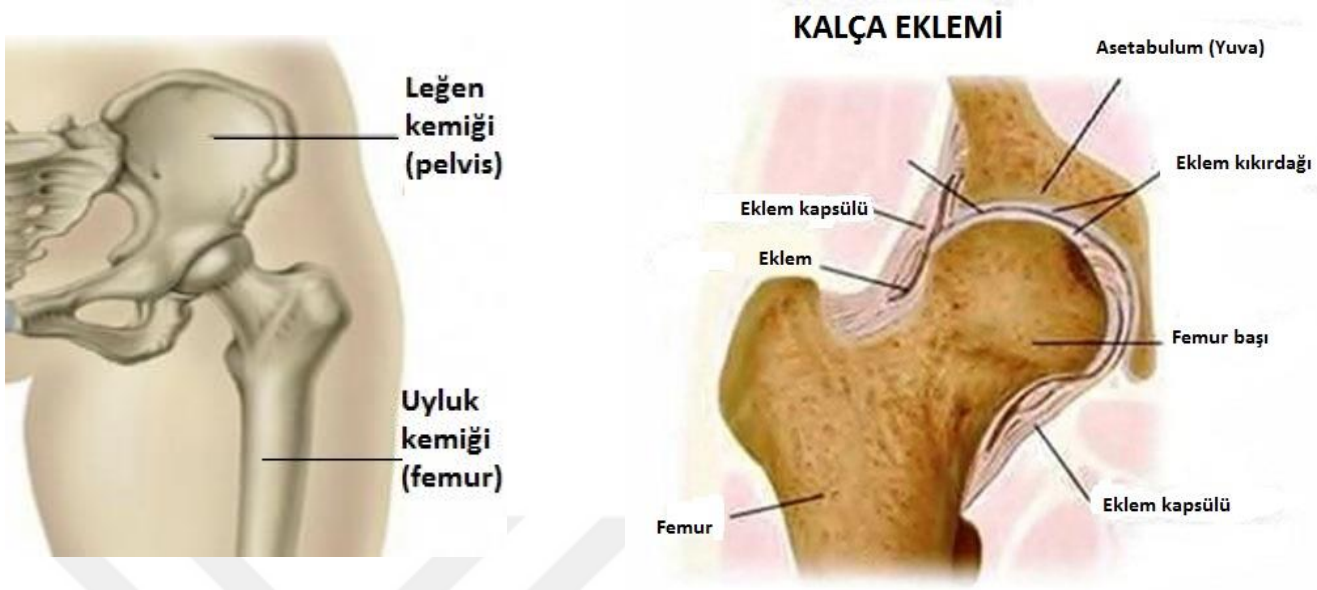
Kalça Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı, 'Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hastanın Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna Etkisi' adlı yüksek lisanstez çalışmasına aittir ve kitapçık hazırlanırken ortopedi uzmanlarının görüş ve önerileri alınmıştır. Bu eğitim kitapçığı, kalça protezi ameliyatı sonrasında günlük yaşamınıza yardımcı olmak, erken dönem fiziksel uyumunuzu ve hareketliliğinizi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu kitapçık, kalça eklemi ve protezi hakkında genel bilgileri, ameliyat öncesi hazırlıkları, ameliyat sonrası dönemde yapılacak uygulamaları ve taburculuktan sonra dikkat etmeniz gereken önemli noktaları kapsamaktadır.



İÇİNDEKİLER

- 1. Kalça Eklemi ve Kalça Protezinin Yapısı**
- 2. Ameliyat Öncesi Hazırlıklar**
 - a. Kan tetkikleri ve elektrokardiyografi
 - b. Radyolojik değerlendirme
 - c. Anestezi değerlendirmesi
 - d. Sürekli kullandığınız ilaçların yönetimi
 - e. Ameliyat öncesi açlığın uygunluğu
- 3. Ameliyat Sonrası Uygulamalar**
 - a. Ağrı yönetimi
 - b. İlaç Tedavisi
 - c. Buz uygulaması
 - d. Aralıklı Kompresyon Cihazı (SCD)
 - e. Derin Nefes Alma – Verme ve Öksürme Egzersizi
- 4. Ameliyat Sonrası Hastaneden Ayrılmadan Önce Evde Yapılması Gereken Hazırlıklar**
- 5. Ameliyat Sonrası Yara Yeri Bakımı**
- 6. Yeterli - Dengeli Beslenme ve Sıvı Alımı**
- 7. Boşaltım**
- 8. Kişisel Hijyen ve Banyo Yapma**
- 9. Giyinme**
- 10. Hareket**
- 11. Hareket İle İlgili Dikkat Edilmesi Gerekenler**
- 12. Kaynaklar**

1. KALÇA EKLEMİ VE KALÇA PROTEZİNİN YAPISI



Kalça eklemi, uyluk kemiği ile leğen kemiği arasında bulunan, topuz ve ona uygun bir yuvadan oluşan yapıdır. Ayakta durma, yürüme, koşma, çömelme için önemli rol oynamaktadır. Kalça eklemi, omuz ekleminden sonra vücudun en hareketli eklemidir. Hareket etmede önemli fonksiyonu olan bu eklem yaşlanma, travma ve romatizmal hastalıklar nedeniyle bozulabilmektedir.



Geri dönüşümsüz yapısı bozulan eklem cerrahi tedavisinde kalça protezi uygulanmaktadır. Bu cerrahi işlemde hasar gören kıkırdak dokular, altındaki kemikler ve yumuşak dokular metal yüzeyler ile değiştirilmektedir. Uygulanacak olan protez seçiminde, deformite miktarı ve yaşınız gibi parametreler dikkate alınarak hekim tarafından belirlenmektedir. Kalça protezi ameliyatının amacı, kalça eklemimizin normal

hareketinin yeniden sağlanması, ağrı, yürüyememe, merdiven çıkamama, hareket kısıtlılığı gibi sorunlarınızın giderilmesidir.

2. AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIKLAR

a. Kan tetkikleri ve elektrokardiyografi (EKG)

Anestezi ve ameliyat komplikasyonları açısından tam bir değerlendirme yapılabilmesi için ameliyat öncesinde bazı kan tetkikleri yapılacaktır. Yapılacak kan tetkikleri yaşınıza ve ek hastalığınızın olup olmamasına göre belirlenecektir. Elektrokardiyografi (EKG), kalbinizin kasılma ve gevşeme evreleri sırasında meydana gelen elektriksel aktivitelerini değerlendirmek amacıyla çekilecektir. Eğer yanınızda ameliyatınızdan önce yakın zamanda yaptırmış olduğunuz kan tetkiki veya EKG varsa anestezi doktoru tarafından değerlendirilecektir. Gerek görülürse tekrarlanacaktır.

b. Radyolojik değerlendirme

Ameliyat öncesinde kalça röntgeniniz ve anestezi doktoru tarafından gerek görülürse akciğer röntgeniniz çekilecektir. Eğer yanınızda ameliyatınızdan önce yakın zamanda çekirmiş olduğunuz kalça röntgeniniz veya akciğer röntgeniniz varsa hekimler tarafından değerlendirilecektir. Gerek görülürse tekrar çekilecektir.

c. Anestezi değerlendirmesi

Ameliyatınızdan önce anestezi doktoru tarafından kan tetkikleriniz, röntgeniniz, ek hastalığınızın varlığı, ilaç kullanımınız değerlendirilecektir. Eğer gerek görülürse başka branşlardan değerlendirme istenecektir.

d. Sürekli kullandığınız ilaçların yönetimi

Düzenli olarak kullandığınız ilacınız varsa, anestezi doktoru tarafından değerlendirilecektir. Bu doğrultuda bazı ilaçlarınızı ameliyat öncesinde veya sonrasında almanızın uygun olmayacağı belirtilebilir.



Kan sulandırıcı ilaçlarınızı (Asprin, Coraspin, Coumadin vb.) ameliyatınızdan önce kesilmesi gerekebilir.

e. Ameliyat öncesi açlığın uygunluğu

Ameliyat öncesinde en az 8 saat aç olmanız ve su dahil hiçbir şey içmemeniz istenmektedir. Bu durum, gıdaların anestezi etkisiyle mide sıvısıyla beraber yemek borusuna geri gelmesini ve nefes borunuza kaçmasını önlemeye yardımcı olmaktadır.

3. AMELİYAT SONRASI UYGULAMALAR

a. Ağrı Yönetimi

Ameliyat sonrası dönemde ameliyat bölgenizde ağırlık hissi ve özellikle hareketle artan ağrı olabilir. Bu ağrı hareketlerinizin yavaşlamasına ve yaşam kalitenizin azalmasına neden olabilmektedir. Bunu önlemek için;

- Hastanede yattığınız süre boyunca hemşireler tarafından 2 saatte bir 20 dakika boyunca yapılacak olan soğuk kompres uygulaması ağrınızın en aza indirilmesine yardımcı olacaktır.
- Eğer doktorunuz ve anestezi hekimi uygun görürse, takılacak olan hasta kontrollü analjezi (PCA) cihazınız ağrınızın giderilmesine yardımcı olacaktır.
- Hekimizin istemi doğrultusunda rutin olarak uygulanacak ağrı kesiciler hemşireler tarafından zamanında uygulanacaktır.
- Bu uygulamalara rağmen, geçmeyen ve artan ağrınız olursa doktorunuza ve hemşirenize bilgi veriniz.

b. İlaç Tedavisi



Size kalça protezi ameliyatı sonrasında ağrı kesici, antibiyotik, mide koruyucu ve pıhtılaşmayı önleyen ilaçlar verilecektir. Uygulanacak ilaçlar tablet, cilt altı enjeksiyon ve kas içi enjeksiyon olabilir.

Hastanede kaldığınız süre boyunca damar yolunuzun varlığı oluşabilecek komplikasyonları önlemek adına önem taşımaktadır. Bunların yanı sıra eğer düzenli olarak kendi kullandığınız ilacınız var ise, kendi hekiminize ve anestezi doktorlarına sorarak alacağınız ilaçlar düzenlenecektir

c. Buz uygulaması



Soğuk uygulama o bölgede ödem, gerginlik ve enflamasyon oluşma riskini en aza indirir ve ağrınızın hafiflemesine yardımcı olur. Hastanede yattığınız süre boyunca kalçanıza 2 saatte bir 20 dakika olacak şekilde buz uygulaması yapılacaktır. Bu uygulama sırasında buzun cildinize direk temas etmemesi olası buz yanığının önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

d. Aralıklı Kompresyon Cihazı (SCD)

Aralıklı kompresyon cihazı (SCD), ameliyat sonrasında emboli riskini önlemek için ameliyattan çıkıp odanıza geldikten sonra takılacak bir alettir. Cihaz aşağıdan yukarıya doğru sırayla şişerek kan dolaşımınızı sağlar ve masaj yapar.

Cihazın kullanım sıklığı yaşınıza, ek rahatsızlığınızın olup olmamasına ve mobilizasyon durumunuza göre değişiklik gösterecektir.



e. Derin Nefes Alma – Verme ve Öksürme Egzersizi



Derin nefes alma – verme ve öksürme egzersizi ameliyat sonrasında solunum problemi yaşamamanız açısından önemlidir.

Derin nefes alıp – verme egzersizini yaparken; sırt üstü yattığınızda ya da otururken, ellerinizi karnınıza yerleştiriniz. Karnınızın üst kısmı şişinceye kadar burnunuzdan nefes alınız. Nefesi 1-2 saniye tuttuktan sonra ağız yoluyla üfleyerek nefesi veriniz.

Öksürme egzersizini yaparken; sırt üstü yattığınızda ya da otururken, burnunuzdan nefes alınız. Nefesi 1-2 saniye tuttuktan sonra ağız yoluyla nefesi verirken öksürünüz.

★ 4. AMELİYAT SONRASI HASTANEDEN AYRILMADAN ÖNCE EVDE YAPILMASI GEREKEN HAZIRLIKLAR

- Evde halı, kilim, paspas varsa kaymamanız için kaldırılmalıdır.
- Zemin ıslak ve kaygan olmamalıdır.
- Yürüme alanınız yardımcı araç-gerecinizle geçebileceğiniz genişlikte olmalıdır.
- Gündüz ve gece aydınlatması yeterli olmalıdır.
- Oda girişlerinde eşik var ise, dikkat etmeniz gerekmektedir.
- Yürüyeceğiniz alanda tutunma yerleri bulunabilir. Yoksa destek alacağınız yerler hareketsiz ve sağlam olmalıdır.
- Telefon, elektrik düğmeleri ve diğer sık kullandığınız eşyalar kolay ulaşabileceğiniz şekilde bulunmalıdır.

5. AMELİYAT SONRASI YARA YERİ BAKIMI

Ameliyat yerinizin büyüklüğü size uygulanan ameliyata göre değişiklik göstermektedir. Ameliyat bölgeniz ilk 1 hafta kızarıklık, şiş ve gergin olabilir. Sonraki günlerde pembeleşerek kabuklanma gerçekleşecektir. Ameliyatınızın ilk günü vücut içinde kalan doku artıklarını ve sıvılarını almak amacıyla kalçanızda dren bulunabilir. **Eğer dren varsa;** ameliyatınızı ertesi günü hekim tarafından çekilecek ve pansumanınız yenilenecektir. Pansumanınız yaranızın durumuna göre yenilenecektir. Ameliyat yerinin hızlı bir şekilde iyileşmesi için bölgeyi temiz tutunuz, pansumanı kendiniz açmayınız ve elinizi sürmeyiniz. Ameliyat bölgesinin su ile temas etmemesine özen gösteriniz. Taburculuktan sonra pansumana gelmeniz için, taburcu olurken doktorlar tarafından randevu günü verilecektir.

6. YETERLİ – DENGELİ BESLENME VE SIVI ALIMI



Ameliyat sonrasında dengeli ve sağlıklı beslenmeniz hızlı iyileşmeniz ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından

önemlidir. Eğer ek hastalığınız varsa diyetiniz bu duruma göre düzenlenecektir. **Bol proteinli** (süt, yoğurt, et, balık, yumurta), **vitaminli ve posalı** (kepek, yulaf, çavdar, sebze, meyve) yiyecekler tüketmeye özen gösteriniz.

★ Ameliyat sonrasında ilk yemeğiniz ameliyat bitiminden 3 saat sonra verilecektir. Sıvı alımınız da o saatten sonra başlayacaktır.

Ameliyatınız ilk günü için 'Kalori Takip Formu'na günlük aldığınız ve çıkardığınız miktarlar kayıt edilerek takip edilecektir. Sıvı almanızı kısıtlayacak durumunuz yoksa günde en az 10 bardak (1500-2000 ml) su içiniz.

7. BOŞALTIM

Ameliyat sonrasında idrar sondanız olabilir. İdrar sondası hareket durumunuza göre çıkarılacaktır. İdrar sondasının kalma süresi uzadıkça üriner sistem enfeksiyonu gelişmesi ve idrar kaçırma ihtimali arttığı için, **olabildiğince erken ve aktif hareket önemlidir.**

★ Ameliyatın ilk günü dışkı ihtiyacınız olursa, hareketsiz olacağınız için sürgü verilecek ya da hasta alt bezi bağlanacaktır.



Yürümeye başladığınız andan itibaren klozet alçak gelebileceği için klozet yükseltici ya da komod gibi yardımcı cihazlar ile tuvaleti kullanabilirsiniz

Yetersiz beslenme, az sıvı alımı, ilaçların yan etkileri ve hareketsizlik nedeniyle kabız olabilirsiniz. İshal, kalça protezi ameliyatından sonra nadir görülen bir durumdur. Kabızlık ve ishal durumlarında doktorunuza ve hemşireye bilgi veriniz. Beslenmeniz ona göre düzenlenecektir. Hekim istemi doğrultusunda ilaç uygulanabilir.



8. KİŞİSEL HİJYEN VE BANYO YAPMA

Taburculuk gününüzden 1 gün önce hastanede hemşire ve sağlık personeli tarafından banyonuz yapılabilmektedir. Yara yerindeki pansuman su geçirmezdir ancak ekstra önlem istiyorsanız, pansuman yerinizi streç film ile sarabilirsiniz.

★ Banyonuzda düşmenizi önlemek için güvenlik önlemleri almak önemlidir.

- Banyodaki paspasları kaldırınız.
- Küvet yerine duşu tercih ediniz.
- Duşa kaymayan paspas koyunuz.
- Duştan çıkarkan yerin ıslak olmamasına dikkat ediniz.
- Dizlerinizin altına ulaşmaya ve ayağınızı yıkamaya çalışmayınız.
- Mümkünse ayakta duş alınız ya da yüksekliği uygun sandalye kullanınız.

9. GİYİNME



Bluz, gömlek, hırka, mont, elbise gibi kıyafetleri kendiniz giyebilirsiniz.

★ Pantolon, şort, iç çamaşırı, çorap, ayakkabı giyerken **90 dereceden fazla öne eğilmemeniz ve bacağınızı içeriye döndürmemeniz** gerekmektedir.

10. HAREKET

★ Normal şartlarda, yürümeye ameliyatınızın ertesi günü başlayacaksınız.

Ameliyat sonrası dönemde yapacağınız hareketler kan dolaşımınız ve erken yürümeniz açısından önem taşımaktadır.

➤ YATARKEN



Ayak bileğinizi ameliyatınızdan hemen sonra pedala basar gibi yukarı aşağı hareket ettirmeye başlayın ve her aklınıza geldiğinde bu hareketi uygulayın.



Bacaklarınızın vücudunuzun orta hattına yaklaşması kalça protezinizin çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle bazen ameliyat sonrası 6 haftaya kadar bacağınızın arasına yastık koyabilirsiniz. Erken dönemde protezli tarafa dönmeniz önerilmez. **Yan dönmek istediğiniz zaman mutlaka bacağınızın arasında yastık bulunmalıdır.**

➤ YATAĞA YATMA VE KALKMA



İlk günler destek ile daha sonra kendi çabanızla yatağın kenarına oturun. Otururken yatak kenarından yardım alabilirsiniz. Yatağın kenarına oturduktan sonra başınızın dönüp dönmediğini kontrol edin.

Yatarken tekrar yatağın kenarına oturun. Oturmadan önce dizlerinizin arkasıyla yatağı hissedin ve hareket etmediğine emin olun. Yatağın baş kısmına yakın olmaya özen gösterin. Gövdenizi kollarınızın desteği ile yatağa alın. Geriye doğru ellerinizi kullanarak uzanın.

Yatarken ve kalkarken bacaklarınızın ayırık durmasına özen gösterin. Bunun için bir başkasından yardım alabilirsiniz.

➤ YÜRÜTEÇ İLE YÜRÜME



Yatağın kenarına oturup başınızın dönmediğine emin olduktan sonra protezli bacağınızı öne uzatıp sağlam bacağınızdan yardım alarak ayağa kalkın ve dik durun. Yürüteci 15-20 cm ileri attıktan sonra önce ameliyatlı bacağınızı tam yük vererek basın. Sonra yanına öteki bacağınızı getirerek dengede durun. Aynı işlemi tekrarlayarak yürümeye devam edin. Yürürken acele etmeyin.

➤ SANDALYEYE OTURMA VE KALKMA



Otururken dizlerinizin arkasında oturacağınız yeri hissedin ve hareket etmediğine dikkat edin. Denge kaybını önlemek için bu aşamaya kadar yürüteci bırakmayın. Daha sonra oturacağınız yerden destek alarak (örneğin: sandalyenin kolu) ve ameliyatlı bacağınızı öne doğru uzatarak oturunuz.

Ameliyatlı bacağınızı diz seviyesinin üzerine kaldırmayınız.

Ameliyatlı bacağınız ileride olacak şekilde öne doğru kayın. Kalkacağınız yerde destek alarak ve yürüteci tutarak ayağa kalkın ve dik durun.

➤ TUVALETE OTURMA

Tuvalete otururken klozet yükseltici ya da komod kullanın. Bacaklarınızın değdiğini hissedene kadar tuvalete doğru yaslanın. Ameliyatlı bacağınız önde olacak şekilde

geriye doğru yaslanırken tuvalet desteğini tutun. Her iki kolunuzdan destek alarak kendinizi yavaşça tuvalete yaklaştırın ve oturun.

➤ TUVALETEN KALKMA

Ameliyatlı bacağınızı öne doğru kaydırın ve tuvalet desteğini tutun. Her iki kolunuzu kullanarak ayağa kalkın ve sonra yürütecini tutun.

➤ MERDİVEN ÇIKMA VE İNME



Merdiven inme ve çıkma hareketini koltuk değneği ile daha rahat bir şekilde yapabilirsiniz. Yürüteç kullanıyorsanız, yürütecini katlamanız, bir elinizle ondan destek alırken diğer elinizde merdivenin trabzanlarından destek almanız gerekmektedir.

Merdiven çıkarken; önce ameliyatsız bacağınızı basamağa atın. Daha sonra ameliyatlı bacağınızı basamağa atın ve koltuk değneklerinizi basamağa getirin.

Merdiven inerken; önce koltuk değneklerinizi bir basamak aşağıya atın. Daha sonra ameliyatlı bacağınızı bir basamak aşağıya indirin ve yanına ameliyatsız bacağınızı getirin.

➤ ARABAYA İNİP BİNME

Arabaya binerken; koltuğunuzun altında yükseltici minder bulunabilir. Koltuğu olabildiğince arkaya itiniz. Önce koltuk değneğinizi arabaya yerleştirerek destek alınız ve oturunuz. Bedeninizi bir bütün olarak çevirmeye özen gösteriniz.

Arabadan inerken; bedeninizi bir bütün olarak çeviriniz. Koltuğun olabildiğince arkada olduğuna dikkat ediniz. Koltuk değneğinizden yardım alarak ininiz.

★ Doktorunuz izin verinceye kadar araba kullanmayınız.

11. HAREKET İLE İLGİLİ DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

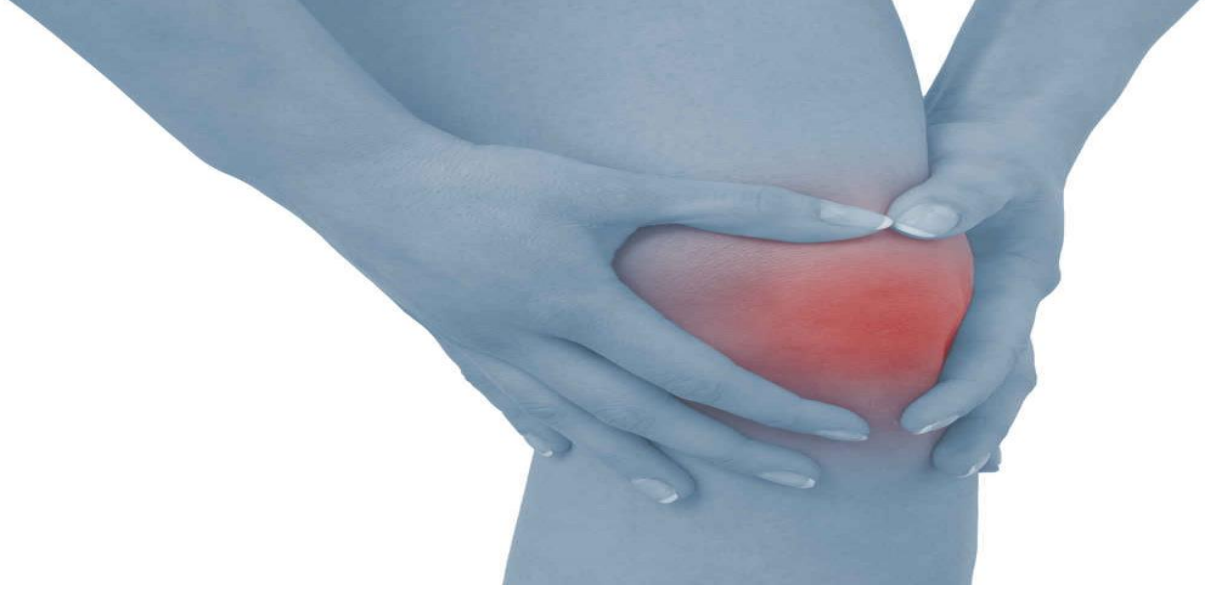


- ★ Otururken, yatarken ya da ayakta bacaklarınızı birleştirmeyin!
- ★ Otururken bacak bacak üzerine atmayın!
- ★ Bedeninizi belden döndürmeyin. Vücudunuzu bir bütün olarak hareket ettirin!
- ★ Alçak sandalyede, yatakta, klozette oturmeyin. Minder ya da yüksektici kullanın!
- ★ Otururken ya da ayakta öne doğru eğilmeyin. Yerden bir şey almaya çalışmayın!

12. KAYNAKLAR

1. Altizer L. Patient education for total hip or knee replacement. *Orthopedic Nursing* 2014 23(4): 283-288.
2. Demir S,. Kalça protezi ameliyatı olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri bakım modeline göre evde izleminin etkinliği. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
3. Ekşioğlu F, Açar İ, Tekdemir İ. Kalça eklemının fonksiyonel anatomisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi* 2011; 10(1): 32-37.
4. Milli Eğitim Bakanlığı. Sıcak ve soğuk uygulama teknikleri. Ankara, 2012; 15:21.
5. Total Hip Replacement Guide. *Cappagh National Orthopaedic Hospital*. 2007; 1-26.
Erişim:24.08.2017
<http://www.cappagh.ie/sites/default/files/pdf/Hip%20Replacement%20Guide.pdf>
6. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3(2): 36-45.

DİZ PROTEZİNE FİZİKSEL UYUM EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayan: Merve ÖZSOY*

**Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi*

Danışman: Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN

ÖNSÖZ

Diz Protezine Fiziksel Uyum Eğitim Kitapçığı, 'Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Alanı Doğrultusunda Verilen Eğitimin Hastanın Ameliyat Sonrası Erken Dönem Fiziksel Uyumuna ve Hareketliliğine Etkisi' adlı yüksek lisans tez çalışmasına aittir ve kitapçık hazırlanırken ortopedi uzmanlarının görüş ve önerileri alınmıştır. Bu eğitim kitapçığı, diz protezi ameliyatı sonrasında günlük yaşamınıza yardımcı olmak, erken dönem fiziksel uyumunuzu ve hareketliliğinizi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu kitapçık, diz eklemi ve protezi hakkında genel bilgileri, ameliyat öncesi hazırlıkları, ameliyat sonrası dönemde yapılacak uygulamaları ve taburculuktan sonra dikkat etmeniz gereken önemli noktaları kapsamaktadır.



İÇİNDEKİLER

- 1. Diz Eklemi ve Diz Protezinin Yapısı**
- 2. Ameliyat Öncesi Hazırlıklar**
 - a. Kan tetkikleri ve elektrokardiyografi
 - b. Radyolojik değerlendirme
 - c. Anestezi değerlendirmesi
 - d. Sürekli kullandığınız ilaçların yönetimi
 - e. Ameliyat öncesi açlığın uygunluğu
- 3. Ameliyat Sonrası Uygulamalar**
 - a. Ağrı yönetimi
 - b. İlaç Tedavisi
 - c. Buz uygulaması
 - d. Aralıklı Kompresyon Cihazı (SCD)
 - e. Derin Nefes Alma–Verme ve Öksürme Egzersizi
- 4. Ameliyat Sonrası Hastaneden Ayrılmadan Önce Evde Yapılması Gereken Hazırlıklar**
- 5. Ameliyat Sonrası Yara Yeri Bakımı**
- 6. Yeterli - Dengeli Beslenme ve Sıvı Alımı**
- 7. Boşaltım**
- 8. Kişisel Hijyen ve Banyo Yapma**
- 9. Giyinme**
- 10. Hareket**
- 11. Kaynaklar**

1. DİZ EKLEMİ VE DİZ PROTEZİNİN YAPISI



Diz eklemi, uyluk kemiği (femur) ile kaval kemiği (tibia) arasında bulunan, menteşe gibi bir yapıdır. Kemiklerin birbirlerine temas ettiği alanlar kıkırdaklarla kaplıdır ve kıkırdaklar kemiklerin birbiri üzerinde sorunsuz kaymasını sağlar. Hareket etmede önemli fonksiyonu olan bu eklem, yaşlanma, travma ve romatizmal hastalıklar nedeniyle bozulabilmektedir.



Geri dönüşümsüz yapısı bozulan diz eklemine cerrahi tedavisi diz protezi uygulanmaktadır. Bu cerrahi işlemde hasar gören kıkırdak dokular, altındaki kemikler ve yumuşak dokular metal yüzeyler ile değiştirilmektedir. Uygulanacak olan protez seçiminde, deformite miktarı ve yaşınız gibi parametreler dikkate alınarak hekim tarafından belirlenmektedir. Diz protezi ameliyatının amacı, diz eklemine normal hareketinin yeniden sağlanması, ağrı, yürüyememe, merdiven çıkamama, hareket kısıtlılığı gibi sorunlarınızın giderilmesidir.

2. AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIKLAR

a. Kan tetkikleri ve elektrokardiyografi (EKG)

Ameliyat öncesi durumunuzun değerlendirilmesi, ameliyat esnasındaki ve sonrasındaki risklerin en aza indirilebilmesi için ameliyat öncesinde bazı kan tetkikleri yapılacaktır. Yapılacak kan tetkikleri yaşınıza ve ek hastalığınızın olup olmasına göre

belirlenecektir. Elektrokardiyografi (EKG), kalbinizin kasılma ve gevşeme evreleri sırasında meydana gelen elektriksel aktivitelerini değerlendirmek amacıyla çekilecektir. Eğer yanınızda ameliyatınızdan önce yakın zamanda yaptırmış olduğunuz kan tetkiki veya EKG varsa anestezi doktoru tarafından değerlendirilecektir. Gerek görülürse tekrarlanacaktır.

b. Radyolojik değerlendirme

Ameliyat öncesinde diz röntgeniniz ve anestezi doktoru tarafından gerek görülürse akciğer röntgeniniz çekilecektir. Eğer yanınızda ameliyatınızdan önce yakın zamanda çekirmiş olduğunuz diz röntgeniniz veya akciğer röntgeniniz varsa hekimler tarafından değerlendirilecektir. Gerek görülürse tekrar çekilecektir.

c. Anestezi değerlendirmesi

Ameliyatınızdan önce anestezi doktoru tarafından kan tetkikleriniz, röntgeniniz, ek hastalığınızın varlığı, ilaç kullanımınız değerlendirilecektir. Eğer gerek görülürse başka branşlardan değerlendirme istenecektir.

d. Sürekli kullandığınız ilaçların yönetimi

Düzenli olarak kullandığınız ilacınız varsa, anestezi doktoru tarafından değerlendirilecektir. Bu doğrultuda bazı ilaçlarınızı ameliyat öncesinde veya sonrasında almanızın uygun olmayacağı belirtilebilir.



Kan sulandırıcı ilaçlarınızı (Asprin, Coraspin, Coumadin vb.) ameliyatınızdan önce kesilmesi gerekebilir.

e. Ameliyat öncesi açlığın uygunluğu

Ameliyat öncesinde en az 8 saat aç olmanız ve su dahil hiçbir şey içmemeniz istenmektedir. Bu durum, gıdaların anestezi etkisiyle mide sıvısıyla beraber yemek borusuna geri gelmesini ve nefes borunuza kaçmasını önlemeye yardımcı olmaktadır.

3. AMELİYAT SONRASI UYGULAMALAR

a. Ağrı Yönetimi

Ameliyat sonrası dönemde ameliyat bölgenizde ağırlık hissi ve özellikle hareketle artan ağrı olabilir. Bu ağrı hareketlerinizin yavaşlamasına ve yaşam kalitenizin azalmasına neden olabilmektedir. Bunu önlemek için;

- Hastanede yattığınız süre boyunca hemşireler tarafından 2 saatte bir 20 dakika olacak şekilde yapılacak olan buz uygulaması ağrınızın en aza indirilmesine yardımcı olacaktır.
- Eğer doktorunuz ve anestezi hekimi uygun görürse, takılacak olan kontrollü analjezi cihazınız (PCA) ağrınızın giderilmesine yardımcı olacaktır.
- Hekiminizin istemi doğrultusunda rutin olarak uygulanacak ağrı kesiciler hemşireler tarafından zamanında uygulanacaktır.
- Bu uygulamalara rağmen, geçmeyen ve artan ağrınız olursa doktorunuza ve hemşirenize bilgi veriniz.

b. İlaç Tedavisi



Size diz protezi ameliyatı sonrasında ağrı kesici, antibiyotik, mide koruyucu ve pıhtılaşmayı önleyen ilaçlar verilecektir. Uygulanacak ilaçlar tablet, damar içi, cilt altı enjeksiyon ve kas içi enjeksiyon olabilir.

Hastanede kaldığınız süre boyunca damar yolunuzun varlığı oluşabilecek komplikasyonları önlemek adına önem taşımaktadır. Bunların yanı sıra eğer düzenli olarak kendi kullandığınız ilacınız var ise, kendi hekiminize ve anestezi doktorlarına sorularak alacağınız ilaçlar düzenlenecektir.

c. Buz uygulaması



Soğuk uygulama o bölgede ödemi en aza indirir ve ağrınızın hafiflemesine yardımcı olur. Hastanede yattığınız süre boyunca dizinize 2 saatte bir 20 dakika olacak şekilde buz uygulaması yapılacaktır.

d. Aralıklı Kompresyon Cihazı (SCD)

Aralıklı Kompresyon Cihazı (SCD), ameliyat sonrasında emboli riskini önlemek için ameliyattan çıkıp odanıza geldikten sonra takılacak bir alettir. Cihaz aşağıdan yukarıya doğru sırayla şişerek kan dolaşımınızı sağlar ve masaj yapar.

Cihazın kullanım sıklığı yaşınıza, ek rahatsızlığınızın olup olmamasına ve mobilizasyon durumunuza göre değişiklik gösterecektir.



e. Derin Nefes Alma-Verme ve Öksürme Egzersizi



Derin nefes alma-verme ve öksürme egzersizi ameliyat sonrasında solunum problemi yaşamamanız açısından önemlidir.

Derin nefes alma-verme egzersizini yaparken; sırt üstü yattığınızda ya da otururken, ellerinizi karnınıza yerleştiriniz. Karnınızın üst kısmı şişinceye kadar burnunuzdan nefes alınız. Nefesi 1-2 saniye tuttuktan sonra ağız yoluyla üfleyerek nefesi veriniz.

Öksürme egzersizini yaparken; sırt üstü yattığınızda ya da otururken, burnunuzdan nefes alınız. Nefesi 1-2 saniye tuttuktan sonra ağız yoluyla nefesi verirken öksürünüz.

4. AMELİYAT SONRASI HASTANEDEN AYRILMADAN ÖNCE EVDE YAPILMASI GEREKEN HAZIRLIKLAR

- Evde halı, kilim, paspas varsa kaymamanız için kaldırılmalıdır.
- Zemin ıslak ve kaygan olmamalıdır.
- Yürüme alanınız yardımcı araç-gerecinizle geçebileceğiniz genişlikte olmalıdır.
- Gündüz ve gece aydınlatması yeterli olmalıdır.

- Oda girişlerinde eşik var ise, dikkat etmeniz gerekmektedir.
- Yürüyeceğiniz alanda tutunma yerleri bulunabilir. Yoksa destek alacağınız yerler hareketsiz ve sağlam olmalıdır.
- Telefon, elektrik düğmeleri ve diğer sık kullandığınız eşyalar kolay ulaşabileceğiniz şekilde bulunmalıdır.

5. AMELİYAT SONRASI YARA YERİ BAKIMI

Ameliyat yerinizin büyüklüğü size uygulanan ameliyata göre değişiklik göstermektedir. Ameliyat bölgeniz ilk 1 hafta kızarıklık, şiş ve gergin olabilir. Sonraki günlerde pembeleşerek kabuklanma gerçekleşecektir. Ameliyatınızın ilk günü vücut içinde kalan doku artıklarını ve sıvılarını almak amacıyla dizinizde dren bulunabilir. **Eğer dren varsa;** ameliyatınızı ertesi günü hekim tarafından çekilecek ve pansumanınız yenilenecektir. Pansumanınız yaranızın durumuna göre yenilenecektir. Ameliyat yerinin hızlı bir şekilde iyileşmesi için bölgeyi temiz tutunuz, pansumanı kendiniz açmayınız ve elinizi sürmeyiniz. Ameliyat bölgesinin su ile temas etmemesine özen gösteriniz. Taburculuktan sonra pansumana gelmeniz için, taburcu olurken doktorlar tarafından randevu günü verilecektir.

6. YETERLİ–DENGELİ BESLENME VE SIVI ALIMI



Ameliyat sonrasında dengeli ve sağlıklı beslenmeniz hızlı iyileşmeniz ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Eğer ek hastalığınız varsa diyetiniz bu duruma göre düzenlenecektir.

Bol proteinli (süt, yoğurt, et, balık, yumurta),
vitaminli ve posalı (kepek, çavdar, sebze,

meyve) yiyecekler tüketmeye özen gösteriniz.

- ★ Ameliyat sonrasında ilk yemeğiniz ameliyat bitiminden 3 saat sonra verilecektir. Sıvı alımınız da o saatten sonra başlayacaktır.

Ameliyatınız ilk günü için 'Kalori Takip Formu'na günlük aldığınız ve çıkardığınız miktarlar kayıt edilerek takip edilecektir. Sıvı almanızı kısıtlayacak durumunuz yoksa günde en az 10 bardak (1500-2000 ml) su içiniz.

7. BOŞALTIM

Ameliyat sonrasında idrar sondanız olabilir. İdrar sondası hareket durumunuza göre çıkarılacaktır. İdrar sondasının kalma süresi uzadıkça üriner sistem enfeksiyonu gelişmesi ve idrar kaçırmaya ihtimali arttığı için, **_olabildiğince erken ve aktif hareket önemlidir.**

★ Ameliyatın ilk günü dışkı ihtiyacınız olursa, hareketsiz olacağınız için sürgü verilecek ya da hasta alt bezi bağlanacaktır.



Yürümeye başladığınız andan itibaren klozet alçak gelebileceği için klozet yükseltici ya da komod gibi yardımcı cihazlar ile tuvaleti kullanabilirsiniz.

Yetersiz beslenme, az sıvı alımı, ilaçların yan etkileri ve hareketsizlik nedeniyle kabız olabilirsiniz. İshal, diz protezi ameliyatından sonra nadir görülen bir durumdur. Kabızlık ve ishal durumlarında doktorunuza ve hemşireye bilgi veriniz. Beslenmeniz ona göre düzenlenecektir. Hekim istemi doğrultusunda ilaç uygulanabilir.



8. KİŞİSEL HİJYEN VE BANYO YAPMA

Taburculuk gününüzden 1 gün önce hastanede hemşire ve sağlık personeli tarafından banyonuz yapılabilmektedir. Yara yerindeki pansuman su geçirmezdir ancak ekstra önlem istiyorsanız, pansuman yerinizi streç film ile sarabilirsiniz.

★ Banyonuzda düşmenizi önlemek için güvenlik önlemleri almak önemlidir.

- Banyodaki paspasları kaldırınız.
- Küvet yerine duşu tercih ediniz.
- Duşa kaymayan paspas koyunuz.
- Duştan çıkarkan yerin ıslak olmamasına dikkat ediniz.
- Dizlerinizin altına ulaşmaya ve ayağınızı yıkamaya çalışmayınız.
- Mümkünse ayakta duş alınız ya da yüksekliği uygun sandalye kullanınız.

9. GİYİNME



Bluz, gömlek, hırka, mont, elbise gibi kıyafetleri kendiniz giyebilirsiniz. Pantolon, şort, iç çamaşırı, çorap, ayakkabı giyerken **bacacağınızı içeriye döndürmemeniz** gerekmektedir.

10. HAREKET

★ Normal şartlarda, yürümeye ameliyatınızın ertesi günü başlayacaksınız.

Ameliyat sonrası dönemde yapacağınız hareketler kan dolaşımınız ve erken yürümeniz açısından önem taşımaktadır.

➤ YATARKEN



Ayak bileğinizi ameliyatınızdan hemen sonra pedala basar gibi yukarı aşağı hareket ettirmeye başlayın ve her aklınıza geldiğinde bu hareketi uygulayın.

➤ YATAĞA YATMA VE KALKMA



İlk günler destek ile daha sonra kendi çabanızla yatağın kenarına oturun. Otururken yatak kenarından yardım alabilirsiniz. Kalkmadan önce başınızın dönmediğinden emin olun.

Yatarken tekrar yatağın kenarına oturun. Oturmadan önce dizlerinizin arkasıyla yatağı hissedin ve hareket etmediğine emin olun. Yatağın baş kısmına yakın olmaya özen gösterin. Gövdenizi kollarınızın desteği ile yatağa alın. Geriye doğru ellerinizi kullanarak uzanın.

➤ YÜRÜTEÇ İLE YÜRÜME



Yatağın kenarına oturup başınızın dönmediğine emin olduktan sonra protezli bacağınızı öne uzatıp sağlam bacağınızdan yardım alarak ayağa kalkın ve dik durun. Yürüteci 15-20 cm ileri attıktan sonra önce ameliyatlı bacağınızı tam yük vererek basın. Sonra yanına öteki bacağınızı getirerek dengede durun. Aynı işlemi tekrarlayarak yürümeye devam edin. Yürürken acele etmeyin.

➤ SANDALYEYE OTURMA VE KALKMA



Otururken dizlerinizin arkasında oturacağınız yeri hissedin ve hareket etmediğine dikkat edin. Denge kaybını önlemek için bu aşamaya kadar yürüteci bırakmayın. Daha sonra oturacağınız yerden destek alarak (örneğin: sandalyenin kolu) ve ameliyatlı bacağınızı öne doğru uzatarak oturunuz. Ameliyatlı bacağınız ileride olacak şekilde öne

doğru kayın. Kalkacağınız yerde destek olarak ve yürütecini tutarak ayağa kalkın ve dik durun.

➤ TUVALETE OTURMA

Tuvalete otururken klozetin boyuna göre klozet yükseltici ya da komod kullanabilirsiniz. Bacaklarınızın değdiğini hissedene kadar tuvalete doğru yaslanın. Ameliyatlı bacağıңыз önde olacak şekilde geriye doğru yaslanırken tuvalet desteğini tutun. Her iki kolunuzdan destek olarak kendinizi yavaşça tuvalete yaklaştırın ve oturun.

➤ TUVALETEN KALKMA

Ameliyatlı bacağıңызı öne doğru kaydırın ve tuvalet desteğini tutun. Her iki kolunuzu kullanarak ayağa kalkın ve sonra yürütecini tutun.

➤ MERDİVEN ÇIKMA VE İNME



Merdiven inme ve çıkma hareketini koltuk değneği ile daha rahat bir şekilde yapabilirsiniz. Yürüteç kullanıyorsanız, yürütecini katlamayı, bir elinizle ondan destek alırken diğer elinizde merdivenin trabzanlarından destek almanız gerekmektedir.

Merdiven çıkarken; önce ameliyatsız bacağıңызı basamağa atın. Daha sonra ameliyatlı bacağıңызı basamağa atın ve koltuk değneklerinizi basamağa getirin.

Merdiven inerken; önce koltuk değneklerinizi bir basamak aşağıya atın. Daha sonra ameliyatlı bacağıңызı bir basamak aşağıya indirin ve yanına ameliyatsız bacağıңызı getirin.

➤ **ARABAYA İNİP BİNME**

Arabaya binerken; koltuğunuzun altında yükseltici minder bulunabilir. Koltuğu olabildiğince arkaya itiniz. Önce koltuk değneğini arabaya yerleştirerek destek alınız ve oturunuz. Bedeninizi bir bütün olarak çevirmeye özen gösteriniz.

Arabadan inerken; bedeninizi bir bütün olarak çeviriniz. Koltuğun olabildiğince arkada olduğuna dikkat ediniz. Koltuk değneğinizden yardım alarak ininiz.

★ Doktorunuz izin verinceye kadar araba kullanmayınız.



11. KAYNAKLAR

1. Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3(2): 36-45.
2. Kılıç B, Turhan Y, Demiroğlu M ve ark. Diz osteoartriti'nde cerrahi tedavi yöntemleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 6(2): 135-138.
3. Demir S,. Kalça protezi ameliyatı olan hastaların günlük yaşam aktiviteleri bakım modeline göre evde izleminin etkinliği. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
4. Altizer L. Patient education for total hip or knee replacement. *Orthopedic Nursing* 2014 23(4): 283-288.
5. Milli Eğitim Bakanlığı. Sıcak ve soğuk uygulama teknikleri. Ankara, 2012; 15:21.

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve	Soyadı	Özsoy
Doğum Yeri	İzmir	Doğum Tarihi	21.07.1992
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	16378579994
E-mail	ozsoy.merve@outlook.com	Tel	0531 986 54 21

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	2015
Lise	Sayısal	Küçükçekmece Anadolu Lisesi	2010

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu (#)
İngilizce	65 (YÖKDİL)

Başarılmış birden fazla sınav varsa (KPDS, ÜDS, TOEFL; EELTS vs), tüm sonuçlar yazılmalıdır

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Servisi	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	2015 – 2018

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilimsel alışmaları

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında/dergilerde yer alan yayınlar

Yayın Adı	Bildirim Yeri
-	-

